
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

N° 1. — MARDI 2 ET JEUDI 4 JANVIER 1900. 73e ANNÉE. MARDI 2 ET JEUDI 4 JANVIER 1900. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — La loi sur les aliénés et le nouveau rapport du docteur Dubief a la Chambre des députés, par M. le docteur E. Marandon de Montyel, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard. — Leçons de bactériologie pratique (IX). Bacille diphtérique, par M. le docteur Lesné. — Séance de l'Académie de médecine. — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — Revue de la Presse. *Médecine* : Péritonite tuberculeuse guérie par les rayons X ; — Eruption médicamenteuse ; — *Physiologie :* La narcose par les vapeurs d'alcool ; — *Maladies de l'enfance :* Signe diagnostique des angines aiguës chez les enfants ; — *Voies urinaires* : Le massage dans le traitement des rétrécissements de l'urètre ; — *Hygiène :* Les bains d'eau pulvérisée ; — Stérilisation de l'eau pure par le chlorure de chaux ; — *Thérapeutique :* Traitement de la stéatorrée diabétique par les préparations de pancréas ; — Des dangers de la caféine. — Formulaire. — Intérêts professionnels. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

LA LOI SUR LES ALIÉNÉS

ET LE RAPPORT DU DOCTEUR DUBIEF A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Par le docteur E. Marandon de Montyel, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard.

Le rapport relatif à la nouvelle loi sur les aliénés, déposé le 23 décembre 1898 par le docteur Dubief à la Chambre, diffère sensiblement sur certains points importants de celui que le distingué député de Mâcon avait présenté le 27 novembre 1896, et que j'ai apprécié dans ce journal il y a deux ans. Des modifications apportées au texte primitif, si certaines constituent des améliorations incontestables et méritent toute approbation, d'autres par contre sont fâcheuses et doivent être repoussées. Il m'a semblé qu'il ne serait peut-être pas sans utilité de compléter ma première étude (1) par une analyse du dernier travail de la commission de la Chambre et de son rapporteur et de renseigner ainsi le public médical sur les innovations soumises au vote du Parlement. La question est d'ailleurs de toute actualité puisque l'urgence a été déclarée et qu'il y a lieu d'espérer que bientôt viendra en discussion cette nouvelle législation que d'aucuns jugent inutile, mais que réclame impérieusement depuis longtemps déjà l'opinion publique et que, pour ma part, j'estime indispensable, non pas pour garantir la liberté individuelle qui n'a jamais couru aucun danger, mais pour mieux assurer le traitement des malades et la protection de leurs biens, aussi pour mettre un terme à des campagnes de presse, qui, si, en réalité, elles sont injustes, en apparence ont un fondement légitime dans la loi de 1838.

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 1897, p. 179 et 214.

I

Le projet de loi débute par un article nouveau qu'a inspiré un intéressant contre-projet de M. Vaillant et qui pose le principe de l'obligation d'assister les aliénés et de leur assurer les soins médicaux dont ils ont besoin en vertu, dit le docteur Dubief, du droit des pauvres à l'assistance proclamé par la Révolution française, comme l'avait édicté, au XVIIe siècle déjà, la législation anglaise. La précaution paraît bonne, quand on songe avec quelle parcimonie certaines assemblées départementales accordent les crédits demandés pour le traitement de la folie.

L'article premier du texte ancien, devenu ainsi l'article 2, est profondément et heureusement modifié. Tout d'abord, il rend obligatoires pour les départements l'hospitalisation et la cure des alcooliques. Dans le premier projet les ivrognes avaient été omis, l'article ne visait que les aliénés proprement dits, les épileptiques, les idiots et les crétins. Soit ; je veux bien qu'on tente de guérir l'ivrogne de sa passion et de faire mentir le vieux proverbe : *Qui a bu, boira* ; mais encore faut-il que cet essai s'effectue dans des conditions favorables.

Or l'expérience a aujourd'hui établi péremptoirement que pour guérir, non pas tous les buveurs, mais au maximum un sur trois, un isolement *d'une année au moins* avec abstinence forcée était indispensable. Il ne s'agit donc pas seulement de créer des quartiers spéciaux ou des sections spéciales, ni même des asiles spéciaux pour alcooliques, ainsi que l'impose la nouvelle loi, mais encore de fournir aux médecins les moyens de les utiliser. Si ceux-ci n'ont pas le droit de garder malgré lui le buveur dont le délire s'est dissipé souvent en moins de vingt-quatre heures, toujours en moins d'une semaine, il est superflu de contraindre les départements à lui créer des hôpitaux et à payer inutilement son hospitalisation éphémère qui se renouvellera en pure perte plusieurs fois par an au grand préjudice de la bourse des contribuables. La nouvelle loi impose l'obligation d'hospitaliser non plus seulement les aliénés proprement dits mais encore les épileptiques, les idiots et les crétins ; elle ordonne l'isolement non plus seulement dans le cas de danger pour l'ordre et la sécurité publics, mais encore pour la propre sécurité du malade et même dans le but d'assurer sa guérison quand l'aliéné inoffensif est curable ; toutes ces dispositions sont excellentes ; toutefois elles accroissent dans de fortes proportions les charges départementales. Si à celles-là on ajoute encore les frais de l'hospi-

talisation et de la cure des ivrognes, que ce surcroît de dépense soit au moins profitable. Or il ne le sera que si un texte formel permet à l'aliéniste de garder l'ivrogne durant le temps nécessaire à la perte de son appétence.

Le parlement le votera-t-il ? J'en doute ; dans ce cas il est inutile de s'occuper des alcooliques.

Une autre modification heureuse de cet article concerne les colonies familiales. On ne les demandait tout d'abord que pour les déments séniles et les idiots ; le nouveau projet les autorise pour tous les aliénés sans exception. C'est qu'en effet, plus encore que le dément sénile et l'idiot, la plupart des aliénés proprement dits peuvent bénéficier du placement dans des familles ; ceux que de toute nécessité on est contraint de tenir enfermés dans un asile ne sont qu'une minorité, 30 p. 100 à peine. Pour le dément sénile au contraire le meilleur mode d'assistance est l'assistance à domicile et pour l'idiot comme pour l'épileptique d'ailleurs la colonie agricole. Quand le vieillard a une famille qui peut le garder avec elle si on le secourt, il est plus humain de le laisser finir ses jours au milieu des siens et mourir dans leurs bras. Au cas seulement où cette assistance à domicile est impossible, la colonie familiale convient au sénile, et ce cas, je crois, est l'exception. Rares aussi sont les épileptiques, les idiots et les crétins qu'il serait prudent de placer dans les familles au milieu d'un village. Les crises convulsives des premiers suivis d'emportements violents, les mauvais instincts des seconds rendent ce mode d'assistance bien périlleux. En outre l'éducation des idiots et des crétins exige un personnel spécial et des soins de tous les instants qu'il serait bien difficile de trouver chez des particuliers. Je crois donc que la meilleure manière d'assister et d'utiliser soit l'épileptique, soit l'idiot et le crétin est de former des villages composés exclusivement de ces malades et d'infirmiers spéciaux. 70 p. 100 au contraire des aliénés proprement dits sont susceptibles de bénéficier de la colonie familiale, car ce n'est pas seulement le chronique qu'on peut placer dans une famille, ainsi qu'on est trop porté à le croire, mais encore un très grand nombre d'aigus qui ont mille fois plus de chance de guérir en liberté que dans un asile. On n'a pas la ressource de les secourir à domicile car presque toujours un changement de milieu s'impose ; on aura alors tout avantage à les placer dans un village chez les habitants. On voit par conséquent combien la commission de la Chambre a eu raison de généraliser ce mode excellent d'assistance qui a en outre le mérite d'être fort économique.

Sur deux autres points encore le texte nouveau modifie avantageusement l'ancien. Les colonies familiales, était-il dit, seront confiées aux soins de médecins et de gardes spéciaux ; c'était trop vague. Elle seront confiées aux soins des médecins appartenant au service des aliénés, propose-t-on aujourd'hui, et nous l'approuvons. Enfin, détail important jusqu'ici omis, les départements pourront organiser l'assistance à domicile.

La nouvelle loi par son article 2 assure, comme on voit, l'assistance à toutes les infortunes mentales. Elle impose l'obligation de secourir la folie proprement dite, l'épilepsie, fut-elle non délirante, l'idiotie, le crétinisme et même l'ivrognerie. Elle autorise en outre l'emploi de tous les modes d'assistance ; depuis celle à domicile jusqu'à la colonie familiale sans compter la colonie agricole ou village d'aliénés et l'asile proprement dit. Quel dommage que tous les articles du projet de loi ne soient pas aussi parfaits que celui-ci !

Moins heureuse est l'innovation qui impose au préfet l'obligation de choisir un docteur en médecine comme membre de la commission de surveillance sur les deux dont il a le choix. L'expérience que j'ai acquise dans sept asiles de province m'a démontré que le médecin dans ces commissions provinciales était plus nuisible qu'utile. Complètement ignorant toujours de l'aliénation mentale et plus encore de l'administration d'un asile, comme le magistrat qui s'imagine, en revêtant sa robe, acquérir toutes les connaissances, il se figure volontiers que son diplôme de docteur et la mission de contrôle dont il est chargé font de lui un aliéniste de large envergure. Et alors il a la prétention de vouloir tout changer et imposer ses idées qui le plus souvent sont saugrenues. N'est-il pas chargé par le préfet de contrôler son confrère de l'asile ? C'est là à ses yeux la preuve péremptoire de sa supériorité. Si on veut avoir un asile fonctionnant régulièrement et en paix, qu'on mette dans les commissions de surveillance de province qui on voudra, excepté des médecins.

II

Nous arrivons à la grosse question, si capitale pour le traitement des aliénés, de l'organisation du personnel médico-administratif des asiles. Afin de permettre de bien apprécier combien est défectueuse celle proposée par la commission de la Chambre, rappelons brièvement le fonctionnement actuel de ces services.

Il est double. Dans la grande majorité des asiles le médecin en chef est en même temps le directeur administratif ; il n'a pas le seul souci de soigner les malades mais encore de gérer les biens et revenus de l'établissement. C'est un médecin doublé d'un fermier traiteur. Si l'asile est important, sous prétexte de l'aider dans sa besogne médicale, on lui donne un ou deux adjoints recrutés au concours parmi les internes ayant au moins un an d'exercice, mais ces adjoints n'ont ni attributions définies ni responsabilité : ils sont ce que le directeur-médecin veut bien leur permettre d'être. Partant dans l'immense majorité des cas, leur rôle se borne à suivre la visite du chef de service et d'être le plus bel ornement de son cortège : ce ne sont pas des collaborateurs, ce sont des porte-queue. Aussi finissent-ils presque tous par prendre en dégoût ce rôle inutile et humiliant, par devenir frondeurs et par susciter des conflits ; alors non seulement ils ne rendent aucun service mais ils deviennent nuisibles. Quant au directeur-médecin, absorbé par les tracas administratifs et la préoccupation constante de faire prospérer l'établissement et de réaliser des bénéfices pour être apprécié du Conseil général, il néglige forcément et la thérapeutique des malades et les recherches scientifiques. Tout le traitement de l'aliéné consiste dès lors à le colloquer dans une section d'agités, de demi-agités, de gâteux ou de tranquilles selon son état mental et à tirer de lui, par le travail, un bon petit rendement s'il est en état de s'occuper, s'il est, ce qu'on appelle en style médico-administratif, un bon malade. Ce système a fourni ses preuves depuis le néfaste règlement du 20 mars 1857 ; à lui nous devons en très grande partie le stock considérable de chroniques incurables, qui encombrent actuellement nos asiles.

Dans le second système, appliqué seulement dans quelques grands établissements, les services sont divisés ; il y a un directeur administratif avec un ou plusieurs médecins en chef, tous fonctionnaires sur le même pied, par conséquent rivaux et presque toujours en lutte ouverte ou sourde

les uns contre les autres, d'autant plus que le règlement de 1857, qu'une fois encore je qualifierai de néfaste ne permet rien au médecin, pas même de laisser visiter un malade par sa famille aux jours et aux heures réglementaires sans le visa de son collègue administratif! Cette situation est d'autant plus intolérable que si le médecin en chef est toujours choisis parmi les adjoints nommés au concours, le ministre de l'intérieur est libre de prendre comme directeur administratif qui lui plaît et il a usé si bien parfois de ce droit qu'un inspecteur général, homme modéré s'il en fût, le docteur Constans, n'a pas craint d'écrire dans un journal scientifique la cruelle appréciation qui suit : *Cette fonction est devenue la proie des gens qui n'en avaient jamais eu, ou qui n'en avaient plus; une monnaie courante des faveurs ministérielles. C'est ainsi que l'on a vu sans justification d'aptitude, des journalistes, des imprimeurs, d'anciens commerçants et autres, des politiciens besogneux par exemple, devenir directeurs.* En conséquence ce second système pas plus que le premier n'assure le traitement de l'aliéné. Sans doute ici le médecin n'est pas absorbé par les services administratifs, mais il est paralysé par le directeur qui pour la première fois entre dans un asile et est d'autant plus intransigeant qu'il est plus ignorant. Dans ces conditions la bonne harmonie n'existe pas, l'autorité du médecin est méconnue et par là toute action efficace sur les aliénés lui devient impossible.

La commission de la Chambre, sans conteste, a eu donc mille fois raison de chercher à remédier à une organisation si funeste aux malades. Le malheur est que les remèdes qu'elle propose aggraveront le mal au lieu de le guérir. Dans le projet présenté par le docteur Dubief en 1896, l'état de choses existant ne subissait que trois modifications, une excellente, deux très mauvaises. L'adjoint était supprimé et remplacé par un médecin traitant responsable, chargé d'un service; c'est ce que, pour ma part, j'ai toujours réclamé. Le ministre restait comme aujourd'hui libre, après avis du Conseil général, de diviser ou de réunir les services administratifs et médicaux, mais en cas de division son choix était limité pour les fonctions de directeurs administratifs aux seuls docteurs en médecine; toutefois l'expérience ayant démontré que les conflits éclataient surtout entre confrères, la Commission avait décidé, par une troisième innovation, encore plus malheureuse, que ce médecin venu de n'importe où, nommé directeur par le seul bon plaisir ministériel, serait détenteur de toute l'autorité et par là le supérieur des médecins en chefs, recrutés, eux, au concours public et qui n'auraient que le droit de saigner, purger et lavementer les aliénés! C'était ignorer complètement que la thérapeutique de la folie est pour le moins autant morale que physique et que tout traitement moral est impossible si l'aliéniste n'est pas maître absolu dans son service, maître absolu de son personnel, maître absolu de l'orientation à imprimer, des mesures à prendre. En outre, avec le système de la commission on aurait vu des docteurs en médecine ayant échoué au concours, partant incapables de jamais devenir médecins en chef, mais bien recommandés, être nommés directeurs administratifs et se trouver les supérieurs des confrères qui les avaient battus. Aussi ce système a-t-il soulevé d'unanimes protestations. Il a disparu en partie dans le nouveau projet présenté par le docteur Dubief; hélas! celui qui le remplace vaut moins encore. Qu'on en juge.

La réunion des services médicaux et administratifs devient la règle générale. Il y aura à la tête de chaque asile, même les plus vastes, un directeur, médecin en chef, détenteur de toute l'autorité, et des médecins traitants, sans initiative, par conséquent sans pouvoir, et dès lors incapables, comme je viens de le dire, de soigner efficacement leurs malades. Toutefois, dans les asiles très rares, où les services médicaux sont répartis entre trois médecins au moins, — le fait n'existe que dans la Seine, la réunion des médecins constituera le conseil des médecins de l'asile et aura un avis *consultatif* sur toutes les questions d'ordre médical; le médecin-directeur en fera partie et le présidera. Par conséquent en province où il n'y a pas plus de deux médecins en chef ou traitants, le directeur-médecin sera l'arbitre suprême, décidera de tout sans même avoir à consulter ses collègues qui seront ainsi dépourvus de toute autorité, de tout prestige, partant de toute action morale efficace sur leurs malades.

Mais il y a mieux encore. Dans certains cas le ministre de l'Intérieur pourra, sur l'avis du Conseil supérieur de l'Assistance publique et à la demande du Conseil général, adjoindre au directeur-médecin un secrétaire général pour l'administration ou le décharger de tout service médical particulier; en outre, dans le département de la Seine, tous les établissements destinés aux aliénés seront administrés par un seul directeur, médecin en chef, assisté d'autant de secrétaires généraux qu'il y a d'établissements différents. La Seine compte déjà cinq asiles et est appelée à en avoir une quinzaine. Voit-on ce directeur, médecin unique, dirigeant de loin et à lui tout seul quinze asiles d'aliénés comptant chacun un millier de malades au moins! En réalité le grand chef de chaque établissement sera le secrétaire général : c'est ce fonctionnaire qui fera la loi aux médecins traitants et leur imposera sa volonté. Quand nous aurons ajouté que, d'après le projet de loi, si ceux-ci sont nommés au concours public, celui-là est laissé au libre choix du préfet et pourra être le premier venu sachant lire et écrire, on aura une idée nette du beau système proposé qui se complète par cette autre disposition que c'est le préfet qui nommera les médecins à la suite d'un concours public, lesquels par là ne seront que des employés, tandis que le ministre nommera les directeurs-médecins qui seront ainsi des fonctionnaires hiérarchiquement supérieurs aux premiers, à la suite d'un concours sur... titres, sans qu'il soit dit dans la loi, ni qui pourra participer à ce concours, ni quels en seront les juges! En pratique ne sera-ce pas le régime du bon plaisir, et le ministre ne nommera-t-il pas directeurs-médecins des diplômés en médecine n'ayant jamais mis les pieds dans un service d'aliénés, mais richement pourvus de titres non scientifiques, comme il a nommé plus d'une fois dans les mêmes conditions depuis 1857 les directeurs administratifs? Rappelons-nous la sévère appréciation de l'inspecteur général Constans.

Cette situation en sous-ordre, humiliante et paralysante, sera intolérable pour le médecin traitant, d'autant plus qu'il est spécifié que les nominations d'agents et infirmiers seront faites exclusivement par le directeur-médecin. Ainsi celui chargé de soigner les aliénés sera sans autorité aucune sur le personnel appelé à l'aider. Si un serviteur ne remplit pas ses devoirs, il devra aller humblement exposer ses griefs au directeur-médecin ou mieux encore au secrétaire général, venus tous les deux de n'importe où par faveur ministérielle et les prier de vouloir bien remplacer l'incapable, satisfaction que d'ailleurs on sera libre de lui refuser!

La commission de la Chambre a sans doute compris quel rôle ridicule et mesquin elle imposait aux médecins traitants, car elle a décidé qu'ils résideraient hors de l'asile et pourraient exercer librement la médecine. La commission de la Chambre et le docteur Dubief croient-ils sérieusement qu'une telle organisation médico-administrative assurera le traitement des aliénés? Leur directeur, médecin en chef, en admettant même que, toujours choisi parmi les médecins traitants nommés au concours, il ait toute compétence et qu'il soit assisté d'un secrétaire général pour la partie administrative, n'aura pas le loisir de s'adonner à la thérapeutique individuelle de ses malades, car c'est lui qui sera seul responsable de la direction, non son collaborateur, et il sera forcé de se consacrer presque exclusivement à l'administration de l'établissement. Quant au médecin traitant, sans nulle autorité dans son service, chassé de l'asile, adonné à la clientèle, il fera le matin aux aliénés une visite pour la forme et s'empressera de courir à ses clients. Or, pour soigner les aliénés, il faut vivre avec eux et être le maître absolu de son personnel; et je m'étonne que le docteur Dubief, qui a été interne à l'Antiquaille de Lyon, ait oublié ces deux bases fondamentales de la thérapeutique psychiatrique. Il dit, dans son exposé des motifs, que le médecin traitant sera suffisamment rétribué pour vivre honorablement de sa profession. Pourquoi alors l'autoriser à courir la clientèle? S'il est payé, comme le dit le rapporteur, il doit tout son temps aux malades qui lui sont confiés.

L'organisation médico-administrative du nouveau projet de loi est, comme on voit, mauvaise et même pire que celle existante : plus encore que cette dernière, elle rendrait impossible tout traitement individuel et efficace des aliénés. Par quoi alors la remplacer? Point n'est besoin de se mettre martel en tête pour trouver le remède au mal. Il est tout entier dans l'œuvre irréprochable de la commission ministérielle de 1885. Bien loin d'imposer partout la réunion des services, elle demande la division, mais en supprimant le directeur et en le remplaçant par un administrateur chargé de la gestion des biens et revenus de l'asile, maître absolu des services généraux et de leur personnel et placé sous le contrôle des médecins traitants, maîtres absolus, eux, des quartiers de malades et du personnel médical. Cette organisation échappe à toute critique et assure de la façon la plus complète la thérapeutique des aliénés.

On a objecté qu'elle était onéreuse, un administrateur et un médecin coûtant plus cher qu'un directeur-médecin. C'est mal calculer car un médecin exclusivement occupé à soigner individuellement ses malades en guérira trois fois plus qu'un directeur-médecin absorbé par l'administration qui se bornera à une thérapeutique collective et en bloc par l'hygiène de la maison. Or la folie ne tue pas; un aliéné qui ne guérit pas reste vingt et trente ans à la charge du département et finit par coûter très cher. Uue organisation médico-administrative qui favorise la guérison n'est pas seulement humanitaire, elle est tout autant économique. Du reste, si on ne veut pas s'imposer la dépense du traitement du fonctionnaire administratif, rien n'empêche de le supprimer.

Il n'y a qu'à faire de l'économe l'administrateur. Les fonctions directoriales et économiques font en effet double emploi. Le directeur est nécessaire, dit-on, pour surveiller l'économe et l'empêcher de s'entendre avec les fournisseurs, J'observerai cependant que plus encore que celui-là les médecins sont aptes à exercer ce contrôle, s'ils s'assurent, comme tels sont leur droit et leur devoir, que leurs malades reçoivent toutes les rations réglementaires et que les denrées sont de bonnes qualités. A eux de préférence à tout autre, les aliénés adressent leurs plaintes. Je ne verrais donc aucun inconvénient à simplifier les rouages et à voir dans chaque asile un administrateur économe placé sous le contrôle du service médical.

Quant à la question de la résidence, je suis d'accord avec la commission de la Chambre et le docteur Dubief pour demander que les médecins ne résident pas dans l'établissement : la résidence complète à l'asile n'est d'aucune utilité et est par contre cause d'une foule de froissements, de jalousies mesquines et de conflits. Mais si je juge inutile la résidence continue et en famille, j'estime indispensable au bon traitement des aliénés, si différent de la thérapeutique ordinaire, la présence du médecin toute la journée. Je suis donc pour la résidence diurne obligatoire tout le jour, partant pour l'interdiction de la clientèle, excepté, à titre exceptionnel, celle concernant la spécialité.

III

La section concernant la surveillance des aliénés ne comporte qu'une addition : le droit pour les inspecteurs généraux de nos services de faire partie du Conseil supérieur de l'Assistance publique. Cela me paraît juste.

Pas de changement aux placements d'office, mais trois excellentes modifications aux placements volontaires. Je m'étais élevé avec force dans mon précédent article contre l'obligation imposée au médecin de faire sa dernière visite à l'aliénée, fût-elle une jeune femme ou une jeune fille atteinte de folie érotique, en présence du juge de paix, du maire ou du *commisssaire de police*, qui, dans la pratique, aurait été seul chargé de cette étrange mission. Dans le nouveau texte le policier disparaît et il suffira au médecin de notifier la date de sa dernière visite à l'un des deux autres fonctionnaires. Soit, excès de garantie ne saurait nuire et nous sommes partisans de toutes les mesures qui auront pour effet de rassurer l'opinion publique et de la prévenir contre les calomnies d'une certaine presse et de certaines gens. En second lieu, en cas de contestation, l'expertise sera contradictoire, et l'un des deux médecins experts sera désigné par l'aliéné ou son représentant. Soit, encore pour la même raison.

Enfin, ce n'est pas seulement quand le médecin aura déclaré sur le registre de la loi que la guérison est obtenue que tout aliéné cessera d'être retenu à l'asile, mais même s'il se borne à y inscrire que sa sortie peut être accordée. En effet pour beaucoup de malades, de lypémaniaques plus particulièrement, il arrive un moment où l'asile est plus nuisible qu'utile et devient pour eux une fabrique d'incurabilité : la mise en liberté est la condition nécessaire de l'achèvement de la guérison. Il est bon dès lors que le médecin ait le droit d'obliger les familles à reprendre ces malades bien qu'ils ne soient pas encore complètement guéris.

La commission de la Chambre a été moins bien inspirée quand elle a demandé qu'en matière correctionnelle ou criminelle tout accusé, prévenu ou inculpé, qui aura bénéficié soit d'une ordonnance de non-lieu soit d'un verdict d'acquittement, ne sera pas isolé de ce fait dans un asile, comme elle avait avec raison décidé il y a deux ans, mais sera envoyé devant le tribunal en chambre du conseil qui sera tenu d'ordonner une nouvelle expertise, laquelle sera contradictoire. Pourquoi? le caractère dangereux de la folie se trouvera établi par les crimes et les délits ayant nécessité

les poursuites. Pour assurer, dit le docteur Dubief, l'unité de la loi. N'est-ce pas un peu trop se payer de mots et sacrifier à la forme l'intérêt des malades? Il arrive en effet — on en trouvera des exemples dans le si remarquable mémoire de M. Henri Monod sur les aliénés méconnus et condamnés, et j'en ai moi-même publié un bien caractéristique — que des juges et surtout des jurés condamnent malgré leur intime conviction de l'état de folie de l'accusé, dans la crainte qu'il ne soit remis en liberté et ne renouvelle ses méfaits. L'obligation d'une nouvelle expertise contradictoire pouvant aboutir à la libération de l'aliéné laissera subsister cette crainte qui disparaissait avec l'isolement comme conséquence forcée de l'ordonnance de non-lieu ou du verdict d'acquittement. Après, comme aujourd'hui, on sera exposé aux mêmes scandales judiciaires.

Par contre j'approuve pleinement l'article additionnel ainsi conçu : *En toute matière criminelle le président, après avoir posé les questions résultant de l'acte d'accusation et des débats, avertit le jury à peine de nullité que, s'il pense à la majorité que l'accusé ou l'un des accusés est irresponsable, il doit en faire la déclaration en ces termes : A la majorité, l'accusé est irresponsable.*

Quand nous aurons dit que le délai d'un mois pour la réintégration sans nouvelles formalités de l'aliéné évadé a été trouvé avec raison trop long et réduit à quinze jours, ensuite qu'il est spécifié que durant les sorties d'un mois à titre d'essai, autorisées par la nouvelle loi, une subvention qui n'excédera pas le prix de journée payé à l'asile pourra être accordée, sur le budget de l'établissement, à tout malade pendant la sortie provisoire, nous aurons signalé toutes les modifications apportées par le nouveau projet à l'ancien. Cette dernière, qui vise un secours alloué, est une des plus heureuses, car ces sorties provisoires pour achever la guérison et s'en assurer sont des plus utiles et beaucoup de malades ne peuvent en profiter faute de ressources. Cependant ce ne sont pas seulement les sorties d'un mois à titre d'essai qui ont leur utilité; plus indispensables encore sont les congés d'un ou de plusieurs jours au cours même du traitement pour changer les idées du malade, rompre la monotonie de l'isolement, faciliter le réveil des sentiments affectifs. Il conviendrait qu'eux aussi fussent inscrits dans la loi avec la même subvention.

Et maintenant, sous réserve des critiques que nous avons formulées, puisse l'an 1900 nous doter d'une nouvelle législation relative aux aliénés!

LEÇONS DE BACTÉRIOLOGIE PRATIQUE (1)

Par le docteur Lesné,
Interne médaille d'or des hôpitaux de Paris.

IX

Bacille diphtérique. — Découvert par Klebs en 1883, il fut isolé et cultivé par Lœffler en 1884 qui reproduisit des fausses membranes. En 1886-87 et 1888, Roux et Yersin isolèrent des cultures une toxine dont les propriétés sont celles du bacille. Behring et Roux en 1894 expérimentèrent le sérum antidiphtérique.

Morphologie et coloration. — Pour faire le diagnostic d'angine diphtérique, à l'aide d'une spatule flambée, on va directement prélever une parcelle de fausse membrane, puis on fait un frottis sur lame, on colore au bleu de Lœffler, au violet de gentiane ou au bleu composé de Roux. Mais en même temps que le bacille diphtérique, on a ainsi coloré de nombreux microbes qui pullulent à la surface de la fausse membrane. La méthode de Gram permet une différenciation car le *bacille de Lœffler ne se décolore pas par la méthode de Gram*.

Bacille aussi long que celui de la tuberculose, mais plus épais, droit ou légèrement recourbé. Les éléments sont souvent réunis pour former des croix, des accents circonflexes, ou agglomérés en palissades, en tas d'épingles. Les dimensions peuvent varier du simple au double, mais la longueur moyenne est de 2 à 3 μ. On distingue des formes courtes, moyennes et longues, ces dernières étant les plus virulentes.

Dans les cultures, le bacille est d'abord plus petit, puis en vieillissant s'allonge, se colore mal et subit des formes d'involution (pseudospore localisée au centre ou aux extrémités, forme de fuseau, de massue, de crosse, de bouteille, etc.).

Cultures. — Permettent d'isoler le bacille et sont indispensables pour faire le diagnostic; il faut toujours ensemencer une fausse membrane, car par frottis, on peut ne pas trouver le germe.

Pousse bien de 35 à 37 degrés. Ne pousse ni au-dessus de 42 degrés ni au-dessous de 24, ne cultive donc pas sur gélatine. Anaérobie facultatif.

Le sérum est le meilleur milieu, car le bacille y pousse plus rapidement que les autres germes. On doit ensemencer successivement trois tubes de sérum sans recharger la spatule ; portés à l'étuve à 37 degrés, ces tubes fournissent à partir de la *quinzième ou dix-huitième heure* des colonies diphtériques que l'on doit examiner dans le deuxième ou troisième tube dont l'ensemencement a été moins abondant. Tandis qu'à ce moment les autres germes n'ont pas eu le temps de pousser, *les colonies diphtériques sont populeuses*, d'un blanc grisâtre, elles restent arrondies en vieillissant, mais jaunissent un peu.

On prend alors une de ces colonies qu'on ensemence en différents milieux pour avoir des cultures pures ; les bacilles examinés peuvent être petits ou moyens, disposés parallèlement, ou bien longs et enchevêtrés. On reportera après cet examen les tubes de sérum à l'étuve afin de voir s'il se développe ou non d'autres germes et quels sont ces germes (diphtérie pure ou diphtérie associée).

Sur gélose, petites taches blanches après quarante-huit heures.

Le bouillon est un excellent milieu : peu de trouble et petits grumeaux adhérents aux parois du tube ; le bouillon devient d'abord acide, puis redevient et reste alcalin.

Le frottis, puis les cultures permettent de distinguer des angines pseudo-membraneuses diphtériques d'*autres angines à fausses membranes* dont l'agent pathogène peut être le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque, le coccus Brisou, le bacille fusiforme de Vincent, etc., et dont les caractères cliniques sont peu ou pas différents de ceux de l'angine diphtérique.

Vitalité et virulence. — Le bacille diphtérique peut rester vivant et virulent pendant plusieurs mois dans la bouche d'enfants ayant eu une angine à fausses membranes ; il peut même se rencontrer en temps d'épidémie dans la bouche et le nez d'individus bien portants. Dans les salles de diphtériques on le trouve sur les objets, dans les poussières, etc., et il reste vivant dans ces poussières durant trois à quatre mois. A l'état humide, il ne résiste que quelques minutes à une température de 58 degrés, mais

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1138, 1194, 1225. 1254, 1284, 1314, 1349 et 1378.

supporte à l'état sec pendant plusieurs heures la température de 98 degrés.

Reste vivant en bouillon durant six mois, et durant treize mois en tube clos à l'abri de la lumière, mais sa virulence s'atténue, si on le cultive assez longtemps à 39°5. Une fausse membrane exposée à l'air, au soleil, à l'humidité n'est stérile qu'après un mois et demi.

Peut vivre dans l'eau pendant plusieurs semaines.

Tous ces caractères éclairent la contagion et tracent la prophylaxie de la diphtérie.

Quant à l'habitat naturel du bacille, il est peu connu, on a successivement incriminé les fumiers, les chiffons, la paille, les oiseaux de basse-cour, etc. A ce sujet, on a discuté l'identité possible de la diphtérie aviaire et de la diphtérie humaine. Ces infections semblent de nature différente en général, mais cependant certains bactériologistes admettent que les oiseaux peuvent faire une maladie pseudo-membraneuse dépendant d'un bacille ayant tous les caractères du bacille de Lœffler.

Lœffler, en 1887, décrivit dans les fausses membranes, à côté du bacille vrai, un élément plus court, le bacille *pseudo-diphtérique*. Ce germe se rencontre dans la bouche et le nez des enfants sains, ses éléments sont courts et le bouillon ensemencé reste alcalin; tous les autres caractères sont ceux du bacille diphtérique. Contrairement à l'opinion de beaucoup d'auteurs, Roux, Yersin, Escherich admettent qu'il s'agit là d'une espèce unique, à fonctions biologiques variables, et ce saprophyte, sous des influences variables, pourrait à un moment devenir pathogène.

Et en effet certain de ces bacilles produisent chez le cobaye des accidents locaux ou généraux contre lesquels agit le sérum antidiphtérique, mais aussi d'autres échantillons sont absolument inoffensifs et il est, jusqu'à présent, impossible d'exalter leur virulence.

Cette question importante des pseudo-diphtériques n'est donc pas définitivement résolue.

Inoculation aux animaux. — Roux et Yersin, en badigeonnant des muqueuses escoriées ou la peau ulcérée avec des cultures, produisent des fausses membranes.

L'inoculation sous-cutanée chez le cobaye est le procédé employé pour essayer la virulence d'un échantillon de bacille diphtérique et cette virulence est un élément de pronostic. Une dose de 1^{cc} de culture d'un bacille virulent tue le cobaye en trente-six heures, avec œdème au point d'inoculation, épanchement dans les séreuses et congestion des capsules surrénales. Le sang ne contient pas de microbes, mais on en trouve dans la sérosité de l'œdème. Si on a employé le lapin et que l'animal résiste, il fait ultérieurement des paralysies.

La *toxine* obtenue par filtrat de cultures provoque les mêmes signes que l'inoculation de culture (Roux et Yersin).

Martin, en employant un milieu de culture spécial, est arrivé à obtenir des toxines tuant à 1/500 de centimètre cube un cobaye de 500 grammes et a fait produire à des bacilles regardés comme pseudo-diphtériques non virulents une toxine très active (ce fait explique les complications graves de certaines diphtéries à allures bénignes). Chauffée à 100 degrés la toxine perd ses propriétés, qui s'atténuent par exposition à l'air et à la lumière solaire.

Vaccinations. — Behring fit les premières par différents procédés. Roux et Martin vaccinent leurs animaux avec des toxines iodées (liqueur de Gram au tiers); ils emploient le cheval; dans le liquide injecté ils diminuent peu à peu la quantité de Gram et arrivent à inoculer de fortes doses de toxine pure (250^{cc}).

Le sérum de ces animaux est immunisant; un sérum actif à 1/1000 est celui dont 1 gramme immunise 1 kilogramme d'animal vivant. Le pouvoir immunisant du sérum de Roux est tel qu'il suffit d'un cent millième du poids du corps injecté douze heures avant pour protéger l'animal contre la dose mortelle de toxine.

Ce sérum est curatif, mais la dose à injecter est ici plus forte, et d'autant plus que l'injection est faite plus tardivement. 1/1000 du poids du corps est efficace contre la dose mortelle de toxine injectée six heures avant.

Quant aux résultats de la sérumthérapie chez l'homme, ils sont aujourd'hui connus de tous.

Diphtérie humaine. — Les manifestations habituelles sont l'angine à fausse membrane et le croup; la fausse membrane peut envahir d'autres muqueuses (canal nasal, oreille, vulve), couvrir des surfaces de peau ulcérées. Mais la bacille sécrète des toxines qui agissent sur le système nerveux (paralysies), sur la fibre cardiaque (myocardite), sur les vaisseaux, etc.

Le pronostic d'une diphtérie est basé sur la virulence du bacille et sur les associations microbiennes.

La longueur du bacille et sa nocivité pour le cobaye nous renseigneront sur le premier point; l'examen direct d'un frottis de fausse membrane et l'ensemencement du sérum indiqueront si on a affaire à une diphtérie pure ou associée, et dans ce dernier cas, la variété microbienne surajoutée. Les formes hypertoxiques malignes sont le plus souvent des infections mixtes, strepto-bacillaires, staphylo-bacillaires, et cette association explique les résultats inconstants de la sérumthérapie dans les diphtéries malignes, alors que dans la diphtérie pure l'action du sérum est si nettement spécifique.

Voilà donc une affection où quelques données pratiques de bactériologie, à la portée de tout praticien, sont susceptibles de dicter un diagnostic très précis, et par là même d'établir un traitement qui assure la guérison pourvu qu'il soit institué à temps.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

2 JANVIER 1900

M. Proust a donné lecture des conclusions de la conférence sanitaire relatives à la **peste**. Voici ces conclusions :

Il résulte du rapport de M. Legrand qu'il n'est guère possible, au début, de déterminer la nature pesteuse des premiers cas qui éclatent dans une contrée.

Un volumineux travail de M. Thalassapoulo, étude approfondie de la peste, insiste aussi beaucoup sur le rôle des rats et encore sur le temps de résistance du bacille dans l'économie.

Un autre travail, communiqué par M. Proust, signale l'emploi d'un dégagement d'acide carbonique à l'effet de détruire les rats.

En analysant une observation de M. Roland (de Toulouse) relative à un cas de **myopie survenue à l'âge de vingt-cinq ans**, M. Javal fait connaître les résultats de son expérience personnelle sur ce sujet.

La myopie, qui ne serait que le résultat de trop d'efforts demandés à l'œil, procéderait de trois causes et non davantage : la prédisposition, la nature des objets regardés, les conditions ambiantes, d'éclairage, par exemple.

Et M. Javal appuie sur ce point que la myopie scolaire s'acquiert surtout chez les parents, faute d'éclairage suffisant : c'est ce qui résulte des expériences faites, soit chez nous, soit spécialement à Nuremberg — où l'on a pu constater, en outre, que l'écriture droite paraît être une prophylaxie contre la myopie.

Signalons enfin une lecture de M. Bovet sur **la médication par la nucléose tirée des nucléo-albumines végétales**, dont voici le résumé :

Relatant ses observations, tant expérimentales que cliniques faites sous les auspices de M. le professeur Pouchet, avec M. Brismoret, chef du laboratoire, et dans divers hôpitaux, M. Bovet termine son étude par les conclusions et indications thérapeutiques qui suivent :

Elles dérivent de l'origine végétale de la nucléose.

1° A titre d'aliment, la nucléose se comporte comme agent dynamogénique, en activant la nutrition, d'où augmentation du poids des malades. Ce résultat s'explique de lui-même, par la composition naturelle de la nucléose (albumine, phosphore, diastase, sels minéraux), laquelle se trouve dans la trame animale et dans les liquides organiques.

2° A titre de médicament, par suite de son dédoublement en acide nucléique et en albumine. Dans l'économie, la nucléose devient un agent antiseptique, bactéricide et phagocytaire, comme l'ont démontré les expériences de Kossel. Salkowski et nos observations cliniques.

La nucléose est douée d'une action diurétique indéniable. Cette action est d'une grande importance; car, après avoir activé le mouvement nutritif, la nucléose favorise l'élimination des déchets organiques et des toxines diverses provenant des maladies infectieuses.

Indications thérapeutiques. — En raison de cette action complexe, les indications thérapeutiques sont :

a. Au point de vue alimentaire : maladies consomptives, tuberculose chronique, albuminurie, diabète, quelques états neurasthéniques, la plupart des dyspepsies, certaines cardiopathies et principalement les cardiopathies artérielles ou l'insuffisance rénale et la toxémie alimentaire jouent un rôle prépondérant, comme l'ont démontré les expériences et observations de M. Huchard.

b. Au point de vue médicamenteux : empoisonnements lents, intoxications alimentaires, maladies par ralentissement de la nutrition, urémies diverses, etc.

Dans ces cas, non seulement on doit invoquer une action antiseptique ou bactéricide, mais encore et surtout les propriétés diurétiques inhérentes aux nucléoses.

M. Panas, président sortant, a fait un consciencieux résumé des travaux de l'Académie au cours de l'année qui vient de s'écouler.

M. Marey, prenant place au fauteuil, a fait le petit discours traditionnel, puis il a donné la parole à M. Hutinel pour lire l'éloge qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques du regretté Ferrand (1).

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(29 DÉCEMBRE 1899)

La séance entière de la Société médicale a été consacrée au renouvellement du bureau, à la lecture du compte rendu des travaux dû à la plume élégante du dévoué secrétaire général, M. Rendu, et à la lecture, par M. Gouraud, du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Ferrand.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1403.

Le bureau de la Société est ainsi constitué pour 1900 : président, M. Troisier; vice-président, M. Joffroy; secrétaire général, M. Rendu; secrétaires des séances, MM. Boulloche et Claisse; trésorier, M. Hudelo; archiviste, M. Courtois-Suffit; conseil d'administration : MM. Roques, Thoinot, Florand, Lermoyez, Simonis (du Val-de-Grâce).

FORMULAIRE

Pommade contre le psoriasis.

Acide salicylique		3 grammes.
Ichthyol	} ââ	10 —
Goudron		
Acide pyrogallique		6 —
Lanoline ou vaseline		100 —

(Brocq.)

Lavements contre l'urticaire.

Bicarbonate de soude	20 grammes.
Laudanum de Sydenham	XX gouttes.
Eau bouillie	500 grammes.

(De Mahis.)

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Péritonite tuberculeuse guérie par les rayons X. — M. AUSSET rapporte l'observation d'une petite fille atteinte de péritonite tuberculeuse, traitée purement et simplement par la radiothérapie. Il y a quatre mois, il existait un exsudat péritonéal très abondant, avec, au niveau de l'ombilic, de gros gâteaux péritonéaux. Au début des séances de radiothérapie, faites par M. BÉDART, l'abdomen mesurait 64 centimètres 5; il ne mesure plus que 56 centimètres de circonférence. Le poids de l'enfant est passé de 16400 à 19158 grammes. Le ventre, encore un peu gros, est souple partout. L'enfant peut être considérée comme guérie. (*Bull. Soc. centr. de méd. du Nord*, 27 décembre 1899.) F. R.

Éruption médicamenteuse. — M. COMBEMALE a vu une éruption scarlatiniforme survenir à la suite de l'absorption d'un gramme de salol. Ce médicament avait été prescrit chez une jeune fille de dix-neuf ans atteinte de tonsillite légère. Quelques heures après, apparaît une éruption qui fait porter au médecin traitant le diagnostic de scarlatine; la malade est alors isolée à la maison de santé; M. Combemale la voit alors, trouve une éruption qui n'occupe que le tronc; un peu d'angine, une langue superbe, bref aucun symptôme de scarlatine. L'éruption dure deux jours et est suivie d'une desquamation très légère. Voilà donc un cas non douteux d'éruption scarlatiniforme due à l'ingestion d'un médicament qui la provoque rarement. Ce fait est d'autant plus intéressant qu'une épidémie de scarlatine sévit actuellement sur la ville. (*Bull. Soc. centr. de méd. du Nord*, 27 décembre 1899.) F. R.

PHYSIOLOGIE

La narcose par les vapeurs d'alcool. — Les expériences de MATTHACI lui ont montré que chez les chiens la narcose dure vingt minutes et n'est pas très profonde. En administrant l'alcool en lavement, le sommeil se produit en deux à trois minutes; par la voie gastrique, il vient assez lentement.

Cette forme d'anesthésie devrait être avant tout expérimentée sur les grands buveurs. (*Centralbl. für chir.*, 48, 1899.) L. G.

MALADIES DE L'ENFANCE

Signe diagnostique des angines aiguës chez des enfants. — Il est utile, en pédiatrie, de posséder des moyens exter-

nes de découvrir des lésions de la gorge, quand des circonstances spéciales ne permettent pas l'examen minutieux de la cavité buccale. C'est un de ces moyens que propose M. MINERBI.

Tous connaissent, dans la diphtérie, l'apparition précoce et à peu près constante d'une tuméfaction ganglionnaire dans une région triangulaire située à la partie supérieure du cou et limitée par l'angle de la mâchoire, le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, et la grande corne de l'os hyoïde : cette tuméfaction est déterminée par un engorgement ganglionnaire. Or, M. Minerbi s'est aperçu, à la suite d'une longue pratique, que cette adénite existe, non seulement dans la diphtérie, mais dans toutes les affections tonsillaires aiguës des enfants accompagnées de fièvre.

Il convient, d'ailleurs, de bien se garder de confondre avec le ganglion amygdalien un autre ganglion plus superficiel et plus mobile qui se trouve dans le *fascia superficialis*, exactement à l'angle du maxillaire, et où aboutissent, non pas les lymphatiques de la tonsille, mais ceux de la gencive, et des petites molaires du même côté. (*Gaz. med. di Torino* et *Gaz méd. belge*, déc. 1899.)

VOIES URINAIRES

Le massage dans le traitement des rétrécissements de l'urètre. — M. BAZY conseille, dans les rétrécissements blennorragiques de la région périnéo-scrotale, lorsqu'il n'y a aucune inflammation et aucune menace d'abcès, de faire du massage de la région périnéo-bulbaire en se servant de la pommade suivante :

Iodure de potassium.........	4 grammes.
Lanoline....................	ãã 15 grammes.
Cold-cream..................	

Ce massage doit être pratiqué pendant cinq minutes environ. (*Ann. génito-urinaires*, 1899, p. 1171.)

HYGIÈNE

Les bains d'eau pulvérisée. — M. Ed. PHILIPPE, dans une récente communication à la Société d'hygiène, expose les raisons qui lui font préférer au bain-douche (1) les *bains d'eau pulvérisée* dont voici les avantages :

« 1° L'eau, réduite à l'état de brouillard, mouille la peau sans l'impressionner, elle n'est pas percutante, et sa température plus ou moins élevée est à peine sensible ;

2° La quantité d'eau nécessaire pour mouiller le corps est insignifiante : un litre par minute ; ce qui permet de laisser constamment la pulvérisation fonctionner, tandis que la douche, au contraire, est forcément intermittente, d'abord parce que la quantité d'eau qu'elle projette enlèverait le savon avant qu'il ait produit son effet ; ensuite, cette quantité d'eau est tellement considérable que si la douche fonctionnait sans arrêt, la dépense en eau et en combustible pour la chauffer serait telle que ce mode de bain serait très coûteux. Or, le mouillage constant et en petite quantité est indispensable pour un bon nettoyage pour dissoudre le savon et non diluer à l'excès l'eau savonneuse ; ensuite je n'ai pas limité le nettoyage corporel au seul emploi de l'eau pulvérisée, j'ai complété le bain-lavabo par une cuvette scellée au mur et à hauteur convenable pour le nettoyage de la tête et de la poitrine, comme nous le pratiquons tous dans nos cabinets de toilette ; cette cuvette ne rend pas indispensable, comme dans le bain-douche, la projection du liquide sur la tête et la poitrine, que les hygiénistes berlinois et français reconnaissent comme nuisible et ont cherché à éviter en inclinant la pomme d'arrosoir, ou encore en la divisant en deux.

Enfin, j'ai complété le bain-lavabo en mettant à la disposition du client un bain de pieds mobile. » (*Journ. d'hyg.*, décembre 1899.)

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1376.

Stérilisation de l'eau pure par le chlorure de chaux. — M. LODE (d'Innspruck) rend compte, dans l'*Hygienische Rundschau*, d'expériences qu'il a faites pour la stérilisation de l'eau par le chlorure de chaux.

Le procédé demande $0^{gr},15$ de chlorure de chaux sec du commerce par litre d'eau à épurer. Ce produit est délayé avec son poids d'eau dans un vase en porcelaine ou, quand on opère en grand, dans un récipient en bois ou en pierre, de manière à en faire une pâte fine que l'on ajoute en agitant constamment.

La quantité correspondante d'acide chlorhydrique — pour le dosage duquel l'auteur donne une table — est alors ajoutée et dans le cours d'une demi-heure l'eau est clarifiée moyennant addition de $0^{gr},3$ de sulfate de soude par litre.

L'eau serait ainsi complètement stérilisée et les eaux les plus mauvaises deviendraient potables ; mais le coût ressortirait à 0 fr. 40 par mètre cube d'eau. (*Revue scientifique*, déc. 1899.)

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la stéatorrée diabétique par les préparations de pancréas. — La stéatorrée temporaire est fréquente dans le diabète, la forme permanente est rare. Cette dernière est l'indice d'altérations profondes du pancréas, surtout si par l'absence d'ictère on peut exclure les troubles de la sécrétion biliaire. Les expériences d'Abelmann et Minkowski sont en faveur de l'usage thérapeutique du pancréas. MM. MASUYAMA et SCHILD ont noté chez l'homme des améliorations par l'usage du pancréas de veau ou de la pancréatine. Von Noowden a publié la première observation quantitative. La quantité de graisse ingérée par le malade était de 200 à 250 grammes par jour. La graisse des fèces s'élevait à 159 grammes par jour, et 154 quand on donna des tablettes pancréatiques. Par l'administration de 125 grammes par jour de pancréas frais, il n'y en eut plus que 39 grammes par jour.

Dans une autre observation, le malade n'absorbait que 36,9 p. 100 de la graisse ingérée ; avec du pancréas de porc râpé, l'absorption monta à 63,58 p. 100. Privé de nouveau de pancréas, le malade n'absorbait plus que 37,25 p. 100 ; l'administration de suc pancréatique fit remonter l'absorption à 45,51 p. 100. Ainsi le tissu du pancréas semble plus actif que le suc pancréatique. Il est douteux que les tablettes de pancréatine aient même action. (*Zeitsch. f. diæt. u. phys. Ther.*, 1899, et *Rev. gén. de path. int.*, 22, 1899.) F. R.

Des dangers de la caféine. — La caféine est bien loin d'être un médicament aussi inoffensif qu'on a l'habitude de le croire. Les observations de M. ZENETZ, recueillies en ces cinq ou six dernières années, lui ont démontré que, administrée à dose tant soit peu élevée, la caféine agit comme un poison violent, amenant la mort instantanée par arrêt du cœur en systole (contrairement à ce qu'on observe chez les animaux pour lesquels la caféine amène l'arrêt du cœur en diastole), et que son élimination par les urines dure très longtemps après la suspension du médicament.

En raison de ces faits, M. Zenetz se prononce très catégoriquement contre l'usage de la caféine, surtout chez les gens dont le rein est adultéré.

De même chez les artério-scléreux, la caféine est absolument contre-indiquée tant qu'on n'aura pas bien nettement et sans controverses établi son action et la tolérance de l'organisme pour ce médicament.

Tout ce qui vient d'être dit de la caféine s'applique également à la théobromine et à ses sels. (*Journ. de pharm. et de chim.*, 1er déc. 1899.) L. G.

Le régime lacté dans le diabète sucré. — MM. WINTERNITZ et STRASSER, dans un travail récent, concluent que le régime lacté doit, au bout de vingt-quatre heures, faire diminuer ou disparaître le sucre de l'urine de la majorité des diabé-

tiques. Dans les cas compliqués de néphrite, la diète lactée fait diminuer encore la quantité d'albumine des urines. Chez quelques diabétiques, la diète lactée amène une guérison complète. Le plus souvent, au commencement du traitement on voit se produire une diminution légère du poids du corps, puis une augmentation notable ne tarde guère à survenir. (*Centralbl. für innere Medicin*, 45, 1899.) F. R.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Le mandat de conseiller général est incompatible avec les fonctions d'agent salarié sur les fonds départementaux.

M. X..., médecin des enfants du premier âge, ayant été élu conseiller général de la Nièvre et voyant son élection attaquée, crut pouvoir la régulariser en se déclarant prêt à continuer son service sans traitement.

La question a été soumise au Conseil d'Etat qui a estimé que cette déclaration de M. X... ne pouvait être considérée comme constituant une renonciation à son traitement, et n'a pu lui enlever la qualité d'agent salarié sur les fonds départementaux. En conséquence, l'élection a été annulée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 8 AU 13 JANVIER 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 8 JANVIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Ch. Richet, Heim et André.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 2* (1re série) : MM. Tillaux, Walther et Lepage. — *Faculté, salle n° 3* (2e série) : MM. Lannelongue, Lejars et Varnier — M. Gilles de la Tourrette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Tuffier et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Jalaguier, Delbet et Legueu ; — (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine et Gaucher; — M. Teissier, suppléant.

MARDI 9 JANVIER, à une heure. — 2e *Faculté, salle n° 1* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Charrin et Langlois.

3e (oral, 1re partie) *Faculté, salle n° 2* : MM. Berger, Wallich et Thiéry; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Le Dentu et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Debove et Ménétrier; — (2e série) : MM. Hutinel, Roger et Vaquez ; — M. Faure, suppléant.

MERCREDI 10 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Delens, Broca et Sébileau.

4e, *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz ; — M. Desgrez, suppléant.

JEUDI 11 JANVIER à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Brun et Albarran.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Guyon, Wallich et Poirier.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Quénu, Hartmann et Bonnaire.

4e : MM. Proust, Hanriot, et Dupré ; — M. Letulle, suppléant.

VENDREDI 12 JANVIER, à une heure. — 2e, *Faculté, salle n° 2* : MM. Richet, Hanriot et Retterer ; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Delens, Kirmisson et Broca (Aug.) ; — 5e (2e série) : MM. Tuffier, Jalaguier et Legueu ; — (2e partie) : MM. Potain, Déjerine et Widal ; — M. Méry, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Lejars, suppléant.

SAMEDI 13 JANVIER, à une heure. — 3e (2e partie), *Faculté, salle n° 2* (1re série) : MM. Chantemesse, Ballet et Thiroloix. — *Faculté, salle n° 1* (2e série) : MM. Joffroy, Achard et Dupré ; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'incident du concours de l'Internat. — Le président du conseil des ministres a enfin rendu sa décision au sujet du concours de l'internat. Nous en extrayons les passages suivants :

« Considérant que, le 16 octobre 1899, un concours annuel pour l'internat a été ouvert entre les élèves externes des hôpitaux de Paris ; que 580 candidats s'étaient fait inscrire pour ce concours ; que 333 seulement ont remis des compositions écrites et 241 ont lu leurs compositions ; qu'enfin 78 candidats ont eu leurs compositions détruites, en tout ou en partie, à la suite d'un acte dû à la malveillance dont les auteurs sont jusqu'ici demeurés inconnus ;

Considérant que les faits commis à l'hôpital Beaujon dans la nuit du 28 au 29 novembre ne sauraient infirmer le concours ouvert le 16 octobre ni préjudicier aux droits acquis par les candidats dont les copies ont été épargnées, et qu'en droit strict les victimes de cette manœuvre n'auraient qu'un reconrs à fin de dommages-intérêts contre ses auteurs ;

Considérant qu'aux termes des règlements en vigueur le nombre des élèves est fixé de manière à donner *au moins*, pour chaque chef de service, un interne en médecine ; que pour le service de chirurgie le nombre des internes peut être de deux ou de trois ; que pour l'exercice 1900 l'administration de l'assistance publique avait réduit à trente-six le nombre des places d'internes ; que, par application des principes ci-dessus, ces trente-six places d'internes doivent être attribuées aux élèves classés dans le meilleur rang par suite du concours qu'ils auront subi ;

Considérant, en ce qui concerne les candidats victimes des faits susrappelés et auxquels il ne resterait que le recours de droit commun contre les auteurs du dommage par eux subi, que, si l'administration n'a encouru aucune responsabilité, elle doit, dans une préoccupation d'équité et dans l'intérêt de leur avenir, s'efforcer d'atténuer les conséquences du préjudice auquel ils sont exposés et qu'il lui est possible de le faire dans une certaine mesure, tout en restant dans les limites de l'article 9 susvisé, en les appelant à un concours restreint comportant dix nouvelles places d'internes, ce qui revient à leur attribuer un nombre de places proportionnel égal à celui réservé aux élèves qui auront participé au premier concours ;

Considérant que les règlements généraux actuellement en vigueur ne sauraient être applicables dans toutes leurs dispositions à ce concours spécial, rendu nécessaire par des circonstances exceptionnelles et qu'il y a lieu, par suite, d'édicter un règlement spécial à ce concours ;

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Il est ouvert un concours spécial entre les candidats ayant déjà pris part au concours de l'internat du 16 octobre 1899 dont les copies ont été détruites, en tout ou en partie, à la suite de l'acte commis à l'hôpital Beaujon dans la nuit du 28 au 29 novembre.

ART. 2. — Le jury du concours ouvert le 16 octobre sera chargé de présider à ce concours spécial.

ART. 3. — Les dispositions réglementaires qui régissent les concours de l'internat, en ce qui concerne les épreuves du concours, la publicité, le mode de procéder du jury, la surveillance des candidats, le vote des points, le classement des candidats et la proclamation des résultats, sont applicables audit concours.

ART. 4. — *Les élèves internes nommés à la suite de ce concours choisiront, dans l'ordre de leur nomination, les établissements auxquels ils doivent être attachés, après l'attribution faite aux élèves*

internes reçus à la suite du concours ouvert le 16 octobre 1899 des places mises à leur disposition.

Art. 5. — Les dispositions de l'article 216 du règlement général ne seront pas applicables à ce concours spécial.

Art. 6. — Le préfet de la Seine et le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 29 décembre 1899.

Waldeck-Rousseau. »

Cet arrêté ministériel a été complété par un arrêté du préfet de la Seine, d'après lequel les épreuves orales seront publiques :

« Seront seuls admis dans les locaux consacrés aux épreuves écrites tous les élèves porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours. Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée déterminera la place qu'ils devront occuper pour l'épreuve écrite. »

La solution qui vient d'être donnée n'a pas été également goûtée de tous les candidats. Ceux, en particulier, qui avaient déjà lu *une* copie, trouvent dur de perdre le bénéfice d'une note qui leur était acquise au même titre que les notes des 241 candidats dont on respecte les droits.

On peut également se demander pourquoi les candidats de la première série seront *seuls* admis à concourir pour les prix de l'externat. De quel droit le premier de la deuxième série sera-t-il classé trente-septième et envoyé à Bicêtre ou à Ivry, tandis que d'autres plus favorisés par le sort se partageront les prix et les places dans les hôpitaux du centre? Il y a là une inégalité fâcheuse qui se retrouvera encore dans le choix des places pour les années suivantes.

Ces réserves faites il convient de louer l'esprit d'équité qui se montre dans l'arrêté ministériel. Il était impossible de contenter tout le monde; il était surtout inadmissible de donner raison aux cambrioleurs en annulant le concours. La solution actuelle est un pis-aller, il est sage de s'en contenter.

Quant à l'enquête judiciaire il est inutile d'ajouter qu'elle demeure stationnaire.

Marine. — Par décision ministérielle du 28 décembre 1899, ont été nommés à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, les élèves de l'école du service de santé de la marine : MM. Augé, Marty, Southiou-Lavielle, Lenoir, Le Maout, Rogé, Clavet, reçus docteurs en médecine devant la faculté mixte de Bordeaux, le 20 décembre 1899.

M. Le Floch, médecin de deuxième classe de la marine du cadre de Rochefort, est désigné pour remplacer au deuxième dépôt des équipages, à Brest, M. le docteur Bavay.

Par arrêté ministériel du 26 décembre 1899, M. le docteur Mosimann, ex-médecin major de l'armée, a été nommé médecin auxiliaire des colonies.

Cinquantenaire de la Société de biologie. — M. Georges Leygues a présidé mercredi dernier dans l'amphithéâtre Richelieu, à la Sorbonne, la séance solennelle par laquelle la Société de biologie a fêté son cinquantenaire.

Après une allocution de M. Bouchard, membre de l'Académie des sciences, et la lecture d'un rapport de M. Gley, secrétaire général de la Société, le ministre a pris la parole.

M. Leygues a félicité la Société de son œuvre, puis il a remis la rosette d'officier de la Légion d'honneur au professeur Mathias Duval; la croix de chevalier de la Légion d'honneur à M. Gréhant, professeur au Muséum, et enfin la rosette d'officier de l'instruction publique à M. Capitan, secrétaire de la Société.

Puis des adresses ont été lues par MM. Heger, délégué de la société de Bruxelles; Waller, délégué de Londres; Blumenthal, délégué de Berlin, et Prévost, délégué de Genève.

Cette séance avait été précédée de l'inauguration d'une plaque posée sur le mur extérieur du laboratoire de Claude Bernard, au Collège de France, au coin de la rue Saint-Jacques.

A cette cérémonie, MM. Gaston Paris et d'Arsonval ont pris la parole.

MM. Léon Bourgeois, Créard, Giard et Brouardel étaient présents.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la 51e semaine 1156 décès (moyenne, 922). Cette augmentation est due notamment aux maladies de l'appareil respiratoire; elles concernent presque exclusivement les vieillards.

La fièvre typhoïde a causé 11 décès, elle est en décroissance; la scarlatine, 4; la rougeole, 4; la coqueluche, 1; la diphtérie, 5; la diarrhée infantile, 15 (moyenne 27). En outre 33 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 198 décès (moyenne, 143); ce chiffre se décompose ainsi : bronchite aiguë, 21; bronchite chronique, 33 (moyenne, 29); broncho-pneumonie, 68 (moyenne, 45); pneumonie, 56; moyenne, 44); les autres affections de l'appareil respiratoire, 105 (moyenne, 48); grippe, 4. La phtisie a causé 224 décès; la méningite tuberculeuse, 16; la méningite simple, 16; les tuberculoses autres que celles qui précèdent, 18; l'apoplexie et le ramollissement cérébral, 79; les maladies organiques du cœur, 88; le cancer, 68; enfin 66 vieillards sont morts de débilité sénile (moyenne, 27).

Ligue nationale contre l'alcoolisme. — Le bureau pour 1900 est composé de la façon suivante :

Président, M. Émile Cheysson; vice-présidents, MM. Gaufrès, Jules Siegfried, docteurs Bouchereau et Gouraud;

Secrétaire général, le docteur Émile Philbert; secrétaires généraux adjoints, les docteurs Audigé et Rœser; secrétaires, MM. Duchesne-Fournet et Sangnier-Lachaud;

Bibliothécaire archiviste, le docteur Cruet; archiviste, M. Bertaumieux.

Curiosité gynécologique. — Une femme, déjà mère de nombreux enfants, voulant échapper à une nouvelle grossesse de deux mois et demi, s'en fut trouver une voisine qui lui conseilla de se faire avorter, lui affirmant que rien n'était plus simple. Pour ce, cette dernière prit un porte-plume de verre en forme de stylet et l'enfonça dans la direction de la matrice, mais subitement l'instrument lui échappa des mains et il lui fut impossible de le rattraper.

Un médecin consulté ne trouva le corps étranger pas plus dans les parois vaginales que dans celles de l'utérus. Et pourtant l'opératrice était très affirmative, disant que le stylet avait été enfoncé jusqu'au bout. On recourut alors à la laparotomie et le stylet finit par être rencontré aux environs de la rate, la pointe pénétrant déjà à travers le diaphragme dans la région occupée par le lit du cœur. La guérison eut lieu avec un petit abcès. (*Med. rec.* et *Bull. méd.*)

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de MM. les docteurs P. Masson (de Charme); Gallois, vice-président du Conseil général de la Marne; Baurac, médecin de première classe des colonies; Picard (de Celles-sur-Cher); Popis (d'Olans); Sallebert, médecin principal des colonies; Coster, médecin de l'armée boer, décédé au Transvaal; sir James Paget, membre correspondant de l'Institut de France, président du collège des chirurgiens et vice-chancelier de l'Université de Londres, décédé à l'âge de quatre-vingt-cinq ans. Le célèbre praticien anglais avait été créé baronnet en 1871; Rammelsberg, (de Berlin); et de MM. Della Decima, étudiant en médecine à Paris, qui a succombé aux suites de la fièvre typhoïde contractée dans son service; Guillot (Hyppolite), ancien externe des hôpitaux, soigné à la Maison Dubois, pour une fièvre typhoïde.

Hôpital Saint-Antoine. — Le docteur Béclère reprendra ses conférences de radioscopie médicale avec présentation de malades le 7 janvier à dix heures du matin.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. La fièvre typhoïde en 1899 (symptomatologie et formes cliniques), par M. L. BABONNEIX, interne des hôpitaux de Paris. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

La fièvre typhoïde en 1899 (symptomatologie et formes cliniques).

Par M. L. BABONNEIX, interne des hôpitaux.

A la fin d'une année où la fièvre typhoïde a sévi avec une exceptionnelle violence (1), il semble qu'il y ait quelque intérêt à analyser brièvement les différents travaux qu'elle a suscités et à tirer de leur étude l'enseignement clinique qu'ils comportent.

I

Les DÉTERMINATIONS DIGESTIVES de l'infection ont été surtout caractérisées par la fréquence et par l'intensité des processus ulcéreux : l'*ulcération des piliers du voile*, signalée par Bouveret, puis par Duguet, vient de faire l'objet de la consciencieuse thèse de M. Schæfer (2).

Cette ulcération peut apparaître à une date extrêmement variable : tantôt elle est précoce, précédant même les taches rosées ; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, elle se développe pendant le deuxième septénaire ; très rarement enfin, son début est plus tardif, si bien que l'on a pu dire (Devic) que « lorsqu'un typhique, arrivé à la fin de son deuxième septénaire, ne présente pas d'ulcérations bucco-linguales, on peut être sûr qu'on ne les observera pas ultérieurement ». Les caractères de cette ulcération à la période d'état sont des plus nets : siège sur les piliers antérieurs, au niveau de leur union avec le voile ; symétrie constante : direction oblique en bas et en dehors ; faibles dimensions. Parfois l'ulcération paraît taillée à l'emporte-pièce : ses bords sont alors rouges, congestionnés, entourés eux-mêmes d'une mince zone d'hyperémie. Le fond est grisâtre, rarement granité, mais jamais il n'existe à la surface d'enduit pultacé ou de fausse membrane. L'adénopathie est exceptionnelle ; quant aux symptômes fonctionnels, ils sont réduits à leur minimum. Une fois formée, l'ulcération s'accroît en profondeur pendant deux ou trois jours ; puis elle se comble, et, au bout d'une quinzaine environ seul un léger dépoli de la muqueuse indique la place qu'occupait la lésion. La durée de l'ulcération est donc courte, et sa marche régulière. On a noté dans certains cas la coïncidence d'autres ulcérations de même nature siégeant à la base de la langue ou sur ses bords, ou même d'autres variétés d'angines, telles que l'angine catarrhale ou diphtérique.

Un tel ensemble symptomatique impose le diagnostic. Les aphtes ne présentent pas la même localisation ; ils s'accompagnent de signes fonctionnels très marqués ; leur aspect diffère singulièrement de celui de l'ulcération typhique. L'ulcération tuberculeuse se juge par sa forme irrégulière, ses bords décollés, la présence à son pourtour de granulations jaunâtres. Les plaques muqueuses ulcérées sont moins profondes et se recouvrent rapidement d'une pseudo-membrane fibrineuse ; le chancre buccal a pour lui l'induration et l'adénopathie ; l'herpès, enfin, se caractérise par des vésicules fugaces que viennent bientôt remplacer des points blancs faciles à détacher. C'est ici le moment de rappeler que l'existence dûment établie de ces ulcérations a pu, dans certains cas, permettre d'affirmer le diagnostic de dothiénentérie (Duguet).

L'étiologie en est encore incertaine. On sait seulement que leur maximum de fréquence se rencontre chez l'homme adulte, qu'on les observe aussi bien dans les formes bénignes que dans les formes graves, qu'elles ne sont pas dues au bacille d'Eberth lui-même. Elles sont probablement d'ordre toxique, et relèvent de l'action nécrosante de la typhotoxine sur les piliers du voile. L'ulcération une fois produite, les microbes habituels de la cavité buccale entrent alors en ligne et contribuent à son développement ultérieur. C'est encore à une intoxication qu'il faut rattacher le développement des *ulcérations de l'œsophage*, dont Riesman (1) a rapporté un cas récent, et qui, pour cet auteur, sont peut-être moins rares qu'on ne l'admet d'habitude.

Les *troubles fonctionnels de l'estomac* au cours de la fièvre typhoïde sont ainsi classés par Paterno : vomissements plus ou moins fréquents ; douleur à la pression de l'estomac ; douleurs réflexes du tronc ; élévation de la température locale au creux épigastrique. M. Sorel (2) ajoute à ces symptômes la douleur que provoque la pression du pneumogastrique cervical.

Des nombreux cas de *perforations de l'intestin grêle* publiés cette année, les uns tirent leur intérêt des circonstances spéciales à la perforation, les autres de l'intervention chi-

(1) Voir la communication de M. Netter à la Soc. méd. des hôpit., 21 juillet 1899 ; — *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 765.
(2) Th. de Paris, 1899.

(1) *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 25 mars 1899.
(2) *Arch. de méd. de Toulouse*, 15 juin 1899.

rurgicale à laquelle cet accident a donné lieu. Parmi les premiers, il convient de citer la très instructive observation de MM. Huchard et Guéniot (1), dans laquelle la perforation fut suivie, non d'hypothermie, mais bien d'une élévation notable de la température. L'*hypothermie est donc loin de posséder une valeur diagnostique absolue*, et le chirurgien aurait bien tort de se baser uniquement sur l'absence de ce symptôme pour rejeter le diagnostic de perforation intestinale et différer l'opération.

Bien que les résultats des interventions chirurgicales tentées contre la perforation typhique ne soient rien moins qu'encourageants, tous les auteurs donnent le formel conseil d'opérer dans des cas analogues, conseil que semble justifier amplement l'état désespéré des malades. A ce sujet, MM. Boinet et Delanglade (2) ont rappelé les préceptes suivants : toutes les fois que l'état général le permet, faire une opération précoce, aussi complète que possible, et causant le minimum de shock. Ces règles, qu'ils ont pu suivre dans un cas, leur ont valu un beau succès opératoire.

Les rapports de contiguité qu'affecte l'appendice avec l'intestin grêle expliquent la participation fréquente de cet organe à l'entérite typhique. *Ces déterminations appendiculaires* peuvent, d'après M. Coulomb (3), revêtir deux formes principales : tantôt il s'agit d'ulcérations spécifiques du tissu lymphoïde de l'appendice, et alors l'appendicite est vraiment typhique : tantôt, au contraire, il s'agit d'une appendicite banale développée au déclin de l'infection et n'ayant de typhique que l'origine. L'une est typhique dans ses causes et dans ses lésions ; l'autre n'est que « la conséquence et le reliquat des lésions lymphoïdes de la dothiénentérie : elle est *paratyphoïde* » (Dieulafoy).

Aussi, tandis que l'appendicite paratyphoïde ne présente que des lésions banales d'inflammation ou de catarrhe, l'appendicite typhoïde se caractérise par des lésions identiques à celles des plaques de Peyer, et dont l'évolution peut être ainsi résumée : infiltration large, ulcération précoce, perforation fréquente suivie de péritonite généralisée ou enkystée suivant les cas. Les ulcérations du diverticule de Meckel, dont un exemple récent a été rapporté par Sailer (4), accompagnent fréquemment celles de l'appendice.

Le début de l'appendicite typhoïde est tout particulièrement important à connaître : au milieu d'une santé en apparence parfaite surviennent soudain des symptômes localisés à la fosse iliaque droite ; la température monte à 39, 40 degrés ; puis, au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, les phénomènes appendiculaires rétrocèdent, pendant que se développent progressivement les signes de l'infection typhique. Parfois cette appendicite initiale peut aboutir à la formation d'une collection purulente enkystée, dont la symptomatologie est à peu près invariable : du dixième au vingtième jour, le malade accuse brusquement une vive douleur dans la fosse iliaque droite ; les vomissements, l'anxiété, l'altération des traits indiquent la gravité de l'état général. Bientôt ces symptômes s'atténuent, mais la fosse iliaque reste douloureuse, la fluctuation apparaît, et le malade succombe, soit à la septicémie, soit à la péritonite généralisée.

Lorsque l'ulcération d'une plaque de Peyer s'étend aux parois de l'appendice, on peut encore constater le développement d'une péritonite par perforation. La perforation se produit le plus souvent la nuit : elle est suivie, à bref délai, d'une aggravation de tous les symptômes ; la mort survient en quelques heures.

(1) Soc. anat., avril 1899.
(2) *Arch. gén. de méd.*, oct. 1899.
(3) Th. de Paris, 1899.
(4) *Proceedings of the Pathol. of Soc. Philad.*, 1er avril 1899.

La description de l'appendicite paratyphoïde est entièrement due à M. Dieulafoy. Cette forme peut revêtir toutes les modalités de l'appendicite banale. Tantôt, chez un convalescent, on constate pendant quelques jours des symptômes atténués d'inflammation du vermium, lesquels disparaissent progressivement : tantôt cette appendicite aboutit à la formation d'une collection purulente suivie de péritonite. Dans tous ces cas, l'élévation thermique fixe le diagnostic : elle s'accompagne souvent de nausées, de vomissements, de douleur iliaque avec contracture musculaire et hyperesthésie de la région.

S'il est vrai que le diagnostic différentiel entre la fièvre typhoïde à début appendiculaire et l'appendicite ordinaire présente une importance capitale, il faut reconnaître que ce diagnostic est loin d'être toujours aisé. La séro-réaction ne donnant guère, à ce moment, de renseignements utiles, c'est sur des nuances cliniques délicates qu'il faudra baser son diagnostic. Ces nuances ont été fort bien indiquées par M. Moizard (1) : « Dans la fièvre typhoïde la défense abdominale à la pression est seulement modérée ; l'hyperesthésie de la paroi est moins marquée que dans l'appendicite, enfin les symptômes généraux n'ont pas l'intensité et le caractère de ceux qui accompagnent d'ordinaire une appendicite d'emblée d'apparence aussi grave. »

La péritonite enkystée est plus facile à reconnaître ; elle se juge par l'apparition brusque de douleur abdominale chez un typhique, la formation d'un empâtement iliaque, puis d'une tumeur fluctuante. Quant à la perforation de l'appendice, elle n'a jamais pu être diagnostiquée jusqu'à ce jour : peut-être, à l'avenir, la recherche systématique du point de Mac-Burney, la défense abdominale localisée, l'ascension rapide de la température, permettront-elles de la soupçonner. Enfin l'hyperthermie initiale de l'appendicite paratyphoïde, comme la localisation iliaque de ces symptômes, faciliteront singulièrement son diagnostic.

Le pronostic des congestions appendiculaires du début doit toujours être réservé, car, outre le danger immédiat qu'elles font courir au malade, elles créent pour l'avenir une prédisposition incontestable à l'appendicite. Quant au pronostic de l'abcès péri-cæcal, il sera des plus sombres, si une opération chirurgicale précoce et complète n'intervient pas.

Les *lésions typhiques du côlon*, signalées par Hoffmann, de Cérenville, Leudet, Renaut, Siredey, et, plus récemment par Orton (2), viennent d'être étudiées dans la thèse de M. Prévost-Maisonnay (3). Elles atteignent exclusivement les follicules isolés du gros intestin, et ne traduisent leur existence clinique que par une constipation prolongée, et parfois aussi, par la localisation de la douleur, provoquée ou spontanée, le long du gros intestin. Le pronostic des formes de la typhoïde qui frappent presque exclusivement le côlon (coléotyphus) est grave, « cette gravité étant d'ailleurs plutôt due à l'intensité de l'infection qu'aux complications de la maladie. » Cependant Mozzotti (4) a insisté récemment sur les *entérorragies typhiques* parfois abondantes.

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 juillet 1899.
(2) *Brit. med. Journ.*, juillet 1899.
(3) Th. de Paris, 1899.
(4) *Gaz. degli osped.*, juin 1899.

qui se lient à une congestion de la muqueuse du côlon, et a tiré du siège même de la lésion une méthode thérapeutique intéressante : l'administration en lavements de substances hémostatiques allant agir sur les sources de l'hémorragie.

La *cholécystite typhique*, étudiée par Guillemin (1), Camac (2), Riska (3), peut apparaître à titre de complication au cours de la fièvre typhoïde, ou bien se développer plusieurs mois ou plusieurs années après la convalescence. Mais, dans l'un comme dans l'autre cas, elle reconnaît pour cause l'infection de la vésicule par le bacille d'Eberth, infection le plus souvent d'origine porto-biliaire.

La première variété survient du dixième au trentième jour. La douleur en marque le début; la fièvre reprend, la rate se tuméfie de nouveau. Puis, au niveau de la vésicule, on perçoit un empâtement plus ou moins appréciable. L'ictère est inconstant. La perforation de la vésicule ne contribue pas peu, par sa fréquence, à assombrir le pronostic. Les cholécystites tardives peuvent survenir à une époque très éloignée de la dothiénentérie; sept ans après la convalescence dans un cas de Mixter (4), dix-sept après ans [Droba (5)], dix-huit ans même dans l'observation de Guy Hunner (6). Dans ces deux cas, la recherche du bacille et de la séroréaction ont confirmé le diagnostic de cholécystite d'origine typhique.

II

Déterminations respiratoires. — Elles ont été peu étudiées cette année ; il convient pourtant de rappeler l'intéressante observation de MM. Bernard et Péhu (7) dans laquelle « un *ulcère de la cloison nasale* détermina une hémorragie abondante, qui, grâce à certaines conditions particulières, se présenta avec les caractères cliniques de l'hématémèse et du mélæna ».

Dans ce cas, au cours d'une fièvre typhoïde, survenue chez une femme de vingt-neuf ans, apparut brusquement un vomissement de sang accompagné de melæna : l'examen rhinoscopique permit de rattacher cet accident à sa véritable cause, en décelant l'existence d'une ulcération typhique à la partie antéro-inférieure de la pituitaire. Le sang épanché à ce niveau, au lieu d'être évacué immédiatement, avait, en raison même du décubitus dorsal, passé dans le pharynx et, de là, dans l'estomac, qui l'avait ultérieurement rejeté, partie sous forme de vomissement, partie sous forme de mélæna. La balnéation put néanmoins être continuée, et la malade guérit.

Les *paralysies laryngées typhiques* peuvent être facilement méconnues; elles frappent surtout, comme dans le cas de Mac-Coy (8), les crico-aryténoïdiens postérieurs. Leur diagnostic est rendu facile par l'examen laryngoscopique; la seule thérapeutique à leur opposer est le tubage.

III

Déterminations circulatoires. — Depuis les travaux de Potain et de Huchard, on sait que la *tension artérielle* est généralement diminuée dans la fièvre typhoïde, d'une façon plus marquée même que dans les autres maladies infectieuses.

(1) Th. de Paris, 1899.
(2) *Amer. Journ. of med. Sc.*, mars 1899.
(3) *Münch. med. Wochens.*, 1899, nº 23 et 24.
(4) *Boston med. and surg. Journ.*, 25 mai 1899.
(5) *Presse méd.*, 1899, nº 103.
(6) *Bull. of the John hosp.*, août-sept. 1899.
(7) *Province méd.*, in *Journ. de méd. et chir. prat.*, 1899, 22e cahier.
(8) *Journ. of Amer. Med. Assoc.*, 29 avril 1899.

M. Villeneuve, dans une thèse de Montpellier (1), MM. Alezais et François, dans la *Revue de médecine* (2), ont cherché à déterminer les caractères de cette hypotension et à en fixer la valeur pronostique. Voici à quelles conclusions arrivent ces derniers auteurs : l'hypotension, quelquefois précoce, peut être très accusée, soit accidentellement, soit avec persistance dans des cas de gravité moyenne, et même dans des cas légers, aboutissant tous à la guérison. Inversement, des cas très graves peuvent présenter jusqu'au dernier jour une tension artérielle relativement rassurante. Dans quelques cas rares, les modifications de la tension fournissent des renseignements importants : c'est ainsi qu'un abaissement subit de la pression doit faire redouter une complication cardio-vasculaire ou une hémorragie, que son élévation au cours d'une fièvre typhoïde grave doit être considérée, au contraire, comme un événement favorable.

En somme, en raison même de son irrégularité et de son extrême variabilité, l'hypotension artérielle ne saurait acquérir une signification prépondérante; elle est et reste « un symptôme de second ordre, en corrélation avec la fréquence du pouls, mais d'une valeur clinique inférieure. »

La *phlegmatia alba dolens* de la fièvre typhoïde présenterait, d'après Da Costa (3), quelques caractères particuliers. C'est une complication ordinaire des formes graves : elle survient souvent pendant la convalescence et frappe simultanément ou successivement les deux membres. L'hyperthermie et la douleur marquent son début; la veine saphène interne est douloureuse sur tout son trajet, et particulièrement à son embouchure dans la fémorale; l'impotence fonctionnelle est absolue.

L'évolution de cette phlébite est variable; le plus souvent c'est la résolution lente qui s'observe; parfois le caillot se détache et va déterminer une embolie pulmonaire mortelle; dans d'autres cas enfin, la phlegmatia peut aboutir à la gangrène du membre.

Quelles que soient d'ailleurs leurs modalités cliniques, ces *gangrènes typhiques*, bien étudiées par M. Lebert (4), reconnaissent une pathogénie univoque; constamment, en effet, elles relèvent d'une manifestation de la typhoïde sur le système circulatoire, que cette manifestation soit cardiaque, artérielle, ou veineuse.

Malgré son incontestable rareté, l'endocardite typhique peut être citée au nombre des causes de ces gangrènes, les végétations volumineuses auxquelles elle aboutit pouvant à un moment donné se détacher, aller oblitérer une artère, et provoquer la mortification du territoire correspondant.

De beaucoup plus importante est l'action de la myocardite : par l'accélération et l'affaiblissement de la pression, elle favorise en effet la stase sanguine. La moindre cause occasionnelle pourra alors provoquer la formation d'une thrombose, et déterminer ainsi une gangrène définitive.

L'embolie artérielle reconnaît souvent comme cause l'irrégularité des contractions cardiaques, un brusque mouvement du malade, un effort, une émotion vive. Le caillot sanguin qui la détermine peut provenir lui-même d'un caillot préexistant, situé sur une partie de l'artère plus rapprochée du cœur, auquel cas l'embolie est dite secondaire; il s'agit souvent d'une artérite affectant le tronc principal, et dont le

(1) Th. de Montpellier, 1899.
(2) *Revue de méd.*, fév. 1899.
(3) *Boston med. and surg. Journ.*, mars 1899.
(4) Th. de Paris, 1899.

caillot obturateur se désagrège plus ou moins et « lance des embolies dans les branches secondaires » (Hayem). D'autres fois, l'embolie provient des veines pulmonaires, mais « la rareté de la thrombose de ces vaisseaux explique la rareté absolue de l'embolie artérielle d'origine pulmonaire » (Raymond). Enfin, et le plus souvent, l'origine de l'embolie est cardiaque. Le caillot sanguin suit alors le courant aortique jusqu'à ce que, le calibre des vaisseaux devenant de plus en plus petit, il finisse par s'arrêter dans une division du système artériel. Deux cas peuvent alors se présenter : ou l'embolus est mou, et s'adapte parfaitement à la disposition des parois : dans ce cas, l'oblitération est complète ; ou il est résistant, anfractueux, dur : l'oblitération est alors incomplète. La gangrène est immédiate dans le premier cas, rapide dans le second. « Dans le premier cas, en effet, l'arrêt de l'embolus est le signal d'un certain nombre de phénomènes, les uns immédiats, les autres tardifs. Dans les premiers, nous rangerons l'interruption de l'afflux du sang et la formation d'un caillot; ensuite, et ce sont là les phénomènes tardifs, par la présence seule de l'embolus, par sa consistance, sa forme ou sa constitution chimique, par les microbes qu'il englobe, l'endothélium artériel est le siège d'une inflammation qui unit plus intimement encore le caillot aux tuniques artérielles. » L'artérite est alors consécutive à l'embolie.

Dans d'autres cas, au contraire, l'artérite est primitive, l'altération des parois vasculaires précède la formation du caillot. Cette artérite passe elle-même par deux phases : dans la première les tuniques externe et moyenne sont seules atteintes, l'endartère est intacte, il n'y a pas de coagulation sanguine. A cette phase d'artérite pariétale succède la phase d'artérite oblitérante que caractérisent l'inflammation de l'endartère et le développement connexe d'un caillot rougeâtre, à extrémité cardiaque irrégulière. La pathogénie de cette artérite est complexe, et à côté de l'action directe de la typhotoxine sur la paroi du vaisseau, il faut sans doute faire une place importante aux modifications trophiques et vaso-motrices que fait subir à l'artère l'imprégnation toxique du système nerveux central.

Il n'est pas jusqu'aux oblitérations veineuses elles-mêmes qui ne puissent parfois provoquer l'apparition d'une gangrène. La richesse des réseaux veineux superficiels et profonds du membre, l'importance des voies d'anastomose en expliquent l'extrême rareté. Dans quelques cas, cependant, la phlébite aboutit à la gangrène par un processus très analogue à celui de l'artérite et produit comme elle, mais avec une moins grande fréquence, les mêmes effets sous une autre forme, la forme humide.

La *présence du bacille d'Éberth dans le sang* des malades, considérée comme exceptionnelle par tous les classiques, donne un certain intérêt aux observations de MM. Deléarde (1), de Grandmaison et Cartier (2), Castellani (3). Dans la première, la présence du bacille typhique dans le sang a coïncidé avec une éruption très étendue et très marquée ; dans les deux autres, elle a été constatée au cours de fièvre typhoïdes graves à forme adynamique, ce qui explique la tendance de M. Castellani à faire de cette particularité la caractéristique des infections sévères.

Les *altérations des éléments figurés du sang* au cours de la fièvre typhoïde ont été, cette année, l'objet d'études de

(1) *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 18 mai 1899.
(2) Soc. de biol., 28 janv. 1899.
(3) *Gazz. osped.*, 1899.

M. Martel (1) et Muehleck (2). De l'examen de 90 cas, ce dernier conclut à la diminution numérique des hématies, surtout accusée pendant les troisième et quatrième semaines. L'hémoglobine diminue progressivement jusqu'à la cinquième semaine, puis réaugmente. L'hypoleucocytose, enfin, s'observe dans la majorité des cas : elle débute dès la première semaine et porte surtout sur les cellules polynucléées, avec augmentation du nombre des cellules jeunes.

La question du séro-diagnostic ayant été traitée récemment ici même (3), nous nous bornerons à rappeler les intéressantes recherches de M. Pamart (4) relatives à *l'épreuve quotidienne dans le séro-diagnostic*. Le pouvoir agglutinatif varie rapidement dans des limites très étendues : en trois jours, en vingt-quatre heures, il subit des modifications considérables : peut-être même des examens plus rapprochés révèleraient-ils des oscillations plus nombreuses encore.

Mais il y a plus : le pouvoir agglutinatif peut momentanément disparaître. Une séro-réaction négative, prise isolément, ne signifie donc rien quant à l'absence d'une fièvre typhoïde : elle ne vaut que si elle se reproduit constamment au cours d'examens rapprochés.

Ce pouvoir peut enfin être *transmis de la mère au fœtus par le placenta, de la mère à l'enfant par l'allaitement*. Deux conditions favorisent son passage : l'énergie du pouvoir agglutinatif maternel, et la durée pendant laquelle les matières agglutinatives de la mère agissent sur le filtre placentaire ou sur la sécrétion lactée [Mossé et Frænkel (5), Courmont et Cade (6)].

IV

Manifestations nerveuses. — Deux cas de *méningite typhique* ont été récemment rapportés. Dans le premier (7), il s'agit d'un homme de vingt-huit ans, malade depuis un mois, entré à l'hôpital pour fièvre typhoïde délirante. L'irrégularité de la courbe thermique donnait plutôt l'idée d'une méningite tuberculeuse, mais la constatation, une semaine avant la mort, de la séro-réaction de Widal permit de fixer le diagnostic. A l'autopsie, le cerveau fut trouvé recouvert d'un exsudat purulent épais contenant, comme le montrèrent les cultures, le bacille d'Eberth à l'état de pureté.

Dans l'observation de M. Hugot (8), un enfant de six ans, malade depuis un mois, entre à l'hôpital pour typhoïde. Deux jours après apparaissent des symptômes de méningite : délire, vomissements, raideur de la nuque et des membres. Le séro-diagnostic fut positif. L'autopsie du malade, mort subitement trois semaines après son entrée à l'hôpital, révéla, outre l'ulcération spécifique des plaques de Peyer, la présence d'un exsudat purulent à la surface du cerveau. Les recherches bactériologiques permirent, là encore, d'isoler le bacille d'Éberth à l'état de pureté.

A côté de ces infections directes et suraiguës de la séreuse par le bacille typhique, il convient de rappeler ici l'existence de troubles nerveux très analogues à ceux de la méningite, mais curables, que l'on a désignés sous le nom

(1) Th. de Lyon, 1899.
(2) *Philad. med. Journ.*, mai 1899.
(3) *Gaz. des hôpit.*, 1899, n° 145.
(4) Th. de Paris, 1899.
(5) *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 13 janv. 1899.
(6) Soc. de biol., 8 juillet 1899.
(7) Watt Kerr et Moffit. *Journ. of Amer. med. Assoc.*, mars 1899.
(8) *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 9 mars 1899.

de *méningisme*, et dont M. Verny (1) vient de rapporter un cas intéressant.

Le *délire typhique*, auquel M. Lourdin (2) consacre sa thèse, joue dans l'évolution de la maladie un rôle important : il fournit de précieuses indications au diagnostic et au pronostic, et, à ce point de vue, il convient de distinguer le délire du début, de la période d'état et de la convalescence, que ce délire soit d'ailleurs généralisé ou partiel.

Dès le début, le délire peut offrir les apparences les plus diverses et reproduire exactement le tableau des vésanies les mieux caractérisées. A la période d'état, il contribue, avec la stupeur et la prostration, à caractériser l'état typhoïde. Son apparition marque généralement le milieu ou la fin du deuxième septénaire. Parfois annoncé par quelques signes précurseurs, ce délire consiste d'abord en quelques paroles prononcées dans un demi-sommeil et se rapportant, suivant l'âge du malade, à ses jeux, à ses travaux, à ses affaires, souvent aussi aux personnes avec lesquelles il se trouve en relations habituelles. Il suffit alors, le plus souvent, d'éveiller le typhique pour qu'il retrouve immédiatement la lucidité relative de son intelligence, mais le réveil ne met pas toujours fin au délire, et les impressions du rêve persistent plus ou moins longtemps.

Les formes actives et continues du délire ne sont pas très rares : le malade parle sans trêve; il crie, s'agite, se démène et ne peut que difficilement être maintenu au lit. L'intensité des accidents cérébraux et la soudaineté de leur apparition peuvent être telles qu'ils simulent absolument une attaque de manie aiguë. Dans les formes plus tranquilles de l'excitation cérébrale, le délire, de généralisé, peut devenir partiel : on voit alors le cercle des conceptions se restreindre, les idées se mieux coordonner : le délire tend à se systématiser. Ces cas-là sont graves parce qu'ils peuvent être suivis d'un affaiblissement progressif de l'intelligence; ils peuvent cependant guérir.

L'évolution du délire de la période d'état est des plus variables; le plus souvent il ne se manifeste qu'à de rares intervalles; ses oscillations peuvent parfois être rattachées à des causes définies : il se calme lorsque la température s'abaisse, il peut être suspendu par l'apparition d'une complication, telle que l'hémorragie intestinale.

Enfin le délire de la convalescence, bien connu depuis les leçons de Trousseau et les recherches de Becquet, reconnaît pour cause l'inanition; il est le plus souvent léger et disparaît à mesure que les pertes de l'organisme se réparent.

A côté de ce délire aigu, généralisé, vague, incohérent, que l'on observe presque constamment à des degrés divers, il faut réserver une place aux formes plus rares de délires partiels : ceux-ci se rapprochent du type des vésanies proprement dites; ils peuvent être religieux, lypémaniaques, mégalomaniaques; ils n'apparaissent guère qu'au début et pendant la convalescence de la typhoïde.

La pathogénie des délires typhiques commence à être élucidée aujourd'hui : on connaît leur prédilection pour les individus à tares névropathiques, pour le sexe féminin, leur fréquence variable avec les épidémies; mais leur véritable cause doit être recherchée dans une aptitude spéciale des cellules cérébrales à subir les imprégnations toxiques, aptitude le plus souvent héréditaire, « l'hérédité étant le grand facteur de la prédisposition à tous les troubles nerveux. »

(1) *Écho méd. du Nord*, 1899, p. 55.
(2) Th. de Paris, 1899.

Aussi le pronostic, favorable pour les délires généralisés, doit-il être réservé dans les délires partiels survenus chez des névropathes héréditaires et qui aboutissent souvent sinon à l'aliénation mentale, du moins à un affaiblissement définitif de l'intelligence.

L'*aphasie typhique*, attribuée par les uns à l'oblitération partielle ou temporaire de la sylvienne ou d'une de ses branches, et par les autres à une infection localisée des méninges, vient d'être étudiée dans la thèse de M. Asselineau (1).

L'oblitération de la sylvienne peut elle-même être le résultat d'une embolie ou d'une endartérite microbienne. Dans le premier cas, le territoire nerveux nourri par l'artère oblitérée brusquement est atteint dans sa vitalité et cesse de fonctionner (Hayem, Vulpian). Dans le deuxième, l'artérite localisée, due à la pénétration en un point d'une petite colonie microbienne, aboutit à la formation d'un caillot *in situ* et à la déchirure consécutive de la paroi de l'artériole enflammée.

C'est par des lésions analogues localisées aux artères pédonculaires que doit sans doute s'expliquer la paralysie de l'oculo-moteur commun, rapportée récemment par M. Gabbi (2).

A côté de ce mode pathogénique, incontestablement le plus fréquent, il faudrait parfois incriminer une congestion simple, ou encore, d'après M. Déjerine, l'existence de plaques de méningite venant irriter le cortex au niveau même de la circonvolution de Broca. Enfin, certains cas comme celui de Telesforo Fiori, où l'aphasie coïncida avec une hémiparésie gauche, ne peuvent guère s'expliquer que par une altération dynamique, d'ordre toxique, de la substance grise corticale.

Quoi qu'il en soit, ces aphasies affectent particulièrement le jeune âge et le sexe masculin; leur durée habituelle ne dépasse pas un mois; leur pronostic n'est sérieux que si elles surviennent chez des sujets âgés ou s'accompagnent d'hémiplégie.

Les *paralysies généralisées* sont absolument exceptionnelles au cours de la fièvre typhoïde, et l'on n'en connaissait guère avant cette année que cinq cas : un de Leudet, un de Nothnagel, un de Curshman et deux de Raymond.

MM. Etienne (3) et Schupfer (4), au sujet de quelques observations récentes, décrivent à nouveau ces paralysies. Pour M. Etienne on pourrait les classer de la façon suivante : 1° syndrome manifestant la polyomyélite antérieure ascendante, groupe auquel on peut donner le nom, d'ailleurs impropre, de maladie de Landry (secondaire); 2° syndrome manifestant la polynévrite; 3° paralysie généralisée de type mixte traduisant les lésions combinées des deux éléments du neurone périphérique, lésions dont les recherches de Nichols (5) ont confirmé l'existence et précisé les caractères.

Schupfer insiste à son tour sur les signes communs à ces paralysies : invasion ascendante, propagation centripète, paralysie flasque, concomitance de phénomènes bulbaires, résolution par voie descendante, persistance de la paralysie d'une jambe, intégrité de l'intelligence et de la parole.

(1) Th. de Paris, 1899.
(2) *Clin. med. It.*, anal. in *Presse méd.*, n° 94.
(3) *Revue neurol.*, 15 fév. 1899.
(4) *Policlin.*, 1er fév. 1899.
(5) *Journ. of experim. med.*, anal. in *Presse méd.*, n° 92. — Voir aussi Ganiez. Th. de Nancy, 1899.

Il y aurait là une véritable entité clinique, due, pour cet auteur comme pour M. Etienne, à l'association de la polynévrite et de la poliomyélite antérieure.

V

DÉTERMINATIONS GÉNITO-URINAIRES. — L'existence du *néphrotyphus*, dont le tableau clinique a été tracé par Robin, Gubler, Legroux et Hanot, serait assez fréquente pour Rostocki (1). L'albuminurie existe dans 60 p. 100 des cas. Elle est le plus souvent d'apparition précoce et de courte durée. Les urines ont une densité élevée; elles contiennent des cylindres, des globules rouges, des cellules épithéliales. Parfois même, on note des hématuries qui peuvent, comme dans l'observation de M. Bagot (2), acquérir une importance prépondérante. La néphrite évolue souvent au milieu de symptômes généraux graves; l'hyperthermie y est assez accusée pour que, dans tous les cas de néphrite idiopathique avec température élevée, l'on doive soupçonner une fièvre typhoïde latente et faire le séro-diagnostic.

L'existence de ces lésions explique les modifications constatées par MM. Raynaud et Olmer (3) dans la *perméabilité rénale*, au bleu de méthylène, surtout aux périodes d'état et de convalescence. Le trouble de l'élimination paraît indépendant de l'albuminurie, certains sujets albuminuriques ayant une élimination normale, tandis que d'autres sujets non albuminuriques ont une élimination troublée. Quoi qu'il en soit, par la constance de ses modifications au cours de l'infection éberthienne, la perméabilité rénale acquiert une certaine valeur diagnostique et devra être désormais systématiquement recherchée.

Il en est de même de l'*indicanurie*, étudiée par Motta Cocco (4). L'indicanurie typhique apparaît généralement au cours du troisième septénaire : son évolution est d'abord parallèle à celle de la température. L'élimination de fortes doses d'indican coïncide avec la convalescence, alors que la diète est moins stricte. Dans les typhoïdettes, l'indicanurie s'établit dès les premiers jours et est surtout marquée au début du deuxième septénaire.

Nous en aurons fini avec le syndrome urologique après avoir cité la thèse de M. Barde (5) sur la *diazo-réaction d'Erlich*. La présence dans l'urine des substances aromatiques que décèle cette réaction pourra, dans les cas douteux, établir quelques présomptions en faveur de la typhoïde et contribuer ainsi à fixer un diagnostic jusque-là hésitant.

Les manifestations *génitales* de l'infection éberthienne ont donné lieu à peu de travaux : à signaler cependant un cas d'*orchi-épididymite typhique* rapporté par M. Audard (6), et une observation d'*ulcérations multiples de la vulve et du vagin, d'origine typhique* (7). Enfin Mme Georgiéva, dans une thèse récente de Montpellier (8), a décrit les *troubles menstruels* de la typhoïde.

VI

LES MANIFESTATIONS OSSEUSES DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, étudiées par M. Achard (9), dans un article de la *Semaine*, et dans la thèse de M. Ruais (1) son élève, peuvent affecter diverses formes, suivant qu'elles aboutissent ou non à la suppuration ou qu'elles traduisent simplement leur existence par des douleurs osseuses.

L'ostéomyélite suppurée, fréquente dans l'âge adulte, frappe de préférence les os longs et surtout le tibia (2); elle reconnaît parfois pour cause le traumatisme. Le plus souvent c'est un accident de la convalescence. Des deux modalités cliniques qu'elle revêt, l'une aiguë, est depuis longtemps connue; l'autre, froide, apyrétique, procédant par poussées aiguës, simulant l'ostéo-tuberculose, a été récemment décrite par MM. Chantemesse et Widal. Seule, la douleur en marque le début, douleur localisée d'emblée au point où la lésion osseuse va se développer; les phénomènes inflammatoires, ne surviennent que tardivement; enfin il s'établit une fistule de plus ou moins longue durée.

Toute différente est l'évolution de la forme non suppurée. Au déclin d'une fièvre typhoïde apparaissent soudain, au niveau d'une épiphyse, des douleurs sourdes que n'accompagne aucune modification de l'état général; une tuméfaction se développe lentement; elle aboutit à la formation d'une exostose que constituent primitivement des bourgeons charnus et végétants. Cette exostose elle-même décroît peu à peu et finit par disparaître en totalité.

Enfin, dans une dernière forme, plus incomplète encore dans son expression clinique, l'ostéite révèle uniquement son existence par des douleurs localisées à l'épiphyse, ou généralisées à la surface de l'os.

Les caractères de ces ostéomyélites démontrent surabondamment leur nature infectieuse. Mais faut-il, avec Frænkel et Baumgarten, les considérer comme relevant toujours d'infections secondaires? C'est là une opinion trop exclusive; il existe incontestablement des ostéites dues au seul bacille d'Eberth, et l'on doit conclure avec M. Ruais que si certaines sont provoquées par les agents ordinaires des suppurations, d'autres sont réellement d'origine éberthienne. La constatation, nettement établie du bacille typhique dans la moelle osseuse confirme la réalité de ce mode pathogénique; elle permet de plus d'attribuer les douleurs localisées ou généralisées à l'action irritative exercée sur l'os par la typhotoxine. Et si l'ostéo-myélite typhique frappe surtout les adolescents, c'est à cause de la suractivité physiologique dont les os sont le siège à cette époque de la vie.

VII

DÉTERMINATIONS CUTANÉES. — Les *érythèmes infectieux purpuriques* sont rares au cours de la fièvre typhoïde. M. Londe a publié un cas intéressant, analysé ici même (3); M. Robert (4) leur consacre une bonne monographie.

Ces purpuras sont le plus souvent d'apparition tardive; ils accompagnent surtout les formes graves de l'infection et acquièrent à ce titre une certaine valeur pronostique.

Leur production peut être rattachée à des altérations du sang, du système nerveux, du foie et des reins, altérations que réalise constamment l'infection ou plutôt l'intoxication typhique. Différentes expériences (MM. Chantemesse et Widal,

(1) *Münch. med. Wochens.*, 14 fév. 1899.
(2) Soc. méd. des hôpit., 1899.
(3) *Bull. méd.*, 14 oct. 1899.
(4) *Gazz. med. di Torino*, 1899, nos 10 et 11.
(5) Th. de Lyon, 1899.
(6) *Arch. gén. de méd.*, août 1899.
(7) LARTIGAU. *Boston Med. Journ.*, 1899.
(8) Th. de Montpellier, 1899.
(9) *Semaine méd.*, 18 oct. 1899.

(1) Th. de Paris, 1899.
(2) Elle peut aussi se localiser uniquement à la partie lombo-sacrée de la colonne vertébrale. Il s'agit alors d'une spondylite (Quincke), dont M. Konitzer a rapporté un cas récent (*Presse méd.*, 1899, no 78).
(3) *Gaz. des hôpit.*, 1899, no 126.
(4) Th. de Paris, 1899. — Voy. aussi DA COSTA. *Amer. Journ. of med. Sc.*, juillet 1899.

Sanarelli) ont montré en effet que la toxine typhique pouvait à elle seule produire le purpura. L'érythème purpurique serait donc un accident toxique, comme d'ailleurs toutes les lésions anatomiques de la fièvre typhoïde expérimentale (Sanarelli).

Bien que les pétéchies n'aient pas toujours une signification pronostique fâcheuse, il n'en reste pas moins que leur apparition tardive au cours d'une fièvre typhoïde dénote une intoxication profonde de l'organisme, d'où cette importante conséquence thérapeutique : favoriser l'élimination des toxines par tous les moyens possibles.

VIII

Marche. — Dans les cas de *début anormal* rapportés cette année, les localisations initiales de la typhoïde ont été : l'appendice [Moizard (1)] ; le rein [Wilson (2)] ; la vésicule biliaire [Morris (3)].

L'observation de M. Moizard est trop connue pour qu'il soit nécessaire de la résumer ici ; celle de M. Wilson est relative à un jeune homme de dix-neuf ans, qui fut pris, brusquement, de fièvre, de céphalée, de délire. La constatation d'œdèmes et d'albuminurie semblait devoir faire penser à une néphrite banale, mais, dès le début, l'existence de la réaction agglutinante, puis, un peu plus tard, l'apparition des taches rosées, l'hypertrophie splénique, la diarrhée permirent de rattacher la néphrite à sa vraie cause, et de poser le diagnostic de fièvre typhoïde à début rénal. Enfin l'observation de M. Morris a trait à un malade de trente-six ans, pris soudain de violentes douleurs à l'hypocondre droit et de tuméfaction de la vésicule avec symptômes de péritonite aiguë. On diagnostiqua : empyème de la vésicule ; l'opération fut décidée et pratiquée.

Le soir de l'opération et le lendemain, l'hyperthermie persista ; puis, les jours suivants, survinrent les signes d'une fièvre typhoïde qui évolua sans accidents et guérit en quatre semaines.

La *fièvre dans la convalescence de la dothiénentérie* a fait le sujet d'une récente clinique de M. Potain (4). Nombreuses sont les causes qui peuvent entraver l'évolution de la température pendant la convalescence : c'est d'abord la fièvre d'alimentation, passagère et peu grave ; c'est aussi la fièvre des réitérations qu'il faut soigneusement distinguer des récidives. Les réitérations relèvent en effet de l'infection primitive et se caractérisent par leur extrême et constante bénignité. Il y a enfin des convalescencs dans lesquelles la fièvre reparaît sous forme paroxystique (fièvre secondaire ; *Nachfiber* des auteurs allemands).

Certaines complications latentes peuvent encore déterminer l'hyperthermie de la convalescence : telles sont la coprostase, les déterminations hépatiques, rénales ou pulmonaires, les suppurations.

Quels qu'en soient d'ailleurs les caractères, ces manifestations fébriles reconnaissent toutes une seule cause : l'infection, tantôt due au seul bacille d'Eberth, et tantôt aux agents vulgaires de l'inflammation.

Parmi les suites possibles, sinon fréquentes, de la fièvre typhoïde, il faudrait, d'après M. Dide (5), placer l'*épilepsie*, que l'infection joue dans ces cas un rôle prépondérant ou simplement occasionnel. Tantôt, en effet, des individus fortement névropathes peuvent devenir épileptiques à l'occasion d'une dothiénentérie sans que cette affection puisse être considérée autrement que comme cause occasionnelle d'une valeur contestable. Tantôt le morbus sacer se développe à la suite de la fièvre typhoïde chez des individus légèrement névropathes : l'infection semble être, dans ces cas, une cause occasionnelle de réelle valeur. Enfin, dans une dernière catégorie, il s'agit d'individus exempts de toute tare névropathique et qui, consécutivement à une typhoïde, sont atteints de mal comitial. Alors l'épilepsie peut être considérée comme d'origine vraiment typhoïde, comme un accident *para infectieux*, « le mal comitial étant lié intimement à l'infection par suite des désordres qu'elle a causés sans être fonction directe de cette infection elle-même. »

Les *récidives* de la fièvre typhoïde passent pour fort rares. Une première atteinte confère, dit-on, une immunité solide, « plus solide même que celle des fièvres éruptives » (Jaccoud).

Il existe cependant des exceptions à cette règle : aux 31 cas qu'il a relevés dans la littérature médicale, M. Remlinger (1) en ajoute 4 personnels, et tire de leur comparaison quelques données intéressantes. Ces récidives surviennent généralement chez l'homme, de vingt à trente ans. Elles sont surtout fréquentes pendant les cinq premières années qui suivent l'infection et succèdent aussi bien aux formes graves qu'aux formes bénignes. Leur évolution est variable, mais un de leurs caractères les plus importants est assurément la fréquence des rechutes au cours de ces fièvres typhoïdes récidivées.

L'étiologie en est encore obscure. Le bacille d'Eberth est-il, dans ces cas, d'origine extérieure, ou s'agit-il au contraire d'un phénomène de réviviscence du bacille demeuré latent dans l'organisme depuis la première atteinte ? la réponse à ces questions est assez difficile ; « nous croyons, pour notre part, que l'existence à l'état normal du bacille d'Eberth dans l'intestin d'un certain nombre de sujets n'est peut-être pas étrangère à la production de ces récidives, de même qu'elle est sans doute responsable de nombreux cas de première invasion. »

IX

Formes. — M. Bessières (2) étudie dans sa thèse quelques *formes anormales ou compliquées* observées au cours de la dernière épidémie. Certaines de ces formes présentent avec la *grippe* des analogies telles que l'on s'est demandé s'il existait des signes permettant un diagnostic différentiel. Pour MM. Millée et Bessières, les caractères du pouls, la constatation d'epistaxis ou de splénomégalie, l'existence de constipation n'ont pas grande valeur diagnostique. Plus importante peut-être est l'existence de courbatures, de vertiges, de bourdonnements d'oreilles, de photophobie, de délire, qui plaide plutôt en faveur de la typhoïde. Les frissons violents, les nausées, les vomissements appartiennent surtout à la grippe ; la langue, rouge, sèche, rôtie dans la typhoïde, est blanche, saburrale, humide dans la grippe. Ce ne sont là que des nuances dont aucune, envisagée isolément, ne possède de valeur absolue ; seul, leur ensemble peut créer une présomption en faveur de l'une ou de l'autre affection.

Les cas de fièvre typhoïde *sans lésions intestinales* sont

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 juillet 1899.
(2) *Amer. Journ. of med. Sc.*, 1898.
(3) *New-York. med. Journ.*, janv. 1899.
(4) *Semaine méd.*, 19 avril 1899.
(5) *Rev. de méd.*, 10 fév. 1899.

(1) *Rev. de méd.*, 10 avril 1899.
(2) Th. de Paris, 1899.

rares. MM. Bryant (1) et Picchi (2) en ont publié d'intéressantes observations auxquelles ne manque point le contrôle bactériologique. Il est plus fréquent de noter l'atténuation des symptômes abdominaux, atténuation qui n'est nullement en rapport avec le degré des lésions intestinales. C'est dans ces cas, d'une interprétation souvent délicate, que l'hypertrophie de la rate acquerra toute sa valeur diagnostique. La forme *vomitive*, enfin, peut être méconnue au début : elle ne semble pas comporter de gravité particulière.

La *fièvre typhoïde sudorale* est loin de revêtir toujours le même aspect clinique : tantôt elle affecte la forme qu'a magistralement décrite M. Jaccoud, tantôt elle se caractérise par des symptômes intermédiaires à la fièvre sudorale type et à la fièvre typhoïde normale. Dans cette forme mixte, étudiée par M. Couzin (3), la période d'intermittence initiale fait défaut, la fièvre est d'emblée rémittente. Les accès sudoraux qui, dans la forme type, marquent le début de la la maladie, sont ici d'apparition plus tardive et de moindre intensité : ils ne s'accompagnent pas de frissons; quant aux autres symptômes, ils se rapprochent beaucoup de ceux observés dans la fièvre typhoïde ordinaire. Cette forme, qui guérit le plus souvent au bout de quatre à cinq semaines, doit être différenciée de certaines affections analogues, et particulièrement de la fièvre méditerranéenne, que les travaux les plus récents séparent définitivement de la fièvre typhoïde, et du paludisme, dont elle semble absolument indépendante.

Il n'en va pas de même de certaines autres formes, véritables combinaisons de typhoïde et de paludisme, et dont M. Vincent (4) vient de reprendre l'étude. Ces formes *typho-palustres* sont surtout fréquentes sur les côtes d'Afrique et particulièrement en Algérie et en Tunisie; on les observe encore dans l'Inde, en Cochinchine, en Amérique; peut-être même existent-elles dans certaines régions marécageuses de l'Europe.

L'étiologie de ces formes a été l'objet d'ardentes controverses : fièvres typhoïdes modifiées par le climat pour les uns, manifestations paludiques pour les autres, elles doivent être considérées, pour MM. Kelsch et Kiener, comme résultant de l'association de la fièvre typhoïde avec la fièvre paludéenne. C'est également la conclusion que déduit M. Vincent de ses recherches histologiques et bactériologiques.

Nombreuses sont les modalités cliniques de la fièvre typho-palustre. La forme la plus fréquemment observée réalise la synthèse clinique des fièvres typhoïde et paludéenne, avec prédominance marquée des symptômes propres à la dothiénentérie : « les cas bénins se rapprochent même beaucoup de la dothiénentérie pure; ils s'en séparent par quelques particularités résultant des antécédents palustres du malade, de sa pâleur terreuse, de son affaiblissement extrême. » Le début, solennel, se caractérise par une ascension thermique rapide, parfois brusque comme un accès de paludisme, accompagnée de céphalée et de frissons : une fois installée, la fièvre persiste, souvent irrégulière; elle peut aussi s'amender et faire place à une température normale pendant toute la durée de la maladie. Le pouls est fréquent, surtout dans les formes graves, dicrote, dépressible, filiforme; son accélération au-dessus de 130-140 annonce presque toujours l'issue fatale. Comme dans toute fièvre typhoïde, on peut observer des taches rosées lenticulaires, du gargouillement iliaque, de la diarrhée ocreuse. Mais ce qui contribue surtout à donner à cette forme sa véritable physionomie clinique, c'est la pâleur terreuse du visage, l'hypertrophie spléno-hépatique, la tendance à l'adynamie et à la syncope. La mort peut être due à l'intensité de l'infection : d'autres fois, elle est la conséquence de complications; elle s'observe dans la moitié des cas.

L'association constante, observée à l'autopsie, des lésions typhiques et palustres, l'isolement dans une même pulpe splénique, du bacille d'Eberth et de l'hématozoaire de Laveran, établissent la nature réelle de la maladie et montrent qu'il s'agit là « d'un complexus morbide spécial aux pays chauds et déterminé par l'association du bacille d'Eberth et de l'hématozoaire de Laveran. La dénomination de fièvre typho-palustre résume bien à la fois les caractères cliniques de ce syndrome, et l'origine infectieuse dont il procède : elle mérite donc d'être conservée ».

Cette conception jette un jour singulier sur la pathogénie de la typho-palustre. « L'hypertrophie de la rate témoigne de la défense de l'organisme contre la double infection parasitaire. Les symptômes nerveux relèvent également de l'une et de l'autre affection. La pigmentation de la peau, par contre, est l'effet du germe paludéen, qui imprime sur le visage du malade son masque terreux, caractéristique. Les lésions intestinales et cardiaques ressortissent plus spécialement à l'infection typhique. Ainsi, dans cet ensemble de symptômes, quelques-uns sont communs à l'un et l'autre processus, d'autres demeurent comme la signature individuelle de chacun d'eux. La fièvre typho-palustre apparaît alors comme une infection hybride relevant de l'évolution parallèle et simultanée, chez le même individu, de deux germes pathogènes très communs : c'est une fièvre typhoïde greffée sur un paludisme grave préexistant, » chacun des agents en présence tirant de la symbiose une exceptionnelle virulence qui explique la gravité des complications secondaires. D'autres agents microbiens, tel le coli, peuvent d'ailleurs « se liguer » avec l'hématozoaire du paludisme et donner lieu à des formes cliniquement très voisines de l'infection typho-malarienne, mais bactériologiquement distinctes.

La *fièvre typhoïde de l'enfant* a donné lieu, cette année, à de nombreux travaux. Starr (1) insiste, une fois de plus, sur la rareté des ulcérations et des perforations dans la fièvre typhoïde infantile que distinguent encore la rapidité du début, l'inconstance de l'épistaxis, la faible élévation thermique, la fréquence de l'aphasie et des déterminations cardiaques.

Dans leur relevé des cas observés à Trousseau, de juillet à octobre derniers, MM. Barbier et Herrenschmitt (2) ont observé, eux aussi, la fréquence de ces complications cardiaques. Mais ce qui semble donner à leurs observations leur véritable caractéristique, c'est la constance des accidents de suppuration et la bénignité des rechutes.

Ces *rechutes*, étudiées par M. Chatard (3), doivent être définies : un ensemble de symptômes reproduisant exactement la maladie qui vient d'évoluer. Signalées d'abord par Taupin, puis par Stewart, Rilliet et Barthe, Griesinger, elles ont été l'objet de travaux importants, parmi lesquels il convient de citer ceux de MM. Hutinel, Guyard, Radois Ziwer.

(1) *Brit. med. Journ.*, 1er avril 1899.
(2) Florence, anal. in *Presse méd.*, 1899, nº 77.
(3) Th. de Paris, 1899.
(4) *Arch. de méd. milit.*, 1899, nos 1 et 2.

(1) *Journ. of Amer. Assoc.*, 1899.
(2) *Presse méd.*, 1899, nº 101.
(3) Th. de Paris, 1899. — Voy. aussi Jacobi. *Typhoid fever in the jung. Pediatrics*, déc. 1899.

Leur cause intime reste encore obscure : ni les écarts de régime, ni l'épuisement du terrain (Baginski) ne sauraient être incriminés ici : peut-être faut-il invoquer simplement un réveil de violence du bacille dans l'intestin d'un individu affaibli et insuffisamment immunisé, la rechute se produisant au moment même où « le milieu, tout en étant trop riche pour permettre la perpétration des spores bactériennes, est encore trop pauvre pour résister contre leurs cultures ». Les causes prédisposantes sont mieux connues, et la fréquence des rechutes chez l'enfant est aujourd'hui classique.

Existe-t-il quelques symptômes permettant de prévoir la rechute à brève échéance ? Les grandes oscillations de la fièvre, les caractères de la matité splénique, l'hypoazoturie, le retour précoce de l'appétit ont été signalés sans preuves suffisantes. En réalité, c'est la fièvre seule qui permet le diagnostic, que la rechute soit simple ou multiple. La rechute simple présente elle-même différents types. Elle peut être subintrante, la reprise de la température commençant lorsque la défervescence touche à son terme. Cette seconde atteinte se caractérise par une reproduction complète de la maladie (Jaccoud), avec éruption nouvelle de taches rosées. La rechute peut n'être qu'ébauchée : au début de la convalescence une brusque ascension thermique se produit, mais elle est de courte durée, et, en deux ou trois jours, la courbe redescend à la normale. Cette forme est constamment bénigne. Dans la rechute normale, après une période d'apyrexie complète, on constate une recrudescence fébrile brusque ou progressive, et l'ensemble symptomatique de la dothiénentérie reparaît.

La rechute tardive se produit après trente ou même quarante jours d'apyrexie ; c'est bien là une rechute et non une récidive, laquelle se montrerait à une époque beaucoup plus éloignée. Enfin les rechutes multiples, que juge encore l'élévation thermique, peuvent présenter toutes les combinaisons cliniques.

Deux théories ont eu cours sur la nature de la rechute : nouvelle infection de l'organisme pour les uns (Lorain), simple reproduction thermique de la première atteinte pour C. Paul. Les recherches bactériologiques semblent donner raison à la première, et, si l'on rechute, « c'est que l'on n'est pas immunisé à l'époque où se fait la réinfection bacillaire. »

Les complications, assez peu fréquentes au cours des rechutes, sont remarquables par leur ordinaire bénignité. Aussi le pronostic est-il presque toujours favorable. Faut-il ajouter que la balnéation froide reste, ici comme partout, le traitement de choix ?

X

Maladies associées. — L'association de la *tuberculose* et de la typhoïde a été diversement interprétée. Pour les uns il y a antagonisme réel entre ces deux infections ; pour les autres, au contraire, fièvre typhoïde et tuberculose peuvent parfaitement se rencontrer chez un même sujet, que l'apparition de la dothiénentérie vienne précipiter le cours d'une phimatose préexistante, ou que celle-ci éclate pendant la convalescence de la typhoïde.

Les expériences de MM. Arloing et Dumarest (1) ne confirment nullement l'existence de cet antagonisme, mais elles permettent peut-être d'attribuer le temps d'arrêt des lésions tuberculeuses, observé chez certains convalescents, et en particulier dans les deux cas de M. Crespin (1), aux caractères acquis par le sérum pendant l'infection éberthienne, à ce titre elles sont intéressantes et méritaient d'être signalées ici.

On a dit autrefois que la fièvre typhoïde n'aimait pas la grippe : il existe cependant, d'après M. Sabatier (2), de nombreux exemples *d'infection double typho-grippale* due à la combinaison des deux agents pathogènes, ou plutôt à la greffe d'une typhoïde sur une grippe préexistante, les symptômes de la typhoïde n'apparaissant qu'au déclin de l'infection grippale. Parfois aussi grippe et fièvre typhoïde évoluent simultanément, donnant ainsi naissance à un véritable syndrome typho-grippal, qui emprunte aux conditions mêmes dont il procède sa particulière gravité pronostique.

L'apparition de la fièvre typhoïde chez les *aliénés* est-elle susceptible d'améliorer leur état mental ? Cette amélioration est, en tout cas, bien précaire, d'après M. Boody (3), qui a eu l'occasion récente d'observer deux épidémies de fièvre typhoïde dans un asile d'aliénés ; et si quelques cas de mélancolie ont partiellement guéri, le nombre considérable de ceux où la démence, suspendue pendant la période d'état, a repris à la convalescence ses caractères primitifs permet de dénier à l'infection typhique toute influence réelle sur l'évolution des vésanies.

XI

Fièvre typhoïde et grossesse. — Les relations si discutées de la *fièvre typhoïde et de la grossesse* viennent d'être fixées d'une façon précise dans l'étude statistique de M. Penot (4).

Tout d'abord la fièvre typhoïde n'épargne nullement les femmes enceintes, sans que cette coïncidence ait toute la gravité que l'on avait supposée. L'avortement est fréquent, moins cependant que dans les autres maladies infectieuses, cette fréquence variant nécessairement d'ailleurs avec l'intensité de la fièvre, l'âge de la grossesse, l'époque de la maladie, les complications intercurrentes, la constitution épidémique régnante. Cet avortement peut se produire à tout moment des six premiers mois, mais on l'observe surtout aux troisième et quatrième mois.

La gestation elle-même n'a que peu d'influence sur le développement de la fièvre typhoïde ; elle n'en constitue pas du moins une cause aggravante, et si l'avortement peut être considéré comme d'heureuse apparition dans les formes moyennes, il est de funeste augure dans les formes sévères.

Une conséquence thérapeutique importante à déduire des observations rapportées par M. Penot, c'est que la grossesse n'entraîne aucune modification dans le traitement de la fièvre typhoïde et que les bains froids devront être administrés et continués même en cas d'avortement.

Quant à l'*influence de la fièvre typhoïde maternelle sur l'évolution des rejetons*, elle est ainsi fixée par M. Charrin (5) : le coefficient azoturique du nouveau-né fléchit, le foie est lésé, les centres nerveux sont parfois le siège d'hémorragies. Cette influence peut se faire sentir dès le début de l'infection ; elle peut aussi exister dans les cas où l'observation porte sur une nourrice et son nourrisson.

(1) Soc. de biol., oct. 1899.

(1) Cong. de Lille, in *Bull. méd.*, 5 août 1899.

(2) Th. de Paris, 1899.

(3) *Journ. of Amer. med. Assoc.*, sept. 1899.

(4) Th. de Paris, 1899, anal. in *Journ. de méd. et chir. prat.*, 1899, 22e cahier.

(5) Soc. de biol., juin 1899.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'hypnotisme et ses applications à la médecine pratique (1), par le docteur O. G. Wetterstrand, traduit avec autorisation de l'auteur par le docteur Paul Valentin et S. Lindford.

Voici un ouvrage dont on a beaucoup parlé en France depuis quelques années. Écrit en 1890, au lendemain du premier Congrès international de l'hypnotisme, au lendemain des polémiques retentissantes qui eurent lieu entre [illegible] et Nancy touchant la nature et le mode d'emploi du sommeil provoq[illegible] livre est le résumé de la longue expérience de Wetterstrand.

Rien n'est plus captivant que la lecture [illegible] recueil d'observations sobres, mais significatives, où se révèle l'inaltérable patience et la constante bonne foi de l'auteur.

Il montre nettement tout le parti que l'on peut tirer de la suggestion dans les troubles fonctionnels du système nerveux.

Si le médecin ne peut traiter la pneumonie, le typhus, les tumeurs cérébrales de cette façon, certains symptômes appartenant à ces maladies peuvent cependant être traités avec succès par la suggestion. Sa propre expérience conduit, en effet, M. Wetterstrand à conclure que le traitement hypnotique a une grande valeur dans un grand nombre de cas, et qu'il est souvent le seul moyen d'obtenir le résultat désiré : la santé.

La traduction que nous offrent aujourd'hui MM. Valentin et Lindford reproduit avec fidélité et souvent avec élégance la version anglaise du docteur H. G. Petersen (de Boston).

F. R.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écoles de médecine. — *Amiens.* — Le professeur Moulonguet vient d'être nommé directeur de l'École, en remplacement du professeur Peugniez, démissionnaire.

Marseille. — M. Gauthier est nommé chargé du cours complémentaire de pathologie et bactériologie des maladies exotiques. M. Raynaud est nommé chargé du cours complémentaire d'hygiène, climatologie et épidémiologie coloniale.

M. Jacob de Cordemoy est nommé chargé du cours complémentaire d'histoire naturelle coloniale.

Distinctions honorifiques. — Ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Nogier.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Baudrimont, Bories et Mathias-Duval.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Sanglé-Ferrière, Jaubert, Charpentier, Beau, Prat, Francou, Othier, Astier, Robin, Speckhahn, Labanowski, Aubertie, Magnin et Gréhant.

Ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Pachot et Capitan; Mme Bertillon, docteur en médecine.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Didsbury, Lenoble, Lonner, Prost et Tucker.

Chevaliers du Mérite agricole. — MM. les docteurs Binot et Pasteau.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la 52e semaine de 1899 un total de 1170 décès, chiffre voisin de celui de la semaine précédente (1156), mais supérieur à la moyenne ordinaire des semaines de décembre (922).

De même que pendant la semaine précédente, on remarque la forte mortalité des vieillards, et notamment la fréquence assez grande des décès par maladies de l'appareil respiratoire, par apoplexie cérébrale et par maladies organiques du cœur.

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

La fièvre typhoïde a causé 9 décès. Le nombre des cas nouveaux déclarés par les médecins ne s'est élevé qu'à 44.

La rougeole a causé 7 décès; la coqueluche seulement 1; la diphtérie, 5. Pas de décès par scarlatine ni par variole.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 207 décès au lieu de 143, moyenne ordinaire de la saison. A elle seule la pneumonie a causé 81 décès, au lieu de la moyenne 44.

La peste. — En Portugal la peste reste localisée à Oporto, et va heureusement en décroissant. Le 3 janvier, 27 pestiférés étaient en traitement à l'hôpital ; 7 sont dans un état grave.

La peste a fait son apparition à la Nouvelle-Calédonie. Une dépêche de Nouméa du 3 janvier annonce 5 décès dus à la peste. L'une des victimes est un Européen. Nous savons de source cer-[illegible] que l'épidémie est en décroissance.

Enfin à Hono[illegible] Européen et 2 Chinois ont succombé depuis le 22 décembre.

Société de chirurgie. — La Société n'a pas tenu de séance cette semaine. Elle se réunira mercredi prochain dans son nouvel hôtel de la rue de Seine, n° 6.

Hôtel-Dieu. — M. Lucas-Championnière reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le jeudi 11 janvier, à 10 heures, et les continuera tous les jeudis.

Opérations avant la leçon. Le mardi, opérations abdominales. Le mercredi et le samedi, visite dans les salles.

Cours libre. — M. le docteur Lavaux, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours sur les affections des voies urinaires, à la faculté de médecine de l'Université de Paris, amphithéâtre Cruveilhier, le mardi, 9 janvier 1900, à deux heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de MM. les docteurs Paul Hervieu (de Loos); Lernout (de Wormhoudt); Licardy, ancien médecin-major; Louis Marson (de Marseille).

Un nouveau mode de lynchage dans le Nebraska. — Le 22 août dernier, à Falls City, dans le Nebraska, un homme fut emprisonné pour viol sur une petite fille : la police avait eu beaucoup de peine à le protéger contre la foule. Le lendemain, au petit matin, plusieurs centaines d'hommes se réunissaient, marchaient sur la prison, enfonçaient les portes et s'emparaient du prisonnier. Puis l'un d'eux, « peut-être un médecin, » disent les journaux, pratiqua sur le criminel une opération après laquelle il était dans l'impossibilité de renouveler son attentat! (*Lyon méd.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Éléments de physiologie, par F. Laulanié, directeur et professeur de physiologie à l'École nationale vétérinaire de Toulouse. — Premier fascicule : *Considérations générales; — Fonctions de nutrition* : Alimentation; Digestion; Absorption; Sang, Circulation et Respiration. — Prix de l'ouvrage complet pour les souscripteurs : 18 francs. (Le prix sera augmenté dès l'apparition du 2e fascicule). — Paris, Asselin et Houzeau.

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, par C. Crinon, pharmacien de première classe, ex-interne, lauréat des hôpitaux de Paris, directeur du *Répertoire de pharmacie* et des *Annales de chimie analytique*, 7e édition. — Prix : 4 francs. — Paris, Rueff et Cie.

Comment on se défend du rhumatisme, la lutte contre les douleurs et l'arthritisme, par le docteur Henry Labonne. Une brochure in-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Société d'éditions.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE. Sur le traitement de la phtisie pulmonaire, par M. COURTOIS-SUFFIT, médecin des hôpitaux de Paris. — Étude clinique sur la cholécystite calculeuse, par M. GUILLEMIN. — MÉDECINE PRATIQUE. La levure de bière dans les gastro-entérites infantiles. — FORMULAIRE. Badigeonnages phéniqués du pharynx dans la coqueluche. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 8 janvier 1900.

L'incident de l'Internat va être clos, du moins en ce qui concerne la reprise du concours. Le côté judiciaire reste dans un *statu quo* d'où il a chance de ne jamais sortir. Regrettons, une fois de plus, l'impunité qui couvre cet acte inqualifiable de sauvagerie et étudions quelques côtés de la solution qui vient d'intervenir.

En principe et en fait, le concours partiel est une des solutions les plus acceptables. Il était impossible de rétablir le concours dans son intégralité, et tout valait mieux que ce recommencement complet pour lequel on a cependant tout mis en œuvre. Une fois de plus, le bon sens a triomphé.

Les seuls qui seront lésés, ainsi que nous l'avons indiqué, seront les candidats vitriolés. Ils feront, dans le corps de l'Internat, une série à part, prenant rang après leurs camarades, exclus du concours des prix de l'externat, et seront tard venus dans le choix des services. Ce préjudice causé à la minorité est un des côtés les plus regrettables de l'affaire.

Toutefois, il est certains menus incidents qu'il est utile de relever.

La conduite de l'Administration n'a pas été des plus correctes dans cette louche histoire. Sans l'accuser d'avoir voulu entraver l'œuvre de la justice, on peut cependant reconnaître qu'elle n'a pas mis à la seconder toute l'activité désirable. Les tâtonnements de la première semaine n'ont pas été sans favoriser l'insuccès de la police. Des esprits, sans doute mal intentionnés, persistent à croire que la justice, de son côté aussi, s'est souvenue qu'elle devait être boiteuse; et, dans la circonstance, sa boiterie s'est accentuée jusqu'à l'impotence absolue.

D'autre part, quel rôle l'Administration a-t-elle joué vis-à-vis de ce malheureux jury? En fut-il de plus malmené? Peu s'en est fallu, véritable bouc émissaire, qu'il ne fût chargé de tous les péchés qu'il n'avait point commis. Fut-il assez berné dans l'espèce! A-t-il été tenu au courant des différentes phases de l'affaire? Était-il dissous? Continuait-il à exister? Renaîtrait-il de ses cendres? On l'a tenu à l'écart, comme un suspect, de tout ce qui devait l'intéresser.

L'Administration, en la personne de son directeur général, s'est bornée à consulter les internes en exercice; c'était insuffisant et incorrect à la fois. Les internes en fonctions ne sont qu'une minime fraction du corps de l'internat. Ils avaient pour prendre parti, en dehors de l'insuffisance numérique, l'inexpérience du jeune âge, prompt à des emballements que d'ailleurs on avait escomptés. Le recommencement intégral du concours était une mesure radicale dont on avait fait miroiter à leurs yeux l'idéale justice. C'était un piège aussi habilement qu'administrativemeut tendu. Ils ne se sont pas assez méfiés de cette démarche si extraordinaire de l'Administration qui, contrairement à ses habitudes, daignait les consulter sur un point qui ne les regardait pas spécialement.

Les jeunes internes, en obéissant à cette invite administrative, ont été discourtois vis-à-vis de leurs aînés. Ont-ils oublié qu'il existait une Association des internes et des anciens internes? Ne sont-ils pas représentés dans le bureau de cette Association, seule chargée des intérêts de la corporation? Ce manque d'égards ne s'explique d'ailleurs que par le silence un peu incompréhensible du bureau de cette association; de sorte qu'en fin de compte, on se demande ce qui est le plus à blâmer de ceux qui, devant agir, sont restés muets, ou de ceux qui, n'ayant point à intervenir, ont tenu à donner leur avis.

Que de pareils faits se renouvellent et l'Association des anciens internes aura vécu, et ce sera dommage, car, un jour ou l'autre, nous regretterions tous la disparition de ce « syndicat » basé sur l'estime réciproque, sur les amitiés persistantes de ses membres, groupés dans un même esprit d'affectueuse solidarité pour ce qu'a été, ce qu'est et que devra toujours être le corps de l'internat.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Sur le traitement de la phtisie pulmonaire.

Par M. COURTOIS-SUFFIT, médecin des hôpitaux.

I

En 1826, Laënnec écrivait ceci : « Nous avons prouvé que la guérison de la phtisie tuberculeuse n'est pas au-dessus des forces de la nature, mais nous devons avancer en même temps que *l'art ne possède encore aucun moyen d'arriver à ce but.* Il suffit pour s'en convaincre de jeter un coup d'œil sur les innombrables remèdes proposés contre la phtisie pulmonaire.

On ne peut méconnaître une maladie incurable, l'orsqu'on voit tenter tour à tour contre elle presque toutes les substances médicamenteuses connues, employer les remèdes les plus disparates, les médications les plus directement opposées, proposer chaque jour des remèdes nouveaux, exhumer des moyens qui, trop vantés autrefois, étaient restés longtemps dans un juste oubli; rien de constant enfin que l'emploi des palliatifs et des moyens propres à remplir des indications purement symptomatiques.

On a vanté tour à tour les acides et les alcalis, la diète sévère et l'alimentation animale succulente, l'air sec et l'air humide, l'air pur et l'air chargé de matières fétides, l'oxygène, l'hydrogène et l'acide carbonique, les exercices et le repos, les émollients et les toniques, le froid et le chaud, les anodins parégoriques et autres, et les stimulants, non seulement tels que les aromatiques et les antiscorbutiques, mais même tels que les préparations les plus irritantes: le mercure, le sulfate de cuivre, l'orpiment et l'arsenic. »

Il n'y a pas une ligne, pas un mot à changer aujourd'hui à l'appréciation du Laënnec et, cependant, l'étude de la tuberculose dans la dernière moitié du siècle qui s'éteint a fait de merveilleux progrès. Après les expériences à jamais célèbres de Villemin, après la découverte de Koch, on avait le droit de penser que la thérapeutique de la phtisie pulmonaire allait à son tour avancer à grands pas. Son but était proche en apparence, et semblait, théoriquement au moins, facile à atteindre. Il ne restait plus qu'à engager la lutte contre un agent parasitaire bien déterminé; il n'y avait plus qu'à trouver la substance capable de le détruire: « La thérapeutique idéale de la phtisie pulmonaire, écrivait M. Debove en 1884, consisterait à traiter cette maladie comme on traite la gale ou la teigne, à l'aide d'un parasiticide; mais le parasiticide du bacille tuberculeux reste encore à trouver. »

En 1900 ce spécifique est aussi inconnu qu'en 1884. A coup sûr les recherches poursuivies dans ce sens ont été singulièrement multipliées et la liste est interminable des médicaments que l'on a proposés pour tuer le bacille de Koch. Chacune de ces drogues, nous le verrons plus loin, a eu son heure de succès. Toute médication nouvelle, plus au cas de tuberculose que dans toute autre circonstance, ne semble-t-elle par réussir?

« Il arrive fréquemment que de malheureux phtisiques mal nourris, mal vêtus, mal logés, obligés de travailler pour vivre, éprouvent à leur entrée à l'hôpital une amélioration qui s'accentue parfois rapidement. Elle doit être attribuée à un régime meilleur et au repos qu'ils peuvent observer. »

A l'heure actuelle c'en est presque fait de la thérapeutique spécifique de la tuberculose; quelques médicaments — on peut les compter facilement — ont résisté à l'épreuve du temps, et servent encore au traitement de la maladie, mais il faut les tenir pour de simples adjuvants de la vraie et de la seule thérapeutique de la phtisie, laquelle repose sur ces trois principes d'hygiène: repos, aération continue, suralimentation.

Kobert, au récent Congrès de Berlin (1899), exposait les résultats obtenus par le traitement médicamenteux de 50000 tuberculeux soignés par 200 médecins et formulait les conclusions suivantes: 1° Les expériences faites sur les animaux avec les diverses substances médicamenteuses et pharmaceutiques montrent que nous ne possédons pas encore le médicament réellement spécifique de la tuberculose pulmonaire; 2° La tuberculose pulmonaire au début peut être efficacement combattue par le traitement hygiénique. Cette cure n'a guère besoin d'être aidée par un traitement médicamenteux.

L'auteur a raison de dire « tuberculose au début », car il est certain que dans les cas où la tuberculose est récente, peu étendue et unilatérale, la guérison est possible... facile même. Mais il ne faut pas oublier que, même étendue et bilatérale, la maladie peut aboutir à la guérison relative ou complète. Dans le second cas, le diagnostic est facile et s'impose. Dans le premier il est souvent fort malaisé et c'est d'exposer les quelques symptômes capables de l'établir que nous nous efforcerons aujourd'hui. Non pas que nous voulions passer en revue tous les signes de la tuberculose au début, ce serait faire injure à nos lecteurs que supposer qu'ils les méconnaissent. Nous souhaitons attirer l'attention sur quelques-uns de ces signes et en particulier sur certains syndromes plus récemment décrits qui, à n'en pas douter, peuvent singulièrement faciliter la tâche du clinicien, tâche, on ne saurait trop le rappeler, délicate entre toutes; car d'un diagnostic affirmé en temps voulu dépend, il est vrai, une résolution thérapeutique immédiatement sévère, mais aussi l'avenir du malade.

On doit, dit fort justement le professeur Grancher: 1° savoir diagnostiquer la phtisie pulmonaire dès le premier début de la maladie; 2° prévenir le malade qu'il est au début de cette terrible maladie.

Il n'est pas un signe, si petit soit-il, qui doive être laissé de côté dans l'examen d'un malade que l'on soupçonne être atteint de tuberculose pulmonaire au début. Il est d'abord certains phénomènes généraux qui doivent attirer l'attention. Isolément, leur valeur est peu grande; groupés, ils deviennent des indices suffisants pour faire craindre l'apparition de ce que Bayle appelait la phtisie occulte, la phtisie en germe. On peut dire les principaux.

C'est la déchéance générale de l'organisme, l'amoindrissement des forces, la fatigue facile, l'amaigrissement progressif, les phénomènes de dyspepsie tenace, l'anémie qui simule la chlorose vraie, etc. Ou bien c'est un enrouement spécial; la voix perd son timbre habituel, elle devient voilée et plus faible, ou bien c'est un essoufflement rapide qu'accompagne une accélération anormale des mouvements respiratoires; ce peut être une petite toux sèche, un peu quinteuse, souvent nauséante (Fernet), etc.

Que plusieurs de ces signes apparaissent chez des prédisposés à la tuberculose si bien décrits par Landouzy: « Nous affirmons l'opportunité de la tuberculose à Paris, pour l'homme dont la peau, blanche et fine, marbrée de veinules, la teinte d'ordinaire bleue de l'iris; la coloration rousse ou rouge du système pileux; les sueurs faciles, la mollesse des chairs, certaine élégance des formes, la rareté des cicatrices strumeuses semblent être l'apanage.

Les individus roux, dont nous venons à grands traits d'esquisser la physionomie, forment, par leurs attributs esthétiques autant que par leurs affinités pathologiques, un véritable type auquel nous avons donné depuis longtemps le nom de type vénitien. Aucune autre expression, d'ailleurs, ne saurait peindre avec plus d'exactitude esthétique, et surtout sans être moins désagréable pour l'oreille, les individualités rousses qui évoquent le souvenir de ces types roux (cheveux dorés ou roux, peau douce, fine, blanche et lactée, beauté des formes) si chers au pinceau des maîtres de l'école vénitienne qu'on chercherait en vain dans leurs chefs-d'œuvre une seule femme qui n'ait pas la parure vé-

nitienne : témoin les « Noces de Cana » et le « Repas de Jésu chez Simon » au Louvre, témoin le « Triomphe de Venise » au palais des Doges. »

La présomption est déjà plus grande ; viennent alors des signes dont la valeur est plus nette.

Quelques-uns de ceux-ci sont cependant encore inconstants ou peu connus. Telle la *sensation toute subjective*, indiquée par Murat, qui consiste en ceci : que les malades, en parlant fort, sentent que leur voix fait vibrer le poumon tuberculisé, preuve de l'épaississement du parenchyme ; telle encore la *dilatation inégale des pupilles*, donnée par Destrée comme un signe de tuberculose au début : si la tuberculose est unilatérale, c'est du côté malade que la pupille est plus dilatée ; si la tuberculose est bilatérale, le résultat est variable. Cette inégalité des pupilles ne s'observerait pas dans les autres maladies des poumons. Elle serait due à l'excitation du sympathique par les ganglions hypertrophiés du hile du poumon ; tel aussi le *liséré gingival* (Frédéric Thompson, Andressen). Certaines personnes présentent sur le bord des gencives un liséré rouge intense qui tranche sur la coloration plus pâle des tissus avoisinants. Ce liséré aurait une valeur réelle pour le diagnostic et le pronostic de la phtisie pulmonaire ; telle enfin l'*inspiration saccadée rythmique du cœur*, que Grasset a signalée comme un signe manifeste de faiblesse de constitution ; et qui, pour Amat, ne serait souvent qu'un signe de tuberculose pulmonaire au début. Ce phénomène tient à ce que la force inspiratoire, peu développée, ne suffit pas à faire disparaître l'influence mécanique de l'appareil circulatoire voisin. En auscultant avec soin des jeunes gens faibles, en portant son attention au sommet gauche ou plus exactement le long du bord gauche du sternum, au milieu des deuxième et troisième espaces intercostaux, parfois même dans tout le sommet gauche et jusque dans le poumon droit, on entend l'inspiration qui, au lieu de se faire en un seul temps, est saccadée en deux, plus ordinairement en trois temps séparés. La main placée sur le pouls, au moment où l'on ausculte, permet de percevoir des saccades rythmiques aux contractions cardiaques. « Ce signe serait, dit l'auteur, à peu près certain de tuberculose à ses débuts, quand il s'observe à partir de vingt et un ou de vingt-deux ans. »

Peu à peu nous arrivons à ceux des signes de la tuberculose pulmonaire au début dont la valeur est indiscutable et dont le groupement est décisif.

C'est d'abord l'*état de la température*, laquelle doit être minutieusement étudiée, alors même que la fièvre paraît n'exister pas. Si l'on se contente, dit Daremberg, de faire prendre au malade sa température en se couchant, on la trouve normale : 36°8, 37. Mais si on lui demande de prendre cette température tous les matins au lit et tous les après-midi entre quatre et cinq heures, on voit tous les matins 36°2, et 37°7, l'après-midi ; soit un écart d'un degré et demi entre les températures maxima et minima. Or, Daremberg estime que, quoique non apparente, la fièvre est réelle, quand l'écart entre les températures extrêmes de la journée dépassait 7 à 8 dixièmes, quelque bas que fussent ces extrêmes.

La température est en outre *déséquilibrée*. « Faites étendre sur une chaise longue le patient qui a 37°7 à cinq heures. Après s'être maintenu pendant dix ou quinze minutes dans la position horizontale, il n'a plus que 37°2, 37°3. Ce nouveau signe de température déséquilibrée est vraiment caractéristique de la tuberculose et peut servir à diagnostiquer le début de cette infection chez des malades qui semblaient être atteints de simple grippe.

Puis ce sont les *anomalies de la dépression sus-claviculaire*, qui, égale à chaque mouvement inspiratoire, devient parfois plus profonde et inégale, plus accentuée d'un côté que de l'autre. Elle devient ainsi l'indice d'une adhérence pleurale et d'une lésion siégeant au sommet du poumon.

Enfin, ce sont les renseignements que fournissent à ce moment la percussion et l'auscultation :

La percussion peut donner d'utiles renseignements au début.

Ostreich, en expérimentant sur le cadavre, a constaté qu'un foyer tuberculeux du sommet du poumon est nettement perceptible à la percussion quand il atteint le volume d'une cerise ; quand les foyers sont multiples, le volume d'un pois suffit pour altérer la sonorité normale.

La rudesse du murmure vasculaire peut être pendant un temps le seul signe appréciable de la présence des granulations ; à cette condition qu'elle siège et se localise au sommet du poumon et y demeure de façon fixe. On la perçoit plus souvent au sommet gauche, parce que les modifications du bruit vésiculaire sont plus sensibles et que là se développent de préférence ces tubercules. La valeur séméiologique de la rudesse du murmure vasculaire, surtout à l'inspiration, a été absolument démontrée par Grancher ; elle est devenue un signe des plus classiques.

A ce moment, des signes physiques existent, mais ils peuvent encore être d'une interprétation difficile ; aussi bien est-il indispensable de les étudier alors qu'ils sont associés.

C'est à ce propos qu'il est bon de signaler le syndrome décrit par Fernet, qui résulte d'un groupement particulier des signes physiques au début de la phtisie pulmonaire.

Ce syndrome consiste dans l'existence simultanée de phénomènes perceptibles à l'auscultation et qui siègent au sommet du poumon, dans l'espace interscapulaire au niveau des ganglions bronchiques, et enfin à la base du poumon du même côté.

En même temps qu'au sommet du poumon l'oreille perçoit des modifications du bruit respiratoire : inspiration rude ou quelquefois inspiration faible ; expiration prolongée et rude ; inspiration à timbre plus grave ou plus aigu ; expiration plus aiguë que l'inspiration contrairement à l'état normal ; respiration granuleuse ; respiration saccadée, etc., on observe des signes dus à la participation à la maladie des ganglions trachéo-bronchiques. Là, comme ailleurs, comme au cou, comme aux aisselles, comme aux aines, les ganglions lymphatiques traduisent, par un engorgement précoce, l'envahissement de leurs réseaux lymphatiques afférents par des germes infectieux. Cette adénopathie est précoce et fréquente, elle se traduit par des symptômes connus : matité limitée et circonscrite d'un des côtés de la colonne vertébrale dans l'espace interscapulaire ; souffle tubaire, toux coqueluchoïde.

Puis coexiste un troisième foyer à la base de la poitrine correspondant au sommet malade. A ce niveau on trouve les signes d'un engorgement pulmonaire caractérisé par de la submatité, de la respiration faible ou rude, un mélange de râles crépitants et sous-crépitants, signes analogues à ceux de l'œdème du poumon. Cet engorgement du poumon tient sans doute à la gêne de la circulation lymphatique dans le réseau des ganglions malades et prédomine à la base à cause de l'influence accessoire de la déclivité.

Ces signes, par leur réunion, constituent un faisceau de preuves déjà compact; mais il est encore toute une série de recherches, dont quelques-unes sont autorisées, et qui permettent, dans un cas douteux, d'acquérir la certitude.

On sait la réaction intense que provoque l'injection souscutanée de tuberculine. Cette substance peut donc devenir une grande ressource, mais peut-on s'en servir impunément? Les avis sont partagés. Landouzy croit à l'avenir de la tuberculine, à son « indispensabilité même », dit-il, car le diagnostic de la tuberculose ne se fera jamais « ni avec trop de promptitude, ni avec trop de certitude ».

Hutinel, Grasset et Vedel, Combemale et Bernard ont eu recours aux injections de tuberculine, lesquelles à l'étranger paraissent avoir donné de bons résultats à Schreiber, Von Mayer, etc.

Grancher s'élève contre ce moyen de diagnostic, et nous pensons qu'il a raison. Certes, ce résultat est décisif, mais l'épreuve est dangereuse, et ne saurait, de ce fait, entrer dans la pratique journalière.

Grancher, dont l'autorité en pareille matière ne peut être discutée, condamne aussi l'emploi des sérums artificiels proposés par différents auteurs (Sirot, Hutinel, etc.) et qui déterminent des réactions fébriles chez les tuberculeux.

Dans le groupe des recherches permises, il faut ranger l'usage interne de l'iodure de potassium. Sous l'influence de ce médicament il se produit dans les parties atteintes des phuénomènes de catarrhe congestif amenant des râles sonores et une expectoration dans laquelle on peut trouver des bacilles de Koch (Sticker, Vetlesen). Landouzy enseigne, depuis longtemps, que nous avons dans l'iodure de potassium un agent capable de nous aider à dépister la tuberculose. Signalons encore deux autres moyens de diagnostic introduits récemment dans la clinique (1). *C'est d'abord l'éclairage de la poitrine par les rayons de Röntgen.* Kelsch a examiné 124 sujets entrés à l'hôpital pour des maladies autres que la tuberculose. Sur ces 124 malades 73 ont donné des résultats négatifs; 51 fois l'examen radioscopique a révélé des altérations diverses : diminution de la transparence d'un ou des deux sommets ou d'une partie de la plèvre; diminution des excursions diaphragmatiques correspondant manifestement à une diminution de la perméabilité des sommets et des épanchements de la plèvre, altérations des ganglions ou ankylose partielle du diaphragme, lésions qui doivent être considérées comme relevant de la tuberculose.

Puis *c'est la réaction agglutinative* du sérum tuberculeux découverte récemment par MM. Arloing et Courmont. La séroréaction est à peu près constante, surtout au début de la tuberculose. Sur 26 cas elle a manqué deux fois; elle n'a manqué qu'une seule fois sur 22 cas de tuberculose commençante.

Ce sont là résultats encourageants qui engagent à poursuivre la recherche.

Le diagnostic est fait; le malade que l'on vient d'examiner est un tuberculeux qui commence; le médecin a rempli une partie de sa tâche; il lui en reste une autre. Il doit dire au malade ce qu'il a « sans hésitation ni faiblesse ». « Un malade prévenu est à moité guéri, » dit Daremberg. C'est exact, mais ce n'est pas toujours si aisé que ça le paraît. Le médecin doit user de diplomatie, et si le malade est craintif, et facilement alarmé, ce qui est la règle, il faut lui dire la vérité peu à peu, le rassurer et lui promettre la guérison complète. Que le médecin s'y prenne comme il voudra ou comme il pourra — c'est affaire de tact — mais qu'il prononce le mot et affirme la chose. Dès ce moment, le malade se soumettra aux prescriptions hygiéniques qui, mieux que toutes les drogues du Codex, l'amèneront à recouvrer la santé. (*A suivre.*)

(1) Chuquet. *L'hygiène des tuberculeux.*

ÉTUDE CLINIQUE DE LA CHOLÉCYSTITE CALCULEUSE

La cholécystite calculeuse est une affection encore assez mal connue, et fort brièvement décrite dans les classiques. M. Guillemin vient de consacrer à son étude une intéressante monographie (1).

La *symptomatologie* des calculs biliaires est souvent fruste. Les signes fonctionnels que l'on rencontre le plus fréquemment sont : les troubles digestifs, la douleur dans l'hypocondre droit, enfin des accès plus ou moins bien caractérisés de coliques hépatiques. Parmi ces signes, les plus précoces et les plus constants semblent être les troubles digestifs, variant de la simple épigastralgie à de véritables crises gastriques avec nausées et vomissements, et revenant à époques régulières. La douleur au niveau de l'hypocondre est tantôt sourde, profonde, tantôt aiguë, lancinante, avec des exacerbations qui ressemblent singulièrement à certaines crises de colique hépatique. Rien de particulier dans l'état général du malade, si ce n'est que l'examen des urines permet fréquemment de déceler la présence de la peptone (Bouchard, Alison), ou de la thyrosine (Jeannel), que d'aucuns considèrent comme absolument pathognomonique d'une lésion biliaire.

Mais les signes les plus importants sont fournis par l'*examen local* : la vésicule du fiel calculeuse se traduit par une tumeur presque toujours perceptible : vient-on à exercer une pression à ce niveau, on détermine une douleur vive, que M. Guillemin compare à celle que provoque la pression au point de Mac Burney dans l'appendicite. La recherche du ballottement sera utile dans les cas où la tumeur n'est que peu appréciable à la vue. Mais, le plus souvent, cette tumeur existe et présente les caractères suivants : à l'inspection, soulèvement de la région de l'hypocondre droit ; absence de phénomènes inflammatoires du côté de la peau. La palpation permet de mieux reconnaître le volume de la tumeur et ses connexions. Le plus généralement la tumeur est mobile, spontanément, et, de plus, on peut provoquer des mouvements de latéralité et de bas en haut, mais non de haut en bas. A la palpation profonde on sent parfois une sorte de pédicule qui rattache la tumeur au foie. Signe important : ni la palpation, même profonde, ni les mouvements provoqués ne sont réellement douloureux. A la percussion, matité correspondante à la tumeur ; cette matité pouvant d'ailleurs être séparée de la matité hépatique par une zone de sonorité.

Le développement de la tumeur est ordinairement lent, progressif, accompagné de crises de colique hépatique et d'ictère. Cependant, dans quelques cas, l'évolution a été beaucoup plus rapide, sans que l'état général ni même l'état local n'aient paru en souffrir.

Telle est la forme la plus habituelle de cholécystite calculeuse, mais il en est d'autres qu'il faut bien connaître, telle la *cholécystite typhoïde*. On sait que cette affection peut apparaître au cours même, ou pendant la convalescence de la

(1) Th. de Paris, 1899.

dothiénentérie; et même que, parfois, son développement est encore plus tardif. Mais il ne s'agit certainement pas toujours dans ces cas de cholécystite calculeuse. Les observations de Fauraytier, d'Hagemmüller, de Hanot, de Ramond et Faitout, de Van Dumgern, sont à peu près les seules connues de cholécystite calculeuse d'origine typhique. Le diagnostic, presque impossible à la période fébrile, est moins obscur pendant la convalescence; dans les lithiases tardives, seul l'examen bactériologique permettra ce diagnostic.

La présence de calculs dans la vésicule amène fatalement, au bout d'un temps variable, la *cholécystite suppurée.* La suppuration d'origine calculeuse est précédée de tous les symptômes que nous avons décrits comme caractéristiques de la présence de calculs biliaires dans la vésicule du fiel. La fièvre annonce souvent la suppuration : tantôt elle affecte la forme intermittente (f. bilio-septique de Chauffard); le frisson est violent, suivi du stade de chaleur et de sueurs profuses. L'accès ne dure guère plus de six heures, et peut se reproduire régulièrement; dans l'intervalle, la température est normale, — tantôt c'est la fièvre hépatalgique de Charcot; enfin, elle affecte parfois le type rémittent ou continu. Les phénomènes de rétention biliaire, de péritonite périhépatique accompagnent l'état fébrile : la maladie se termine constamment par la mort, si l'on n'intervient pas chirurgicalement.

L'*ictère* est, dans la majorité des cas, dû à l'oblitération des voies biliaires par le calcul. Mais à côté de cet ictère *lithogène*, il faudrait faire une place à l'ictère *inflammatoire* (Riedel), dû à la propagation du processus inflammatoire de la vésicule, par le cystique, jusqu'au foie. Cet ictère est peu intense; il ne dure que quelques jours, mais peut, exceptionnellement, revêtir la forme d'ictère intense et durable.

Dans les cas précédents, la marche de la cholécystite était essentiellement chronique, et n'arrivait que tardivement à la suppuration : il en est d'autres, au contraire, où, d'emblée, la maladie prend une allure aiguë et revêt l'expression clinique d'une péritonite ou d'une appendicite : ces formes sont très utiles à connaître pour éviter de graves erreurs de diagnostic auxquelles elles donnent forcément lieu sans un examen attentif.

D'autres fois, encore, l'inflammation se propage autour de la vésicule jusqu'à l'épiploon adhérent, et détermine ainsi la production de véritables tumeurs d'épiploïte chronique, lesquelles peuvent parfois suppurer, s'ouvrir à la peau, et laisser une fistule par laquelle s'évacuent des calculs biliaires (Deschamps, Hartmann, etc.).

Le *diagnostic* des vésicules biliaires calculeuses est souvent très difficile et nombreux sont les cas où une vésicule a été prise pour un rein et réciproquement. Comment arriver à ce diagnostic? Ziemmssen a proposé de distendre le côlon avec de l'acide carbonique introduit en injection rectale : la tumeur est-elle rénale? elle est repoussée loin, vers la région lombaire. S'il s'agit, au contraire, de la vésicule biliaire, elle est repoussée en avant et en haut. Ce procédé est parfois infidèle : il en est de même de tous les autres signes différentiels donnés par les auteurs, sauf du ballottement rénal, lequel diffère du ballottement de la vésicule biliaire. « Le premier a son maximum quand on le provoque par une pression exercée dans le triangle costo-vertébral; le second, quand on exerce le pression dans l'espace costo-iliaque. » Le ballottement rénal est lombo-abdominal; le ballottement des tumeurs biliaires se perçoit bien plus haut, et indépendamment de tout déplacement du rein.

Mais s'agit-il du foie ou d'une tumeur quelconque attenant au foie? Le phonendoscope permet de résoudre cette question : si la tumeur est distincte du foie, la résonance obtenue par l'examen phonendoscopique est nettement distincte de celle du foie; si la tumeur appartient bien au foie, la résonance sera la même pour toute la zone du foie. Le même procédé pourra servir à distinguer une tumeur du pylore d'une vésicule biliaire. Enfin la position élevée du bassin pourra faire reconnaître à quelle partie de l'abdomen appartient la tumeur. « Certaines tumeurs nées de la partie supérieure de la cavité abdominale et accidentellement descendues dans le bassin retournent à leur lieu d'origine quand on élève le bassin » (Hartmann).

En somme, la symptomatologie de la cholécystite calculeuse est caractérisée par des signes fonctionnels (crises gastriques, douleurs à l'hypocondre droit), et des signes tirés de l'examen local.

Plus rarement, elle se présente sous forme de cholécystite suppurée, d'ictère inflammatoire, de péritonite, d'épiploïte.

La phonendoscopie, le plan incliné et la recherche du ballottement fourniront les meilleurs éléments du diagnostic.

L. B.

MÉDECINE PRATIQUE

La levure de bière dans les gastro-entérites infantiles.

A la suite des nombreux succès obtenus en thérapeutique par la levure de bière, MM. Thiercelin et Chevrey ont eu l'idée d'employer la levure de bière dans les gastro-entérites infantiles.

Après avoir purgé les enfants et institué la diète hydrique, ils prescrivent indifféremment de la levure fraîche ou de la levure sèche.

On la donne de la façon suivante : Après un grand lavage de l'intestin on introduit, au moyen d'une sonde adaptée à une poire, une cuillerée à café de levure sèche ou une cuillerée à dessert de levure fraîche délayée dans 50 à 60 grammes d'eau bouillie tiède. La sonde est retirée et l'enfant maintenu quelques instants pour qu'il ne rejette pas immédiatement le lavement. On renouvelle ce lavement deux ou trois fois par jour, tout en continuant la diète hydrique et les lavages intestinaux.

Quand la fièvre est tombée, on peut reprendre l'alimentation, et les lavements doivent être continués tant que la diarrhée persiste.

Les résultats obtenus par MM. Thiercelin et Chevrey sont des plus encourageants.

FORMULAIRE

Badigeonnages phéniqués du pharynx dans la coqueluche.

Acide phénique cristallisé	1g50
Glycérine pure..............	10 grammes.
Sirop de tolu................	5 —

M. — Usage externe. (Guida.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 15 AU 20 JANVIER 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 15 JANVIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Rémy, Broca (André) et Gley; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Tillaux, Kirmisson et Broca (Aug.); — (2e partie, 1re série) : MM. Potain, Hayem et Teissier; — (2e série) : MM. Fournier, Déjerine et Gaucher; — M. Walther, suppléant.

MARDI 16 JANVIER, à une heure. — 2e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Le Dentu, Quénu et Bonnaire; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Hartmann et Faure; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Proust et Dupré; — M. Charrin, suppléant.

MERCREDI 17 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Tuffier, Lejars, et Legueu.

2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Ch. Richet, Launois et Desgrez.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Lannelongue, Delbet et Lepage; — M. Hanriot, suppléant.

JEUDI 18 JANVIER à une heure. — 3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Guyon, Budin et Hartmann.

4e, *Faculté, salle n° 2* : MM. Proust, Chantemesse et Chassevant; — M. Roger, suppléant.

VENDREDI 19 JANVIER, à une heure. — 4e, *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Delens, Delbet et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Jalaguier, Lejars et Walther; — (2e partie) : MM. Brissaud, Widal et Thoinot; — M. Méry, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. André, suppléant.

SAMEDI 20 JANVIER, à une heure. — 3e (2e partie), *Faculté, salle n° 2* (1re série) : MM. Cornil, Marfan et Achard; — *Faculté, salle n° 1* (2e série) : MM. Ballet, Ménétrier et Vaquez; — M. Dupré, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'incident du concours de l'Internat. — Le jury de l'internat a été réuni ce matin par M. Napias. Toutes les copies d'anatomie restant à lire ont été détruites. Le concours va donc continuer par la lecture des copies de pathologie épargnées par l'acide nitrique. Cette lecture sera terminée vraisemblablement vers la fin du mois.

Au commencement de février, les deux sections du jury se réuniront pour établir la liste d'admissibilité et commencer les épreuves orales. La nomination des 36 internes du premier concours aura lieu avant la fin du mois de février.

Les deux jurys recommenceront alors un nouveau concours pour les 10 places à attribuer aux vitriolés.

Le changement des services ne pourra se faire qu'au 1er avril au plus tôt.

La prochaine séance de lecture aura lieu demain mardi 9 janvier, à l'Administration centrale, à quatre heures trois quarts.

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux sera ouvert le lundi 5 mars 1900 à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, 3. Le registre d'inscription sera ouvert le 29 janvier, et clos le 10 février à trois heures.

Concours de l'externat en 1899. — Questions posées :

Anatomie. — Artère fémorale. — Os maxillaire inférieur. — Muscles péroniers latéraux. — Articulation du coude. — Muscles pectoraux. — Rapports de la trachée. — Nerf médian. — Trous de la base du crâne. — Veines superficielles du membre inférieur. — Rapports de l'utérus. — Rapports du foie. — Crosse de l'aorte. — Rapports de la vessie. — Omoplate. — Muscles fessiers. — Sacrum et coccyx. — Muscles masticateurs. — Artère poplitée. — Configuration et rapports de l'œsophage. — Articulation tibio-tarsienne. — Nerf cubital. — Artère sous-clavière. — Rapports du rectum. — Configuration extérieure et rapports du cœur. — Rapports de l'estomac. — Configuration et rapports du poumon.

Pathologie. — Saignée. — Épistaxis. Tamponnement des fosses nasales. — Fractures de côtes. — Examen clinique des urines. — Hydrocèle de la vaginale. — Fracture de l'extrémité inférieure du radius. — Érysipèle de la face. — Cathétérisme de l'urètre. — De la conduite à tenir en présence d'un sujet en état d'asphyxie. — Signes de la pneumonie franche aiguë. — De l'anesthésie générale par le chloroforme et l'éther. — Phlegmatia alba dolens. — Muguet. — Hémoptysie. — Signes de la tuberculose chronique. — Vaccine et vaccination. — Fractures du péroné. — Panaris. — Fractures de la clavicule. — Ascite. — Signes et complications de la rougeole. — Manière de faire une autopsie. — Oreillons. — Coqueluche. — Symptômes et diagnostic du mal de Pott. — Métrorragie. — Rétrécissement mitral.

Marine. — M. le docteur Triboudeau, médecin de deuxième classe du cadre de Toulon, est autorisé à prendre part au concours qui s'ouvrira à Rochefort, le 26 février, pour l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de Rochefort.

Démission collective de tous les médecins d'un dispensaire. — Tous les médecins, au nombre de treize, du dispensaire de la Caisse des écoles des Ternes, plaine Monceau, viennent de donner leur démission à la suite de mesures qui, d'après leurs déclarations enlèvent à cet établissement son caractère de tolérance et de philantropie.

Cette grave décision est motivée à la fois par des motifs professionnels : sans-gène vis-à-vis de médecins apportant leur concours gratuit, remplacement brutal d'un directeur médical en fonction depuis neuf ans, — et intolérance de l'administration voulant interdire aux médecins de donner leurs soins aux enfants provenant des crèches ou des écoles libres.

Les médecins du dispensaire étaient : MM. les docteurs Corby, Dubois-Lavigerie, Ducor, Farret, Golesceano, Lefèvre, Pertat, Ratyński, Rochebois, Roux, Stevenel, Trognon, Weber.

Commission devant étudier les moyens de combattre la propagation de la tuberculose. — Sont nommés membres : MM. les docteurs Bouillet, Calmette, de Lavarenne, Goujon, Kelsch, Letulle, Leudet, Marfan, Pietre, Thoinot; M. Astier, député; M. Dislère, président de section au Conseil d'État, et M. Brouardel rempliront conjointement les fonctions de vice-président.

Un nouveau sérum contre la vieillesse. — Depuis quelques jours, les journaux politiques font grand bruit au sujet d'un nouveau sérum découvert à l'Institut Pasteur, par M. Metchnikoff. Renseignements pris, cette nouvelle est inexacte, M. Metchnikoff tout en continuant la série de ses remarquables travaux n'a rien publié de ce genre.

A propos de la différenciation des sexes. — Le docteur Schenk, professeur à l'université de Vienne et directeur de l'institut d'embryologie, dont le livre sur la différenciation des sexes par l'alimentation de la femme pendant la grossesse a fait tant de bruit, il y a deux ans, vient de prendre un congé illimité, en attendant sa retraite.

Le livre du docteur Schenk avait provoqué un vif mécontentement parmi les professeurs de l'Université qui lui reprochaient d'avoir sacrifié la science à ses ambitions personnelles et d'avoir ainsi diminué le prestige de l'Université. Une enquête disciplinaire instituée à ce sujet vient de conclure à un blâme à l'adresse du docteur Schenk, et le ministre de l'Instruction publique, sur la proposition du conseil académique, lui a fait entendre qu'il avait à demander sa retraite sinon qu'elle lui serait donnée d'office.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Adénome kystique du corps thyroïde; symptômes basedowiens, par M. C. Bacaloglu, interne des hôpitaux de Paris. — Recherches sur les moyens de défense de l'organisme contre l'infection respiratoire au niveau des fosses nasales. — Séance de l'Académie de médecine. — Revue de la Presse. *Médecine* : L'ivresse de l'eau minérale; — *Chirurgie :* Recherches expérimentales sur la vapeur d'eau comme moyen hémostatique; — *Laryngologie :* Adénoïdite chronique et aiguë; — *Hygiène :* Danger de la succion dans la circoncision; — *Thérapeutique :* Les injections hypodermiques de bichlorhydrate de quinine dans le paludisme aigu ou chronique. — Intérêts professionnels. — Chronique et nouvelles scientifiques.

ADÉNOME KYSTIQUE DU CORPS THYROIDE

SYMPTÔMES BASEDOWIENS

Par M. C. Bacaloglu, interne des hôpitaux de Paris.

La nommée Mathilde S..., Alsacienne, âgée de vingt-quatre ans, domestique, entrée à l'hôpital Beaujon le 17 mars 1899, dans le service du docteur Fernet.

Elle se plaint d'oppression, et nous dit que son cou a grossi depuis quelque temps.

Dans ses antécédents héréditaires nous ne trouvons rien de remarquable. Son père et sa mère vivent encore, et ils sont bien portants. Elle a quatre sœurs, en excellente santé. Aucun antécédent névropathique dans sa famille. Elle-même n'a jamais été nerveuse, elle est d'un caractère plutôt placide. Réglée à l'âge de quinze ans, elle dit avoir toujours été bien portante.

Il y a six semaines, elle remarqua que son cou grossissait. Cette hypertrophie thyroïdienne est survenue petit à petit; aucun chagrin, pas d'émotion qui en ait marqué le début. En même temps, elle commence à tousser d'une toux quinteuse provoquée par une sensation de picotements dans la gorge. Au fur et à mesure que son cou grossit, elle remarque que la gène respiratoire s'accuse. Tout effort lui devient pénible; les jambes sont faibles, elle ne peut pas monter les escaliers comme auparavant. De plus, elle ressent de violentes palpitations. Le caractère change; elle devient irritable, et se met facilement en colère. Quelques jours avant de rentrer à l'hôpital Beaujon, elle avait consulté à Lariboisière le docteur Duguet qui lui a pratiqué, à trois reprises différentes, des injections de teinture d'iode, intra-thyroïdiennes.

Actuellement, l'aspect de la malade est typique : il rappelle nettement l'aspect basedowien. Ses yeux sont brillants et légèrement proéminents, surtout l'œil gauche. Il existe de l'inégalité pupillaire; la pupille droite est bien plus petite que celle du côté gauche. Nous ne constatons pas le signe de de Græfe et de Stelwag.

Le cou est animé de battements visibles. La région sus-sternale est occupée par une grosse tumeur, presque de la valeur du poing, qui occupe la place du corps thyroïde. Cette tumeur est un peu inégale. Le palpation ne fait pas percevoir de bruit vasculaire : pas de thrill; elle n'est pas réductible. Sa consistance est rénitente, dure par place, avec des parties légèrement fluctuantes. Il s'agit évidemment d'une production adénomateuse, avec des kystes inclus dans la tumeur.

Le cœur bat dans le cinquième espace intercostal. Il n'y a pas de bruit de souffle, mais les battements cardiaques sont impétueux.

Le pouls est à 120, et il varie très peu les jours suivants. Il oscille entre 110 et 125. Nous constatons du tremblement des doigts. L'appétit est bon, les digestions se font bien, les règles n'ont pas subi de modification.

Il n'y a pas de sucre ni d'albumine dans les urines.

Mais les troubles laryngo-trachéaux deviennent de jour en jour plus menaçants ; la voix est un peu rauque. De temps en temps il survient des paroxysmes de dyspnée ; la respiration est haletante, le visage devient vultueux, on entend un sifflement laryngé. D'ailleurs, nous voyons que la tumeur s'accroît d'une façon notable, et nous prévoyons le moment où la dyspnée va devenir menaçante pour la vie. Dans ces conditions, M. Fernet demande l'avis du docteur Bazy, le 19 avril 1899. On discute l'opportunité de l'opération et, vu l'état précaire de la malade, on se décide à pratiquer la thyroïdectomie partielle.

L'opération fut faite le 20 avril, par M. Bazy qui, après avoir pratiqué une incision en fer à cheval, énucléa en grande partie la tumeur, dont les pédicules saignaient beaucoup, et poursuivit ses prolongements qui s'étendaient fort loin, et englobaient la trachée et l'œsophage.

Il laissa forcément des fragments du corps thyroïde, surtout en haut et en arrière; la tumeur était bien limitée en avant, encapsulée presque, tandis qu'en arrière son tissu se prolongeait le long des conduits trachéo-œsophagiens.

La malade succomba le lendemain matin. Après l'opération son pouls était devenu extrêmement rapide, presque incomptable, et la dyspnée s'était également accentuée. A l'autopsie nous voyons que la plaie cutanée est en bon état; il y a déjà des adhérences réunissant le lambeau cutané aux parties profondes. Après avoir enlevé le plastron sternal et scié les clavicules de façon à avoir sous les yeux les organes du cou en continuité avec les organes thoraciques, on remarque que la plaie résultant de l'extirpation du corps thyroïde présente une coloration rouge foncé.

Une dissection attentive montre que la tumeur ne paraît pas avoir été enlevée en totalité; des masses rougeâtres entourent le larynx, la gouttière laryngo-œsophagienne, et il y a des prolongements de la tumeur même entre l'œsophage et la colonne vertébrale.

Dans l'atmosphère cellulo-graisseuse du cou, on voit de chaque côté trois ou quatre petits corps globuleux, variant comme grandeur du volume d'un petit pois à celui d'une petite noisette. Ils sont rouges, lie de vin, et nous nous demandons s'il s'agit de ganglions ou bien de glandules thyroïdiennes aberrantes. (L'examen histologique nous montra qu'il s'agissait de ganglions hypertrophiés mais sans production néoplasique.)

Les nerfs récurrents sont englobés dans un tissu rougeâtre. Le récurrent gauche, notamment, présente, un peu avant sa penétration dans le larynx, une hypertrophie considérable; il est triplé de volume, de coloration jaune, et il est comme étranglé vers son extrémité supérieure.

La face antérieure du péricarde et la partie supérieure du médiastin antérieur sont occupées par une masse épaisse de deux travers de doigt, de coloration rouge; la partie inférieure de cette tuméfaction est suppurée : à la coupe il s'écoule une légère quantité de pus. Cette région, envahie par la suppuration, est nettement séparée de la région occupée par la tumeur cervicale enlevée. Histologiquement il s'agissait d'une infiltration leucocytaire énorme (abcès médiastinal dans le médiastin antérieur).

La chaîne du grand sympathique cervical et le ganglion inférieur sont de couleur et de consistance normales.

Des adhérences pleurales lâches unissent les poumons, dans toute leur étendue, à la paroi thoracique. Pas de tuberculose pulmonaire; légère congestion des bases.

Les autres organes sont normaux.

Le corps thyroïde enlevé présente une coloration blanc jaunâtre; il est légèrement bosselé à la surface. A la coupe, on voit qu'il est transformé en un tissu qui rappelle celui de certains kystes de l'ovaire : il est criblé de cavités kystiques de dimensions variables, depuis une tête d'épingle jusqu'au volume d'une noix. Il s'écoule, à la coupe, un liquide blanchâtre, de consistance colloïde. Une goutte, portée sur la lame du microscope, montre des amas de substance colloïde, qui nagent dans un liquide incolore.

Après inclusion à la celloïdine, nous avons constaté, sur les coupes du corps thyroïde, colorées à l'hématoxyline et au picro-carmin, les lésions suivantes : le tissu de la glande thyroïde est méconnaissable. Il est transformé en une agglomération de kystes de dimensions variables. A côté de grosses cavités kystiques, nous voyons des endroits où le tissu fibreux est parsemé de kystes microscopiques, formés par une paroi conjonctive et une ou deux rangées de cellules épithéliales.

Le stroma est formé de bandes de tissu connectif, aplati, avec très peu de vaisseaux. Les grandes cavités kystiques présentent des particularités dignes d'être notées : au milieu de la poche on voit une substance amorphe, se colorant en rouge pâle par le picro-carmin. En se rapprochant de la paroi, on voit, avec un fort grossissement, des cellules épithéliales, en amas, avec des noyaux légèrement colorés. Puis, immédiatement sur la paroi, une couche épaisse de tissu épithélial disposé sur plusieurs rangées. En certains endroits on remarque que l'épithélium s'avance en véritables bouquets ramifiés, vers l'intérieur de la cavité kystique, et forme comme une bordure dentelée. Au niveau des bandes de tissu conjonctif qui entourent les grosses cavités kystiques, on remarque des petites cavités kystiques aplaties, avec une bordure épithéliale disposée sur une ou deux rangées.

Il semble donc que l'évolution de cette tumeur était celle d'un adénome. En aucun endroit, le bourgeonnement épithélial n'avait franchi la barrière conjonctive. Les cellules ainsi proliférées, tombaient dans la cavité kystique qui s'agrandissait sans cesse, et les cellules subissaient la dégénérescence colloïde. On pourrait saisir pas à pas cette transformation, les cellules qui dégénèrent, le noyau perdant ses affinités colorantes et finissant par disparaître.

En résumé nous étions en présence d'un adénome kystique du corps thyroïde, maladie comparable à certains kystes de l'ovaire et à la maladie kystique de la mamelle (Reclus).

Ce cas rentre dans la catégorie des pseudo-maladies de Basedow. Mais existe-t-il des pseudo-maladies de Basedow? Ne trouve-t-on pas toujours des altérations du corps thyroïde, des dilatations vasculaires, diverses altérations qui frappent tantôt le tissu conjonctivo-vasculaire, tantôt l'élément noble? Il y a des cas où les symptômes basedowiens sont survenus longtemps après l'apparition d'un goitre (goitre basedowifié de Marie).

Dans un cas de Morestin (1) le goitre basedowifié a même guéri après l'intervention chirurgicale.

Il est bien plus probable que le syndrome basedowien peut survenir dans les différentes affections qui frappent le corps thyroïde.

On l'a même vu coexister avec les symptômes du myxœdème (2). D'un autre côté, il n'y a pas de maladie de Basedow sans lésions thyroïdiennes.

La théorie de la névrose a fait son temps. Actuellement on se partage entre la théorie de la parathyroïdisation, c'est-à-dire d'un trouble dans la sécrétion thyroïdienne (souvent hyperthyroïdisation), et la théorie de la compression et de l'irritation du grand sympathique (Riche, Th. de Paris, 1897).

Notre cas de maladie de Basedow, provoqué par un adénome kystique du corps thyroïde, plaide plutôt en faveur de la compression, et l'irritation du grand sympathique. Il existait une légère dilatation pupillaire, et la pupille gauche était plus grande que celle du côté opposé. Il nous a semblé que la tumeur était plutôt développée du côté gauche, et c'est du même côté que nous avons trouvé une altération manifeste du récurrent.

Quant aux sympathiques, bien que d'apparence normale, ils étaient certainement irrités par la tumeur thyroïdienne qui envahissait les deux côtés de la gouttière trachéo-œsophagienne, jusqu'à la colonne vertébrale.

RECHERCHES SUR LES MOYENS DE DÉFENSE

DE L'ORGANISME CONTRE L'INFECTION RESPIRATOIRE AU NIVEAU DES FOSSES NASALES (3)

Par M. le docteur Paul VIOLLET.

M. Viollet a voulu dans ce travail vérifier les assertions de MM. Würtz, Lermoyez, Piaget, Thomson et Hewlett dont les recherches tendaient à faire considérer les fosses nasales normales comme des cavités aseptiques et privées de germes par suite de propriétés bactéricides attribuées au mucus nasal; il est arrivé avec la majorité des auteurs à cette conclusion que le mucus nasal normal, débarrassé de ses éléments figurés (leucocytes), ne possédait pas plus de propriétés bactéricides à l'égard des micro-organismes pathogènes vulgaires que le sérum sanguin, le mucus vaginal ou la salive, dans les mêmes conditions.

Cherchant alors l'explication du filtrage partiel de l'air inspiré qui s'opère au niveau des fosses nasales, M. Viollet s'est efforcé de montrer qu'il pouvait être dû à l'action des

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 27 juin 1899.

(2) FAURE. *Presse méd.*, 23 sept. 1899. — BABINSKI. Th. de Félix, Paris 1896.

(3) Th. de Paris, 1899.

leucocytes qui vivent en abondance dans le mucus où ils sont doués de mouvements amiboïdes et de propriétés d'englobement à l'égard des poussières organiques et inorganiques. Ces leucocytes appartiennent presque tous à la catégorie des leucocytes dits polynucléaires, à noyau polymorphe; ils proviennent sans doute des capillaires du chorion de la muqueuse dont ils franchissent la membrane basale par diapédèse.

Néanmoins l'action des leucocytes du mucus nasal est elle-même limitée, puisque l'on constate toujours la présence d'un certain nombre de germes dans les fosses nasales normales de l'homme sain.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(9 JANVIER 1900)

En ouvrant la séance, M. le président rend hommage à M. James Paget et, dans une note très documentée, retrace la longue et brillante carrière du grand savant anglais.

La parole est ensuite donnée à M. Laborde, à propos du procès-verbal, pour compléter la communication qu'il a faite dans une des dernières séances, relativement à l'observation radioscopique du rappel mécanique du **réflexe cardio-respiratoire**, en dehors de toute intervention de l'oxygène de l'air, et de la fonction proprement dite de l'hématose.

Cette confirmation est empruntée à la méthode graphique, dont l'emploi était, en pareil cas, tout naturellement indiqué, et M. Laborde rend ici un nouvel hommage au président, le professeur Marey, dans lequel se personnifie la méthode du « langage graphique », des organes.

Dans cette expérience, il s'agit toujours de l'asphyxie complète par privation d'air, à l'aide de la canule à robinet (de Bichat); mais cette fois, au lieu de réaliser la constatation objective des phénomènes par la radioscopie, M. Laborde en réalise l'inscription graphique de la façon suivante :

« Dans un premier dispositif, dit M. Laborde, sur le chien, nous nous mettons en mesure de recueillir, en même temps, simultanément, mais respectivement, les contractions du diaphragme, dans les mouvement respiratoires, et les contractions du cœur : les contractions du diaphragme sont directement obtenues par l'ingénieuse adaptation (due à M. le docteur Camus, chef-adjoint des travaux physiologiques) de la pince artérielle à pression et à glissière de François Franck, mise en communication avec un tambour manipulateur et inscripteur; — et l'enregistrement des mouvements du cœur se fait au moyen du manomètre inscripteur, introduit dans la carotide.

Or les choses étant ainsi préparées, on commence par prendre le tracé préalable, normal (c'est-à-dire avant l'asphyxie), diaphragmatique et cardiaque.

Puis, on opère l'asphyxie, en fermant hermétiquement la canule trachéale; on prend quelques tracés de l'asphyxie, pour en marquer les principales phases. On attend l'arrêt complet de la respiration, lequel se manifeste par la ligne droite absolue, du côté de l'inscription diaphragmatique; tandis que, du côté cardiaque, quelques élevures, à peine perceptibles, s'aperçoivent encore (ce qui confirme les résultats, déjà notés, de l'observation objective radioscopique).

A ce moment précis d'arrêt fonctionnel, et de mort apparente asphyxique confirmée, on pratique les tractions rythmées de la langue : et après quelques tractions (de 5 à 10 en moyenne), l'on voit réapparaître, avec une amplitude progressive, le tracé de la contraction diaphragmatique, et à peu près simultanément, le tracé des contractions rythmiques du cœur.

Au moment où réapparaissent les mouvements fonctionnels, dont témoigne l'inscription graphique, la canule trachéale continue à rester absolument fermée; et pas un atome d'air ne s'introduit dans les poumons.

Il se peut faire que la canule étant ouverte, et malgré un appel d'air effectué, de façon normale, grâce au rétablissement du mécanisme réflexe fondamental, la fonction respiratoire elle-même ne se rétablisse pas, en raison des phénomènes extrêmes d'une asphyxie irrémédiable; mais la démonstration n'en est que plus nette, et plus frappante, au point de vue essentiel qui nous occupe : le rappel et le fonctionnement de la mécanique respiratoire en dehors de l'intervention de l'air et du milieu extérieur; ce qui signifie que le mécanisme instrumental précède l'établissement et la réalisation de la fonction elle-même, de la fonction totale, hématosique ».

M. Laveran a lu deux rapports : le premier sur un **nouveau modèle de filtre** présenté par M. Lapeyrère. Cet appareil est formé d'un cylindre en métal inoxydable de 17 centimètres de hauteur sur 10 centimètres de diamètre, ouvert à une extrémité et en relation à l'autre avec un tube de caoutchouc. Dans l'intérieur, l'auteur a disposé de la fibre de tourbe purifiée et de la laine dégraissée soigneusement. Les deux substances sont saturées d'oxyde brun de manganèse.

Lorsqu'on veut filtrer de l'eau suspecte, on remplit un seau de cette eau et on y ajoute du permanganate de potasse en assez grande quantité pour que l'eau conserve une coloration rosée pendant quelques minutes; on immerge alors le filtre et on amorce le tube. Le premier litre doit être rejeté. L'eau qui s'écoule ensuite est purifiée.

Il faudra voir ce filtre à l'œuvre pour le juger.

Le second rapport de M. Laveran a trait à un travail de MM. Kanellis et Cardamitis (d'Athènes), sur la **fièvre pernicieuse dysentérique**. Ces auteurs constatent que la dysenterie et la fièvre palustre se compliquent souvent; l'état d'affaiblissement et d'anémie où chacune de ces maladies jette les sujets qu'elle atteint gravement constituant pour l'autre une véritable prédisposition. Ils ajoutent que, lorsque la dysenterie et la fièvre palustre coexistent chez un malade, ces deux entités morbides évoluent d'une façon distincte, sans que les effets de l'une soient modifiés par ceux de l'autre.

M. Laveran ne partage pas cette opinion. Pour lui, la fièvre palustre et la dysenterie, quand elles se rencontrent chez un même sujet, s'aggravent réciproquement.

Quant à la dénomination d'accès pernicieux dysentériques, M. Laveran ne l'accepte pas puisque l'agent pathogène du paludisme n'est pas seul en jeu et qu'une part importante revient à la dysenterie dans la genèse des accidents. La dénomination d'accès pernicieux dysentériques a été employée à tort, dans d'autres cas, pour désigner des accidents graves ne relevant que de la dysenterie. Pour reconnaître la véritable nature de ces accidents, il suffira de pratiquer l'examen histologique du sang; l'absence d'hématozoaires permettra, en effet, d'écarter avec certitude le diagnostic de paludisme.

En résumé, le travail de MM. Kanellis et Cardamitis prouve une fois de plus que la fièvre dysentérique dite per-

nicieuse doit être rayée du cadre des fièvres pernicieuses : il n'y a pas de fièvre dysentérique se développant directement sous l'influence de l'hématozoaire du paludisme, mais seulement des dysenteries compliquées de fièvre palustre.

M. Cadet de Gassicourt fait un rapport sur un travail de M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro), relatif à l'observation d'un enfant, hérédo-syphilitique, qui a été atteint, à l'âge de deux mois, d'**arthrite déformante** de plusieurs articulations métacarpo-phalangiennes, de la main droite d'abord, de la main gauche ensuite; les orteils et les grosses jointures sont restées indemnes.

La parole a été donnée, à la fin de la séance, à M. Springer pour la lecture d'un travail sur le **traitement des arrêts de croissance**.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

L'ivresse par l'eau minérale. — M. J. Meyer (de Metz) a fait, à la Société de médecine de Lyon, une curieuse communication. Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, diabétique depuis trois ou quatre ans. Cette année, se trouvant à Carlsbad, il est un jour allé à la douche, puis au lieu de rentrer chez lui, s'est rendu dans l'hôtel où il avait séjourné l'année précédente, d'où il a été ramené à son domicile actuel. Interrogé dans l'après-midi, il ne se rappelle pas les incidents du matin, et ignorait absolument qu'il était allé dans son ancien hôtel. L'absence a duré trois heures. Le malade n'est pas épileptique, et depuis son retour de Carlsbad, c'est-à-dire depuis plusieurs mois, on n'a observé chez lui aucune absence.

D'après le préposé aux bains, des faits de ce genre auraient déjà été observés et auraient été attribués à l'*ivresse* par l'eau minérale : Wasser rausch. (*Lyon médical*, 10 déc. 1899.)

L. G.

CHIRURGIE

Recherches expérimentales sur la vapeur comme moyen hémostatique, par MM. Andrea Ceccherelli et G. Benfanti Caponago. — Les auteurs rejettent l'emploi de l'air surchauffé comme hémostatique en raison des accidents qui peuvent en résulter, des escares surtout.

La vapeur sous pression, au contraire, si elle se montre inefficace contre une hémorragie artérielle ou veineuse, quand le vaisseau atteint un certain calibre, est très efficace dans l'hémorragie capillaire; elle produit un simple coagulum extrêmement adhérent et non une escare. Son application est facile à mettre en pratique, son action rapide, elle exerce une heureuse influence sur tout le champ opératoire, soit par son pouvoir antiseptique, soit par son pouvoir calorique. Ce procédé peut rendre les plus grands services dans le cas d'hémorragies des parenchymes, en particulier dans les plaies du foie. (*Riforma medica*, 1899, n° 278.)

F. R.

LARYNGOLOGIE

Adénoïdite chronique et aiguë. — M. Zak désigne sous ce nom l'inflammation aiguë et chronique de l'amygdale naso-pharyngienne. Cette affection a une symptomatologie propre. Dans la forme aiguë, on constate d'abord, avec un état fébrile, de la gêne de la respiration nasale, des douleurs aiguës dans les oreilles, une toux sèche très pénible. Un ou deux jours plus tard, le pus étant collecté, la paroi pharyngienne postérieure apparaît rouge et tuméfiée. On voit donc que l'adénoïdite aiguë s'accompagne de troubles du côté de toutes les cavités à l'entrecroisement desquelles siège l'amygdale du naso-pharynx (nez, pharynx, larynx, oreilles), et qui sont irritées par le produit des sécrétions de la glande malade. L'hypertrophie des ganglions rétro-sterno-mastoïdiens est moins fréquente. L'auteur croit que c'est à l'adénoïdite subaiguë qu'il faut attribuer les troubles qu'on constate à la suite des fièvres éruptives, en particulier, la légère élévation thermique, la toux, la rhinite.

L'adénoïdite chronique ne doit pas être confondue avec les végétations adénoïdes. Elle s'accompagne de rhinite chronique, de catarrhe et suppuration adénoïdique, de céphalées, apathie cérébrale, difficulté de concentrer l'attention, tous phénomènes si fréquents dans la « scrofule ». Le sommeil est agité et s'accompagne de ronflement sonore. Souvent on constate chez ces malades des peurs nocturnes, de l'incontinence d'urine; la prononciation est très indistincte. Malgré l'état satisfaisant des fonctions digestives et de la denture, l'haleine des malades est souvent fétide; en outre, pendant le sommeil, il s'écoule souvent par la bouche, sur l'oreiller, un liquide séro-purulent.

A la longue, l'adénoïdite chronique peut amener un développement anormal des cavités naso-buccales et du thorax. Les rapports évidents entre cette affection et ce qu'on appelle la scrofule est évident, car dans l'une comme dans l'autre, on constate les catarrhes nasal et conjonctival, les otorrées, l'eczéma, les adénopathies. Mais l'auteur laisse ouverte la question de savoir si l'adénoïdite est une des manifestations de la diathèse scrofuleuse ou bien la cause première de ces dernières. (*Meditz. oboz.*, août 1899.) S. B.

HYGIÈNE

Danger de la succion dans la circoncision. — M. Loir, dont nous analysions récemment une intéressante étude sur la circoncision chez les indigènes tunisiens, vient de reprendre la question devant la section des sciences médicales de l'Institut de Carthage.

Des faits de transmission de la tuberculose de la bouche de l'opérateur à la plaie préputiale ayant été observés, M. Loir fit des démarches auprès des autorités religieuses israélites pour obtenir l'abolition de l'antique usage de la succion. Des objections d'ordre médical lui ayant été opposées, M. Loir s'est livré à l'expérience suivante qui est absolument probante :

« J'ai fait, dit-il, une incision sur la peau de la mamelle droite d'une femelle de cobaye allaitant son petit, et affamé celui-ci pendant dix heures; après lui avoir passé dans la bouche un tampon de coton imprégné de crachats tuberculeux, je l'ai laissé par trois fois saisir la mamelle droite de la mère en le retirant chaque fois brusquement, puis j'ai sacrifié le petit.

Au bout de dix-sept jours la plaie de la mamelle est encore ouverte, elle est ulcéreuse, on sent un ganglion sous la peau du ventre, ce ganglion est ponctionné et l'examen bactériologique met en évidence le bacille de Koch. Ce résultat n'a rien de surprenant et on pouvait s'y attendre, mais il démontre bien à ceux qui en doutaient encore que la succion d'une plaie par une bouche imprégnée de tuberculose peut transmettre cette maladie. » (*Bul. de l'hôp. civil franç. de Tunis*, 25 déc. 1899.)

L. G.

THÉRAPEUTIQUE

Les injections hypodermiques de bichlorhydrate de quinine dans le paludisme aigu ou chronique. — MM. Lemanski et Marcel Drouillard traitent à l'hôpital civil français de Tunis tous les paludéens de la façon suivante. Après avoir administré une purgation, ils font au bras ou au mollet, avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires, une injection sous-cutanée avec la solution suivante :

Bichlorhydrate de quinine..... 3 grammes.
Eau stérilisée................ 6 —

Cette solution est limpide et se conserve bien. Les injections ne sont pas douloureuses et il est en général inutile de faire plus de deux ou trois injections pour voir disparaître

les accidents. Les auteurs, s'appuyant sur un grand nombre d'observations, montrent que les injections hypodermiques de quinine donnent, dans la pratique, le maximum d'effet avec le maximum de sécurité. (*Bull. de l'hôp. civil français de Tunis*, 25 déc. 1899.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Des expertises médico-légales en Tunisie.

Un décret en date du 5 décembre 1899 détermine ainsi qu'il suit les conditions dans lesquelles se feront les expertises médico-légales en Tunisie :

I. *Des conditions dans lesquelles est conféré le titre d'expert-médecin devant les tribunaux.* — ARTICLE 1er. — Au commencement de chaque année judiciaire et dans le mois qui suit la rentrée, la cour d'appel d'Alger, en chambre du conseil, le procureur général entendu, désigne sur les listes de propositions des tribunaux français établis en Tunisie des médecins à qui elle confère le titre d'expert devant ces tribunaux.

La désignation de médecins militaires ne peut avoir lieu qu'après l'approbation de l'autorité militaire supérieure dont ils dépendent.

ART. 2. — Les propositions du tribunal et les désignations de la cour ne peuvent porter que sur les médecins demeurant dans l'arrondissement du tribunal et autorisés à exercer la médecine en Tunisie conformément au décret beylical du 15 juin 1898, et dans le ressort de la cour d'appel.

ART. 3. — En dehors des cas prévus aux articles 43 et 44 du code d'instruction criminelle, les opérations d'expertise ne peuvent être confiées à un médecin qui n'aurait pas le titre d'expert. Toutefois, suivant les besoins particuliers de l'instruction de chaque affaire, les magistrats peuvent désigner un expert près un tribunal autre que celui auquel ils appartiennent.

En cas d'empêchement des médecins experts résidant dans l'arrondissement, et s'il y a urgence, les magistrats peuvent, par ordonnance motivée, commettre un médecin de leur choix, pourvu qu'il soit autorisé à exercer son art en Tunisie.

II. *Des honoraires, vacations, frais de transport et de séjour des experts-médecins.* — ART. 4. — Chaque médecin requis par des officiers de justice ou de police judiciaire, ou commis par ordonnance, dans les cas prévus par le code d'instruction criminelle, reçoit à titre d'honoraires :

1° Pour une visite simple, 5 francs ;

2° Pour une visite avec premier pansement, 8 francs ;

3° Pour toute opération autre que l'autopsie, 10 francs ;

4° Pour autopsie avant inhumation, 25 francs ;

5° Pour autopsie après inhumation, 35 francs.

Au cas d'autopsie d'un nouveau-né, les honoraires sont de 15 et 25 francs suivant que l'opération a eu lieu avant inhumation ou après inhumation.

Tout rapport écrit donne droit à une vacation de 5 francs.

ART. 5. — Le coût des fournitures reconnues nécessaires pour les opérations est remboursé sur la production des pièces justificatives de la dépense.

ART. 6. — Il n'est rien alloué pour soins et traitements administrés soit après le premier pansement, soit après les visites ordonnées d'office.

ART. 7. — En cas de transport à plus de 2 kilomètres de leur résidence, les médecins reçoivent, par kilomètre parcouru, en allant et en revenant :

1° 20 centimes si le transport a été effectué en chemin de fer ;

2° 40 centimes si le transport a eu lieu autrement.

ART. 8. — Dans le cas où les médecins sont retenus dans le cours de leur voyage par force majeure, ils reçoivent une indemnité de 10 francs par chaque journée de séjour forcé en route, à la condition de produire, à l'appui de leur demande d'indemnité, un certificat, soit du juge de paix, soit du contrôleur civil, soit du commandant de la brigade de gendarmerie, soit enfin du commissaire de police, constatant les causes du séjour forcé.

ART. 9. — Il est alloué aux médecins experts, outre les frais de transport, s'il y a lieu, une vacation spéciale de 5 francs à l'occasion de leurs dépositions à titre d'expert, soit devant un tribunal, soit devant un magistrat instructeur.

Si les médecins sont obligés de prolonger leur séjour dans la ville où siège soit le tribunal, soit le juge d'instruction devant lequel ils sont appelés, il leur est alloué, sur leur demande, une indemnité de 10 francs pour chaque journée de séjour forcé.

ART. 10. — Les opérations médico-légales consistant en analyses chimiques, examen d'état mental et autres de même nature, continueront d'être assimilées à des opérations d'expertise proprement dite et seront payées par vacation, comme toutes les opérations des experts, conformément à l'article 22 du décret du 18 juin 1811.

ART. 11. — Le tarif prévu au chapitre II du présent décret ne sera applicable qu'aux opérations requises postérieurement à la promulgation dudit décret.

ART. 12. — Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent décret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'incident du concours de l'Internat. — On nous fait remarquer que le calcul de proportion fait par M. le président du Conseil n'est pas tout à fait exact. Une opération tout élémentaire montre que les candidats de la deuxième série vont être frustrés de quelques places. Il y a là une erreur, facile à réparer, qu'il est important de signaler.

Concours de l'Internat. — *Pathologie* (séance du 9 janvier) :

MM. Wagon, 13 ; Ribadeau-Dumas, 12 ; Bosc et Touchard, 11 ; Chevé et Dardeau, 9 ; Marcland et Trenaunay, 7.

Les prochaines séances auront lieu jeudi, vendredi et samedi, à quatre heures trois quarts, à l'Assistance publique.

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — Depuis le 1er janvier 1900, les mutations suivantes ont eu lieu dans le personnel médico-chirurgical :

MM. Colrat, médecin de la Charité, J. Drivon, Vinay, médecins de l'Hôtel-Dieu, étant arrivés aux termes de leurs fonctions, et M. Bard, médecin de l'Hôtel-Dieu, ayant obtenu un congé, MM. V. Chappet et Josserand passent de l'hôpital de la Croix-Rousse à l'Hôtel-Dieu, ainsi que M. Garel, médecin de l'hôpital Saint-Pothin. M. Audry passe de Saint-Pothin à la Charité. MM. Mouisset et Lyonnet vont de la Croix-Rousse à Saint-Pothin, et M. Leclerc du Perron à la Croix-Rousse. Entrent en service à l'hôpital de la Croix-Rousse MM. Devic et J. Courmont ; à l'hospice du Perron M. Chatin.

A l'Antiquaille, M. Cordier, étant arrivé au terme de son majorat, M. Augagneur prend le service des Chazeaux (femmes vénériennes), M. Rochet celui des hommes et M. Albertin celui des enfants.

Par suite de la création du service d'accouchement, M. Commandeur, récemment nommé accoucheur, entre à la maternité de l'Hôtel-Dieu.

Facultés de province. — *Lyon.* — M. le docteur Barjon est nommé chef de clinique médicale. M. le docteur Piéry est nommé chef de clinique adjoint.

Collège de France. — M. Henneguy va occuper définitivement la chaire d'embryologie comparée.

Distinctions honorifiques. — Une médaille d'honneur en vermeil vient d'être décernée à M. le docteur Mével (de Douar-

nenez), pour le dévouement dont il a fait preuve pendant une épidémie de diphtérie 1898-1899.

Des médailles de bronze ont été décernées à MM. Gaultier, interne provisoire à l'hôpital Trousseau; Lereboullet, interne à l'hôpital Saint-Antoine; Poulain, interne à l'hôpital Broussais.

Marine. — Le ministre de la marine cite à l'ordre du jour de la marine M. le docteur Emily, médecin de première classe de la marine, pour sa brillante conduite dans la mission de trois années (1896-1899) qu'il a accomplie de l'Atlantique à la mer Rouge.

Liste d'embarquement des officiers du corps de santé à la date du 3 janvier 1900 :

Médecins en chef. — 1. MM. Manson, Dhoste, Fontorbe, Balbaud, Jacquemin, Barret, Burot, Abelin.

Médecins principaux. — 1. MM. Nodier, Ludger, Vergos, Guézennec, Esclangon, Ropert, Bellot, Hervé, Philip, Frison. — 11. Pfilh, Machenaud, Dollieule, Keisser.

Médecins de première classe. — 1. MM. Bonnefoy, Martenot, du Bois Saint-Sévrin, Bailly, Bastier, Lesueur-Florent, Depied, Dumas, Martel, Cairon. — 11. Coppin, Denis, Labadens, Grognier, Duguet, Casanova, Lorin, Bourdon, Laborde, Borius. — 21. Pons, Lasselves, Borius, Hagen, Durand, Barbolain, Jourdan, Retière, Denis, Marchandou. — 31. Duranton, Vergues, Renault, Mottin, Berriat.

Médecins de deuxième classe. — 1. MM. Mesny, Olivier, Charuel, Castex, Réjou, Fournes, Chalibert, Berger, Abbatucci, Frézouls. — 11. Barrau, Jacob, Bouteiller, Chagnolleau, Delaporte, Nouaille-Degorce, Prouvost, Castaing, Pichez, Chapuis. — 21. Loro, Lasserre.

M. Durand, médecin de première classe du cadre de Brest, est désigné pour remplacer, dans le poste de médecin-résidant à l'hôpital de Brest, M. le docteur Gouzien.

M. Jacob, médecin de deuxième classe du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer à l'école de pyrotechnie M. le docteur Douarre.

Par arrêté ministériel, en date du 3 janvier 1900, ont été nommés à l'emploi de médecin stagiaire des colonies les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine dont les noms suivent : MM. Viala, Bernard, Brochard, Tibot, Ledoux.

M. Le Comac, médecin de deuxième classe du cadre de Brest, est désigné pour remplacer numériquement, au 3e tirailleurs tonkinois, M. le docteur Robert.

M. Siton, médecin principal du cadre de Brest, est désigné pour remplacer, au dépôt des équipages de la flotte à Toulon, M. le docteur Pascalis.

Le legs Debrousse. — M. Jean Debrousse, mort au mois de novembre dernier, a institué l'Assistance publique sa légataire universelle, à charge pour elle de doubler l'importance de l'hospice qui porte son nom. Le donateur a fait aussi de nombreux legs particuliers, notamment à l'Institut de France.

« Je lègue à l'Institut de France, lit-on textuellement dans le testament olographe de M. Debrousse, la somme d'un million de francs dont il disposera de la manière qu'il jugera la plus convenable. »

Lorsque l'Assistance publique aura exécuté tous les legs et conditions dont l'énumération est dans le testament du défunt et aura remis à l'Institut de France le million qui lui revient, elle restera héritière d'une somme que l'on évalue par prévision de huit à dix millions.

Les médecins et la loi sur le recrutement. — Parmi les nombreux projets que l'on voit naître tous les jours, signalons celui qu' « un colonel » rapporte dans le *Temps* :

« Pour les étudiants en médecine, leur première année de service faite en sortant du collège, ils entrent à l'école de médecine. Ils sont astreints, en échange du reste de présence sous les drapeaux, à des stages fréquents, jusqu'à quarante-cinq ans, dans les hôpitaux militaires ou dans les corps de troupes comme médecins. »

Le port des médailles d'honneur. — Le ministre de la Guerre vient de décider ce qui suit, au sujet des médailles d'honneur concédées pour dévouement pendant les maladies épidémiques concernant l'armée :

Les titulaires sont autorisés à porter la médaille suspendue à un ruban tricolore : ce ruban est simple pour les médailles de bronze et d'argent; il porte, pour les médailles de vermeil et d'or, une rosette également tricolore, dont le diamètre est fixé à un centimètre.

Les instituts Pasteurs. — Lyon a ouvert le 2 janvier un nouvel institut Pasteur.

C'est le huitième de France.

Après l'institut de la rue Dutot s'ouvrirent, en effet, des instituts Pasteur à Alger, Tunis, Montpellier, Marseille, Bordeaux, Lille et enfin Lyon.

Les établissements de ce genre qui desservent, on le voit, toutes les régions de France sauf l'Ouest, sont aussi très nombreux à l'étranger.

La Russie n'en possède pas moins de six : à Saint-Pétersbourg, Moscou, Samara, Kharkov, Varsovie et Odessa.

L'Italie en a cinq : à Bologne, Milan, Naples, Palerme et Turin.

L'Autriche-Hongrie deux : à Vienne et Budapest.

Saragosse, Malte, Bucarest, Constantinople, Alep, Tiflis ont des instituts Pasteurs.

L'Amérique du Nord est pourvue de trois de ces établissements : à New-York, Chicago, la Havane; l'Amérique du Sud de deux : à Rio-de-Janeiro et Buenos-Aires.

Un seul, il est vrai, est en relations directes avec l'institut Pasteur de Paris : c'est celui de Lille, qui est en quelque sorte sa succursale unique. Les autres sont des dérivés : ils naissent rue Dutot, et aucun ne se fonde sans l'assentiment ou en dehors de la surveillance des élèves de l'illustre savant, dont ils prendront le nom pour égide, mais une fois ouverts, ils deviennent en quelque sorte autonomes.

Les fondations de nouveaux instituts Pasteur se multiplient à l'étranger, et l'année qui vient en verra éclore un grand nombre chez nous aussi bien qu'au dehors.

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau reprendra ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques le dimanche 14 janvier, à neuf heures et demie, dans la salle des conférences et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Infirmerie de Saint-Lazare. — *Cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie et de gynécologie.* — La première série de ces cours, en 1900, faits par les médecins et chirurgiens de l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare, commencera le mardi 16 janvier à dix heures et demie, et continuera les jeudis, samedis et mardis suivants :

Le mardi par M. Le Pileur, syphiligraphie ;
Le jeudi par M. Gallien, vénéréologie ;
Le samedi, par M. Ozenne, gynécologie.

Le cours sera complet en dix-huit leçons. Seront admis à suivre ces cours les docteurs en médecine pourvus de seize inscriptions.

On s'inscrit chez M. le directeur de la Maison de Saint-Lezare. Les inscriptions peuvent être reçues le jour même de l'ouverture du cours.

La glace à rafraichir et l'hygiène. — Par ordonnance du préfet de police les fabricants et dépositaires de glace industrielle et alimentaire devront conserver ces deux sortes de glace dans des locaux séparés ou des véhicules différents. Enfin les voitures, réservoirs ou cases devront indiquer très visiblement la nature de la glace qui s'y trouvera contenue.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 5. — SAMEDI 13 JANVIER 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 13 JANVIER 1900. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les associations d'images verbales et l'aphasie chez les enfants, par M. Fernand BERNHEIM, interne des hôpitaux de Paris. — SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE ET DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. L'antisepsie intestinale chez les enfants; — Cautérisation des verrues. — FORMULAIRE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Les associations d'images verbales et l'aphasie chez les enfants.

Par Fernand BERNHEIM, interne des hôpitaux.

I

FORMATION DES ASSOCIATIONS D'IMAGES VERBALES. — La parole humaine est la traduction d'un complexus intra-cérébral dont les éléments résident dans les associations d'images verbales. C'est un réflexe, a-t-on dit. Oui, si l'on entend par parole le son émis; mais chez l'homme, ce son répond à une idée consciente ou subconsciente, et alors la parole est un réflexe spécial. Combien est limité en effet le registre des mots que nous prononçons sans avoir au préalable fait un travail cérébral dont nous nous rendons compte ou qui nous échappe, mais que l'analyse psychologique peut toujours retrouver. L'émotion vive qui nous arrache un cri nous fait encore mettre en action nos cellules cérébrales et leurs traits d'union, car lorsque ces cellules sont inhibées par une excitation psychique trop forte nous restons muets. Pour que la parole nous permette de communiquer avec nos semblables, il faut qu'elle soit d'abord un réflexe psychique d'acquisition, puis qu'elle devienne un réflexe psychique de transmission.

En naissant l'enfant a, par hérédité, une prédisposition à développer chez lui ce réflexe. Mais que l'une des voies que doit parcourir ce dernier vienne à manquer, la parole courante et normale sera impossible : un des anneaux de la chaîne aura été rompu. Pour que l'enfant puisse développer ses facultés intellectuelles, il faut qu'il soit capable d'entendre, d'émettre des mots et de comprendre. Ce sera là le fruit d'une éducation plus ou moins longue, où l'activité cérébrale fera ses premières armes et donnera sa note individuelle. C'est en suivant de près le début des processus verbaux, chez les enfants, que l'on remarque avec le plus de netteté la différence de rapidité et d'intégrité dans l'accomplissement de cette fonction naissante. Les premiers mots que l'enfant prononce sont ceux qu'il a entendus résonner à ses oreilles. Auparavant il n'émet que des sons variables, souvent dus au hasard de l'expiration. L'impression auditive lui fait emmagasiner *a*, *o*, *maman*, *papa*. La perception est d'abord très rudimentaire et reste inefficace; puis, à mesure qu'elle se répète, elle acquiert plus de consistance, devient plus exacte et arrive enfin à fixer l'image auditive. L'enfant reconnaît le son d'une voix comme il reconnaît le sein ou le biberon; mais pour que ce son réponde à quelque chose d'objectif, il faut que le cerveau fasse un effort de plus ou moins longue durée; cet effort n'est pas sans laisser de traces dans les hémisphères. Une loi de physiologie générale veut que toute cellule impressionnée une première fois le soit plus facilement à mesure que les excitations se reproduisent. Or, tandis que la corticalité cérébrale s'adapte à l'existence d'une mémoire auditive verbale — le protoplasma est essentiellement plastique et malléable, au point de vue anatomique comme au point de vue physiologique (suppléances d'organes, suppléances de fonctions) — l'enfant cherche à relier ses images auditives à d'autres images comme il relie l'idée de faim, le besoin d'alimentation à la vue du sein ou du biberon. Quand on lui dit *papa* ou *maman*, on lui montre celui ou celle qui porte ce nom. D'abord l'enfant se trompe, il ne peut associer l'image auditive verbale à l'image visuelle correspondante; mais il arrive à montrer exactement avec sa main son père ou sa mère, suivant le mot prononcé : il a donc fallu qu'il s'établisse quelque part dans son cerveau un trait d'union entre l'image auditive verbale et l'image visuelle qui lui répond. Plus tard, la liaison entre ces deux variétés d'images pourra s'effectuer aussi bien dans un sens que dans l'autre, mais pour ce résultat il faudra encore un nouveau travail.

L'imitation est la grande directrice des processus psychiques et physiques de l'enfance. Aussi un son émis devant l'enfant provoque-t-il bientôt de sa part une tentative de reproduction. Jusqu'à ce qu'il soit en état de prononcer exactement les mots tels qu'il les a entendus, jusqu'à ce que son articulation soit parfaite, jusqu'à ce qu'il possède la parole répétée, il peut s'écouler un temps assez long. Il faut en effet un travail de coordination des mouvements musculaires phonateurs suffisant pour développer physiologiquement dans le cerveau des cellules qui présideront à l'articulation des mots. Mais de même que les images verbales précédemment acquises, les images motrices des mots ne restent pas isolées. Quand l'enfant sait prononcer distinctement *papa* et *maman*, il lui faut en plus apprendre à employer ces mots à propos, c'est-à-dire qu'à l'image motrice s'associe l'image visuelle et rapidement cette association devient si intime que ces images s'évoquent réciproquement avec facilité.

Aussi lorsque l'enfant sait causer, lorsqu'il met en jeu ce réflexe spécial et spécialisé qui a nom la parole, celui-ci n'est déjà plus simple; il est associé à d'autres éléments psychiques d'une façon si étroite que l'on ne peut plus les séparer sans un artifice.

Lorsque l'enfant sait parler suffisamment bien, on lui ap-

prend à lire. On commence par montrer un A à l'enfant en lui disant le nom de la lettre; ce faisant, on associe l'image visuelle à l'image auditive. Puis quand les lettres sont connues il faut apprendre à les associer en syllabes en épelant chacune d'elles et en prononçant le son total de chaque syllabe. La facilité avec laquelle l'association visuo-auditive s'établit et persiste est mise en évidence par ce fait que si une erreur auditive est commise elle se répète pendant un temps quelquefois assez long, chaque fois que l'on montre l'image visuelle correspondante. Cette même association d'images verbales préside encore à la lecture de phrases entières; seulement ici les erreurs sont, au début du moins, plus fréquentes, parce que la confusion entre telle image auditive et telle image visuelle qui lui répond est facile. Par l'exercice on fortifie la mémoire de ces associations et les fautes de lecture vont en diminuant.

Mais l'enfant ne lit pas tout bas, il commence par lire à haute voix, c'est-à-dire que l'association d'images verbales dont il a besoin pour la lecture n'est pas aussi simple que nous l'avions supposé. En réalité c'est une association opto-auditivo-motrice; pour dire tout haut ce qu'il vient de lire intérieurement, il n'a qu'à faire appel à la voie d'associations auditivo-motrices préalablement développée.

L'écriture n'est qu'une modalité plus complexe encore d'associations d'images. Donnons un crayon à un enfant qui n'a jamais appris à écrire et laissons-le écrire sur une feuille de papier, il trace des traits informes qu'il repète le plus souvent sur toute la page en grandeurs différentes. Faisons-lui maintenant copier des jambages les premiers tracés sont à peu près bien faits, mais les autres sont plus ou moins mal dessinés. L'image graphique s'associe ainsi graduellement à l'image visuelle. Nous lui ferons ensuite tracer des lettres, puis des mots, d'abord avec un modèle ou en repassant à la plume des traits faits d'avance en pointillé; puis nous lui dicterons ces mêmes lettres et ces mêmes mots, le modèle étant enlevé. Rompu à cet exercice, l'enfant possède désormais une voie d'association auditivo-opto-graphique. Pour écrire couramment et seul, il n'a plus qu'à rattacher cette voie d'association avec les images motrices verbales, car au début tout au moins, cette quatrième variété d'images est indispensable pour l'écriture spontanée.

L'éducation du langage chez l'enfant consiste donc à créer des images et à les associer aussi étroitement que possible ensuite. Cette faculté d'association est éminemment variable avec chaque individu, d'où la différence de temps employé pour savoir causer, lire et écrire.

On peut résumer les faits précédents dans la formule suivante : parole articulée, associations auditivo-motrices, lecture, associations opto-auditivo-motrices; écriture, associations opto-grapho-auditivo-motrices.

Si les images motrices, visuelles et auditives des mots sont de première importance dans l'étude du langage normal et pathologique, peut-être a-t-on trop laissé dans l'ombre les associations qui s'établissent entre ces diverses images et qui sont indispensables au bon fonctionnement de chacune d'elles. Or, nous venons de le voir, le développement de ces mémoires nous montre qu'à peine née chacune d'elles se met en relation avec les autres pour fonctionner synergiquement avec elles, à la manière des différentes parties d'un organe, qui, développées successivement, se rassemblent en une entité physiologique. Désormais la zone du langage est constituée par l'association de plusieurs éléments, dont chacun réagit sur les autres.

II

Évolution des associations d'images. — Une fois établis les liens qui unissent les différentes mémoires d'images, restent-ils aussi étroits pendant toute la vie? Est-ce qu'avec l'exercice, la répétition des mêmes actes, on ne peut pas se passer de ces associations, et recourir uniquement à l'image elle-même? C'est ce que nous allons maintenant examiner.

Tout d'abord rappelons-nous ce principe général que, lorsqu'un acte est devenu habituel, l'état de conscience qui l'accompagne passe souvent inaperçu pour nous : nous le faisons machinalement, sans entrer dans l'analyse des efforts qu'il a nécessités ou même qu'il exige encore actuellement. Et pourtant cette analyse nous la faisons; il suffit de bien peu de chose pour nous le prouver. Lorsque nous désirons bien parler ou lorsque nous voulons prononcer un mot qui nous est étranger ou peu familier, nous nous « écoutons parler », comme on dit. N'est-ce pas là l'association auditivo-motrice qui reparaît? Auquel d'entre nous n'est-il pas arrivé de chercher un nom propre ou un nom commun qu'il entrevoyait mentalement, mais qu'il ne pouvait prononcer? « Je sais bien, ça commence par telle lettre; j'ai le mot sur les lèvres, » et pourtant on ne le dit pas. Si quelqu'un vient alors nous prononcer quelques mots différents de celui cherché, ces mots suffisent parfois à réveiller l'association auditivo-motrice nécessaire, et le mot désiré est là. Il n'y avait pas d'amnésie de ce mot, puisque le rappel en était possible; il n'y avait que difficulté d'évocation par insuffisance d'associations. Les images motrices et les images auditives restent donc pendant toute l'existence en correspondance très étroite, et si leur union n'apparaît pas toujours au premier abord elle peut être facile à mettre en évidence.

Lorsqu'on a pris l'habitude de la lecture, on n'emploie le plus fréquemment que l'image visuelle du début du mot; le reste est vu à vol d'oiseau; ou bien encore le mot est lu d'après l'image totale qu'il produit; il n'est pas indispensable de le décomposer en syllabes et en lettres. Néanmoins lorsqu'il y a une faute d'impression et que nous lisons attentivement, est-ce qu'elle nous échappe? Si nous la remarquons, c'est que nous décomposons le mot en syllabes et lettres sans y prendre garde. Lisons vite ou choisissons un texte connu, ces détails nous échappent parce que nous ne prenons dans ce que nous lisons que la physionomie générale du mot et de la phrase : c'est une figure que nous reconnaissons sans en analyser les détails. Mais vienne un mot difficile, non seulement nous le décomposons syllabe par syllabe, mais parfois nous sommes obligés de l'épeler entièrement, sous peine de faire une faute de lecture. Lorsque nous avons un manuscrit mal écrit à déchiffrer, force nous est de le lire en décomposant, puisque la lecture courante en est impossible. Pour que la lecture puisse se faire automatiquement pour ainsi dire, pour qu'à l'image visuelle vienne se superposer immédiatement l'image auditivo-motrice correspondante, il faut que la voie d'association qui les unit soit entièrement libre. Le moindre trouble anatomique ou physiologique existant au niveau de cette voie de passage de l'une à l'autre image suffit à altérer la lecture; l'intensité des désordres de la lecture, allant de la dyslexie légère qui demande à être recherchée jusqu'à l'alexie complète, est au prorata de l'étendue des lésions.

L'écriture s'appuie sur un plus grand nombre d'association d'images verbales. Aussi avons-nous en écrivant l'occasion fréquente de reconnaître le rôle de ces associations et combien leur jeu est indispensable à l'exercice de la fonction graphique. Dans l'écriture spontanée nous commençons par évoquer l'image auditive verbale à laquelle nous associons immédiatement l'image graphique. Il nous arrive parfois de nous arrêter en cherchant à écrire le mot suivant : l'image graphique ne nous apparaît pas, parce que l'image auditive absente ne l'évoque plus. Dans l'écriture sous dictée, c'est souvent à l'image motrice verbale que nous avons recours; nous répétons tout bas ou tout haut le ou les mots à écrire, et alors l'association auditivo-motrice va réveiller l'association opto-graphique. Nous pouvons aussi recourir

à un autre procédé : nous faisons répéter ce qu'on nous a dicté et que nous avions parfaitement entendu; mais en excitant davantage la mémoire auditive verbale, elle devient capable d'activer à son tour les autres auxquelles elle est reliée si intimement. Un mot non compris est mal écrit ou ne l'est pas du tout, parce que la mise en jeu des associations nécessaires n'a pu se faire correctement, le point de départ étant incertain. Dans l'écriture sous dictée, l'image auditive verbale joue un rôle important; lorsqu'en effet on nous dicte vite une phrase un peu longue, l'impression auditive des derniers mots prononcés étant plus vive que celle des premiers, puisqu'elle est plus récente, ceux-ci sont souvent faussés par des terminaisons ou des syllabes empruntées aux derniers mots prononcés. Enfin l'écriture copiée est différente au point de vue du mécanisme intérieur, suivant que nous copions l'imprimé comme un dessin, ou que nous transcrivons l'imprimé en manuscrit. Lorsque nous copions en dessinant, il est évident que l'image visuelle verbale seule appelle l'image graphique. Si au contraire nous transcrivons l'imprimé en manuscrit, l'image visuelle verbale ne suffit plus; il faut que toutes les associations verbales entrent en jeu. Un défaut dans la lecture, un trouble dans l'une des associations d'images et la copie est plus ou moins défectueuse. Cependant la copie de l'imprimé en manuscrit perd souvent et assez rapidement ce caractère de complexité, et se réduit à la transformation d'images visuelles verbales les unes dans les autres, qui évoquent alors l'image graphique qui leur correspond.

Telle est, chez l'enfant, l'évolution des associations d'images. On le voit, c'est un tout qui fonctionne suivant le mode de tous les réflexes psychiques. A mesure que le langage évolue et se perfectionne, les voies d'associations entre toutes ces images verbales se développent, s'excitent réciproquement, se suppléent et s'adaptent à l'usage qu'en fait chaque enfant.

Le système d'associations d'images verbales, tel que nous venons de l'exposer, exclut-il l'idée comme *primum movens* dans la plupart des cas? Est-ce que le fameux centre d'idéation n'exerce pas un rôle prépondérant sur la mise en mouvement de toutes ces images? Ne présiderait-il pas à l'évolution des associations verbales? Tout d'abord il faut s'entendre sur ce centre d'idéation. Il est quelque part, a-t-on dit, dans le lobe frontal. C'est tout le lobe frontal, ont prétendu d'autres auteurs. Les deux lobes frontaux ont été mis aussi en avant. Le champ des hypothèses est largement ouvert pour localiser ce centre. Il nous semble que jusqu'à plus ample informé — et nous ne croyons pas que ce soit bientôt — il serait peut-être plus sage de s'en tenir à l'avis du philosophe : « On pense avec tout son corps; » ce qui équivaut à reculer à l'infini l'origine du faisceau psychique.

Ce qui influe sur la vivacité et la netteté des images nécessaires au langage au point de vue de l'idéation, c'est l'état d'isolement ou de communication complète de ces images et de leurs associations avec le reste du cerveau.

Il nous faut dire aussi que nous ne pensons pas que les associations entre images verbales se fassent *toujours* suivant la formule que nous avons donnée et qu'aucune modification ne puisse y être apportée. Il y a des routes détournées, il y a des suppléances d'images, il y a des équivalences, il y a des interférences d'images. Aussi plus on cherche à concevoir avec justesse le fonctionnement normal de ces images et de leurs associations, plus on est pénétré de la complexité extrême de la question. Aussi avons-nous tenu à simplifier, en n'envisageant que les cas plus simples, probablement les plus fréquents. Le degré d'éducation, le développement que nous donnons à la parole, à la lecture et à l'écriture par l'emploi que nous en faisons, contribuent pour leur part à modifier chez chacun de nous la faculté d'évoquer avec plus de facilité tel ou tel groupe d'images verbales. Cette évocation est aussi fonction des dispositions individuelles. Mais cela n'équivaut pas à dire que nous sommes des auditifs, des visuels, des moteurs ou des indifférents. Nous sommes tous des indifférents qui devenons dans certaines occasions soit des auditifs, soit des visuels, etc. Nous ne naissons pas auditifs, visuels ou moteurs, nous le devenons dans certains cas. Les associations qui peuvent s'établir entre toutes les images qui prennent part au langage intérieur sont trop variées et trop nombreuses pour qu'on puisse les schématiser, à moins de faire un schéma qui simplifie, mais ne peut s'appliquer à aucun cas entièrement.

III

Altérations des associations d'images chez l'enfant : aphasie infantile. — L'âge auquel les associations verbales sont du plus grand prix est sans contredit l'enfance; car c'est à cette période de notre évolution que nous développons nos facultés intellectuelles naissantes, et les processus psychiques recourent au langage intérieur. Voyons donc ce que deviennent les associations d'images chez l'enfant lorsqu'une lésion plus ou moins sérieuse interrompt l'évolution de son langage.

Les observations d'aphasie infantile sont nombreuses dans la science et nous n'avons pas l'intention d'en faire ici une bibliographie complète. Nous nous contenterons d'en citer un certain nombre qui nous suffira à dévoiler les altérations du langage chez l'enfant.

Clarus (1) déclare que l'aphasie n'est pas rare dans l'enfance. Il étudie d'abord l'aphasie chez les idiots et les sourds-muets. Les troubles de la parole plus ou moins accentués sont l'un des symptômes les plus nets de l'idiotie. Dans les cas les plus prononcés, jamais le malade ne peut prononcer un seul mot; pour Griesinger, « la perte de la parole chez les idiots tient ou bien au manque d'idées ou bien au manque d'incitation des organes moteurs de la parole; les premiers n'ont rien à dire, les seconds n'ont aucune tendance à parler. Avec le langage parlé il manque aux idiots le langage intérieur et en même temps que lui le fondement même du processus de l'abstraction. » Dans les degrés moins prononcés de l'idiotie, où plusieurs idées peuvent être conçues, ou bien encore où la transmission des idées à l'appareil phonateur n'est pas tout à fait supprimée, le langage est plus développé et peut être perfectionné par l'exercice; l'écriture et la lecture peuvent s'apprendre par un exercice soigné.

L'aphasie des idiots se rencontre dans l'idiotie congénitale ou acquise et est alors congénitale ou acquise. Dans les deux cas on trouve à l'origine des lésions plus ou moins importantes du cerveau.

Jackson fait remarquer à ce propos que les enfants idiots, qui ne sont pas sourds-muets, et qui ne disposent que de quelques mots ou syllabes, peuvent chanter, et en chantant prononcer des mots qu'ils n'auraient pas à leur disposition sans cela. Le même auteur rapporte un cas de Langdon Down où un idiot, ayant une aphasie presque totale, recouvra la parole pendant un délire fébrile.

L'aphasie des sourds-muets survient le plus souvent après une affection aiguë du très jeune âge, rougeole, scarlatine. La perte de la parole s'explique par ce fait que la première condition des progrès du langage, la perception des sons après transmission au centre acoustique par l'intermédiaire des filets de l'acoustique, est impossible.

Chez la plupart des sourds-muets l'aphasie résultait de la surdité congénitale. Waldenburg (2) rapporte un cas fort intéressant d'aphasie congénitale :

(1) Clarus. Aphasie chez les enfants, *Jahrb. der Kinderheilk.*, 1874, p. 369-400.

(2) Waldenburg. Un cas d'aphasie congénitale, *Berlin. Klin. Wochens.*, 1873. — *Jahrb. der Kinderheilk.*, 1873.

Une femme bien portante antérieurement fut prise au troisième mois d'une grossesse d'hémiplégie droite et d'aphasie très marquée, qui s'améliorèrent à la longue sans s'effacer complètement. Cette femme accoucha à terme d'un enfant bien constitué, dont la moitié droite du corps était moins bien développée que la gauche et dont le squelette du côté droit était moins long; les mouvements du côté droit étaient moindres qu'à gauche. L'enfant qui avait six ans lorsque Waldenburg le vit pour la première fois était bien portant, très intelligent, et bien qu'il n'eût aucune paralysie des muscles de la parole, la langue seule était un peu moins mobile, bien que l'ouïe fût parfaite, il n'avait pu apprendre que quelques mots qu'il pouvait seuls prononcer et encore défectueusement. A l'âge de six ans il y avait de l'hémiatrophie du côté droit avec raccourcissement des os de 2 à 3 centimètres. Il s'agit dans ce cas d'une affection cérébrale intra-utérine, coïncidant avec une affection analogue chez la mère. Malgré l'intégrité de l'hémisphère opposé, il n'y eut aucune suppléance pour la fonction du langage.

Bénédikt rapporte le cas suivant : Carl Richter, âgé de quatre ans, a eu la scarlatine à un an et demi, la rougeole à deux ans et demi : la langue est parfaitement mobile, et cependant l'enfant ne peut dire que quelques mots comme *papa*, *maman*, et les voyelles. Très intelligent, comprend ce qu'on lui dit; n'a jamais eu de convulsions ou de paralysie.

A l'hôpital Julius de Wurzburg on en a observé un cas chez un enfant de trois ans, mais moins net que les deux précédents.

Henoch (1) relate le cas d'un garçon de cinq ans qui à l'âge de deux ans avait eu de l'encéphalite. A la suite idiotie et aphasie, hémiplégie droite, plus tard crises épileptiformes, contracture des membres et anesthésie des parties paralysées. Mort par scarlatine. Atrophie du cerveau, surtout de l'hémisphère gauche, principalement au niveau du lobe temporal, de la partie inférieure de la zone rolandique et d'une grande partie du lobe pariétal. Sur le lobe pariétal droit on trouve de l'atrophie diffuse.

Steffen (2) rapporte encore un cas qu'il a eu à son hôpital : garçon de huit ans dont les parents étaient bien portants. Le père fait remarquer qu'il parle avec peu de netteté, qu'il baisse la tête et regarde par terre. Le développement de l'enfant pendant les deux premières années de sa vie se serait fait comme chez les autres enfants de son âge. A ce moment, il ne pouvait rien dire de lui-même, mais pouvait répéter des mots et des phrases. Jamais l'enfant n'a fait aucune maladie. Cet enfant est bien constitué. Il fait peu attention à son entourage et paraît ainsi souvent ne pas entendre les questions qu'on lui pose. Vivement secoué, il ne répond pas avec des mots nouveaux, il répète seulement les dernières syllabes des derniers mots de la question posée. Sans incitation il ne parle pas. Lorsqu'il répète, c'est doucement et indistinctement, la bouche peu ouverte. La plupart du temps il s'assied tranquillement et regarde droit devant lui. Jamais il ne joue avec les autres enfants. Rire spasmodique. Les sens sont intacts. Les mouvements sont normaux. L'enfant entre à l'hôpital le 4 décembre 1884, fait une scarlatine le 21 décembre; c'est alors qu'isolé dans la salle des scarlatineux, la surveillante lui apprend à dire les mots usuels en lui montrant les objets correspondants. L'enfant a toujours de la difficulté à les prononcer. Sans incitation, il ne parle pas. Six semaines après, l'enfant change de salle, il retourne dans la première salle où il était; il a oublié le nom de certains objets qu'il avait appris à nommer. Il sait son nom et son lieu de naissance. Quant à la lecture et à l'écriture, ces facultés n'étant pas développées, on n'a fait aucune expérience à ce sujet. A sa sortie, le 15 février, l'état de l'enfant est à peu près le même qu'à son entrée. L'enfant n'entendait que peu ou pas, non à cause du manque de fibres centripètes, mais à cause du manque d'attention. Dès qu'on excitait celle-ci, aussitôt il comprenait bien ce qu'on disait.

Steffen ajoute, à propos de cet enfant, que le langage intérieur est bon, mais l'enfant ne peut traduire sa pensée par des mots. La voie qui relie le centre des images auditives au centre moteur est intacte, c'est le centre des images motrices qui est atteint. Les images auditives étant transmises directement au centre moteur, sans être retenues par la mémoire, l'enfant ne peut répéter que très peu de chose de ce qu'il vient d'entendre. Puisque le petit malade n'avait jamais eu aucune maladie capable de produire l'aphasie, il faut bien considérer cette dernière comme congénitale et tenant probablement au développement incomplet de la circonvolution de Broca dans les deux hémisphères cérébraux.

Brissaud (1) fait remarquer que chaque signe alphabétique manuscrit, envisagé en soi, n'est que le graphique d'un geste. La lecture est le seul moyen de compréhension des sourds-muets, puisqu'ils n'ont aucune idée des éléments sonores des mots que leurs gestes remplacent. Les premiers gestes qu'ils balbutient sont déjà de l'écriture, et il ne leur en coûte pas plus d'écrire ainsi à vide, qu'il ne nous en a coûté à nous de parler. Ils ne parlent pas la langue des signes, ils écrivent. Leur écriture est purement cinématique. Par conséquent, il ne saurait y avoir dans la mimique grammaticale, analytique ou synthétique des sourds-muets, rien qui procède du centre cortical du langage parlé.

Le centre inné de la fonction qui doit le plus directement concourir à la dactylologie — écriture dans l'espace — n'est autre que celui des mouvements de la main et des doigts.

Brissaud cite ensuite le cas d'un enfant qui, ayant parlé sa langue maternelle jusqu'à l'âge de sept ans, devint sourd à la suite d'une otite double infectieuse. Du jour où la surdité fut définitive, cet enfant devint muet; il oublia totalement le langage articulé. Il fallait bien enseigner à ce muet la dactylologie, et il s'acquitta à merveille de cette nouvelle étude, en apparence beaucoup moins naturelle que la première. Quelques années plus tard il réapprit le langage phonétique tout en restant sourd, et actuellement il emploie à peu près indifféremment l'une et l'autre manière de parler. Voilà trois fois de suite chez le même sujet un pouvoir d'adaptation fonctionnelle qui ne fait pas honneur à son centre préformé, à celui que les générations de ses aïeux lui avaient si longuement préparé.

On le voit, par les exemples cliniques que nous venons d'emprunter à la littérature médicale, les troubles du langage chez les idiots et les sourds-muets, au cours de l'enfance, sont dus à l'arrêt de développement des voies d'associations verbales, au manque d'incitations nécessaires pour mettre en jeu ces voies d'associations, si par hasard elles existent, ou encore à des lésions qui gênent les transmissions d'images verbales.

Étudions maintenant l'aphasie infantile dans les affections aiguës.

Dans les traités des maladies de l'enfance on en parle peu ou pas. Le dernier traité de Grancher, Comby et Marfan n'y fait qu'une allusion trop courte. Et pourtant la littérature médicale en contient actuellement nombre d'observations qui prouvent que ce n'est pas une rareté. Friedrichs, dans une vieille monographie sur la fièvre typhoïde des enfants, en dit rapidement quelques mots, et Weisse (de Saint-Pétersbourg) en fait mention.

(1) Hénoch. *Charité Annalen*, Jahrb. IX, 1884.
(2) Steffen. Sur l'aphasie, *Jahrb. der Kinderheilk.*, 1885, p. 127-143.

(1) Brissaud. Le centre de l'agraphie et la surdi-mutité, *Presse méd.*, 15 janv. 1898.

Eisenschitz (1) cite le cas d'un enfant de quatre ans qui parlait très bien avant d'être malade et qui fut pris de fièvre typhoïde grave avec température élevée, pouls à 160, 40 respirations, délire nocturne, pneumonie, laryngotyphus, aphasie complète, bien que dans son délire il eût quelques phrases inarticulées. Collapsus et mort au bout de quelques jours. A l'autopsie on trouva un piqueté hémorragique du cerveau, des taches blanchâtres sur les méninges et de la sérosité dans les ventricules.

Trousseau donne un cas, concernant un enfant de treize ans, atteint de fièvre typhoïde grave et qui fut frappé d'aphasie complète pendant la convalescence. Avec beaucoup d'effort il arrivait à dire *non*. Légère albuminurie. Quatre à cinq jours après, retour progressif des mots. Guérison complète longtemps après.

Thomas F. Raven (2) relate le fait d'une enfant de dix ans, frappée d'aphasie au cours d'une fièvre typhoïde sans paralysie. Jusqu'au vingt-deuxième jour, la maladie avait suivi son cours normal, à l'exception d'une albuminurie assez forte. Ce jour-là la malade entrait en pleine convalescence, lorsqu'elle tomba dans un collapsus qui dura quarante-huit heures. Elle se remit peu à peu, mais était totalement aphasique. Une semaine après, elle disait de nouveau *es* et *o* (*yes* et *no*), et trois jours après elle prononçait tout, mais répétait plusieurs fois la même phrase.

Klusemann parle d'un enfant de dix ans, frappé d'aphasie au cours d'une fièvre typhoïde, sans perte de connaissance ni paralysie, et qui se termine par la guérison.

Feith rapporte l'histoire d'un enfant de cinq ans qui n'avait eu que la rougeole, qui était sain de corps et d'esprit, sans antécédents héréditaires, et qui fut atteint de fièvre typhoïde grave avec température élevée. Au milieu de la deuxième semaine il eut de la difficulté pour entendre, devint hébété, semblant presque avoir perdu connaissance, laissant aller sous lui, remuant les lèvres, mais sans proférer une parole à haute voix. Pas de convulsions. A la fin de la troisième semaine une amélioration survint, l'enfant devint plus éveillé, on s'aperçut qu'il comprenait tout, mais ne répondait que par des mouvements de tête. Quelques jours après il quittait le lit très amaigri et anémié. Ce fut à ce moment qu'il prononça pour la première fois distinctement le mot *ja*. Incoordination motrice pendant la marche. Cet état dura trois semaines. Un peu plus tard l'enfant dit un matin : *bonjour*, *maman*, et dans la journée répéta les mêmes mots. Les semaines suivantes, amélioration. L'enfant peut parler toute la journée à diverses reprises.

A l'hôpital Julius, Albrecht Clarus fut témoin du cas suivant : M. B..., dix ans, faible de naissance. Père buveur, mère morte de pneumonie. L'enfant apprend à marcher et bientôt à lire. Rougeole à quatre ans, pas d'autres maladies. En juin 1873 l'enfant se plaignit de douleurs de tête et dans les membres, perte d'appétit, fièvre et amaigrissement. Le médecin constata une variété de fièvre typhoïde. Au bout de cinq semaines, la malade toujours alitée était très affaiblie. Le 3 juillet perte de connaissance qui dura un jour et demi, avec grincements de dents et incontinence totale; deux jours après, elle présenta une hémiplégie droite totale avec aphasie. Quatre semaines après l'enfant ne pouvait dire que le mot *temps*. L'enfant amenée à l'hôpital le 2 novembre ne peut pas lire, et ne répond que très lentement et pas toujours exactement; le plus souvent elle répète le premier mot dit. La lecture est impossible. Donc aphasie, agraphie et alexie. Dans le mois de novembre progrès en écriture sensibles, moins nets en lecture. Elle reconnaît quelques lettres, mais ne peut les nommer. Les lettres qu'on lui montre en les nommant, elle les oublie la minute suivante. Elle apprit à dire son nom ainsi que oui et non; si on lui demandait comment elle allait, elle répondait exactement ou encore disait : *Bonjour, docteur*. Les additions et soustractions de chiffres sont bien faites. Le 12 décembre elle apprit à mieux écrire ainsi qu'à copier de la main gauche. La lecture et la parole sont peu améliorées. Le 13 janvier 1874, on note une amélioration notable, l'enfant peut dire son nom, celui de ses parents, son âge, des mots usuels et la date de sa naissance. Elle compte de 1 à 11 sans interruption, calcule sans difficulté. La lecture ainsi que l'écriture sont très améliorées.

(1) Eisenschitz. *Jahrb. der kinderheilk.*, 1869, Bd. II, p. 443.

(2) Thomas F. Raven. Aphasie au cours d'une fièvre typhoïde, *The Lancet*, vol. I, 1873, nº 18.

Manouvriez (1) cite un enfant de quatre ans qui avait de la fièvre depuis quatre jours, après avoir quitté un foyer de fièvre typhoïde à l'Hôtel-Dieu de Valenciennes. Il eut une forme grave. Cinq jours après le début il ne pouvait plus parler, bien qu'il reconnût son père. Le trente-deuxième jour de sa maladie il allait mieux et avait quitté le lit; il se mit à parler tout à coup en regardant par la fenêtre : *V'la l'cal!* Depuis il ne put, malgré tous ses efforts, prononcer d'autres mots, si ce n'est le même jour où il dit *maman*. Au bout de six semaines de rééducation l'enfant parlait presque aussi bien qu'avant sa maladie.

Semschenko (2) donne deux cas d'aphasie chez des enfants de quatre à cinq ans atteints de fièvre typhoïde. Dans le premier cas il y eut un accès d'éclampsie à la convalescence. Revenu à lui l'enfant prononça quelques mots, s'endormit quelques heures et se réveilla complètement aphasique. Ce n'est qu'au bout de cinq à six jours qu'il prononça les syllabes du début de quelques mots, et deux à trois jours après certains mots. Depuis le début jusqu'à la disparition de l'aphasie il s'écoula onze jours. Le deuxième cas se présenta au cours d'une fièvre typhoïde en convalescence, qui eut une ascension de température à 40°8. A la chute de la température on s'aperçut que l'enfant ne pouvait dire que le commencement des mots. Déjà au bout de deux à trois jours on remarquait une amélioration, mais il fallut douze jours pour le rétablissement complet de la parole.

R. Kühn (3) décrit un cas d'aphasie transitoire chez un enfant de huit ans atteint de fièvre typhoïde. L'aphasie dura sept semaines; la faculté de la parole revint tout à coup.

Steffen a eu à son hôpital une petite fille de cinq ans et demi atteinte de fièvre typhoïde et qui au bout de quatorze jours présenta des pupilles dilatées avec réaction paresseuse, grande agitation, cris, pas de vomissements, rate grosse, diarrhée profuse et aphasie complète : l'enfant ne peut dire que *ya* et *nein*. L'aphasie dura du 26 août au 14 septembre et disparut peu à peu; le 26 septembre l'enfant était guérie.

Des observations qui précèdent nous pouvons conclure que c'est dans la seconde enfance que l'on voit surtout survenir l'aphasie comme complication de la fièvre typhoïde, soit à la fin de celle-ci, soit dans la période de convalescence. La durée de l'aphasie, dans les cas qui ont guéri, varie de quelques jours à quelques semaines. L'aphasie survient souvent dans les formes sévères. Quand il n'y a pas de paralysie, l'aphasie est éphémère; là où il y a paralysie, elle se prolonge plus ou moins. L'aphasie dans la fièvre typhoïde des enfants reconnaît pour cause, le plus fréquemment, des troubles circulatoires.

Les fièvres éruptives ayant une prédilection pour l'enfance, voyons si l'aphasie s'y rencontre. Desnos et Huchard (4) en ont vu plusieurs cas après la variole, Shepherd (5) après la scarlatine.

(1) Manouvriez. *Jahrb. der Kinderheilk.*, 1878.

(2) Semschenko. *Jahrb. der Kinderheilk.*, 1882.

(3) R. Kuhn. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1884.

(4) Desnos et Huchard. *Union méd.*, 1871.

(5) Shepherd. *Med. Times and Gaz.*, fév. 1868.

Breganze vit, pendant le stade de suppuration d'une variole intense, un enfant de neuf ans tomber dans le sopor et y rester jusqu'au stade de desquamation. Après la disparition du sopor, l'enfant était bien, mais complètement aphasique et aphone. La guérison fut rapide après l'application de courants électriques. L'aphasie ne disparut que plus tard.

Eulenburg (1) rapporte le cas d'un enfant de huit ans qui, quatre semaines après le début d'une scarlatine, fut pris d'anasarque, et deux semaines après eut des convulsions pendant douze heures, suivies de coma pendant deux jours. A son réveil, il eut une hémiplégie droite avec aphasie. L'hémiplégie disparut presque complètement en deux semaines, mais l'aphasie persista. Le malade n'avait que deux mots à sa disposition : *ha* qu'il emploie pour toutes les questions auxquelles il veut répondre affirmativement; au lieu de *nein*, lorsqu'il veut répondre négativement, il dit *ach*. Pour Eulenburg, il s'agirait ici d'urémie avec œdème cérébral et compression des capillaires cérébraux entraînant un ramollissement des parties qui avoisinent la zone sylvienne.

James Finlayson (2) : garçon de douze ans, atteint d'anasarque scarlatineuse. Dans le cours de cette anasarque, il eut des convulsions du côté droit et resta quelques jours sans connaissance. La néphrite, l'anasarque, les accidents cérébraux, à l'exception d'une hémiplégie droite qui persistait quatre mois après, disparurent. L'enfant était devenu aveugle et sourd depuis la première crise de convulsions. Les convulsions s'étaient reproduites les mois suivants, mais bilatérales. L'aphasie ne se manifesta qu'une semaine après le début de la maladie. L'enfant arriva à l'hôpital de Manchester un an et quart après la fin de sa scarlatine. Le bras droit était encore assez fort et la jambe droite très peu paralysée. On montra au petit malade des portraits d'animaux, il montra qu'il les reconnaissait en imitant leur voix, mais il ne pouvait les nommer qu'après avoir entendu prononcer leur nom. Il copiait correctement les mots anglais et étrangers, mais ne comprenait pas bien les mots qu'on lui désignait. Il était capable de chanter des airs anciens, et en chantant il prononçait mieux qu'en parlant. L'intelligence de l'enfant, qui avait été un bon élève à l'école, était bonne.

Brasch (3) a été témoin, chez une fillette de trois ans et demi, d'une aphasie qui s'était produite vers le quatrième ou le cinquième jour après l'éruption de la scarlatine, et qui s'effaça au bout de treize jours. L'auteur insiste avec raison sur la précocité de l'aphasie dans la scarlatine.

Au cours de l'exanthème très léger d'une rougeole, Schepers vit une fillette de huit ans tomber dans le coma pendant trois jours. A son réveil, elle était aphasique, mais comprenait les questions. Elle avait des mouvements désordonnés des membres supérieurs. La marche était impossible. Sensibilité normale. La mémoire pour tout ce qu'elle avait appris antérieurement, en particulier le calcul, était perdue. Au bout de quelques jours le langage se rétablit, et la malade retrouva vite ce qu'elle avait oublié.

Calmeil a vu aussi, à la fin d'une rougeole, un enfant pris d'accès convulsif, suivi de coma. A la suite, il était devenu sourd, aveugle et aphasique. Quatorze jours après, l'ouïe revient. Un an après il apprend à prononcer quelques mots, mais il reste aveugle, devient épileptique et hémiplégique droit. Jusqu'à treize ans, il fut d'une imbécillité profonde. Il mourut à vingt-deux ans.

(1) Eulenburg. Scarlatine, hémiplégie droite, aphasie, *Berl. med. Gesells.*, July 1869 (*Allg. med. Centralzeitung*). — *Jahrb. der Kinderheilk.*, 1870.

(2) James Finlayson. *Jahrb. der Kinderheilk.*, 1876.

(3) Brasch. Aphasie motrice au début d'un exanthème scarlatineux, *Berlin. klin. Wochens.*, 1897, nº 2, p. 30.

Albert Schwarz (*Deuts. archiv. f. Klin. méd.*, Bd XX, p. 615) cite un enfant de trois ans, qui à l'acmé d'une fièvre vive de rougeole eut des convulsions. Dans la convalescence, dix-huit jours après le début de la maladie, il eut une perte complète de la parole, avec paralysie des muscles extenseurs du membre supérieur droit. Quelques semaines plus tard, l'enfant commença à prononcer à haute voix des mots inarticulés et apprit alors assez vite à lire.

On voit que l'aphasie des fièvres éruptives est déjà plus rare que celle de la fièvre typhoïde, surtout si l'on tient compte de la fréquence des fièvres éruptives chez l'enfant. L'aphasie s'y montre rarement au début, souvent à la période de l'exanthème, mais peut encore survenir pendant la convalescence. Elle guérit généralement, mais sa durée peut être assez longue et même la guérison se faire attendre indéfiniment.

L'embolie cérébrale est une source assez fréquente d'aphasie dans le jeune âge. Eisenschitz (1) rapporte l'histoire d'une enfant de onze ans qui s'asseyait à table pour déjeuner, lorsque tout à coup son entourage s'aperçut qu'il ne proférait que des paroles inarticulées; il montrait sa tête et ses oreilles avec ses mains, sans pouvoir par un mot donner une explication, paraissant très stupéfait. On savait que l'enfant était parfaitement intelligent auparavant. On lui demanda plus tard ce qu'il avait ressenti au moment où il avait perdu la parole, il montra le côté droit de la tête, et écrivit que subitement une vive douleur s'y était produite; car l'écriture était correcte. L'enfant pouvait dire *ya* par signe et par parole, mais si on lui demandait de dire *nein*, il disait *ei*; de même, si on le priait de dire son nom (Anton), il disait *A-o*, les consonnes étant absentes. Il pouvait lire et comprenait ce qu'il lisait. Il pouvait, après voir lu, écrire de mémoire quelques mots ou même des phrases entières. En moins de vingt-quatre heures, l'amélioration fut suffisante pour lui permettre de dire des mots entiers spontanément et même de former des phrases entières avec assez de netteté. Entre l'intention de parler et le moment de l'émission des mots, il s'écoule un intervalle assez long. Au bout de vingt-huit heures et après son sommeil, l'enfant parlait couramment. On porta le diagnostic d'embolie par insuffisance mitrale, qui avait été constatée à l'auscultation.

L'endocardite peut aussi produire l'aphasie en amenant une thrombose.

Wrany (2) en donne un exemple. Un garçon de neuf ans, qui, depuis l'âge d'un an, avait par intervalles des mouvements involontaires et des spasmes, fut pris la nuit de perte de connaissance et de gémissements dans son lit. Trois jours après, il reprit connaissance et se trouva hémiplégique droit total et aphasique, bien qu'il entendît et comprît. Le facial droit est pris, la langue est indemne; il y a incontinence d'urine et des matières. A la pointe du cœur non hypertrophié, on trouve un bruit systolique soufflant. Ce souffle devint ensuite plus accentué et s'accompagna d'un souffle diastolique, perceptible à la pointe. Dans les mouvements volontaires, il y a du tremblement et de l'incoordination motrice. Dix-neuf jours après le début, l'enfant fut de nouveau pris de perte de connaissance avec cris fréquents et dyspnée. Environ trois quarts d'heure avant sa mort, l'enfant appelle : « Mère, donne-moi... » seules paroles qu'il ait articulées jusque-là. A l'autopsie, dans la carotide interne gauche, non loin de la bifurcation, on voit un thrombus jaune sale, friable, qui se continue dans l'artère du corps calleux et dans la sylvienne. A la limite de la fosse sylvienne gauche, sur la partie la plus antérieure de la circonvolution de l'insula, existe un foyer

(1) Eisenschitz. *Jahrb. der Kinderheilk.*, 1869.

(2) Wrany. Hémiplégie et aphasie avec hémichorée à la suite d'une endocardite, *Œst. Jahrb. f. Pæd.*, 1872, 1. — *Jahrb. der Kinderheilk.*, 1873.

de ramollissement gros comme un haricot, qui s'étend jusqu'au noyau lenticulaire, et dans le centre ovale jusqu'à la face supérieure du corps calleux. Endocardite mitrale. Wrany fait remarquer que ce cas vient à l'appui des idées de Sander, qui regarde comme lésions de l'aphasie celles de l'insula de Reil et de la capsule externe.

Kelly reçut, le 2 août, à l'hôpital, un enfant de douze ans qu'on lui amenait pour des douleurs de tête du côté gauche, dont il se plaignait depuis le 24 juillet. Il n'avait pas eu de convulsions, le sommeil et l'appétit étaient bons. Dans la nuit du 1er au 2 aout, il pousse brusquement des cris, et le lendemain, on l'amène à l'hôpital, sans connaissance, avec une respiration stertoreuse, la pupille gauche plus dilatée que la droite, avec agitation continuelle des membres, mais ni crises épileptiques, ni paralysie. Les battements cardiaques sont faibles et irréguliers, mais pas de souffles. Depuis le 5 août, il a des vomissements jusqu'à la fin de sa maladie. Le 10 août, hémiplégie droite totale et aphasie complète. Un mois après, nouvelle perte de connaissance et aussitôt mort. Autopsie : ventricule dilaté, plein de liquide. Dans la zone rolandique gauche, caillot de la dimension d'une prune avec ramollissement. Endocardite mitrale et aortique.

Johnson : garçon de douze ans, bien portant jusque-là, se plaint pendant quelques jours de douleurs de tête, puis subitement perte de connaissance. Pupille gauche très dilatée. Parésie du côté droit et paralysie faciale. Aphasie totale : le malade ne peut dire que *water*. Contracture des membres du côté gauche. A l'autopsie dans la zone rolandique gauche, caillot gros comme une prune qui s'étend à l'intérieur à la couche optique, et vers l'extérieur jusqu'à un demi-pouce de la surface corticale; en avant il pénètre dans le lobe frontal. Ramollissement tout autour de ce caillot sur une étendue d'un demi-pouce. Endocardite mitrale et aortique.

Lacambre parle d'un enfant de huit ans et demi, à l'autopsie duquel il trouva un ramollissement par embolie du corps strié et de la couche optique du côté droit, et qui avait présenté de l'aphasie.

Dans l'embolie cérébrale, l'aphasie persiste souvent jusqu'à la mort; le début en est brusque comme la cause et le plus souvent il y a concomitance d'une hémiplégie organique durable. (*A suivre.*)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(10 janvier 1900)

La Société de chirurgie a repris le cours de ses séances dans sa nouvelle et somptueuse installation de la rue de Seine. En prenant possession du fauteuil, M. Pozzi a bien fait d'évoquer le souvenir de cette vieille salle de la rue de l'Abbaye où, depuis près d'un demi-siècle, ont été traitées tant de questions, se sont élevées tant de discussions auxquelles ont pris part tous les chirurgiens les plus marquants de l'époque. Ces vieux souvenirs pour quelques-uns ne vont pas sans quelques regrets. Quand on déménage, si luxueux que soit le nouveau local, on regrette toujours un peu l'ancien. Mais nos collègues de la Société de chirurgie ne sont pas hommes à s'attarder longtemps à ces petites faiblesses sentimentales et, à peine installés, ils ont repris le cours de leurs travaux.

C'est M. Delbet qui a occupé le premier la tribune pour revenir sur une question récemment soulevée par M. Poirier : **l'envahissement des ganglions dans les cancers de l'estomac.** Pour M. Delbet, une tumeur qui n'envahirait pas les ganglions ne serait pas un épithélioma. C'est là une loi générale. On sait que le caractère fondamental des épithéliomes est le développement ectopique des cellules épithéliales. M. Delbet entre ici dans les plus grands détails sur l'histologie du cancer. Il combat son origine parasitaire et s'applique à démontrer que c'est une zoospermose d'un genre tout spécial et l'un des caractères principaux de ces épithéliomas, c'est non seulement l'envahissement rapide des ganglions, mais aussi ce fait que, dans bien des cas, la tumeur ganglionnaire devient rapidement plus volumineuse que la tumeur primitive. M. Delbet appuie ces idées un peu théoriques sur plusieurs observations.

M. Tuffier demande la parole pour conclure du travail de M Delbet qu'il faut de toute nécessité enlever tous les ganglions, quand on opère un cancer de l'estomac, ce qui est souvent plus facile à dire qu'à faire.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le **traitement des kystes hydatiques du foie.** M. Quénu lit sur ce sujet un travail s'appuyant sur plusieurs observations personnelles. Il signale d'abord un échec de la suture sans drainage; dans trois cas la réunion par première intention a fait défaut. Malgré tout, M. Quénu n'est pas un adversaire de la suture totale, mais il croit que l'état général des sujets et plusieurs autres causes peuvent influencer les résultats opératoires et contre-indiquer, dans une certaine mesure, le procédé préconisé par M. Delbet.

M. Hartmann partage de tous points l'opinion de M. Delbet et considère le procédé de suture sans drainage comme le traitement de choix des kystes hydatiques du foie, pourvu toutefois qu'on s'applique à bien vider la poche de toutes les hydatides et à n'en pas laisser une seule dans la plaie complètement fermée.

M. Kirmisson communique une observation de kyste hydatique chez un enfant de dix ans qu'il a opéré, non pas par le procédé de M. Delbet, mais bien par l'extirpation totale de la membrane fertile et par le drainage. La guérison a été parfaite, mais sans doute plus lente qu'elle ne l'aurait été par le procédé de M. Delbet.

Ce n'est pas sans une certaine surprise et même sans une certaine méfiance que M. Gérard Marchant a entendu les premières communications de M. Delbet. En quatre ans, M. Gérard-Marchant a opéré quatorze kystes hydatiques du foie sans un seul accident, mais la guérison chez beaucoup de ces malades n'a pas été obtenue sans une grande lenteur et sans accidents parfois regrettables. Aussi se décide-t-il à recourir au procédé de la suture avec drainage, et se propose-t-il même, à l'avenir, de supprimer le drain, convaincu qu'il guérira ainsi ses malades plus vite et plus sûrement.

M. Potherat qui a fait récemment un rapport sur la **médication thyroïdienne dans les fractures non consolidées**, et avait fait quelques réserves, apporte aujourd'hui deux cas dans lesquels cette médication lui a donné de très bons résultats. Il est arrivé à obtenir la parfaite consolidation de fractures anciennes non consolidées, après vingt-cinq jours de cette médication.

Signalons une série de rapports de M. Picqué sur la **taille vaginale pour l'extraction des corps étrangers de la vessie** [travail de M. Guillet (de Caen)], sur un **kyste congénital de la glande thyroïde**, par M. Isambert, sur une **luxation de l'atlas sans lésion médullaire**, par M. Billert, sur une **statistique opératoire** de M. Brousse, en Algérie, etc.

Viennent ensuite un certain nombre de présentations : M. Kirmisson présente une fillette à laquelle il a fait une **résection de l'articulation temporo-maxillaire** pour une

ankylose complète de la mâchoire; MM. Michaux et Delbet rapportent des cas analogues.

M. Reynier présente une tumeur qu'il a extraite de la partie supérieure et interne de la cuisse d'un jeune garçon; cette tumeur était un **lymphangiome**. Elle est en voie de récidive.

A cinq heures précises, la Société s'est formée en comité secret pour la nomination d'un bibliothécaire.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(11 janvier 1900)

Sous le nom de « réflexe antagoniste », Schäfer a décrit le phénomène suivant : le pincement du tendon d'Achille produit à l'état normal la flexion des orteils, dans l'hémiplégie organique l'extension des orteils du côté paralysé. M. Babinski vient prouver que le réflexe antagoniste n'est en réalité que le phénomène des orteils qu'il a déjà décrit (1). Le pincement du tendon d'Achille ne joue aucun rôle; le point de départ du phénomène est l'excitation cutanée, que cette excitation ait lieu au niveau de la plante du pied, de la face postérieure ou de la face antérieure de la jambe.

Certains auteurs soutiennent que le centre de la vision pure, sans trouble de cécité verbale, siège au niveau du cunéus. A l'appui de cette théorie, MM. Marie et Crouzon montrent un ramollissement du cunéus droit qui a provoqué une hémiplégie latérale droite sans troubles d'aphasie.

Un malade de M. Touche a présenté de la dysarthrie intermittente et une épilepsie bravais-jacksonienne de la moitié droite de la face, phénomènes expliqués à l'autopsie par une tumeur de la partie postérieure du corps calleux.

Dans une intéressante communication, M. Klippel montre des coupes d'un tabes dorsalis. Les lésions radiculaires n'existent que dans la région dorsale. Les régions cervicale et lombaire présentent uniquement des lésions des cordons postérieurs. M. Klippel fait remarquer que chez son malade, probablement syphilitique, une pleurésie et une fracture du sternum antérieures auront pu localiser le processus tabétique à la région dorsale; les autres lésions, lombaire et cervicale, seraient des dégénérescences ascendantes et descendantes. A cette occasion, M. Marie formule son opinion sur l'origine du processus tabétique, origine exogène et endogène, théorie développée dans la thèse de M. Philippe. Il est intéressant de constater chez le malade de M. Klippel l'absence du réflexe rotulien malgré l'intégrité des racines lombaires, mais il est regrettable qu'on n'ait pas examiné les réflexes du tendon d'Achille dont M. Babinski a montré l'importance.

M. Philippe, suivant un exposé méthodique, continue la présentation de coupes syringomyéliques dont il expose cette fois-ci le processus intime. Il range dans le groupe des fausses syringomyélies, l'hydromyélie, les myélites cavitaires, les traumatismes localisés avec hématomyélie, toutes lésions bien différentes, comme siège, étendue, processus et lésions histologiques, de la vraie syringomyélie. Cette dernière est une affection autonome, une myélite névroglique à début péri-vasculaire; elle n'a donc pas pour point de départ soit une inclusion fœtale, soit un gliome médullaire. Elle évolue sous deux formes, la forme cavitaire, la plus commune, à évolution lente, la forme spongieuse, à évolution rapide, et qui comprend les cas décrits autrefois sous le nom de pachyméningite cervicale hypertrophique. Un cas heureux réunissant les deux variétés du processus a permis à M. Philippe d'affirmer qu'ils étaient bien de nature syringomyélique.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1899, nº 133.

On a rapporté plusieurs cas de méralgie paresthésique guéris par la résection du fémoro-cutané. MM. Sabrazès et Cabannes envoient une note sur un cas de méralgie avec refroidissement local et absence de réaction sécrétoire à la pilocarpine qui aurait guéri par un traitement purement médical.

MÉDECINE PRATIQUE

L'antisepsie intestinale chez les enfants.

M. Comby vient d'étudier tout spécialement cette question dans son nouvel ouvrage sur les *Médicaments chez les enfants* (1). Il donne les indications suivantes :

Avant un an on donnera surtout le benzonaphtol, le bétol, à la dose journalière de 0,05 centigrammes par mois d'âge. Un enfant de six mois recevra 0,30 centigrammes de médicament; un enfant de douze mois pourra en prendre 0,60 centigrammes. Au-dessus d'un an, on pourra augmenter de 0,10 centigrammes par année d'âge : 0,70 centigrammes à deux ans, 0,80 centigrammes à trois ans, 90 centigrammes à quatre ans, 1 gramme à cinq ans, 1 gramme 50 centigrammes à dix ans, 2 grammes à quinze ans: si l'enfant a de la diarrhée, on associera le bismuth (sous-nitrate ou salicylate), à dose au moins égale, sinon plus forte. S'il y a constipation, on le mêlera avec la magnésie : on peut ajouter aussi un peu de bicarbonate de soude :

Benzo-naphtol..................	0,05 centigr.
Salicylate basique de bismuth....	0,10 —
Bicarbonate basique de bismuth..	0,10 —

Pour un paquet: en faire 5 semblables que l'enfant prendra de 2 heures en 2 heures dans la journée (enfant de cinq à six mois).

On verse le contenu d'un de ces paquets dans une cuiller contenant un peu de lait et d'eau sucrée, on mêle aussi bien que possible et on introduit de gré ou de force le mélange dans la bouche de l'enfant.

Salol.........................	0,10 centigr.
Magnésie calcinée..............	0,10 —
Sucre en poudre................	1 gramme.

Pour 1 paquet, en prendre 6 semblables dans une cueillerée d'eau ou de lait (enfant d'un an).

Bétol.........................	0,15 centigr.
Sous-nitrate de bismuth.........	0,20 —
Bicarbonate de soude............	0,20 —

Pour 1 paquet, en prendre 6 semblables dans la journée, de 2 en 2 heures (enfant de trois à quatre ans).

Cautésriation des verrues.

M. Mense emploie, pour le traitement des verrues, le trioxyméthylène (paraforme), dont il dissout 3 grammes dans 27 grammes de collodion; on se sert de ce mélange pour badigeonner les verrues trois fois par jour. Au bout de quelques jours, les verrues s'écaillent (2).

FORMULAIRE

Coryza.

Poudre de menthol..........	0,25 centigr.
Poudre de bétol..............	2,50 —
Cocaïne......................	0,50 —
Poudre de café torréfié........	4 grammes.

M. Poudre à priser. (*Ann. de Farm. Milan.*)

(1) Rueff, édit., 1900.
(2) *Pharmaceut. Centralh.*, 1899, p. 646, et *Répert. de pharm.*

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les armes blanches, leur action et leurs effets vulnérants (1), par MM. NIMIER, professeur au Val-de-Grâce, et LAVAL, médecin aide-major de première classe.

Ce livre fait suite aux études que les auteurs ont consacrées aux armes de guerre.

Dans les prochaines guerres, l'emploi des armes blanches cédera le pas devant l'usage presque exclusif des armes à feu. Malgré tout, dans les conquêtes coloniales, nos hommes de troupe auront encore à compter avec les blessures par la lance, le sabre et la flèche, qui sont les armes nationales des peuplades sauvages. Aussi leur étude ne saurait être négligée.

L'ouvrage si complet de MM. Nimier et Laval est divisé en deux parties bien distinctes, dont l'une est réservée aux armes offensives, vers lesquelles l'intérêt est presque entièrement concentré ; l'autre a trait aux armes défensives.

Pour la première catégorie, la classification, adoptée par les auteurs, est basée sur le caractère des lésions produites: coupure ou perforation. Ils étudient d'abord la *coupure*, uniquement produite par les coups de sabre ; puis la perforation, produite soit par la baïonnette ancienne, et la baïonnette Lebel (*perforation droite*), soit par l'épée, le sabre et les baïonnettes en usage à l'étranger (*perforation large*, *linéaire*), soit par la lance (*forme triangulaire ou rectangulaire*), soit par les flèches (*forme irrégulière*).

Ils passent ainsi en revue le caractère général de ces blessures : puis ils s'étendent longuement sur les blessures de chacune des régions atteintes par les armes, et sur leurs complications.

En ce qui concerne la deuxième catégorie, représentée par le *casque*, la *cuirasse*, le *bouclier*, ils décrivent des lésions que leur présence ne peut souvent empêcher et peut parfois compliquer. Cette dernière considération les amène à songer non seulement à leur utilité, purement relative, mais encore à leur nocivité possible, et trop fréquemment constatable.

Cette étude fourmille d'observations et de données historiques dont la relation ne contribue pas peu à augmenter l'intérêt qui s'attache à la lecture du nouveau livre de MM. Nimier et Laval. CH. D.

Tableaux synoptiques d'hygiène (2), par le docteur P. REILLE.

Il est un certain nombre de maladies que le professeur Brouardel a qualifiées d'évitables.

Diminuer la morbidité et par suite la mortalité, tel est le rôle de l'hygiène. Aussi est-il à regretter que, pendant longtemps, cette partie capitale de la médecine ait été délaissée, non seulement par les étudiants, qui pensaient que l'hygiène devait être rangée au nombre des sciences accessoires, dont l'étude n'intéresse guère que les spécialistes, mais encore par des praticiens, trop oublieux du vieux précepte qu'il est plus facile de prévenir le mal que de le guérir.

Depuis que l'origine bactérienne d'un certain nombre de maladies a été admise par l'unanimité du corps médical, une réaction, assurément fort salutaire, s'est produite, et l'on a compris que les maladies sont intimement liées à la salubrité des lieux où l'homme habite, à la pureté de l'air qu'il respire, à la qualité de l'eau qu'il consomme. Dès lors, l'hygiène prenait une part prépondérante dans la prophylaxie des maladies et l'étude du sol, de l'air, de l'eau, de l'habitation, de l'alimentation, etc., en tant que modificateurs possibles de la vitalité humaine, entra dans une phase active.

Aussi l'étude de l'hygiène, complément indispensable de la pathologie, est-elle maintenant estimée à sa juste valeur. Il était utile, pour les étudiants comme pour les praticiens, de réunir les données principales de l'hygiène générale et de l'hygiène particulière sous la forme de tableaux synoptiques, débarrassés de toutes considérations inutiles et donnant le minimum indispensable des connaissances que le médecin praticien doit avoir sur ces questions.

(1) 1 vol. in-12. Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.

(2) Gr. in-8°. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Éléments de physiologie (1); par F. LAULANIÉ, directeur et professeur de physiologie à l'École nationale vétérinaire de Toulouse. — Premier fascicule : *Considérations générales; — Fonctions de nutrition :* Alimentation; Digestion; Absorption; Sang; Circulation et Respiration.

Le deuxième fascicule qui paraîtra au mois de mai prochain, comprendra : les « Sécrétions », la « Nutrition » (réserves et dépenses alimentaires) et la « Calorification ».

Le troisième et dernier fascicule paraîtra au mois d'octobre 1900 et comprendra le « Mouvement », l' « Innervation » et la « Génération ».

L'Innervation contiendra un chapitre consacré à l'influence du système nerveux sur les grandes fonctions de l'organisme. Les sujets traités dans ce chapitre ont été intentionnellement distraits par l'auteur de l'étude des fonctions elles-mêmes. Ils n'éclairent point le mécanisme de ces fonctions, et en prenant la place nouvelle qui leur est réservée, ils entrent dans le groupe naturel des questions touchant au système nerveux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'Internat. — Le concours supplémentaire qui doit avoir lieu, conformément à la décision en date du 29 décembre 1899 de M. le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, entre les candidats ayant déjà pris part au concours de l'Internat du 16 octobre 1899 et dont les copies ont été détruites, en tout ou en partie, à la suite de l'acte commis à l'hôpital Beaujon, dans la nuit du 28 au 29 novembre, sera ouvert le jeudi 1er mars 1900, à midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

Ces candidats, dont les noms suivent, sont invités à venir retirer, au secrétariat général, bureau du service de santé, à partir du 15 février, le bulletin sur la présentation duquel ils seront admis à l'amphithéâtre.

MM. Algret, André, Aribat, Aubertin, Aubourg, Barbier, Barbin, Barcat, Barthélemy, Beaujard, Berton, Bloch (Edmond), Bonneau, Bouffier, Boyer, Braillon, Brelet, Brocard, Brunschwig, Cathala, Cauzard, Claude (Georges), Courtellemont, Crépin, Damaye, Denis, Dennecé, Dionis du Séjour, Duc-Dodon, Fabre (Paul), Fouquet (Charles), François, François-Dainville, Gardner, Gennet, Georget, Gernez, Gougis, Guillaume-Louis, Guillemet, Guillemin, Houselot, Hulleu, Jamet (Julien), Jarvis, Landowski, Lecène, Leenhardt, Levassort, Liné, Lobligeois, Mahar, Marsoo, Martin, Mircouche, Morand, Morlet, Nathan, Pélicier, Perpère, Petit (Henri), Pied, Préciado, Renou (Maurice), Renoult (Gaston), Roger (René), Rouet, Rousseau (Auguste), Roussy, Tabary, Tessier, Thiollier, Tillaye, Trastour, Tridon, Verbeck, Viteman et Vitry.

— *Pathologie* (séance du 11 janvier) :

MM. Garrigues, Sabaréanu et Vivier, 12; Lacasse et Méheut, 11; Zacchiri, 10; Juquelier et Mary, 9; Laborde, 8.

Faculté de Paris. — La Faculté a décidé que les sujets des prix Saintour et Corvisart pour l'année 1900 seraient :

Prix Saintour. — La moelle osseuse dans les maladies infectieuses.

Prix Corvisart. — De la péritonite cirrhotique.

(1) Prix de l'ouvrage complet pour les souscripteurs : 18 francs. (Le prix sera augmenté dès l'apparition du 2e fascicule.) — Paris, Asselin et Houzeau.

Guerre. — Par décret ministériel, en date du 9 janvier 1900, sont nommés pour les postes ci-après désignés :

MM. les médecins-majors de première classe Marty, pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris; — de Schultelaere, pour être médecin-chef des troupes de l'armée de terre détachées à Diégo-Suarez; — Reboul, pour l'hôpital militaire de Belfort; — Spire, maintenu au 35e régiment d'infanterie; — Lévy, pour le 42e régiment d'infanterie; — Camichel, désigné pour être médecin-chef de l'École militaire préparatoire d'infanterie de Saint-Hippolyte-du-Fort; — Gerbaux, pour le service médical du détachement du génie envoyé à Diégo-Suarez; — Camus, pour l'École militaire d'infanterie de Saint-Maixent; — Baills, pour le 94e d'infanterie.

M. le médecin-major de deuxième classe Godin, pour le 142e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Busy, maintenu aux salles militaires de l'hospice mixte d'Épinal; — Pélegrin, pour le 27e bataillon de chasseurs à pied; — Ecochard, désigné pour le 1er de dragons.

Marine. — M. Piton, médecin principal du cadre de Brest, récemment désigné pour servir au cinquième dépôt des équipages de la flotte à Toulon, qu'il n'a pas encore rejoint, est affecté au premier dépôt à Cherbourg, où il remplacera M. le médecin principal Infernet.

M. Mesny, médecin de deuxième classe du cadre de Brest, est désigné pour servir à la défense mobile d'Oran.

M. Loro, médecin de deuxième classe du cadre de Cherbourg, est désigné pour remplacer sur l'*Achéron* (division navale de Tunisie) M. le docteur Brunet.

M. Lasserre, médecin de deuxième classe de Cherbourg, est désigné pour remplacer sur l'*Aspic* (division navale de Cochinchine) M. le docteur Miellevaque.

M. Bonnefoy, médecin de première classe du cadre de Lorient, est désigné pour remplacer sur le *Bruix* (escadre du Nord) M. le docteur Negretti, du cadre de Toulon.

Par décret en date du 10 janvier 1900 ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. le docteur Geay de Convelette, médecin de première classe, en remplacement de M. Boutin, retraité.

Au grade de médecin de première classe. — M. le docteur L'Elgoualc'h, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. le doctuer Geay de Convalette, promu.

Par décret, en date du 4 janvier 1900, ont été nommés dans le corps de santé des colonies, MM. les docteurs dont les noms suivent :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. 1. Le Moal, Margain, Brouillard, Perrot, Lamarque, Guillemet, Abadie-Bayro, Imbert, Le Groignec, Fargier; — 11. Mias, Pujol, Briand, Lemasle, Grandmaire, Gaimard, Cadet, Dardenne, Thomas Derevoge, Letonturier; — 21. Sautarel, Petit, Le Cerre, Savignac, Damoud, Brisemur, Chabanex.

Le *Journal officiel* du 11 janvier publie les instructions pour l'admission dans les trois écoles annexes de médecine navale en 1900; — des renseignements sur le fonctionnement de l'École du service de santé de la marine à Bordeaux; — le programme du concours d'admission à l'École de Bordeaux en 1900.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté pendant la 1re semaine de 1900, 1092 décès, chiffre voisin de la moyenne ordinaire des semaines de janvier (1055), et fort inférieur à celui des deux semaines précédentes (1156 pendant la 51e semaine et 1170 pendant la 52e).

La fièvre typhoïde a causé 9 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente (la moyenne est de 6). La rougeole (9 décès, la scarlatine 5, la diphtérie, 8) continuent à être assez rares. La coqueluche (dont la moyenne est de 5) n'a pas causé un seul décès. La variole, qui n'a causé pendant toute la durée de l'année 1899 que 4 décès, n'en a pas causé non plus pendant la première semaine de 1900.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 200 décès au lieu de 207 pendant la semaine précédente, et au lieu de 178, moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire à Marseille. — En raison de la variole et de l'influenza qui ont fait leur apparition à Marseille, l'autorité militaire a suspendu toute permission pour cette ville. Elle a, en outre, ajourné l'appel des réservistes et des territoriaux qui devaient s'y rendre à la fin de ce mois.

La peste. — La peste ayant disparu à Tamatave, un arrêté du 10 janvier lève la quarantaine.

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Marchal, ancien adjoint au maire de Nancy, décédé à l'âge de quatre-vingt-six ans, léguant au bureau de bienfaisance vingt mille francs, à la Société de secours mutuels, dont il fut longtemps président, quarante mille francs, etc.; — de MM. les docteurs Buiron (d'Hermonville); Caillet (de Luynes); Mercier (de Bourbonne); Mossmann (de Tours-sur-Marne); Popis (d'Olan); Riquard, ancien médecin des hôpitaux de Bordeaux; et M. Mazoué, interne à l'Hôtel-Dieu de Tarascon.

— Notre collaborateur et ami, M. le docteur Cabanès, vient d'être cruellement frappé par la mort d'un enfant. Nous lui adressons notre très vive sympathie.

Clinique des maladies mentales de la Faculté. — MM. Rogues de Fursac et Manheimer, chefs de clinique de la Faculté, commenceront, fin janvier, un cours élémentaire et pratique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne.

Le cours complet comprendra vingt-huit leçons et aura lieu tous les jours à quatre heures.

Seront admis à suivre ce cours : MM. les médecins français et étrangers et les étudiants immatriculés.

Le prix du cours sera de cinquante francs.

Les médecins et étudiants qui seraient dans l'intention de suivre ce cours, sont priés d'en informer de suite l'un des chefs de clinique, qui se tiendront à leur disposition chaque matin de dix à onze heures, et leur donneront toutes les indications.

Hôpital Saint-Antoine. — *Clinique des affections du système nerveux.* — M. Gilbert Ballet reprendra ses leçons cliniques sur les affections du système nerveux et la pathologie mentale à l'hôpital Saint-Antoine (amphithéâtre de la clinique de la Faculté), le dimanche 21 janvier, à dix heures, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Histoire d'un visionnaire au XVIIIe siècle : Swedenborg, par le docteur Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, membre de la Société de neurologie et de la Société médico-psychologique. Un vol. in-16, avec un portrait de Swedenborg. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson et Cie.

La moelle osseuse à l'état normal et dans les infections, par MM. H. Roger, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, et O. Josué, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris (No 21 de l'*Œuvre médico-chirurgical*, docteur Critzman, directeur). 1 broch., gr. in-8° avec fig. dans le texte. — Prix. 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 6. — MARDI 16 JANVIER 1900. 73e ANNÉE. MARDI 16 JANVIER 1900. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — MOBILISATION PRÉCOCE ET MÉTHODIQUE DANS LE TRAITEMENT DES TRAUMATISMES ET DES MALADIES DES ARTICULATIONS, par M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. — NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE. Sur le traitement de la phtisie pulmonaire (II), par M. COURTOIS-SUFFIT, médecin des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 15 janvier 1900.

Le maire du XVIIe arrondissement a reçu comme étrennes la démission collective et motivée des médecins du dispensaire de son arrondissement. Soucieux de leur dignité professionnelle, intransigeants sur leurs devoirs, nos confrères auraient continué leur concours gratuit à cette œuvre, si elle fût restée philanthropique au lieu de se transformer en officine électorale. Le conseil d'administration, qui s'adresse à la bonne volonté de tous lorsqu'il s'agit de recueillir les sommes nécessaires, a cru devoir exclure des soins donnés au dispensaire tout enfant qui ne serait pas élève d'une école municipale.

« Nous n'avions jamais demandé de faveur, disent les médecins démissionnaires : nous réclamions seulement la « liberté » de traiter avec la même « égalité », dans le même esprit de « fraternité », tous nos malades nécessiteux. Le conseil d'administration n'entend pas appliquer la belle devise démocratique inscrite sur l'entête de son papier; libre à lui, mais qu'il conserve la responsabilité des mesures qu'il a prises contre les médecins et contre les malades indigents. »

Et, dédaigneux de tout esprit de coterie, guidés par le seul esprit d'humanité qui sur le champ de bataille nous fait donner nos soins aussi bien aux soldats ennemis qu'aux nôtres, ne voyant que l'égalité devant la maladie, ils s'en sont allés, refusant de s'associer à une décision scandaleuse.

Nos confrères viennent de donner un bel exemple de dignité et de solidarité. Exemple trop rare, qu'il convient de citer à une époque où l'égoïsme tend à prendre une si grande part dans notre profession, même et surtout peut-être, parmi ceux qui sont les plus élevés dans la hiérarchie médicale.

Tout le corps médical est avec eux, ils sont dans la vérité. Mais pourquoi faut-il que treize autres médecins se soient trouvés là pour les remplacer dès le lendemain? C'est une tache qui ternit une belle page de l'histoire médicale parisienne.

MOBILISATION PRÉCOCE ET MÉTHODIQUE

DANS LE TRAITEMENT DES TRAUMATISMES ET DES MALADIES DES ARTICULATIONS

Par M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

En commençant mes leçons cette année, je voudrais vous entretenir d'une question que je considère comme l'une des plus considérables de la pratique chirurgicale : celle du traitement des maladies des articulations.

Je n'ai pas la prétention, bien entendu, dans l'exposé d'une leçon, de vous enseigner tout entière la thérapeutique des articulations. Cependant, j'estime qu'il est possible de vous présenter une doctrine générale absolument indispensable pour cette thérapeutique qui, malgré tous les progrès de la chirurgie, reste profondément défectueuse.

Depuis un temps très reculé, cette thérapeutique est dominée par la doctrine de l'immobilisation, et dans notre siècle les appareils inamovibles ayant été inventés et généralisés, la thérapeutique s'est aggravée en ce sens, parce qu'elle était devenue plus facile. La banalité et la facilité de cette intervention semblaient décharger la responsabilité du chirurgien dans les meilleures conditions possibles.

Cette doctrine de l'immobilisation affirme que le meilleur, le seul moyen de *guérir* ou de *prévenir l'inflammation* articulaire, c'est l'immobilisation.

En partant de ce principe, on applique l'immobilisation à toutes les lésions articulaires, aux traumatiques pour *prévenir* les accidents inflammatoires, aux pathologiques pour *obtenir* la guérison du processus morbide développé.

Prenez les manuels de pathologie externe qui reflètent le plus exactement l'état de la science, à tous les chapitres traitant des accidents articulaires vous verrez l'immobilisation au premier rang dans le résumé thérapeutique.

Dans le *Traité de pathologie chirurgicale* de Poulet et Bousquet, un des meilleurs manuels écrit avec une réelle érudition et surtout une citation très exacte des auteurs, vous trouverez des phrases comme celle-ci à propos des lésions traumatiques des articulations : « Une seule chose nous reste des anciennes méthodes thérapeutiques, l'immobilisation qui devra toujours être aussi absolue que possible; » et plus loin à propos des arthrites : « Le plus simple moyen de prévenir l'inflammation consiste à immobiliser la jointure dans une position convenable, c'est la base de la thérapeutique de toutes les maladies articulaires. »

Depuis que pour une seconde édition le manuel est devenu le livre de MM. Ricard et Bousquet, les mêmes phrases ont subsisté.

Dans les grands traités les plus récents, comme le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, vous trouverez exactement les mêmes doctrines reproduites. Cependant, l'auteur,

M. Nélaton, m'a fait l'honneur de me citer à propos de l'entorse et dans le traitement consécutif aux luxations articulaires il fait une part à l'enraidissement qui menace, mais il applique toujours un peu les appareils d'immobilisation.

A l'étranger vous trouverez toujours les mêmes doctrines. Si vous voulez relire les articles dans la *Grande Encyclopédie internationale de chirurgie* publiée en 1885, qui comprend les noms des plus illustres représentants de la chirurgie articulaire en Angleterre et en Amérique, vous constaterez aisément que cette chirurgie est sensiblement différente de celle de beaucoup de chirurgiens nos contemporains, mais vous retrouverez dans tous les chapitres les développements sur la nécessité de l'immobilisation pour conjurer la menace de l'inflammation articulaire.

Si vous estimez qu'il s'agit d'œuvres trop anciennes, parcourez le remarquable manuel de chirurgie de Keen et White paru récemment en Amérique, et qui comprend des études si intéressantes sur tous les progrès récents de la chirurgie, et vous trouverez les mêmes indications d'immobilisation nécessaire pour prévenir l'inflammation articulaire.

Cette préoccupation de l'immobilisation est tellement obsédante que des hommes comme Lister n'ont pu lui échapper et vous verrez que, lorsque Lister conseilla d'ouvrir le genou pour suturer la rotule, il plaça le membre dans l'immobilisation pour les suites opératoires.

Pour trouver des conseils thérapeutiques différents il faut sortir, en quelque sorte, de la chirurgie régulière et ouvrir les traités de massage.

Ce n'est pas que la plupart des auteurs de ces traités de massage n'aient une certaine défiance du mouvement. Mais ils ont une telle confiance dans l'action des pressions du massage pour favoriser la résorption des produits des épanchements traumatiques, qu'ils passent outre pour certaines lésions articulaires qu'ils estiment constituées exclusivement par l'épanchement de sang ou de sérosité, ou par la déchirure des ligaments et des tendons.

Ils pensent, par ces manœuvres, conjurer les effets pernicieux de la mobilisation de la jointure sur l'inflammation.

Ordinairement, lorsque la lésion articulaire arrive à un certain degré de complication, ils en restituent le traitement à la chirurgie et à l'immobilisation. C'est ainsi que Metzger reconnaissait trois sortes d'entorses : les légères, les graves avec lésions des parties molles, toutes deux susceptibles de massage, puis celles compliquées de fractures du péroné ou de la malléole interne, qu'il fallait laisser aux pratiques ordinaires de la chirurgie.

Le traité du massage dans lequel les dangers de l'immobilisation et son inutilité dans le traitement d'un certain nombre de lésions articulaires ont été le mieux exposés à une époque déjà ancienne, est celui de Norstrom (1884). Dans ce livre ce fut franchement à l'occasion du traitement des arthrites aiguës qu'il affirma l'inutilité et le danger de l'immobilisation.

Il dit même à propos d'une certaine forme d'accidents : « Les accidents aigus, au lieu d'être un obstacle, deviennent une indication pour le massage et les mouvements. »

Même pour les auteurs qui ont consacré leurs écrits spécialement au massage, une affirmation aussi nette d'une doctrine relative à la nécessité de la mobilité articulaire est chose tout à fait exceptionnelle. Les efforts des masseurs visent habituellement les enraidissements articulaires acquis. Le masseur cherche à *rétablir* les mouvements beaucoup plus qu'à les *conserver*.

Même ce rétablissement garde, en général, un caractère de violence.

Souvent la douleur du sujet n'y est guère épargnée. Il semble qu'elle soit un caractère nécessaire de l'utilité de l'intervention. A cet égard, les pratiques du massage se confondent avec celles des rebouteurs.

On peut même constater que, pour la chirurgie articulaire, ce sont les rebouteurs qui sont systématiquement hostiles à l'immobilisation en y ajoutant une violence inutile et dangereuse, impressionnant beaucoup le vulgaire.

Mais, pour tout observateur attentif, il est facile de voir que c'est la pratique de la mobilisation articulaire qui donne à ces rebouteurs le plus clair de leurs incontestables succès.

Ces succès n'ont d'autre raison d'être que la détestable pratique de la chirurgie régulière, pratique si mauvaise pour la chirurgie articulaire qu'en bien des circonstances les brutalités de l'empirisme lui sont devenues préférables. C'est la mauvaise pratique de la *chirurgie régulière* qui a fait le succès des *charlatans*.

Il serait donc grand temps que l'on fixât cette pratique de la chirurgie et qu'on lui donnât des bases scientifiques plus conformes aux résultats de l'observation.

Cela est acquis, me direz-vous, et l'immobilisation à outrance n'est plus de mode.

Détrompez-vous. Sans doute il y a eu quelques progrès. Dans quelques cas l'immobilisation à outrance a été atténuée. On a recours au massage et au mouvement un peu plustôt pour atténuer les inconvénients de l'immobilisation que l'on a faite inutilement. Sans doute quelques chirurgiens ont transigé à propos de quelques lésions articulaires comme l'entorse, et le champ des masseurs s'est étendu.

J'ai même le droit de penser que j'ai été pour quelque chose dans ce progrès, puisque voici vingt-cinq ans que je discute à la Société de chirurgie sur cette matière. Je m'y suis fait classer par Verneuil au premier rang des ankylophobes.

J'ai montré depuis bien longtemps qu'aucune opération articulaire n'avait besoin de l'immobilisation secondaire.

Malgré cela le peu de progrès obtenu a toujours les caractères d'une transaction ; et la doctrine suivante subsiste qui domine la science et conduit la pratique :

L'immobilisation guérit ou prévient l'inflammation articulaire. Elle est indispensable aux phénomènes de réparation de l'article.

On veut bien accorder que cette immobilisation ait de légers inconvénients. Mais ils ne sauraient entrer en ligne de compte avec les avantages primordiaux de l'immobilisation.

Or, la donnée fondamentale et générale qui semble si bien s'appliquer aux articulations est fausse pour tous les organes et pour tous les tissus.

Tout organisme vivant est fait pour le mouvement. Sa santé est à la merci de ce mouvement que veulent ses fonctions vitales et normales. Les fonctions de réparation veulent aussi ce mouvement.

Sans doute, tous les organes peuvent se réparer malgré le défaut de mouvement, lorsque l'immobilité devient nécessaire. Mais ils se réparent malgré l'immobilité ; et les accidents propres à cette immobilité viennent entraver les phénomènes de réparation.

J'ai fait la démonstration de la nécessité de ce mouvement pour la réparation des os, et là ma proposition devait paraître tout à fait paradoxale, puisque depuis les temps les plus reculés de la chirurgie l'immobilité paraissait la condition la plus parfaite de la réparation des os.

Ceux-ci paraissant pouvoir être assimilés aux substances inorganiques et solides, il semblait naturel que leur recollement fût favorisé par une immobilité parfaite.

Même pour les leviers rigides une certaine dose de mobilité constitue la condition la plus parfaite de la réparation. J'ai démontré que toutes les fois qu'il est matériellement possible de donner cette petite dose de mouvement nécessaire, la réparation est plus rapide et plus solide et constitue un avantage primordial sans préjudice des avantages nombreux obtenus pour les parties voisines par le massage et par le mouvement.

Pour les articulations qui sont à proprement parler les organes mêmes du mouvement, on conçoit aisément que le mouvement soit indispensable pour leur donner leur vitalité et pour leur conserver l'intégrité de leurs fonctions. Je l'ai démontré bien des fois et pour les traumatismes les plus divers.

Mais on ne saurait disconvenir, étant donné la thérapeutique actuelle des articulations, que cette preuve est plus difficile encore à donner que pour les fractures.

Il y a en effet quelques observations très frappantes qui ont conduit à cette thérapeutique, qui l'expliquent et qui encouragent à continuer l'application funeste, qui font croire à la nécessité absolue de l'immobilisation dans la thérapeutique articulaire.

1° Dans l'immense majorité des cas, l'immobilisation soulage immédiatement le patient. Elle résulte de la recherche instinctive du repos articulaire; ce que le patient commence imparfaitement est recherché avec la plus grande perfection par le chirurgien, qui trouve là les éléments du soulagement immédiat, trompeur, et pense que ce commencement sera suivi de la disparition définitive de la douleur.

2° Le chirurgien jusqu'ici n'a guère eu l'habitude du dosage du mouvement. Il lui est donc difficile de concevoir comment un dosage de mouvements méthodiques peut rendre des services là où des mouvements plus considérables peuvent avoir des inconvénients.

On confond même très habituellement le *mouvement* et la *fonction* du membre, oubliant que le mouvement méthodique peut apporter des ressources thérapeutiques d'importance capitale, tandis que la fonction du membre doit être interdite parce qu'elle amène des mouvements complexes et laborieux.

3° Le chirurgien comme le malade conçoit difficilement que le mouvement de petite amplitude, que la petite course articulaire suffise à déterminer un déplacement articulaire suffisant pour favoriser la vie normale et la nutrition des organes mobiles et qu'il y ait une différence immense, fondamentale, entre ce très petit mouvement et l'immobilisation absolue en ce qui concerne la nutrition. Aussi, chaque fois que l'on arrive à la conviction que le mouvement est nécessaire, on trouve un écueil dans son exagération. La mesure thérapeutique est souvent dépassée et le mal que fait une mauvaise pratique est mis à la charge de la méthode qui est fondée sur un bon principe.

4° Les pathologistes ont accepté universellement et sans réplique possible que le mouvement des articulations malades favorise le développement de l'inflammation.

Il est facile de démontrer que cette doctrine n'est établie sur aucune donnée vraiment scientifique. Elle résulte surtout de l'étude ancienne des articulations infectées.

Lorsqu'une articulation a été infectée, un processus inflammatoire très douloureux évolue. La durée en est longue et il est bien impossible que le sujet supporte la douleur pendant tout le temps nécessaire à cette évolution.

L'immobilisation même dans ces cas calme-t-elle le processus inflammataire? Certainement non. Elle le fait supporter. Elle permet les manœuvres plus ou moins compliquées qui aideront à combattre l'infection. Mais cette immobilisation n'a aucune action spéciale, comme on le répète sans cesse en vertu d'une observation parfaitement insuffisante. Quelle que soit l'infection de l'articulation, celle-ci peut guérir sans immobilisation si le traitement en est bien dirigé.

Voici plus de vingt années que j'en ai fait la démonstration à la Société de chirurgie en présentant des sujets atteints d'arthrite purulente qui avaient guéri en conservant leur membre, ce qui était déjà extraordinaire à l'époque, mais aussi qui avaient guéri sans appareils inamovibles, en conservant des mouvements et en ne subissant que le traitement antiseptique dirigé contre les phénomènes septiques.

C'est là une démonstration fondamentale. Ce que j'avais pu démontrer dans les cas les plus graves de l'infection articulaire, je l'ai démontré dans toutes les circonstances dans lesquelles le traumatisme ou la maladie semble devoir faire évoluer un processus inflammatoire.

Nous allons passer une revue rapide des conditions de réparation des articulations dans les circonstances les plus diverses, dans la pathologie articulaire tout entière. Nous verrons comment le mouvement méthodique non seulement n'est pas l'agent d'une aggravation des phénomènes, mais comment il devient un agent capital de la thérapeutique articulaire.

On verra par cette énumération qu'il s'agit de presque toute la pathologie articulaire et que la plupart des cas auxquels je fais allusion sont ceux dans lesquels une immobilisation plus ou moins prolongée est considérée comme la condition primordiale du traitement.

Contusion articulaire.
Entorse.
Fractures articulaires.
Luxations.
Plaies des articulations.
Ouverture opératoire des articulations.
Traitement post-opératoire des résections articulaires.
Arthrectomies.
Traitement des tumeurs blanches.

Contusions articulaires. — La gravité de la contusion, l'importance de l'articulation dictent ici la thérapeutique qui est selon les cas caractérisée par la mise au repos, puis l'immobilisation de l'articulation en vue de prévenir l'inflammation qui menace de se développer.

En réalité la douleur seule commande ce repos articulaire et ce repos doit être le moindre possible. L'enraidissement constitue la véritable menace pour l'articulation contuse. Le mouvement doit être associé au massage du même titre que pour l'entorse avec laquelle du reste la contusion est souvent confondue.

Entorse. — L'entorse a constitué le champ de bataille le plus important pour la chirurgie régulière et pour celle des rebouteurs.

Les chirurgiens anciens conseillaient certaines pratiques pour *remettre les articulations distendues*. Ces manœuvres étaient du reste plutôt douloureuses. Elles consistaient à distendre et à mouvoir en tous sens les articulations ayant subi les lésions de l'entorse. Après ces manœuvres, les chirurgiens faisaient suivre le repos et l'application des topiques.

Les rebouteurs ont opposé de tout temps à l'entorse des malaxations brutales suivies du retour immédiat à la fonction du membre. Lorsque le massage est devenu une œuvre régulière de certains praticiens, il s'est fait un peu moins violent. Il a été aussi plus circonspect. Il a évité avec soin les fractures articulaires.

Malgré cela, il a été plutôt mal accueilli par la chirurgie régulière toujours par crainte du développement de l'inflammation sous l'influence des manœuvres du massage.

Mes observations personnelles remontent au début de mes études médicales à l'année 1862, où j'ai vu traiter l'entorse par le massage dans le service de Desormeaux.

Même les premiers essais que j'ai suivis étaient faits avec une réelle brutalité et le traitement péchait par une douleur très notable. J'ai souvent vu ainsi pratiquer le massage dans les plus mauvaises conditions, suivi de la marche ou de mouvements violents.

Or, non seulement il était facile de constater l'efficacité de ce traitement, mais on pouvait constater que, même lors-

qu'il était pratiqué dans de mauvaises conditions, la fameuse complication inflammatoire ne se présentait pas.

En opposant ce traitement, même mal fait, au traitement de l'entorse par l'immobilisation et les topiques, il était aisé de voir que c'était celui-ci, le traitement prudent et classique, qui laissait après lui les longues douleurs et les arthrites chroniques avec les enraidissements variés.

Bien que, de notre temps cette pratique soit suivie encore trop timidement et surtout trop irrégulièrement, le traitement de l'entorse par l'immobilisation est jugé; et, là où le chirurgien ne veut pas ou ne sait pas faire pratiquer le massage et la mobilisation, la thérapeutique de l'entorse tombe tout entière à la pratique irrégulière et constitue un de ses meilleurs éléments de succès.

Toutefois aujourd'hui même dans les livres classiques vous verrez que le traitement de l'entorse par le massage n'est pas repoussé d'une façon absolue. Il est admis qu'il peut être fait; on s'en occupe peu et on s'en défie un peu, voilà tout; et l'entorse grave reste encore un terme général pour désigner celle qui sera dangereuse pour le massage.

Je n'y insiste pourtant pas trop, car je veux surtout vous entretenir des cas pour le traitement desquels mon action a été première et toute personnelle.

Fractures articulaires. — La fracture articulaire a toujours formé la limite de l'intervention autorisée pour l'entorse. Souvent cette limite a été franchie par les empiriques, mais toujours inconsciemment; et toutes les fois que le masseur est devenu personnage scientifique il a émis nettement cette opinion qu'il fallait s'arrêter à la complication de fracture.

J'ai fait remarquer, le premier, qu'en réalité et surtout pour la fracture du péroné, cette limite avait été fréquemment franchie par les rebouteurs et sans inconvénients. Mais c'est encore une légende, qui règne dans les traités de chirurgie, que le traitement par le massage, applicable à l'entorse, devient dangereux aussitôt que celle-ci se complique de fracture. Comme si, pratiquement, il était facile de faire cette distinction, surtout pour les empiriques, qui, le plus souvent, conservent le monopole de ces manœuvres.

Même pour les masseurs réguliers, la limite a été franchie quelquefois en connaissance de cause, et les observations publiées avec une infinie réserve montrent cependant qu'aucun accident grave ne s'en était suivi.

Déjà nombre d'auteurs ont été frappés de la tendance à l'ankylose que présentent les fractures articulaires.

Mais pour ce cas ils se sont contentés de mettre en garde le médecin contre les trop longues immobilisations. Cela leur a suffi, parce qu'ils sont restés obnubilés par cette notion fondamentale que le mouvement provoque l'inflammation de l'articulation traumatisée. Ils ont été aussi préoccupés au plus haut degré par la pensée que le mouvement peut amener des déplacements redoutables dans les fractures au voisinage des articulations. Voyez, par exemple, l'histoire des fractures de l'épaule et du coude.

J'ai montré le premier, par de nombreux exemples, que la *mobilisation immédiate* des articulations, non seulement n'amène pas de complications inflammatoires, mais constitue le seul traitement capable de prévenir les douleurs et l'enraidissement qui dans ces cas sont, à proprement parler, beaucoup plus l'œuvre du *traitement* que la suite fatale de l'*accident*.

Si je n'avais montré, par surcroît, que le déplacement secondaire dont les auteurs nous menacent, était parfaitement évitable, malgré la mobilisation, je n'aurais eu qu'un succès très imparfait. Mais cela n'importe qu'à l'histoire des fractures, et j'en traiterai en une autre circonstance.

Le fait capital, celui qui nous importe aujourd'hui, c'est que les *fractures articulaires*, quelle que soit la région dans laquelle on les observe (épaule, coude, poignet, genou, tibio-tarsienne, petites articulations), *bénéficient du mouvement immédiat* plutôt que d'en souffrir, et que le *mouvement méthodique immédiat* doit entrer pour une part capitale dans le traitement des articulations compromises par une fracture.

Si, dans tous ces cas, l'association du massage au mouvement joue un rôle capital pour obtenir la guérison, si j'attache toute l'importance qu'il faut au massage qui fait tomber la douleur et la contracture, qui fait résorber les liquides épanchés, qui imprime à la nutrition de toute la région une activité évidente, je tiens cependant à faire remarquer que, dans l'intérêt articulaire, c'est le *mouvement* qui joue ici le rôle capital en favorisant la *nutrition* de l'article et la *conservation de ses fonctions*. Telles circonstances se montrent même, chez les enfants en particulier, pour lesquels le mouvement méthodique seul étant applicable donne les résultats fondamentaux du traitement, c'est-à-dire la conservation primitive des mouvements articulaires sans faire courir aucun danger d'inflammation articulaire.

Luxations. — Il était bien naturel de se dire que ce qui se passe pour les fractures et les entorses devait, à plus forte raison, se passer pour les luxations. Pour en affirmer le principe, dans mon *Traité des fractures par le massage et la mobilisation*, je n'ai pas manqué de consacrer un chapitre important à l'application du même traitement immédiat aux luxations.

Cependant, vous ne trouverez pas une publication quelconque dans laquelle les auteurs ne continuent à recommander, après la réduction des luxations, d'immobiliser l'articulation blessée. De fait, cette immobilisation est d'ordinaire fort longue, quinze jours pour une épaule — trois semaine pour un coude — et plus longtemps encore pour la hanche. Depuis peu et pour la jeune chirurgie, il y a eu un peu d'atténuation dans ces durées. Mais là toujours on rencontre même principe et même crainte de l'inflammation secondaire.

On y ajoute du reste la crainte de la reproduction de la luxation, si on accorde à l'articulation une mobilisation avant l'époque à laquelle les solutions de continuité de la capsule articulaire seront réparées.

A priori, il devait être facile de se dire que les lésions de la luxation ne diffèrent pas d'une façon fondamentale de celles de l'entorse. Si l'on admet que le traitement rapide et heureux de l'entorse est le massage, on aura tendance à admettre par suite que, après réduction d'une luxation, le massage devrait rendre des services.

Aussi, de même que l'on a accepté volontiers de corriger par le massage les *résultats de l'immobilisation* dans l'entorse, les chirurgiens se sont depuis peu accordés pour admettre que le *massage secondaire* peut rendre des services.

J'ai, depuis bien des années, montré que ce massage devait être *immédiat* et *prévenir* l'enraidissement. De cette façon, il n'y aura pas d'enraidissement à corriger.

Il m'a été facile de démontrer que là, comme en toutes circonstances, la fameuse inflammation articulaire qui menace les articulations qui ont été l'objet du traumatisme s'il n'y a pas d'immobilisation, ne s'est jamais montrée. Je ne l'ai même pas vue dans les articulations qui avaient subi des *luxations compliquées de plaies*.

En massant et mobilisant dès le lendemain, j'ai vu disparaître une partie des suites fâcheuses des luxations.

Non seulement j'ai constaté que les articulations luxées supportaient le mouvement précoce, sans inflammation, mais j'ai pu constater par surcroît que la tendance à la reproduction de la luxation était infiniment rare. Même dans les cas dans lesquels on aurait pu la redouter à juste titre, elle ne se produisait pas.

Le fait sort de mon sujet actuel : mais je devais dire en passant qu'après la luxation de l'épaule, du coude, de la hanche même, il n'y avait pas lieu d'immobiliser sous pré-

texte de prévenir la récidive, cette récidive dont on nous fait une menace habituelle. Non seulement je ne l'ai jamais vue, mais j'estime qu'elle n'avait aucune probabilité.

Plaies articulaires. — L'innocuité du mouvement et son utilité dans le traitement des plaies articulaires était sans doute plus difficile à démontrer que pour les cas précédents. En outre il n'y avait là aucune confusion possible avec le massage.

On rencontre ces plaies, dans la pratique, soit simples, soit compliquées de fractures ou de luxations, et j'ai eu de bien nombreuses occasions d'en observer. Or depuis plus de vingt-cinq ans que je pratique la chirurgie hospitalière j'ai proclamé bien haut le principe de la mobilisation précoce de ces plaies et la suppression des appareils inamovibles.

J'étais imbu de cette idée fondamentale qu'une seule condition était à redouter : l'empoisonnement de la plaie. Le mouvement à lui seul devait être incapable de provoquer les accidents inflammatoires. Ici ma fidélité à la doctrine listérienne me servait avant tout.

L'infection directe de la plaie était la condition primordiale à éviter.

Cela était surtout vrai des articulations grandes et petites. Il ne faut jamais oublier que les articulations, les synoviales forment *les milieux les plus propices pour le développement septique.* Ni le péritoine ni aucune région de plaies simples et compliquées ne présentent un plus redoutable terrain de culture.

Cette susceptibilité de l'articulation à la septicité est pour cet ordre de lésions la source de toutes les confusions théoriques. On confond volontiers dans l'étiologie des complications ce qui appartient au mouvemant de l'articulation malade, et ce qui est le résultat de son empoisonnement.

Si l'on suit attentivement la pratique de la chirurgie on fait aisément la preuve de l'innocuité du mouvement quand la septicité est évitée.

La suppression de tout appareil inamovible dans les lésions de cet ordre est pour moi un fait tellement ancien qu'il se confond avec ma pratique régulière de chirurgie hospitalière.

Depuis une époque lointaine, alors que la plupart de nos collègues considéraient comme une suite fatale mais heureuse de ces lésions une ankylose sans suppuration appréappréciable, j'estimais que le retour des mouvements ou plutôt leur conservation, sans perte sensible, devait être la règle.

J'en ai eu des exemples qui étaient absolument caractéristiques. La seule difficulté pratique, ma seule préoccupation thérapeutique dans ces cas, c'est la possibilité d'assurer l'antisepsie de l'articulation. Celle-ci assurée, le mouvement ne déterminera jamais d'inflammation articulaire. Ce mouvement, au contraire, bien dosé assurera la conservation des mouvements de l'article. Je l'ai prouvé pour la plupart des articulations à grands mouvements, l'épaule, le genou, le coude, le poignet, la tibio-tarsienne et pour toutes les petites articulations.

J'ai même prouvé que l'immobilisation est d'autant plus dangereuse qu'elle est plus rapidement appliquée à l'articulation, mais qu'elle reste dangereuse même pour une articulation déjà en possession nouvelle de ses mouvements.

J'ai cité le cas curieux, qui date d'une vingtaine d'années, d'une fracture du radius avec ouverture de l'articulation, radio-capienne droite.

Je réussis si bien à assurer l'antisepsie de l'articulation que je pus dès le début mobiliser l'article sans appliquer d'appareil inamovible (simple bande roulée).

Au bout de vingt et un jours le sujet recommençait à jouer du violon.

A ce moment il fut vu par un de mes collègues les plus éminents, qui menaça lui et les siens des plus grands malheurs si mes conseils continuaient à être suivis, et séance tenante lui appliqua un appareil inamovible dans lequel il le retint un mois.

A la sortie de cet appareil appliqué près d'un mois après le traumatisme, non seulement il ne jouait plus de violon, mais il ne pouvait plus écrire, ce qu'il avait fait très facilement jusqu'à l'application de l'appareil inamovible.

Cet enraidissement, qui était l'œuvre bien nette de l'intervention chirurgicale nouvelle et tardive, fut très long et très pénible à dissiper.

Toutes les formes du traumatisme avec plaie des articulations peuvent être l'objet d'une semblable remarque. Si l'immobilisation devient une nécessité pour cause de douleur intolérable ou pour cause de déplacement menaçant, le devoir du chirurgien est tout tracé. Il lui faut procéder personnellement à la mobilisation méthodique et quotidienne de l'article. La valeur future de l'articulation est à ce prix.

Même pour une période secondaire il lui faut mettre le patient en garde contre la paresse articulaire qui peut encore à cette période tardive lui être préjudiciable et amener une certaine somme de raideur articulaire.

Plaies opératoires des articulations. — Il faut rapprocher immédiatement des plaies articulaires accidentelles celles que fait intentionnellement la main du chirurgien. En effet, cette chirurgie est vraiment toute nouvelle et nous sommes en droit d'affirmer qu'elle a prodigieusement augmenté nos connaissances relatives à la pathologie et à la physiologie pathologique des articulations. Ici il m'est bien difficile, même en faisant appel à tous mes sentiments de modestie, de ne pas vous rappeler que j'ai pratiqué cette chirurgie articulaire parmi les premiers et je puis même dire qu'en France j'ai longtemps été le seul à la pratiquer généreusement. Même à l'heure actuelle, si je m'y attache avec une véritable prédilection, c'est, je crois, parce que depuis longtemps je l'ai pratiquée suivant des principes immuables.

Or ces deux principes immuables auquels je fais allusion sont les suivants :

1° Les articulations constituent des régions exposées au plus haut degré aux inoculations septicémiques. Une opération articulaire ne doit être pratiquée qu'avec les précautions les plus sûres de l'antisepsie.

2° Le mouvement précoce, immédiat presque, de l'articulation l'assure seul contre l'envahissement de l'enraidissement qui menace toute articulation traumatisée.

J'ai, dis-je, pratiqué la suture de la rotule à l'époque à laquelle on la considérait presque comme un crime. J'ai fait l'ouverture large du genou pour les corps étrangers articulaires. J'ai fait l'ouverture des synoviales en toute sorte de circonstances pour des luxations (pour des résections partielles, pour m'ouvrir une voie pour d'autres opérations.

Or dans tous ces cas, les chirurgiens les plus hardis condamnaient les sujets à des appareils inamovibles plus ou moins prolongés. Dès le début de ma pratique j'ai affirmé l'inutilité de l'appareil inamovible. Tous les jours dans mon service vous pouvez constater sur mes opérés l'affirmation de cette pratique.

La seule différence entre ma pratique des premiers jours et ma pratique actuelle est due à ce que ma hardiesse s'est accrue par l'expérience et que la mobilisation des articulations n'a d'autre règle que la nécessité de respecter certaines douleurs dont un champ de traumatisme est toujours le siège.

Comme, dans la plupart de ces cas, mes opérés portent des drains péri-articulaires, rarement intra-articulaires, un premier et rapide pansement, deuxième, troisième, quatrième jour, suivant les cas, est l'excellente occasion de cette mobilisation précoce dont j'ai fait une loi fondamentale si cons-

tante que mes élèves y sont foncièrement accoutumés et souvent ne se doutent pas qu'elle est en contradiction formelle encore avec la pratique de beaucoup de chirurgiens nos contemporains.

Prenons pour exemple l'ouverture l'arge du genou telle que je la pratique pour la suture de la rotule. J'ai constamment mobilisé tous ces sujets du troisième au huitième jour suivant les circonstances et bien des sujets ont marché dès *le dixième*.

Or sur mes 60 cas en circonstances très variables je n'ai jamais observé un accident qui pût être rapporté à l'inflammation articulaire. Je n'ai jamais observé un accident local. Je n'ai jamais vu un fait de suppuration.

Je crois que nous avons le droit d'insister sur ce fait parce que les circonstances qui entourent la fracture de rotule sont au plus haut point favorables au développement de l'inflammation de l'article, et si le mouvement était pour quelque chose dans une telle éventualité, on peut dire que tous nos opérés l'auraient subi.

Nous n'en avons pas un seul exemple. En revanche la moindre faute contre l'antisepsie peut être l'occasion d'un développement de suppuration et les cas de mort de cet ordre ne sont pas rares depuis l'avènement de l'asepsie, sans compter les ankyloses complètes du membre qui en sont la moindre conséquence, et qu'on a souvent constatées.

Que cette opération bien étudiée nous permette donc de mettre chaque chose en sa place. Le mouvement, après les opérations articulaires, sera part nécessaire du traitement secondaire de ces cas.

L'inflammation articulaire ne peut être que la conséquence d'un phénomène septique.

Ouverture de l'articulation du genou pour athrites purulentes. — La thérapeutique des arthrites suppurées mérite de nous arrêter car elle comporte d'une part l'ouverture large de l'articulation et d'autre part le traitement de l'inflammation articulaire préexistante. Si la mobilisation de l'articulation entraînait le développement de l'inflammation, elle serait plus dangereuse en ces cas qu'en aucun autre.

Or il n'en est rien; après l'ouverture large d'une articulation suppurée, le meilleur moyen d'obtenir un résultat définitif favorable au point de vue du mouvement, c'est de n'appliquer aucun appareil inamovible et, tout en respectant le repos articulaire nécessaire pour l'atténuation de la douleur, de ménager une certaine dose de mouvement.

J'ai suivi cette pratique dès le début. On peut consulter à ce sujet toutes les discussions de la Société de chirurgie, un article que j'ai publié en 1878, et la thèse de Piéchaud sur la ponction et l'incision dans les maladies articulaires (1880). Celle-ci contient quatre observations d'arthrites purulentes traitées par l'ouverture large. Je puis faire remarquer que même dans la partie qu'il consacre à la thérapeutique on lira avec un certain étonnement qu'en général les chirurgiens ne conseillent pas l'immobilisation.

Cependant il suffit de lire attentivement sa *thèse* et les *observations* qui y sont jointes pour voir que c'est absolument le contraire qui avait lieu. Il a cité deux observations de Saxtorph, dans lesquelles les sujets ont été traités avec l'appareil amidonné. Dans une autre observation de Scriba, auquel il rapporte l'honneur d'une thérapeutique que j'avais déjà formulée, l'appareil plâtré a été appliqué.

La lecture de cette thèse suffirait à elle seule à montrer combien j'étais opposé dès cette époque à la pratique qui a prévalu et qui prévaut encore, d'appliquer des appareils inamovibles après l'ouverture des articulations suppurées.

Mais il est plus intéressant encore de se reporter à un travail que j'ai lu à la Société de chirurgie, le 12 novembre 1879, et dans lequel avec l'exposé de cinq cas d'arthrite purulente aiguë du genou traités par l'ouverture large de l'article, je montrais non seulement que l'immobilisation n'était pas nécessaire pour la guérison, mais que la souplesse de l'article avait dans ces cas été *rigoureusement proportionnelle à la rapidité de la mobilisation* après l'intervention opératoire.

Si je vous parle de ces faits anciens et de l'époque à laquelle j'étais à peu près seul à défendre cette opinion, ce n'est pas seulement pour réclamer ma part de priorité dans cette thérapeutique. Mais je tiens à vous montrer que ce que vous me voyez faire aujourd'hui avec une méthode très voulue, je le fais depuis plus de vingt ans avec les mêmes idées théoriques et je vous donne des preuves qu'une longue expérience a faites toujours meilleures.

Je vous donne ainsi une garantie pour l'avenir, lorsque vous voudrez ouvrir des articulations suppurées. Vous pourrez sans attendre de nouvelle expérience renoncer aux appareils inamovibles que, même aujourd'hui, nombre de chirurgiens ne manquent pas de vous conseiller encore.

Traitement post-opératoire des résections articulaires. — Mais, me direz-vous, il y a des cas d'opérations articulaires pour lesquels votre passion du mouvement va s'arrêter, les cas dans lesquels l'opérateur a détruit les surfaces articulaires et les extrémités osseuses et dans lesquels il recherche la création d'une nouvelle articulation. Après la résection de l'épaule, du coude, du poignet, les chirurgiens sont d'accord pour appliquer un appareil inamovible et les mouvements ne seront faits dans cette région nouvellement articulaire que lorsque le placement définitif, les rapports définitifs des nouvelles surfaces articulaires auront été assurés par une certaine durée de l'immobilisation.

C'est, en effet, la pratique à peu près universelle, bien qu'actuellement elle ait quelque tendance à s'atténuer. Mais je la combats depuis nombre d'années, depuis si longtemps que je ne saurais vous dire exactement à quelle époque j'ai renoncé aux appareils plâtrés, si classiques dans cette thérapeutique.

En effet, depuis longtemps, j'ai établi que pour toutes ces variétés d'opérations la loi de réparation était la même et que, si vous voulez obtenir la meilleure souplesse articulaire avec le meilleur jeu des muscles, il faut s'abstenir de l'immobilisation et mobiliser méthodiquement les surfaces articulaires nouvelles à l'époque la plus proche possible de l'opération.

J'ai montré, en outre, ce qui n'a pas trait à notre question, mais ce qui était indispensable que pour un chirurgien attentif il n'y avait pas de déplacement secondaire à craindre.

Certainement l'une des démonstrations les plus curieuses est celle que j'ai faite dans le traitement du pied bot par l'ablation de la totalité des os du tarse, après laquelle je n'applique jamais d'appareils inamovibles et fais une mobilisation méthodique dès le quatrième jour.

Or, par ce traitement, j'ai obtenu des pieds avec une voûte et une mobilité fonctionnelle très remarquable.

J'ai tout naturellement obtenu des résultats tout aussi satisfaisants dans le cas beaucoup plus facile de la résection du coude, et je vous en montrais récemment un exemple intéressant chez une jeune femme dont j'ai réséqué les deux coudes ankylosés.

Je ne veux pas entrer ici dans le détail des soins à donner, mais soyez bien convaincus que, dans tous ces cas, la perfection du mouvement obtenu sera en raison directe de la précocité des mouvements que l'on fait exécuter et du soin, de la méthode avec lesquels ils sont pratiqués. Suivez attentivement les sujets qui ont été négligés, soit parce que l'on a pris moins de peine pour eux, soit parce que quelque circonstance les a éloignés trop tôt, soit surtout parce qu'il s'agit de sujets pusillanimes ou désagréables

qui refusent de faire les mouvements d'étude qu'on leur demande, et vous verrez tout de suite de grandes différences dans les résultats.

Même lorsque la suspension, l'arrêt des mouvements se produit à une époque déjà tardive, elle a de sérieux inconvénients, tout comme nous l'avons vu pour les fractures et les plaies articulaires. Nous avons vu nombre de fois des opérés qui sortaient de l'hôpital en très bonne condition avec des mouvements déjà satisfaisants, puis ils se retrouvaient en présence de médecins imbus de cette pensée que l'immobilisation est nécessaire au calme, à la nutrition de la région et au bon retour des fonctions; et, sous l'influence de leur intervention, vous les retrouviez deux ou trois mois plus tard en ankylose relative, ayant perdu une grande partie des mouvements qui étaient bien aisés au moment de leur sortie de l'hôpital.

Dans tous ces cas, le massage très prudemment dirigé peut rendre des services, mais c'est bien le mouvement méthodique qui constitue la nécessité. En le faisant exécuter avec méthode et sans pratiques de massage, on obtient tous les résultats fondamentaux et importants.

Arthrectomie. — La mobilisation de l'article après l'arthrectomie nous fait observer des faits de transition entre la mobilisation après des traumatismes ou après des phénomènes d'inflammation aiguë et celle que nous préconiserons après un bon nombre de maladies articulaires.

L'arthectomie, l'ablation de la synoviale faite le plus souvent pour tuberculose articulaire, comporte la mise à nu et l'isolement de *toute la surface* de tous les tissus sous-synoviaux et la dénudation de tous les cartilages. Il semblerait qu'une telle opération dût singulièrement prédisposer à l'inflammation de toute la région périphérique aux extrémités articulaires. Aussi la plupart des chirurgiens qui ont conseillé l'arthrectomie ont-ils professé qu'en pareil cas il faut renoncer au mouvement. On immobilise l'articulation et on la condamne à une *ankylose définitive*.

J'ai toujours professé pour ma part que l'arthrectomie, qui est, du reste, un médiocre procédé thérapeutique, n'a réellement de raison d'être que si elle permet de conserver un mouvement que la résection aurait supprimé. Aussi, toutes les fois que j'ai fait l'arthrectomie, le plus souvent pour le genou, ai-je cherché et obtenu le mouvement normal ou à peu près normal de l'articulation.

Ce résultat paraît à beaucoup de chirurgiens difficile à atteindre. Il est très aisé de l'obtenir si on soumet la région à un mouvement méthodique à très courte échéance après l'opération.

Il faut, dans ces cas, agir plus vite encore qu'après les résections. Il faut agir avec prudence en ne cherchant pas de mouvements de grande étendue.

Mais le succès est atteint. J'ai vu le résultat complet au point de vue du mouvement, même dans des cas dans lesquels j'ai pu suivre la récidive de la tuberculose articulaire et son extension au squelette.

J'ai eu l'occasion de réséquer le genou d'une femme que j'avais opéré cinq ans auparavant d'arthrectomie.

Pendant quatre ans, elle avait marché régulièrement avec un genou qui pliait complètement et parfaitement. Elle avait pu faire sans peine son métier de femme de chambre. Puis elle avait souffert à nouveau du genou. Lorsque je l'opérai, atteinte d'une tuberculose ostéo-articulaire très prononcée, elle avait encore des mouvements très passables de ce genou et elle faisait bien remarquer que les troubles dans ses mouvements n'étaient survenus que depuis quelques mois, son genou étant devenu malade à nouveau.

Ainsi, chez une femme vouée à la récidive d'une tumeur blanche articulaire après une arthrectomie heureuse, le retour des mouvements avait pu être parfait.

C'est un résultat que j'ai observé si communément que je ne pratique jamais l'arthrectomie que dans le but d'obtenir cette conservation du mouvement.

Tumeurs blanches. — L'introduction du mouvement dans le traitement des tumeurs blanches constitue un véritable paradoxe thérapeutique.

La première nécessité admise dans le traitement de la tuberculose articulaire, c'est l'immobilisation. Je ne connais pas d'auteur qui ait essayé de remonter le courant et d'affirmer la nécessité de conserver par le mouvement les propriétés des articulations atteintes de cet état morbide.

Je sais bien qu'un certain nombre de masseurs ont émis la prétention d'appliquer le massage à certaines formes de tumeurs blanches.

Mais, d'une part, le massage n'est pas le mouvement, et, d'autre part, les manœuvres de malaxation des fongosités dominaient là toute pratique. C'était, avant toutes choses, sur ces manœuvres que l'on comptait pour faire disparaître les fongosités.

Je ne veux pas, pour ma part, discuter ici ce traitement qui ne m'a jamais paru applicable dans l'immense majorité des lésions de tuberculose articulaire. J'en ai vu des résultats si désastreux que je ne me sentirais pas le courage de proposer un semblable traitement.

Mais le mouvement méthodique est autre chose. Il cadre très bien avec certains traitements que j'ai beaucoup employés et il permet de conserver le mouvement dans l'articulation, alors que les chirurgiens se trouvent trop heureux de proposer et de constater l'ankylose pour la guérison définitive.

J'affirme que le mouvement de l'articulation n'est pas plus incompatible avec la régression et la guérison des fongosités tuberculeuses qu'il n'est incompatible avec la guérison des lésions inflammatoires simples des articulations.

Déjà en 1890 j'avais publié des leçons sur le traitement des tumeurs blanches et j'avais signalé le fait que depuis j'ai bien souvent et de plus en plus hardiment observé.

J'ai mis en œuvre bien des traitements des tumeurs blanches. Mais j'ai adopté et appliqué surtout un traitement dont les éléments principaux sont la révulsion (pointes de feu) et l'application d'emplâtres de Scott modifiés (emplâtres de mercure et de plomb).

Je puis dire que j'ai expérimenté sur toutes les articulations.

Dans le service vous avez pu voir quelques cas assez heureux. Mais il faut bien savoir qu'il ne suffit pas d'une courte observation, que ce sont des traitements à longue échéance et le chirurgien doit faire appel à ses souvenirs pour donner réellement une preuve de ses résultats.

J'ai observé tout dernièrement un jeune homme que j'ai traité enfant pour une tumeur blanche tibio-tarsienne, qui à cinq et à sept ans a présenté des accidents très graves pour lesquels aucun chirurgien n'aurait hésité à mettre un appareil plâtré. Or mon malade, traité sans immobilisation, guérit complètement. Puis à l'âge de vingt ans il fut pris par le service militaire et les mouvements étaient si parfaits qu'aucune demande de réforme ne fut admise et qu'il accomplit sans aucun incident fâcheux son service.

J'ai traité plus récemment une fillette âgée de onze ans aujourd'hui que l'on m'a présentée pour une tumeur blanche d'un genou avec suppuration. J'ai eu l'occasion de lui ouvrir des foyers et d'y éteindre des thermocautères. Elle a été longtemps traitée par les pointes de feu et l'application des emplâtres sans immobilisation.

Elle a guéri et elle a conservé un genou absolument souple et propre à tous les mouvements.

A l'époque à laquelle on me l'a présentée je suis assuré qu'aucun chirurgien n'aurait traité cette enfant sans appareil inamovible et elle paraissait plutôt justiciable de l'amputation que de toute autre intervention.

Sans doute, et comme il arrive toujours, le traitement des enfants donnera des résultats plus effectifs que celui de l'adulte.

Mais chez l'adulte lui-même on peut rencontrer des cas favorables à ce traitement.

En tous cas il est facile de s'assurer que le mouvement ne constitue pas pour la réparation une condition plus mauvaise que l'immobilisation.

Sans doute il est des cas dans lesquels la douleur vous amène quand même à faire appel à l'immobilisation, mais toutes les fois que la douleur est médiocre ou toutes les fois qu'elle peut être surmontée sans difficulté, il ne faut pas s'imaginer que l'immobilisation constitue une condition favorable à la réparation.

Cela ne veut pas dire qu'il faille toujours permettre la marche aux sujets qui sont atteints de tumeurs blanches du membre inférieur. On peut être plus généreux et permettre la fonction pour bien des lésions du membre supérieur, parce que les fonctions de ce membre supérieur sont bien moins laborieuses que celles du membre inférieur.

Mais, pour l'un comme pour l'autre, il faut chercher la proportion des mouvements méthodiques que l'on peut faire exécuter.

Ces mouvements sont beaucoup plus nombreux qu'on ne se l'imagine d'abord. Ils facilitent la réparation plutôt qu'ils ne lui nuisent et ils assurent pour les suites la conservation des fonctions du membre, tandis que l'ankylose était l'objectif avoué de tous les chirurgiens qui conservaient l'espoir de la guérison sans opération de la tumeur blanche.

La revue que je viens de faire des divers cas de la chirurgie articulaire dans lesquels j'estime qu'il faut introduire le mouvement comme un élément de la vie et de la réparation de l'articulation, me semble à moi très démonstrative. Pour moi, cette démonstration est faite de longue date déjà.

Nous pouvons faire constater par cette étude d'ensemble qu'il s'agit bien d'une loi générale.

La croyance à l'utilité, à la nécessité de l'immobilisation doit céder devant une expérimentation aussi variée.

Pour faire accomplir à la pratique chirurgicale le progrès nécessaire, il est capital de bien montrer que le mouvement nécessaire à l'articulation malade ne saurait être un mouvement banal. Il ne saurait être, à peu près en aucun cas, question d'abandonner le membre aux mouvements de sa fonction normale.

Le mouvement utile peut être de très petite amplitude. Il ne saurait être nécessaire de le *forcer*. Il ne faut pas qu'il s'accompagne d'une *douleur* notable. Dans les cas de massage celui-ci détermine une anesthésie de la région qui facilite le mouvement. Mais en bien des circonstances le massage ne peut ou ne doit être employé et il faut au chirurgien une réelle prudence pour manier le membre dans les limites compatibles avec la sensibilité du patient.

En pratique, du reste, ceci est beaucoup plus facile qu'il ne semblerait au premier abord.

Pour ma part, j'estime que violence et douleur doivent être exclues de ces traitements articulaires et j'aurais de nombreuses occasions de vous démontrer l'excellence de cette manière de voir.

Précisément l'excès de la douleur ou l'imminence de certaines déformations me paraissent seules être les excuses dans les cas dans lesquels je conserve les appareils inamovibles.

Mais dans l'immense majorité des cas, je ne fais appel qu'au *repos* de l'articulation, qui me paraît suffisant pour nous mettre dans de bonnes conditions de *tranquillité* pour la réparation.

Ce repos n'est que *relatif*. Il doit être très fréquemment interrompu.

Le mouvement qui l'interrompra devra être aussi précoce que les circonstances le permettront.

Aussitôt que le relâchement sera possible, il doit être rendu à l'articulation assez de liberté pour que les mouvements multiples et inconscients de l'articulation puissent s'accomplir continuellement.

Si on suit attentivement les sujets exposés à ces mouvements on peut constater qu'en aucune circonstance des accidents fébriles ne sont en relation avec ces mouvements.

On peut constater la progression lente et régulière des mouvements de retour.

On peut constater que ce retour des mouvements se fait avec une perfection et une rapidité inconnues pour tout autre procédé de traitement.

Ce procédé est certainement beaucoup plus difficile à appliquer que le procédé banal de l'immobilisation.

Mais il est absolument indispensable aujourd'hui que la chirurgie articulaire, qui est réellement une chirurgie nouvelle, adopte des procédés nouveaux plus en rapport avec les ressources dont nous disposons et plus capable de donner des résultats heureux et définitifs.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Sur le traitement de la phtisie pulmonaire (1).

Par M. Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux.

II

On ne saurait songer à dresser la liste, même approximative, des innombrables médicaments que l'on a crus capables de s'opposer à la marche envahissante de la phtisie pulmonaire.

Chaque jour en voit naître un nouveau. Au début, c'est merveille. La première statistique est mieux qu'engageante; elle est superbe. Le remède guérit huit malades sur dix! Viennent alors des expérimentateurs nouveaux, que n'aveugle plus l'amour paternel, et la pauvre substance vient prendre rang à la suite des autres; on s'aperçoit qu'il y a, à son emploi, plus de contre-indications que d'indications véritables, que toutes les formes de la phtisie ne s'en accommodent pas bien, qu'en somme elle peut être d'une certaine utilité, à titre d'adjuvant thérapeutique, dans certains cas, mais qu'elle ne saurait prétendre à la gloire d'être le remède spécifique.

Dans la grande majorité des cas, le médicament en qui on a mis tant d'espoir, ne sert bientôt plus qu'à grossir les pages des traités de thérapeutique.

Car, dit fort judicieusement Daremberg, on ne peut appeler traitement anti-parasitaire de la phtisie pulmonaire que celui qui pourrait produire la cure radicale de cette maladie, en supprimant les poussées tuberculeuses, la toux, l'expectoration, les sueurs, en engraissant les malades et en supprimant la fièvre dans les crises aiguës sans être un antithermique général: Or, aucun agent ne peut avoir à lui seul cette prétention.

Ceci ne veut pas dire que l'on a eu tort de chercher. Si l'idéal n'est pas atteint, il peut l'être demain. Quelques médicaments ont résisté à l'épreuve du temps, le tanin, la créosote, l'arsenic..., par exemple; ils sont des aides précieux et ont des indications précises que nous essaierons de dire plus tard.

En attendant la découverte souhaitable du traitement spécifique de la phtisie, il ne faut demander à la thérapeutique que ce qu'elle peut donner et non ce qu'elle promet.

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 1900, p. 25.

Il est assez curieux de passer en revue — de façon très abrégée, s'entend, et sans avoir la prétention de tout dire — les principaux médicaments vantés pour la cure de la phtisie pulmonaire (1).

« On a vanté, disait Laënnec, l'air sec et l'air humide, l'air pur et l'air chargé d'acide carbonique, l'oxygène, l'hydrogène et l'acide carbonique. »

Bien longtemps après Laënnec, ce fut exactement la même chose. On a pensé que l'air chaud pourrait tuer le bacille de la tuberculose, lequel n'est cependant détruit qu'à 70 dégrés. En 1888, Haller traita des tuberculeux avec un appareil qui chauffait de l'air. En 1889, de Renzi imagina un appareil inhalateur qui dégageait de l'air chauffé à 100 degrés.

Partout ce traitement fut essayé... avec un égal insuccès.

Lebert (1876), Constantin Paul (1881), Jaccoud, etc., ont conseillé l'air des étables. « Il faudra, disait Constantin Paul, choisir une étable ne renfermant pas plus de six à sept vaches, bien aménagée et entretenue avec soin; les malades devront y séjourner de six heures du soir à onze heures du matin ; ils seront en même temps soumis à l'alimentation lactée. »

Guéneau de Mussy ne voyait-il pas plus juste quand il écrivait : « J'admettrai difficilement qu'un air pur ne soit pas préférable aux exhalaisons des animaux et aux émanations du fumier. »

Mais tout peut arriver : Harrisson avait proposé l'air chargé de vapeur d'eau croupie !

On a songé ensuite à traiter les phtisiques par l'air comprimé, par l'air rarifié, puis par l'inspiration dans l'air comprimé et l'expiration dans l'air raréfié.

On a déclaré que l'ozone guérissait les tuberculeux, en agissant à titre de germicide puissant. Cette action antiparasitaire n'existe pas.

L'ozone n'a qu'une action tonique sur le système nerveux, action que l'oxygène a peut-être plus puissante. Les inhalations de ce dernier gaz sont à coup sûr d'une grande utilité. « L'oxygène est le quinquina des tuberculeux » (Daremberg). Il peut rendre de grands services en inhalations, aux phtisiques qui ont une sécrétion bronchique purulente et abondante.

On a conseillé aux phtisiques les inhalations d'azote...

Que reste-t-il des médicaments parasiticides?

En 1883, Kircher prétendit que les ouvriers employés dans les usines où se dégage de l'acide sulfureux ne sont jamais phtisiques.

Aussitôt de nombreux auteurs essayèrent les inhalations sulfureuses et prétendirent que les phtisiques en obtenaient de bons effets. Qui s'avise actuellement de faire brûler du soufre dans la chambre des malades pour les améliorer? On s'est vite aperçu que l'effet le plus appréciable de ces inhalations était de provoquer des éternuements, du larmoiement, et des quintes de toux... On a soutenu peu après que l'hydrogène sulfureux détruisait le bacille tuberculeux. Des malades furent soumis aux inhalations... Ceci n'eut pas longue durée.

En 1886, Bergeon fit absorber l'hydrogène sulfuré par l'intestin. Cette méthode des lavements gazeux n'eut pas de très nombreux adeptes. Chantemesse remplaça les eaux sulfureuses par l'eau sulfo-carbonée ou le sulfure de carbone.

(1) A ceux que cette lecture intéresse — et elle est fort instructive — je conseille de lire les deux volumes publiés par Daremberg sur le traitement de la tuberculose pulmonaire. Sa forme parfaite rend cette lecture agréable et singulièrement suggestive.

Dujardin-Beaumetz s'est demandé si l'on ne pourrait pas obtenir des effets semblables avec l'acide carbonique pur. Il se peut que cette méthode calme les accès de dyspnée et rende la respiration un peu plus facile. Mais ces lavements ne guérissent pas mieux que les lavements d'acide sulfhydrique ; ni mieux que les lavements d'acide carbonique ayant barbotté dans de l'eucalyptol.

Amédée Latour a cru que le chlorure de sodium était un spécifique de la phtisie pulmonaire. Le chlorure de sodium peut être un aliment utile; il ne faut pas lui demander autre chose.

L'acide fluorhydrique eut son heure de vogue. Charcot et Bouchard essayèrent ces inhalations sur des phtisiques et n'en obtinrent aucun bon résultat. Daremberg et Chuquet en 1888 n'ont constaté chez des malades soumis à ce traitement ni la moindre diminution des bacilles dans les crachats, ni la disparition de la fièvre, ni la cessation des sueurs nocturnes; non plus que la moindre amélioration dans les signes d'auscultation et de percussion. On a vanté aussi les vertus du fluorure d'ammonium et du fluorure de sodium administré par la voie stomacale.

On a recommandé les inhalations de chlore gazeux ; on a cru à la valeur du chloroforme soit en vapeurs, soit en boisson sous forme d'eau chloroformée. On a dit les bons effets des inhalations d'acide prussique ; on a tenté les injections de chlorure double d'or et de sodium ; on a conseillé les inhalations d'acide osmique, d'acide picrique ; on a essayé le phosphate de cuivre en injections sous-cutanées, puis l'aluminium en pilules, puis les injections intra-pulmonaires d'acétate d'alumine, de cantharidate de potasse.

On a prescrit le borate d'ammoniaque en pilules ou en solution, le benzoate de soude ; les inhalations de benzoate d'éthyle. Gaucher a dit grand bien de l'administration de l'acide borique ; Canio et Feniglio ont essayé les inhalations de poudre de borax ; puis d'autres ont proposé le borate d'ammonium en pilules, le benzoate de soude, le benzoate d'éthyle.

L'iodoforme a été fort vanté dans la tuberculose pulmonaire ; Daremberg avoue n'avoir jamais constaté le moindre bon effet de son emploi.

Les inhalations de vapeur d'iode ont été fort en honneur ; l'iodure de potassium peut être utile, nous en avons parlé précédemment, l'iodure de fer est souvent indiqué chez les tuberculeux lymphatiques.

L'histoire des applications des composés mercuriels au traitement de la phtisie pulmonaire « est une longue suite de déceptions » (Daremberg). Le sublimé est un antiseptique fort puissant, c'est, en l'espèce, un agent thérapeutique fort dangereux. Les inhalations de poudre de calomel n'ont rien donné. Les injections de thymol acétate de mercure ont peu duré ; les frictions mercurielles sont inutiles, elles peuvent être dangereuses et provoquer des hémoptysies.

L'acide phénique a été expérimenté en injections sous-cutanées, en injections intra-pulmonaires, en inhalations.

Le pétrole brut, la naphtaline, le naphtol camphré même en injections intra-pulmonaires n'ont pas donné les résultats que l'on attendait.

Rappelons les essais d'inhalations d'huile d'aniline ; l'acide phényl-propionique ; les inhalations de mono-chlorophénol ; la résorcine, etc., les tentatives faites avec le camphre, le menthol, le thymol.

Je lasserais l'attention en continuant cette énumération déjà trop longue.

. Depuis quelques années, différents auteurs (Landerer, Heusser) ont fort vanté le traitement par l'acide cinnamique et ses sels, surtout le cinnamate de soude utilisé en injections dans les veines. Les partisans de cette méthode affirment que le cinnamate de soude exerce une heureuse influence sur la cicatrisation des lésions, et que, chez les malades traités, l'évolution de la sclérose est plus rapide que les autres.

Tout le monde s'entend à reconnaître une réelle valeur antiseptique et bactéricide aux *essences volatiles* : essences de thym, de moutarde, d'eucalyptus, de cannelle, de fenouil... Dujardin-Beaumetz a vu avec Bouveret et Péchadre que les injections sous-cutanées d'eucalyptol à la dose de 0g25 à 0g50, dissous dans l'huile, diminuent l'expectoration. Daremberg, chez les tuberculeux qui crachent difficilement ou qui expectorent des crachats fétides, ou qui sont en pleine période de fonte tuberculeuse, fait évaporer dans la chambre de l'eau dans laquelle il fait ajouter quelques gouttes d'essence de cannelle. Alors on remarque que la fonte tuberculeuse aboutit à la caverne sans grande fièvre et sans phénomènes sensibles d'intoxication putride.

Avant d'en arriver à la créosote et à l'arsenic auxquels nous consacrons une étude détaillée, disons quelques mots du tanin qui, déjà donné aux tuberculeux pendant le siècle dernier, a encore, à notre époque, de très ardents partisans.

Woillez, Duboué ont signalé des améliorations sensibles après l'administration du tanin. En 1887, Raymond et Arthaud constatèrent que des lapins, absorbant chaque jour 1 gramme de tanin mélangé à leur nourriture et ayant reçu des produits tuberculeux sous la peau, ne succombaient pas en dix mois, tandis que les lapins tuberculeux et non traités succombaient en trois mois.

Ce sont là des faits expérimentaux qui, joints aux constatations cliniques, ont une valeur évidente; et cependant, il s'en faut que l'action bactéricide du tanin sur le bacille de la tuberculose humaine soit démontrée. Sabrazès, il y a peu de temps, a repris cette étude et est arrivé à cette conclusion que l'association des solutions taniques et du bacille tuberculeux *in vitro* et dans l'organisme du cobaye, loin d'enrayer la marche de la tuberculose inoculée, paraît plutôt en précipiter l'allure.

Quoi qu'il en soit, on a dans le tanin un corps d'une utilité évidente dans certains cas.

On peut employer les deux formules proposées par Arthaud.

Après chaque repas prendre un verre à bordeaux du mélange suivant :

Tanin à l'alcool............	20	grammes.
Glycérine..................	150	—
Alcool.....................	50	—
Vin de Banyuls............	800	—

Pour les enfants, on peut recommander les mêmes proportions d'un vin ainsi formulé :

Tanin à l'alcool............	5	grammes.
Glycérine..................	50	—
Vin........................	1	litre.

(*A suivre.*)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(12 janvier 1900)

M. le docteur Thoinot rapporte, en son nom et au nom du docteur Girot (de Tilliers-sur-Avre), une observation d'**œdème malin (charbonneux) des paupières avec guérison spontanée**. C'est là un fait singulièrement rare qui mérite d'être rapporté avec quelques détails, tel enfin que M. Thoinot l'a lui-même résumé. Un berger est piqué près de la commissure externe des paupières de l'œil droit, il ressent immédiatement une vive douleur, puis un œdème apparaît qui oblige le malade à consulter le docteur Girot deux jours après l'accident.

A ce moment on pouvait constater un œdème considérable siégeant sur les deux paupières et sur la joue droite. L'état général était bon, la température axillaire était de 37°5, le pouls était à 70. On ne pensa pas à l'existence de l'œdème malin. Cependant les symptômes s'aggravèrent, l'œdème augmenta, les ganglions se tuméfièrent et le troisième jour après la piqûre, des vésicules se semèrent sur la paupière supérieure et autour du point cautérisé et une plaque d'escarre se forma dans toute sa netteté.

Les jours suivants, l'état parut désespéré, les phénomènes locaux s'étendirent ; en même temps la fièvre s'accrut. Puis, contre toute attente, l'affection rétrograda ; le huitième jour de la maladie la fièvre tomba, puis l'œdème rétrocéda, enfin l'escarre se détacha. La guérison est complète.

Il faut attirer l'attention sur les trois points suivants :

1° Sur la rareté de l'œdème malin, surtout actuellement où le charbon devient plus rare en France;

2° Sur la difficulté d'un diagnostic précoce;

3° Sur les recherches bactériologiques auxquelles elle a donné lieu. Six cobayes ont été inoculés en vain avec de la sérosité de l'œdème, mais cet échec ne signifie rien contre le diagnostic. Maunoury a constaté que la sérosité de la pustule maligne inoculée à des brebis ou à des lapins peut ne donner aucun résultat, tandis que l'insertion sous la peau de ces animaux de l'escarre entière donne presque infailliblement le charbon.

M. Renaut présente un homme atteint de **syphilide pigmentaire**. Ce fait est intéressant parce qu'au lieu d'occuper seulement le cou, la syphilide a envahi encore le dos, la région lombaire et même un peu la région abdominale.

M. Toulouse communique les résultats heureux qu'il a obtenus dans le **traitement des épileptiques par les bromures alcalins et l'alimentation pauvre en chlorures**.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'Internat. — *Pathologie* (séance du 12 janvier) : MM. Latron, Mercadé et Sudaka, 12; Monier et Quillon, 11; Hervoit, 10; Rostaine et Taguet, 9; Thaon, 7; Osty, 4.

Séance du 13 janvier :

MM. Regnard, 13; Bauer, 12; Laffitte, 11; Remoussenard, 10; Pamard, 9; Dobrowitch, 7.

Prochaine séance, mardi 16, à quatre heures trois quarts, à l'Administration centrale.

Erratum. — Dans le n° 5, page 48, Société de neurologie, au lieu de MM. Marie et Crouzon montrent un ramollissement du *cuneus droit* qui a provoqué une *hémiplégie latérale* droite, lire : un ramollissement du *cuneus gauche*, lié à une *hémiopie droite*.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — CORRESPONDANCE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LEÇONS DE BACTÉRIOLOGIE PRATIQUE (X). Bacille de la tuberculose (bacille de Koch), par M. le docteur LESNÉ. — REVUE DE LA PRESSE. *Chirurgie :* L'alcool saponifié pour la désinfection des mains en chirurgie ; — *Maladies de l'enfance :* Leucocytose dans la coqueluche ; — *Thérapeutique :* Les lavements de gélatine dans le mélæna des nouveau-nés : — Traitement de la constipation chez les enfants. — LA MÉDECINE AU THÉATRE. Théâtre-Antoine : *En Paix*, drame en 5 actes et 6 tableaux, de M. L. BRUYERRE. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 17 janvier 1900.

Nous venons de recevoir la lettre suivante :

« Paris, le 16 janvier 1900.

Monsieur le Directeur,

Vous voulez bien nous adresser des éloges pour un acte qui, en d'autres temps, eût paru tout à fait simple et naturel, strictement conforme aux traditions d'indépendance et de tolérance qui sont l'honneur de notre corporation.

En vous remerciant au nom de mes collègues et au mien, je dois vous déclarer et je vous prie de faire savoir que la solidarité n'existe pas seulement parmi le petit groupe des démissionnaires.

Dans le quartier de la Plaine-Monceau, il ne s'est pas trouvé encore un médecin pour prendre notre place ; on en signale un seul dans le quartier des Ternes.

D'après un journal local qui doit être bien informé, « le fonctionnement régulier du dispensaire B est assuré grâce au *dévouement* » de MM. X... et Y... (des Batignolles), Z... (des Ternes), W... (du VIIIe arrondissement) et L..., dont l'adresse exacte n'est pas spécifiée.

Voilà les faits, vous serez donc heureux d'apprendre que vous avez été certainement induit en erreur par les déclarations parues dans quelques journaux, sous prétexte de « rectifier les faits », en réalité pour déplacer la question et plaider les circonstances atténuantes.

Vous n'avez donc pas à déplorer ce qui, d'après votre juste appréciation, constitue « une tache qui ternit une belle page de l'histoire médicale parisienne ».

Veuillez agréer, avec tous nos remerciements, l'assurance de mes meilleurs sentiments confraternels.

Pour les médecins démissionnaires du dispensaire B.

Dr DUCOR. »

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(16 JANVIER 1900)

Dans la séance du 25 juillet dernier, M. Champetier de Ribes, en son nom et au nom de M. Varnier, présentait à l'Académie un travail important, avec planches, relatif à **l'insertion vicieuse du placenta.** M. Pinard, chargé d'un rapport sur ce travail, en a donné lecture en résumant l'observation qui en a fait l'objet. Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-sept ans qui fut amenée à la maternité de l'hôpital Tenon, exsangue, mourante par suite d'une hémorragie. Cette femme ayant succombé, M. Champetier de Ribes a fait pratiquer la congélation de l'utérus en place avec son fœtus. On a pu dès lors étudier exactement les dispositions résultant de l'insertion vicieuse du placenta, le rôle des membranes dans la production de l'hémorragie. A l'examen de cette pièce d'un haut intérêt, les auteurs ont pu se rendre compte que le placenta n'était prævia que par une languette de trois centimètres ; mais cette languette étant la partie la plus développée du placenta, on comprend facilement que l'hémorragie ait été mortelle.

M. François Franck a fait avec M. Mendelshon une série de recherches sur **l'électrisation cranienne et l'électrisation cérébrale.** Il résulte de ces recherches que les courants galvaniques, appliqués à la surface externe du crâne, agissent sur la circulation du cerveau. Voici, du reste, les conclusions de M. Franck :

Ces courants modifient la circulation intracranienne par leur influence sur les vaso-moteurs cérébraux. Si, sur des crânes intacts d'animaux, on applique un courant galvanique de 6 à 10 milliampères, on constate que les vaisseaux se relâchent, après le passage du courant, qui a donc une force suffisante pour agir sur la circulation à travers le crâne. Ces courants peuvent occasionner des troubles fonctionnels ; il faut se garder, par exemple, de les appliquer à des épileptiques. Ces troubles sont connus en clinique : ce sont le vertige, pouvant aller jusqu'à la syncope, et les vomissements ; on peut les expliquer par l'anémie cérébrale intense produite par le spasme des vaisseaux.

LEÇONS DE BACTÉRIOLOGIE PRATIQUE (1)

Par le docteur LESNÉ,
Interne médaille d'or des hôpitaux de Paris.

X

BACILLE DE LA TUBERCULOSE [BACILLE DE KOCH (2)]. — Villemin découvrit l'inoculabilité du tubercule et basa sur cette propriété sa théorie de la contagiosité de la tuberculose. Cette

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1138, 1194, 1225, 1254, 1284, 1314, 1349, 1378 ; 1900, p. 5.

(2) Nous ne nous occuperons ici que du bacille de la tuberculose humaine, et n'étudierons pas les pseudo-tuberculoses relevant d'autres bactéries.

théorie fut confirmée par la découverte du bacille par Robert Koch en 1882.

Morphologie. — Dans les crachats de tuberculeux, ce microbe se présente sous forme d'un bâtonnet long de 2 à 6 μ, large de 0,3 μ en moyenne, légèrement incurvé suivant son grand axe. Après coloration, le protoplasma comprend des zones alternativement claires et foncées, prises à tort pour des spores, de même que les renflements ou prolongements que portent dans les vieilles cultures les extrémités bacillaires, et qui ne sont que des formes d'involution. Il doit y avoir des spores, mais elles ne sont pas connues. Dans les crachats les bacilles sont isolés ou réunis par deux en accent circonflexe ou en amas irréguliers; dans les tubercules ils sont en traînées comme dans les cultures. Ils sont *immobiles.*

Coloration. — *Se décolore par le Gram*, à moins qu'on n'ait laissé longtemps agir la matière colorante. A la coloration simple des crachats, il est difficile de différencier des autres variétés microbiennes les bacilles tuberculeux; la méthode de coloration repose sur un principe analogue à celui indiqué pour les spores. Lorsqu'ils ont été colorés, les bacilles conservent leur coloration même quand on les traite par les solutions concentrées d'acides minéraux alors que toutes les autres parties de la préparation avec les microbes qu'elle renferme se décolorent. On peut ensuite recolorer avec une couleur d'aniline en solution aqueuse, d'un ton différent, les noyaux et les autres microbes. Le bacille de la lèpre est le seul qui possède les mêmes propriétés de coloration.

Examen des crachats. — Prélever à l'aide de l'anse de platine une parcelle de crachat de consistance solide et l'étaler sur une lamelle. Une seconde lamelle appliquée sur la première peut servir à étendre la masse en les frottant l'une contre l'autre. Sécher à l'air, passer trois fois à la flamme, le côté non enduit étant tourné du côté de la flamme, puis colorer.

1° *Méthode de Ziehl-Neelsen.* — La préparation est placée dans une capsule dans laquelle on a versé quelques centimètres cubes de la solution de Ziehl, la partie enduite reposant sur la surface du liquide, et l'on chauffe jusqu'à ce qu'il se produise un commencement d'ébullition, deux ou trois fois.

Lavage à l'eau.

Laisser quelques minutes dans l'acide nitrique ou sulfurique dilué au tiers.

Lavage à l'eau.

La lamelle doit être incolore ou lilas.

2° *Méthode de Kühne-Borrel.* — Colorer à chaud comme précédemment.

Décolorer par le chlorhydrate d'aniline à 2 p. 100 pendant quelques secondes puis par l'alcool et lavage à l'eau.

3° *Méthode d'Ehrlich.* — Laisser colorer à chaud une demi-heure dans le liquide d'Erlich.

Solution alcoolique suturée de fuschine.................	1 cent. cube.
Eau d'aniline..............	10 —

Décolorer par l'acide nitrique au tiers comme par la méthode de Ziehl.

Quel que soit le mode de coloration employé, on peut examiner directement, ou mieux *recolorer le fond* et les microbes autres que le bacille de Koch avec une solution aqueuse de bleu de méthyle, puis monter dans l'eau ou dans le baume après avoir séché.

Un procédé très recommandable en pratique, très rapide, consiste, après l'action du Ziehl, à employer le bleu de Gabbet qui en une minute décolore et colore en contraste, il est composé de :

Bleu de méthyle............	2 grammes.
Acide sulfurique à 25 p. 100..	100 —

Ces divers moyens de coloration sont applicables à la recherche des bacilles tuberculeux dans les liquides pathologiques : pus, sérosité, urines; on doit rechercher les bacilles dans le dépôt après centrifugation. Ces mêmes procédés servent aussi à l'examen des selles d'entérite tuberculeuse, des selles et du suc gastrique de jeunes enfants tuberculeux n'expectorant pas.

Si l'examen porte sur des coupes d'organes, elles doivent être aussi minces que possible, et séjourner dans le bain colorant pendant quelques heures à l'étuve à 40 ou 50 degrés.

Cultures. — Aéorobie. Pousse bien de 37 à 39 degrés, cesse de pousser à 42 degrés et à 12 degrés, la congélation ne le tue pas.

Il faut ensemencer largement avec les organes tuberculeux d'un animal inoculé, et mettre à l'étuve à 39 degrés.

Sur *sérum de sang de bœuf*, on aperçoit après huit à dix jours de petits grains d'un blanc mat, de consistance ferme, difficiles à étaler. Vues à un faible grossissement, les colonies sont constituées par des lignes contournées en arabesques, et à un fort grossissement après coloration de Ziehl, ces arabesques sont exclusivement formées de bacilles disposés en ordre parallèlement à leur grand axe.

Les réensemencemsents après une première culture fournissent des colonies plus abondantes.

Nocard et Roux ont montré l'avantage des milieux glycérinés à 6 à 8 p. 100; les cultures dégagent alors une odeur forte de pomme reinette.

Sur *sérum et gélose glycérinés*, au bout de trois ou six générations les colonies en douze à vingt jours sont sèches, écailleuses, verruqueuses, d'un blanc terne, difficiles à écraser ou à diluer.

Sur *pomme de terre* additionnée d'eau glycérinée à 5 p. 100 (Pawlowsky), culture sèche, verruqueuse, jaunâtre.

Le *bouillon glycériné* ensemencé en surface dans un ballon à fond plat fournit en deux à trois semaines une membrane continue, épaisse, blanche, rugueuse, sèche, ridée, remontant à une certaine hauteur sur les parois du ballon.

Les *milieux ensanglantés* (Bezançon et Griffon) sont très sensibles et donnent des cultures après ensemencement minime (liquide de pleurésie, liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire).

Dans les liquides pathologiques en dehors de l'organisme, le bacille continue à végéter; il est donc utile de conserver les urines pendant quelques jours avant d'en examiner le dépôt.

Il en est de même pour les crachats tuberculeux, aussi l'abondance des bacilles n'a de valeur au point de vue du pronostic d'une tuberculose pulmonaire que si l'examen porte sur des crachats frais.

Biologie. — C'est un bacille rigoureusement parasite, et vu la température qu'exige son développement, il ne se multiplie ni dans le sol ni dans l'eau. Il résiste à la dessiccation (persistance de virulence après plusieurs mois de dessiccation). Le suc gastrique et le suc intestinal ne détruisent ni sa vitalité, ni sa virulence.

Perte de la virulence par action pendant une minute de

la chaleur humide à 70 degrés; cette virulence s'affaiblit sans s'éteindre après exposition pendant plusieurs heures à 100 degrés.

Les rayons solaires directs arrêtent rapidement la végétabilité.

Très sensible à l'action de certains antiseptiques (sels d'or).

Longévité notable dans les milieux de culture (neuf mois pour Courmont et Nicolas).

L'agglutination des bacilles par le sang et les humeurs des tuberculeux (Arloing et Courmont) est d'une technique délicate et donne, d'autre part, des résultats souvent inconstants.

Inoculation. — L'inoculation sous-cutanée ou intra-péritonéale d'une culture produit chez le cobaye une tuberculose généralisée qui tue l'animal en un temps variable de six semaines à six mois, suivant la virulence. L'inoculation de produits tuberculeux amène les mêmes effets, et cette technique peut être d'un grand secours dans les cas où les bacilles sont trop peu nombreux pour être révélés par l'examen bactériologique (liquide pleurétique, hydarthrose, etc.). Il en est de même pour les crachats, mais avant l'inoculation intra-péritonéale il est utile de les laver plusieurs fois à l'eau distillée pour éviter la péritonite aiguë par infection secondaire. Au cas où les produits inoculés contiennent du bacille de Koch, l'animal maigrit, on le sacrifie après trois semaines, et on trouve une tuberculose généralisée avec lésions prédominantes du foie et de la rate (type Villemin). Les ganglions de la région sont envahis les premiers lorsque, l'inoculation a été sous-cutanée. Si la culture employée était très virulente, l'animal meurt rapidement avec une grosse rate, sans lésions tuberculeuses macroscopiques (type Yersin).

L'inoculation de cultures mortes produit au point d'inoculation une lésion tuberculeuse localisée, et en général un foyer purulent.

Les oiseaux, les poules en particulier prennent très mal la tuberculose humaine, et d'autre part il existe chez les gallinacés une tuberculose à laquelle le cobaye est moins sensible. La *tuberculose aviaire* présente quelques caractères différentiels (culture grasse sur milieux solides, avec formes bacillaires longues, trouble le bouillon glycériné en huit jours, pousse à 43 degrés). Straus et Gamaléia voulurent en faire une espèce distincte. Cadiot, Gilbert et Roger considèrent les deux bacilles comme deux variétés d'une même espèce; le bacille tuberculeux aviaire ne serait qu'une variété adaptée du bacille de Koch.

Nous ne parlerons pas ici des variétés de tuberculose des mammifères et de la tuberculose des animaux à sang froid.

Bacille tuberculeux en pathologie. — Les poussières, l'eau, le lait et la viande d'animaux tuberculeux sont des agents de transmission du bacille, les mouches, les parasites favorisent sa dissémination. Sa résistance aux agents physiques explique la facilité de la contagion.

Le bacille pénètre dans l'économie par inhalation, par ingestion ou par effraction cutanée et produit les lésions de tuberculose aiguë ou chronique, généralisée ou localisée. La résistance du sujet, les infections secondaires jouent un rôle important dans l'évolution de la maladie. La question de l'hérédité de la tuberculose a été très discutée; les faits de transmission directe de la mère au fœtus sont exceptionnels, on admet la transmission héréditaire de la prédisposition et surtout la contagion familiale. Le bacille de Koch n'est jamais saprophyte, ce n'est qu'accidentellement qu'on le trouve dans le nez ou dans la bouche d'individus vivant dans des salles de tuberculeux.

Les lésions de la tuberculose humaine et celles de la tuberculose expérimentale sont identiques; l'élément spécifique est le *follicule tuberculeux* (cellule géante, cellules épithélioïdes, cellules embryonnaires, bacilles dans la cellule géante et au milieu des cellules épithélioïdes); la réunion des follicules compose une granulation (1).

Le pus tuberculeux est fluide, séro-purulent, mal lié, et présente souvent des gouttelettes huileuses (pleurésie purulente, abcès par congestion).

Toxines. — Le bacille de Koch fabrique des substances solubles qu'il abandonne dans les bouillons de culture. La *tuberculine* de Koch est une culture en bouillon glycériné réduite à 1/10 et filtrée pour éliminer les bacilles. Plus tard, Koch, traitant la tuberculine avec de l'alcool à 60 p. 100, obtint un précipité blanchâtre, la *tuberculine purifiée*, beaucoup plus active que la tuberculine brute.

L'injection de quelques milligrammes de tuberculine, qui, chez l'homme sain, ne donne qu'un peu d'abattement et une légère élévation de température, produit chez le tuberculeux une réaction locale et générale intense, température de 40 à 41 degrés et réaction locale au niveau des foyers de tuberculose externe (lupus, adénites, tuberculose osseuse). Cette poussée du côté des foyers tuberculeux prédispose à la généralisation et les dangers de ce procédé de diagnostic le condamnent en pathologie humaine. Il est, en revanche, d'un emploi courant en pathologie animale et sert à déceler la tuberculose du bœuf (Nocard). Quant aux résultats négatifs de la tuberculine en thérapeutique, ils ont été retentissants.

La méthode pasteurienne d'immunisation appliquée à la tuberculose (Grancher et Hipp. Martin), les essais de vaccination à l'aide de produits extraits des cultures, n'ont pas donné de résultats plus heureux, et le traitement spécifique de la maladie reste encore à trouver.

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

L'alcool saponifié pour la désinfection des mains en chirurgie, par M. Mikulicz. — Voulant associer l'action désinfectante du savon et de l'alcool, l'auteur a eu l'idée d'employer pour la désinfection des mains de l'« alcool saponifié », qui d'après la pharmacopée allemande contient 5 p.100 d'alcool, 28,4 p. 100 d'eau et 21,6 p. 100 de potasse et d'huile d'olive.

Les recherches faites sur le pouvoir bactéricide de cette substance vis-à-vis de cultures virulentes de staphylocoques et de bacille pyocyanique, ont montré que ce pouvoir était dix fois supérieur à celui du sublimé.

M. Mikulicz a adopté définitivement pour la désinfection des mains, l'alcool saponifié avec lequel on se brosse mains et ongles pendant cinq minutes; puis on s'essuie avec des compresses stérilisées.

Le seul inconvénient est que les mains restent un peu glissantes. L'alcool saponifié est d'ailleurs inodore, non irritant, et très bon marché. (*Deutsche med. Woch.*, 1899, n° 24.)

L. G.

(1) Le follicule des pseudo-tuberculoses microbiennes ou anaérobiennes a la même structure; l'examen bactériologique et les inoculations ont donc une réelle importance.

MALADIES DE L'ENFANCE

Leucocytose dans la coqueluche. — Cima, dans une série d'observations, a étudié l'état du sang dans la coqueluche. Il a constaté qu'il existe de l'hyperleucocytose chez les enfants présentant une coqueluche non compliquée. Les leucocytes atteignent le triple du taux normal et leur nombre s'accroît pendant la période d'état pour diminuer au déclin de la maladie.

Sans pouvoir attribuer à sa véritable cause l'augmentation du nombre des leucocytes, il pense qu'un certain degré d'inflammation dans l'appareil lymphatique trachéo-bronchique peut avoir sa part dans l'étiologie de cette leucocytose. Dans les cas douteux de coqueluche, chez des enfants en apparence bien portants, l'examen du sang donnerait, selon toute probabilité, un renseignement de grande valeur. En effet, si l'on parvenait à faire le diagnostic avant que la toux n'ait revêtu ses caractères spéciaux, on pourrait, de bonne heure, conjurer quelques-uns des dangers de l'affection. (*Pediatria*, n° 9, 1899.) A. H.

THÉRAPEUTIQUE

Les lavements de gélatine dans le mélæna des nouveau-nés. — Cette nouvelle utilisation des propriétés hémostatiques de la gélatine a été faite dans les circonstances suivantes. M. Guttmann fut appelé auprès d'un enfant nouveau-né âgé de trente-six heures, qui baignait littéralement dans son sang. Un examen rapide permit de constater que le sang venait du rectum, et comme le sang était rutilant, on pouvait supposer que la source de l'hémorragie n'était pas haut située.

N'osant pas avoir recours à la glace chez un enfant aussi jeune, et connaissant l'inefficacité des moyens classiques préconisés en pareil cas, M. Guttmann envoya chercher trois feuilles de gélatine, les fit dissoudre dans un quart de litre d'eau chaude. La moitié de la solution fut administrée sous forme de lavement, et l'autre moitié donnée par cuillerées à café, par la voie stomacale.

L'effet de cette médication ne se fit pas attendre : l'enfant eut encore une selle sanglante, mais, dès le lendemain, les matières fécales prirent un aspect normal; l'hémorragie ne se produisit plus et l'enfant guérit. (*Presse méd. belge*, 14 janvier 1900.)

Traitement de la constipation chez les enfants. — Un bon moyen de combattre la constipation chez les enfants est de donner une décoction faite avec des pruneaux, et deux à trois grammes de follicule de séné ou en associant le séné à la manne. M. Sevestre prescrit la préparation suivante :

Eau bouillante	200	grammes.
Manne en larmes	30	—
Follicules de séné	4	—
Poudre de café torréfié	10	—

Passez et faites prendre dans la journée.

LA MÉDECINE AU THÉATRE

Théâtre-Antoine. — **En Paix**, drame en 5 actes et 6 tableaux, de M. L. Bruyerre.

Je me suis laissé dire que M. Antoine avait, depuis longtemps, en portefeuille, le drame qu'il vient seulement de représenter ces jours derniers; je m'explique aujourd'hui ses hésitations.

Non que le drame ne soit bien charpenté, qu'il ne soit poignant à souhait, qu'il ne fasse courir chez les « âmes sensibles » le petit frisson, que les friands et friandes d'émotions vont chercher au théâtre. La pièce de M. L. Bruyerre a ce mérite incontestable d'être d'une saisissante, d'une aveuglante clarté. L'auteur a eu l'adresse de côtoyer l'horrible sans y verser. A part la scène du troisième acte, où défilent sous nos yeux une collection de fous ou plutôt de demi-fous assez attristante, on sent qu'il s'est efforcé de ménager les nerfs trop vibrants et qu'il n'a pas voulu troubler nos nuits par le hideux cauchemar. Grâces lui en soient rendues!

Dirons-nous qu'il ait été bien inspiré en transportant sur les planches, et d'une façon aussi brutale, — car l'action est violemment dessinée, — un des problèmes les plus angoissants, mais aussi les plus difficultueux qui s'imposent aux méditations des hommes de science et des sociologues? Est-ce bien devant la foule ignorante et agitée de passions diverses que ces sortes de questions doivent être traitées? Je ne veux pas supposer que l'auteur ait escompté un succès facile; il serait de trop mauvais aloi pour qu'il eût à s'en vanter. Je lui suppose des visées plus hautes, et ce qui donne quelque crédit à cette hypothèse, c'est que le drame a été présenté à M. Antoine plutôt qu'au directeur de l'Ambigu ou de tout autre théâtre de mélodrame.

C'est, comme on dit, une *pièce à thèse* que l'auteur de *En Paix* a entendu composer; ce n'est pas notre sensibilité seule qu'il a cherché à émouvoir, c'est aussi notre esprit qu'il a tenu à suggestionner.

Il faut lui rendre cette justice qu'il a dédaigné tout artifice, qu'il n'a mis dans la bouche d'aucun de ses personnages ces tirades vides et déclamatoires qu'un tel sujet pouvait à la rigueur comporter.

Le scénario, des plus simples, peut être indiqué en traits rapides.

Le rideau s'ouvre sur un intérieur d'homme d'affaires. Un bureau, peuplé d'employés. Le patron, Varambaut, est parti en voyage pour six mois. On l'attend dans quelques jours. En l'absence du maître, tout va à la dérive, d'autant qu'il est remplacé par son gendre, un garçon qui passe son temps anx courses et mène la grande vie.

Voilà que Varambaut revient inopinément. Tous ses livres sont en désordre; le courrier n'a pas été ouvert depuis plusieurs jours; les réclamations des clients pleuvent de tous côtés. C'est le gâchis!

Mais il y a pire : Varambaut vient d'acquérir la preuve qu'il a été indignement volé, et que le voleur n'est autre que son gendre, Raoul, qui a extorqué la forte somme à la caisse beau-paternelle.

Scène terrible entre le gendre et le beau-père. Expulsion, par un procédé plutôt vif, d'un garçon qui volait aussi le patron, à l'instar de monsieur son gendre. Varambaut, au comble de l'exaspération, chasse tout le monde en faisant claquer les portes.

A cette crise d'exaltation furieuse devait logiquement succéder une période de dépression. Nous retrouvons Varambaut, au deuxième acte, chez le docteur Mériel : le docteur Mériel est le père du jeune écervelé qu'on nomme Raoul.

Un homme d'affaires, qui assiste les Mériel de ses conseils, émet l'avis de faire déclarer que Varambaut est atteint de folie.

En sa qualité de médecin, le docteur Mériel connaît la marche à suivre : il n'y a qu'à se procurer un certificat revêtu de deux signatures doctorales pour faire enfermer l'homme de la raison la plus solide. Une consultation a lieu entre le médecin de Varambaut, un débutant, un « petit médecin de quartier », et un aliéniste de renom, qui dirige une maison de santé, le docteur Collas.

Malgré l'opposition, qui s'est à la fin laissé vaincre, d'une de ses filles, Varambaut est amené, sous couleur de villégiature, dans l'établissement du docteur Collas.

Soumis au régime de la maison, il ne tardera pas à en ressentir les effets.

Comment n'arriverait-il pas à douter même de ceux qui lui ont témoigné le plus de sympathie? Sa fille aînée, son

frère, s'emploient à le faire sortir de cette géhenne : on le laisse dans l'ignorance de leurs efforts. Il leur écrit : sa correspondance est interceptée. N'en recevant pas de réponse, il s'imagine aisément que tout le monde l'abandonne. Le délire de la persécution commence à poindre.

Le personnel de la maison de santé l'entretient naturellement dans ces sentiments de haine et de révolte contre les siens.

Cependant les démarches de ceux qui s'intéressent au sort du séquestré vont aboutir. Deux magistrats, commis pour faire une enquête sur l'état mental de Varambaut, se présentent, munis de leur mandat, chez le docteur Collas.

Après bien des tergiversations, celui-ci les fait conduire auprès de son pensionnaire, non sans les avoir prévenus au préalable du péril qu'ils courent en approchant un fou furieux. Varambaut, leur dit-il, est un aliéné dangereux, et, en plus, un érotomane, qui passe son temps à dessiner des images obscènes.

Nous voici, à la suite des experts, dans la cellule de Varambaut. A toutes les questions qui lui sont posées, le fou, que nous n'oserions plus qualifier de fou imaginaire après toutes les manœuvres qu'il a dû subir, le fou, disons-nous, fait des réponses fort calmes, mais il se refuse à donner un renseignement précis. Il demande qu'on le laisse *en paix*.

Comme suprême argument, un des juges lui souffle quelques mots à l'oreille; sans doute lui chuchote-t-il quelque infamie, car on voit Varambaut se précipiter sur lui et le saisir à la gorge. Le personnel du docteur Collas accourt et parvient, non sans difficulté, à ligotter le dément et à le revêtir de la camisole de force.

Cette fois, Varambaut est fou irrémédiablement...

Nous ne voudrions pas être accusé de prévention, mais la vérité nous oblige à confesser que le public a paru médiocrement intéressé par cette vision de cabanon. Il n'a pas même souligné par des protestations indignées le rôle odieux, joué avec une outrance voulue, par M. Gémier, qui personnifiait le docteur Collas. Il a, par contre, marqué, par des applaudissements répétés, combien il rendait hommage au grand talent de M. Antoine, qui a su faire de Varambaut une création vraiment personnelle, très originale, très nuancée.

Les autres rôles sont honorablement tenus, et dans son ensemble l'interprétation est assez harmonique; c'est tout ce qu'il convient d'en dire.

En dépit de ces éloges, surprendrons-nous nos lecteurs en pronostiquant que la pièce ne tiendra pas longtemps l'affiche? Nous en avons dit plus haut le motif : c'est que le sujet n'est pas de ceux qu'on met à la scène. Nous ne lui connaissons, pour notre part, qu'un précédent, et il date d'assez loin. M. Hector Malot fit représenter, il y a quelques années, au théâtre du Gymnase, une pièce tirée d'un de ses romans, le *Beau-Frère*. Il s'y élevait avec force contre ces prétendues bastilles, qu'on nomme les maisons de santé, reprenant toutes les accusations qu'une presse, hostile de parti pris, élevait contre la fameuse loi de 1838, dont nos confrères connaissent les prescriptions.

Détail qui n'est pas inutile à noter : M. Malot avait si peu conscience de son rôle de réformateur, qu'invité par la commission d'enquête sur la loi précitée à venir, en même temps que Francisque Sarcey, soumettre ses observations et ses réflexions, il se dérobait, laissant échapper une occasion unique d'exposer ses griefs devant des juges vraiment compétents.

M. Bruyerre n'a donc même pas le mérite d'être un novateur, mais il a encouru un reproche plus grave : ce que M. Malot avait pu à la rigueur observer et nous peindre *de visu*, M. Bruyerre ne l'a point eu sous les yeux. Son drame est un anachronisme.

Nous n'aurons garde de relever les erreurs techniques; ceci est affaire aux spécialistes des affections mentales. Mais ce que nous serons bien autorisé à dire, c'est qu'il n'est pas exact qu'il y ait actuellement des Collas dans notre monde.

Qu'il y ait eu depuis un demi-siècle des cas de séquestration arbitraire, nous ne le nierons pas; mais ils se peuvent compter et il y a bien des années que les gazettes n'en ont signalé. Et c'est parce que le public n'ignore pas que tout se passe maintenant à ciel ouvert, qu'il ne s'en laisse pas aisément imposer. S'il est entraîné par curiosité à aller voir la pièce de M. Bruyerre, tenez pour certain qu'il sortira de la représentation peut-être écœuré, à coup sûr non convaincu.

Est-ce bien le but que poursuivait l'auteur?

Dr CABANÈS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 22 AU 27 JANVIER 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 22 JANVIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Ch. Richet, Rémy et Broca (André).

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Jalaguier, Lejars et Lepage; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Tuffier et Legueu; — (2e série) : MM. Delens, Delbet et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Brissaud, Déjérine et Teissier; — M. Broca (Aug.), suppléant.

MARDI 23 JANVIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Mathias-Duval, Hanriot et Langlois.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Le Dentu, Budin et Quénu; — M. Weiss, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Albarran et Thiéry; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Ménétrier et Vaquez; — (2e série) : MM. Cornil, Proust et Charrin; — M. Dupré, suppléant.

MERCREDI 24 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Lannelongue, Kirmisson et Poirier.

2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Ch. Richet, Heim et André.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 1* : MM Pinard, Lejars et Sébileau; — M. Desgrez, suppléant.

JEUDI 25 JANVIER à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Poirer et Faure.

2e (2e partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Mathias-Duval, Gley et Charrin.

3e (oral, 1re partie), *Petit amphithéâtre* : MM. Budin, Brun et Hartmann.

3e (2e partie), *Faculté, salle n° 2* (1re série) : MM. Dieulafoy, Widal et Teissier; — (2e série) : *Faculté, salle n° 3* : MM. Debove, Hutinel et Thoinot.

4e *Faculté, salle n° 4* : MM. Proust, Thiroloix et André; — M. Wurtz, suppléant.

VENDREDI 26 JANVIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Broca (André), Retterer et Gley.

4e, *Petit amphithéâtre* : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz; — M. Méry, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Jalaguier, Delbet et Walther; — (2e série) : MM. Delens, Kirmisson et Broca (Aug.); — (2e partie) : MM. Potain, Brissaud et Widal; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 27 JANVIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Gautier, Mathias-Duval et Retterer; — M. Chassevant, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Roger et Marfan; — (2e série) : MM. Chantemesse, Letulle et Achard; — M. Brun, suppléant.

5e (2e partie) *Charité* (1re série) : MM. Debove, Thiroloix et Dupré; — (2e série) : MM. Joffroy, Ballet et Vaquez; — M. Ménétrie, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'Internat. — *Pathologie* (séance du 16 janvier) : MM. Dauzats et Rolin, 12; Devaux et Duclaux, 11; Lebhardt et Le Lorier, 10; Poupault, 8; Boudréaux, 7.

Concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris. — Ce concours s'ouvrira le lundi 26 mars 1900, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, 3.

Le registre d'inscription sera ouvert à l'Assistance publique, de midi à trois heures, du lundi 13 février au samedi 3 mars, à trois heures.

Création des ophtalmologistes des hôpitaux de Paris. — Il est créé pour être chargés exclusivement de la direction des services spéciaux d'ophtalmologie existant actuellement, ou à créer dans les hôpitaux, un ordre nouveau de praticiens qui prendront le titre d' « ophtalmologistes des hôpitaux ».

Ces praticiens seront nommés dans les mêmes formes que les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, à la suite d'un concours spécial.

Facultés de province. — *Montpellier.* — M. le ministre de l'Instruction publique vient de décorer M. le docteur Bertin-Sans, professeur d'hygiène à la faculté de Montpellier.

S'il est une nomination qui doive être bien accueillie de tous, c'est certainement celle de ce savant et consciencieux hygiéniste, de ce parfait honnête homme, dont la vie de haute intégrité lui a concilié la respectueuse affection de tous ceux qui l'ont approché.

En dehors d'importantes publications d'hygiène, on doit à M. Bertin-Sans la fondation d'un musée annexe de sa chaire. Il a pris en outre une part capitale d'initiateur dans la fondation de ce magnifique hôpital surburbain dont la construction a été le point de départ de la refonte complète qui a si profondément amélioré l'outillage scientifique de l'Université de Montpellier.

Les félicitations de tous iront au nouveau légionnaire dont le nom demeurera inscrit de longues années encore dans la liste des membres actifs de la faculté de médecine. L. I.

Distinctions honorifiques. — Par arrêté, en date du 6 janvier 1900, ont été nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. Caux, agrégé près la faculté de médecine de Lyon.

Officiers d'Académie. — MM. Bordier, Boyer et Moreau, agrégés près la faculté de médecine de l'Université de Lyon.

La loi sur les accidents et les médecins. — Le comité consultatif des assurances contre les accidents du travail a été consulté par le ministre du commerce sur diverses questions relatives à l'interprétation de la loi du 9 avril 1898. Nous relevons l'avis ci-après sur les frais du médecin ;

1° Les dispositions sur la gratuité ne paraissent point opposables aux médecins appelés à délivrer des certificats :

2° Un « certificat de médecin » devant être joint à la déclaration d'accident, le chef d'entreprise se trouve astreint à cette production complémentaire, aussi bien qu'à la déclaration elle-même; il est donc tenu de se procurer à ses frais le certificat médical; il en est de même de la victime de l'accident et de ses représentants si, usant de la faculté réservée par la loi, ils prennent l'initiative de la déclaration d'accident ;

3° Le juge de paix pouvant « désigner un médecin pour examiner le blessé », les honoraires de ce médecin doivent être admis en taxe, d'après les tarifs civils, comme en toute autre matière judiciaire ;

Enfin, en ce qui concerne les « frais médicaux » devant être « supportés » par le chef d'entreprise, le médecin traitant a le droit de répéter ses honoraires d'après les conventions ou l'usage, sous la seule réserve de l'application par justice du tarif de l'assistance médicale gratuite, au cas où il a été directement appelé par la victime de l'accident.

Assurance médicale mutuelle. — M. L. Bélières, vice-président de la Société du IXe arrondissement de Paris, vient de prendre l'initiative d'un projet très intéressant.

Il s'agit de fonder une société d'assurance mutuelle sans frais généraux, sans bureaux, sans actionnaires, sans limite d'âge, sans examen préalable.

Cette société, idéale par sa simplicité, fonctionnerait de la façon suivante :

Chaque fois qu'il surviendra un décès parmi les membres de la Société du IXe arrondissement, tous ses membres s'engagent à payer une somme de *cinq francs* qui sera versée de suite, non à titre de secours, mais comme une dette, à la famille du sociétaire décédé, quelle que soit la situation de fortune. La famille restant libre de rendre la somme à la Société qui décidera de son emploi.

Pour la Société qui compte 220 membres, il s'agirait donc d'une somme de 1 100 francs. Or, les statistiques montrent que la moyenne des versements annuels ne dépassera pas 15 francs.

Si on se rend compte que les compagnies d'assurances exigent 38 fr. 34 pour assurer une somme de 1 000 francs à quarante-cinq ans, on verra combien le projet de M. Bélières peut être utile. Toutes les sociétés médicales feront bien de l'étudier.

L'assistance médicale gratuite et les syndicats de médecins. — Des démarches sont faites en ce moment au ministère de l'intérieur par un délégué de l'Union des syndicats médicaux de France, au sujet d'un conflit qui s'est élevé entre le conseil général d'Ille-et-Vilaine et les médecins de ce département. Le conseil général émet la prétention d'indemniser les médecins de l'assistance gratuite au moyen du système *à l'abonnement.* C'est-à-dire en donnant une somme de 1 franc par malade et par an, quelle que soit la distance, quel que soit le nombre des visites! Quand il y a fourniture de médicaments, l'indemnité est élevée à 1 fr. 50 !

Les médecins d'Ille-et-Vilaine réclament le système de paiement *à la visite*, avec indemnité kilométrique, qui leur paraît, avec raison, plus juste et plus compatible avec la dignité professionnelle.

Il y aurait un joli chapitre à faire sur l'exploitation du médecin. Le *Bulletin médical* ne citait-il pas récemment l'aventure d'un confrère qui toucha d'une société de secours mutuels, la somme de *soixante centimes* pour un accouchement fait de nuit !

Cours d'ophtalmoscopie. — Le docteur F. Despagnet commencera à sa clinique, 60, rue Saint-André-des-Arts, un cours d'ophtalmoscopie, le lundi 22 janvier à deux heures et demie, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

L'influenza à Londres. — L'épidémie fait de grands ravages à Londres où elle a causé 316 décès la semaine dernière. Si on y ajoute 1221 décès dus à la broncho-pneumonie, on se fera une idée de la violence de l'épidémie.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de MM. les docteurs Charles Cassin (d'Avignon); Chambard, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise); Gensollen (de Solliès-pont); Marcus, médecin-major de deuxième classe à l'École du service de santé à Lyon; Nérat (de Paris); Vacher (de Lyon); Jean Brion, médecin en chef de la marine en retraite.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 8. — SAMEDI 20 JANVIER 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 20 JANVIER 1900. — N° 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les associations d'images verbales et l'aphasie chez les enfants, par M. Fernand BERNHEIM, interne des hôpitaux de Paris. — COLOMBOPHILIE MÉDICALE, par M. le docteur KAPLAN (de Janville). — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Les associations d'images verbales et l'aphasie chez les enfants (1).

Par Fernand BERNHEIM, interne des hôpitaux.

L'aphasie chez l'enfant peut provenir d'une lésion du cerveau de cause externe, d'assez nombreuses observations en font foi.

Schlesinger : garçon de douze ans, reçoit, le 25 juillet 1869, des coups sur la tête suivis de plaies contuses du crâne. L'enfant reste six jours sans connaissance, le septième jour il reprend conscience ; il a retrouvé toute son intelligence, mais ne peut parler. Cette aphasie persiste malgré la cicatrisation de la plaie. Au début l'enfant ne pouvait prononcer que quelques mots inarticulés ; il ne pouvait répéter un mot qu'il venait de dire ; de même il ne pouvait écrire que peu de chose. Si on lui demandait son nom, il ne pouvait le dire, mais prouvait qu'il avait compris la demande, car sur une liste de noms, il reconnaissait le sien. Trois jours après, il était capable de nouveau de dire et écrire deux mots : *Adolf* et *deux*. Amélioration quotidienne. Un mois après son traumatisme l'enfant parlait de nouveau bien, il n'y avait que les consonnes initiales des mots qu'il ne pouvait prononcer, alors qu'il disait bien les voyelles initiales. C'est ainsi, par exemple, qu'au lieu de dire *ich war nicht dort* il disait : *ich ar icht ort*. Même particularité en écrivant.

Ullmann : garçon de huit ans, chute le 23 juillet 1866, suivie de perte absolue de connaissance, respiration lente et superficielle, grosse ecchymose sur le dos, épistaxis ; bientôt après fièvre élevée et sopor. Chute de la fièvre le 6 août avec retour de la conscience, mais il resta complètement aphasique. Il comprenait des questions, mais ne répondait ou n'exprimait ses désirs que par signes, il comptait sur ses doigts pour calculer. Le 24, il prononça pour la première fois *a*, *o*, *v*. Il apprit de nouveau à parler comme un enfant, mais lentement.

Duval : garçon de cinq ans, fit une chute sur le front qui occasionna une fracture du frontal. L'intelligence ne fut pas touchée, mais il ne put articuler un seul mot. A sa mort un an plus tard, on trouva un kyste de la grosseur d'une noix rempli de sérosité, dans la troisième circonvolution frontale gauche.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 41.

Lesur : fracture du frontal chez un enfant à la suite d'un coup. L'os fut trépané à un pouce et demi au-dessus de l'orbite gauche. La faculté de parler ne revint qu'après la trépanation au niveau du point de compression du cerveau.

Castagnon : une fillette reçut une blessure du pariétal gauche dans sa partie postérieure, le 14 août. Perte de connaissance jusqu'au 20. Celle-ci se dissipa peu à peu, mais l'aphasie persista tant que dura la cicatrisation de la blessure. Le 15 septembre la malade prononça de nouveau quelques mots, mais le langage ne revint pas en entier, la malade disait seulement : *mon cher Jésus*, *mon père*, *ma mère*.

Sydney Jones (1) : garçon de douze ans, eut, après avoir reçu un coup de pied de cheval, une fracture de l'arcade sourcilière. Il présenta alors une dilatation de la pupille gauche, du délire fébrile, de la contracture et plus tard de l'hémiplégie droite. Au début il répondait bien, puis la parole s'embarrassa et l'aphasie s'établit. Mort après phénomène de compression cérébrale douze jours après le traumatisme. L'autopsie montra une fracture de l'arcade zygomatique du temporal, de l'arcade sourcilière et de la branche orbitaire du maxillaire supérieur. La pie-mère qui recouvre l'hémisphère gauche est le siège d'une inflammation purulente sur toute son étendue et est adhérente au niveau de la troisième frontale. A ce niveau il existe, en pleine substance cérébrale, un abcès de la grosseur d'une noix.

B. Bibrach (2) vit une fille de huit ans qui, après un coup, eut une fracture dans la région temporale gauche avec enfoncement des os. Pas de manifestations paralytiques à la suite, mais aphasie. Après trépanation l'enfant put, les jours suivants, dire quelques mots, mais elle confondait encore les mots entre eux. Dix jours après, rétablissement complet de la parole. La lésion siégeait un peu en arrière de la zone du langage.

E. Martin (3) rapporte l'histoire d'un garçon de dix ans qui eut une plaie pénétrante de l'hémisphère gauche à la suite de l'introduction d'une barre de fer par l'orbite droit et qui présenta à la suite une hémiplégie droite avec aphasie. Bien qu'on eût libéré le siège de la fracture par l'orbite atteint, l'hémiplégie et l'aphasie restent d'abord stationnaires et ne s'améliorent réellement que peu à peu. Six mois après le traumatisme, la parole est presque normale. L'auteur croit que le morceau a effleuré le cerveau droit et a pénétré dans le cerveau gauche, où il a intéressé la capsule interne.

(1) Sydney JONES. *The Lancet*, 1874, t. II, n° 13.
(2) B. BIBRACH. *Arch. de méd.*, 1884.
(3) E. MARTIN. Allgem. ærtzlicher Verein in Köln. Sitzung von 24 ma 1897, *Deuts. med. Wochens.*, 1897, n° 23.

V. Heizen [de Mazagran] (1) a publié un cas d'aphasie chez un garçon sans antécédents héréditaires, qui, à l'âge de deux ans, ne pouvait prononcer que trois ou quatre mots, *papa*, *maman*, *manger*, *boire*. Il fit une chute sur la tête suivie de perte de connaissance à l'âge de cinq ans et eut une syncope profonde. Il lui fallut une dizaine de jours pour se rétablir, mais il n'eut ni paralysies, ni convulsions. L'enfant ne peut dire une phrase, mais il entend et comprend tout. Pour Heizen il s'agirait ici d'une lésion bilatérale du centre de Broca.

Von Rosenberger (2) vit un enfant de six ans qui, après un traumatisme, resta douze jours sans connaissance et vint, cinq semaines après, avec une aphasie complète à la clinique de Wurtzbourg. A l'examen on trouva trois abcès sur le pariétal droit (de 2 à 3 centimètres de long), bombants et pulsatiles; au voisinage des abcès le crâne est déprimé. L'aphasie est totale aussi bien pour la compréhension que pour l'émission de la parole; la mimique est totalement abolie, mais il peut répéter les mouvements de tête qu'on lui montre. On fit l'ablation des os enfoncés et on combla les pertes de substance avec des lambeaux de voisinage. Au bout de vingt-deux jours il avait recouvré presque entièrement la faculté de parler.

Dans les méningites infantiles et particulièrement dans la méningite tuberculeuse, l'aphasie persistant après le coma n'est pas très commune, à en juger du moins par les observations qu'on trouve dans les revues ou traités de maladies de l'enfance.

West en a cité un cas chez un enfant de trois ans qui, après avoir eu une méningite avec tout son cortège de symptômes ordinaires, était arrivé à une période avancée; il était dans le coma, et lorsqu'il en sortit, on s'aperçut qu'il était totalement paralysé des membres et ne pouvait articuler aucun mot. Au bout de quelques semaines la parole revint; la mobilité ne réapparut qu'au bout de plusieurs mois. La marche resta encore longtemps incertaine et tremblante. L'enfant devint à moitié idiot.

Bouchut fut consulté pour une jeune fille de quatorze ans, bien portante jusque-là, qui se plaignait depuis un mois de douleurs diffuses dans la tête et de diplopie. Puis étaient survenus des vomissements, de la diarrhée et de la fièvre. A son arrivée le 16 février, la parole, le visage et l'ouïe sont normaux. Elle accuse une simple céphalalgie avec somnolence, et de la diplopie. Le 18 au matin survient de l'aphasie complète qui disparaît bientôt. Plus tard, la somnolence devint plus accusée et la mort arriva. A l'autopsie les circonvolutions cérébrales étaient aplaties, il y avait inondation ventriculaire avec vascularisation intense des plexus. Injection de la pie-mère, qui par places est couverte de taches floconneuses. A la coupe de la base, on trouve des tubercules miliaires. Les veines et les capillaires sont dilatés et variqueux. Bouchut insiste sur l'apparition tardive de l'aphasie après les autres symptômes nerveux, diplopie, somnolence, céphalée; sa courte durée est difficile à expliquer.

H. Mallins (3) : fille douze ans, bien portante jusque-là, tomba malade subitement avec une faiblesse des os telle qu'elle avait peine à se traîner elle même, et qu'elle se mit à parler d'une manière particulièrement tremblante. Un médecin constata une paralysie de la langue et une hémiparésie droite. Dans le cours d'une semaine elle arriva à l'aphasie complète qui dura plus d'un mois et s'améliora si bien qu'au bout de dix semaines l'enfant retournait à l'école; le bras droit pouvait écrire, elle traînait seulement un peu le pied droit. Mais trois à quatre semaines après elle fut prise de céphalée frontale, qui au bout de quelques jours rendit la lecture difficile et aboutit en trois jours à l'aphasie, en même temps que l'hémiplégie droite devenait plus nette. L'aphasie n'était pas complète, puisque les mots *yes* et *there* étaient prononcés; l'intelligence paraissait normale; si on lui montrait une fourchette en lui demandant si c'était une cuiller ou un couteau, elle remuait la tête négativement et si on lui disait que c'était une fourchette elle faisait signe que c'était exact. Sur un alphabet elle reconnaissait les lettres. On ne pouvait installer l'enfant pour la faire écrire, aussi ne peut-on rien dire de l'état de l'écriture. Lorsqu'on lui demandait où elle souffrait, elle montrait la région temporale gauche. L'examen ophtalmoscopique resta négatif. Un examen fait quatre mois après montrait une légère amélioration de la faiblesse des jambes, le maintien du bon état général; l'enfant pouvait prononcer le mot *mother*. Deux ans après, même état, sauf l'examen ophtalmoscopique qui laissait voir une dilatation des veines rétiniennes gauches. La céphalée n'avait pas disparu. Les mots à la disposition de l'enfant sont *yes*, *no*, *mother*.

Mallins pense à la possibilité, dans ce cas, d'une tumeur, d'un gliome ou avec plus de vraisemblance d'un tubercule solitaire, surtout d'après les antécédents où l'on voit une tante maternelle morte de tuberculose. Le début subit de la maladie fait penser l'auteur à une thrombose de l'artère du cerveau gauche à la suite d'un processus inflammatoire du voisinage. Il en rapproche le cas d'un enfant de deux ans qui, après avoir eu des douleurs de tête pendant trois jours, eut subitement de l'aphasie et de l'hémiplégie droites. A l'autopsie on trouva une méningite tuberculeuse de la base avec oblitération d'une branche de la sylvienne gauche et foyer hémorragique de ramollissement du corps strié.

Dans les affections aiguës qui peuvent provoquer des abcès au cerveau ou dans son voisinage, il n'est pas exceptionnel de voir apparaître chez l'enfant l'aphasie. Rilliet et Barthez citent le cas d'une jeune fille de neuf ans et demi, qui était faible et toussait depuis longtemps; depuis peu elle avait de l'ophtalmie. Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, on lui trouve une difficulté pour s'exprimer, puis le lendemain l'aphasie était complète, le surlendemain retour partiel de la parole; en outre elle avait des vomissements et des convulsions externes. Lorsqu'elle arrive, les extrémités sont en résolution complète, la sensibilité est très diminuée, la pupille gauche est dilatée. Le jour suivant, la sensibilité revient, mais plus marquée à gauche qu'à droite; dans la journée une contracture des membres supérieurs s'établit; trois jours après elle est prise de convulsions, tombe dans le coma et meurt. A l'autopsie on constate une méningite purulente et, au sommet des circonvolutions frontales gauches, un abcès gros comme un œuf de poule.

Reimer donne l'observation d'un enfant de trois ans qui, après l'ouverture d'un abcès au-dessus de l'orbite gauche, tenant à une carie de l'os frontal, fut pris d'hémorragie, d'agitation et de fortes douleurs frontales. Douze jours après, anesthésie du côté de la face et surdité à gauche. Le vingt-deuxième jour, la paroi supérieure de l'orbite et le muscle releveur de la paupière supérieure sont infiltrés de sang, il y a une paralysie du droit externe. Après la sortie du pus hors de la cavité orbitaire, on note que la pupille gauche est dilatée et paresseuse. Le quarante-septième jour, perte de connaissance suivie d'accès éclamptiques aboutissant à l'aphasie. Les jours suivants, apparition d'une rougeole avec broncho-pneumonie qui déterminent l'exitus letalis. A l'autopsie Reimer trouva une carie de la voûte orbitaire avec perforation cranienne, exsudat purulent dans les mailles de la pie-mère aussi bien à la convexité qu'à la

(1) V. Heizen. Un cas d'aphasie chez un garçon de cinq ans, *Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 nov. 1896, n° 11, p. 600.
(2) Von Rosenberger. *Ref. der Allg. med. Centralzeitung*, 62, 1890; — *Jahrb. der Kinderheilk.*, 1891.
(3) H. Mallins. Un cas d'aphasie avec hémiplégie droite chez une fille de douze ans, *The Lancet*, XXI, vol. II, 1883.

base. Presque toutes les circonvolutions frontales gauches sont transformées en un vaste abcès.

D'autres infections peuvent encore, chez l'enfant, produire, au cours de leur évolution, de l'aphasie. C'est ainsi que Gehrhardt (1) publia le cas d'un enfant de trois ans, dont la mère était bacillaire, et qui avait depuis cinq semaines des accès de fièvre, de la toux et de la diarrhée. Facies scrofuleux, thorax rachitique. On lui trouva une broncho-pneumonie à la base droite avec épanchement pleural, le tout lié probablement au début d'une caséification du poumon infiltré avec adénopathie bronchique ; quelques jours après, au moment où l'exsudat pleural commençait à se résorber, l'enfant fut subitement pris un soir de perte de connaissance, avec cyanose profonde, battements au niveau de la fontanelle antérieure non encore fermée, dilatation pupillaire, pouls à 140 et plus tard 180, respiration fréquente, écume aux lèvres, émission involontaire d'urine et convulsions du côté droit. Une heure après, disparition de la cyanose, somnolence qui diminua le lendemain matin. C'est alors qu'on s'aperçut d'une paralysie assez marquée du bras droit et d'une aphasie totale qui dura sept jours, c'est-à-dire jusqu'à la mort de l'enfant. Les trois derniers jours, l'enfant avait eu du ptosis à droite et des crises d'éclampsie. A l'autopsie on trouva de la tuberculose pulmonaire. Les veines de la convexité du cerveau sont injectées ; granulations jaunâtres le long des vaisseaux, surtout au niveau de la partie postérieure du lobe pariétal gauche. La pie-mère est tapissée par ces granulations. Foyer de ramollissement à l'intérieur de la pariétale inférieure gauche, autre zone ramollie tuberculeuse en avant du gyrus marginalis.

James Finlayson (2) a vu une fillette de sept ans, qui avait la coqueluche depuis une semaine lorsqu'elle fut frappée d'hémiplégie droite et d'aphasie. Elle ne pouvait dire que *maman* ; elle comprenait tout, reconnaissait les images et avait conservé sa mémoire. Quelques jours plus tard, elle eut des convulsions pendant une demi-heure. Trois semaines après, disparition de toute trace d'aphasie et de paralysie. Le cœur de l'enfant était normal, il n'y avait pas d'albuminurie, les quintes de coqueluche étaient de moyenne intensité.

Henoch (3) fut appelé auprès d'une fille de trois ans, qui, après avoir été pincée, ne pouvait dire que *au*. Une heure après elle eut un vomissement spontané amenant l'évacuation de cerises non digérées, et soudainement retour de la parole. — Un garçon avait une dilatation considérable de l'estomac; la nuit suivante, il eut des douleurs dans le ventre avec diarrhée profuse. Le lendemain matin, tout à coup, sopor et aphasie. Ici aussi, après avoir été pincé, le malade dit : *au*. Même état jusqu'à midi le lendemain. L'après-midi retour progressif de la connaissance et le soir de la parole. On voit sous l'influence de quelles excitations réflexes l'aphasie peut apparaître passagèrement chez l'enfant.

Au cours de l'infection diphtérique l'aphasie peut également survenir.

John Abercrombie (4) a vu un enfant de sept ans, atteint de diphtérie pharyngée, avec néphrite. Le sixième jour, la diphtérie pharyngée ayant disparu, des vomissements se produisirent pendant quelques jours ainsi qu'une paralysie du voile du palais, de la dysphagie, et enfin, sans qu'il y ait de la température, des convulsions du côté droit du corps, suivies d'hémiplégie droite et d'aphasie. La mort survint le vingt-cinquième jour après des phénomènes dyspnéiques dus à la paralysie des muscles intercostaux, le pouls restant régulier, fréquent et large. A l'autopsie il y avait dans la sylvienne gauche à environ un demi-pouce de son point de départ un embolus l'obturant complètement. Dans l'hémisphère gauche, ramollissement ayant détruit le noyau lenticulaire, le noyau caudé et le thalamus. Le renflement cervical de la moelle est un peu ramolli.

Il n'est pas jusque dans les affections cérébrales chroniques où l'on ne puisse trouver l'aphasie ; elle n'y est même pas très rare. En parlant de l'hydrocéphalie chronique des enfants, Bouchut dit : « L'intelligence est quelquefois nulle chez ces enfants, qui dès lors n'ont pas de mémoire et n'ont pu apprendre à parler ; chez d'autres la parole est lente, nasillarde ; il oublient les mots et les cherchent longtemps au moment de les prononcer.

Simon (de Hambourg) décrit une forme particulière de paralysie infantile due à un foyer cérébral de la zone motrice. Il en rapporte 3 cas chez des frères et sœurs où se montrèrent des manifestations analogues de rachitisme et des désordres moteurs de la parole.

L'aphasie due à la présence de grosses masses tuberculeuses dans le cerveau est rare relativement à la fréquence de ces néoformations chez l'enfant. Elle est encore plus rare dans les autres tumeurs cérébrales. Sur les cas rapportés par Ladame (331 en tout dont 86 chez les enfants), il n'y a que deux cas où des dépôts tuberculeux dans le cerveau aient produit de l'aphasie, alors que Ladame rapporte 50 cas de tubercules dans le cerveau, la plupart chez des enfants. Forster décrit encore un cas d'aphasie par tubercule.

Plus fréquemment que les tubercules, les parasites du cerveau déterminent de l'aphasie, bien que ces formations parasitaires soient plus rares chez l'enfant que le tubercule cérébral.

Albrecht Clarus a trouvé 6 cas d'aphasie due à des hydatides du cerveau. Knoch Rendtorf : enfant de huit ans, hydatides du ventricule droit. Sérosité dans le ventricule gauche, douleurs dans les bras et à la période terminale anesthésie du côté gauche, convulsions, crises d'épilepsie, à la fin paralysie du côté gauche. Amblyopie, surdité. Dans les trois derniers jours aphasie et perte de la mémoire.

Davaine : garçon de sept ans qui avait eu de la céphalalgie à droite avec faiblesse des membres du côté gauche. Il présenta de l'aphasie avec diminution de l'intelligence pendant quatre ans. On trouva un kyste avec acéphalocystes à la surface supéro-externe de l'hémisphère gauche, avec lésion du corps calleux, du trigone et du septum lucidum.

Faton : garçon de onze ans présentant à peu près les mêmes symptômes, avec les mêmes lésions mais situées du côté droit.

Davaine et Headington : enfant de onze ans. Céphalée, chorée, un an après le début hémiplégie droite. Cécité à l'âge d'un an. Coma ; aphasie. Mort au bout de deux ans. Hydatides dans le ventricule latéral gauche.

Mauthner : fille de huit ans. Convulsions, chorée, opisthotonos, paralysie des muscles papillaires. Sopor, aphasie. Mort au bout de trois mois. Dans l'hémisphère gauche hydatide grosse comme un œuf d'oie.

Kotsonopoulos : garçon de quatorze ans. Céphalée, hémiplégie gauche, plus tard contracture des muscles paralysés, finalement convulsions. Pupille droite dilatée. Dysacousie à droite. Diminution progressive de la parole, puis aphasie, et enfin coma. Mort au bout de deux ans. On a constaté un kyste remplissant tout l'hémisphère droit, contenant dans son intérieur une vésicule d'échinocoque grosse comme un œuf d'oie.

Dans tous ces cas, comme le fait remarquer Clarus, l'aphasie s'est développée lentement et est restée stationnaire jusqu'à la mort.

Mauthner a observé l'aphasie dans les convulsions généra-

(1) Gehrhardt. A propos de l'aphasie, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1876.
(2) James Finlayson. Aphasie, hémiplégie droite au cours d'une coqueluche, loc cit.
(3) Henoch. *Berlin. klin. Wochens.*, XX, 1883, 22, p. 334.
(4) John Abercrombie. *Jahrb. der Kinderheilk.*, 1883.

lisées de l'enfant. Il décrit un cas de convulsions congénitales avec paralysie, où l'aphasie apparut.

Jakson décrit 2 cas d'hémispasme accompagné d'aphasie : le premier chez un garçon de onze ans, qui avait des crises d'épilepsie débutant par la main droite et gagnant la moitié droite de la figure. Après les crises il eut pendant longtemps de l'aphasie. Le bras droit devint paralysé, au point que l'enfant ne pouvait plus tenir une aiguille avec la main de ce côté. Le malade a recouvré la parole plus tard. Le deuxième cas concerne une fille de neuf ans intelligente, qui eut des crises d'épilepsie débutant par la paupière droite et la moitié droite de la face. Elle ne perdait pas connaissance, mais la parole, qui disparaissait pendant la crise, restait un certain temps après hésitante.

Bernhardt (1) rapporte une série de 18 cas d'hémiplégie spastique infantile avec aphasie. Tous à l'exception d'un seul concernent des enfants de moins de douze ans. Dans quelques-uns de ces cas il était difficile de trouver la cause. D'autres étaient en rapport avec une maladie infectieuse antérieure. Il n'a pas observé de fièvre. Dans quelques cas les premiers phénomènes ont été des convulsions unilatérales avec perte complète de connaissance. Sans prodromes notables l'hémiplégie apparut après une convulsion, généralement du côté droit. Elle était tantôt complète, tantôt incomplète et plus accentuée aux membres supérieurs. La faculté de parler ne commença à revenir graduellement qu'au bout d'une semaine ou de dix jours; l'ouïe n'a pas été touchée. Dans quelques cas la faculté de parler n'est pas revenue entièrement; dans d'autres il y a eu une seconde attaque d'aphasie.

Dans les cas de chorée, l'aphasie n'est pas exceptionnelle. Ogle en a cité 2 cas et Bouchut 1.

West (2) a observé le cas d'une petite fille de neuf ans, atteinte de chorée intense; le seul mot qu'elle pouvait prononcer était : *dah*. Le retour de la parole commença par le mot *papa*; une semaine après elle trouva plusieurs mots et le langage se rétablit rapidement ensuite.

Le même auteur a vu une fille de huit ans atteinte de chorée; quelques mois après le langage devint difficile et aboutit à l'aphasie. Les seuls mots qu'elle put dire étaient *yes* et *no*. Elle ne pouvait sortir la langue, mais pouvait marcher. Pas de dysphagie. Comme dans la convalescence de sa chorée l'aphasie restait stationnaire, sa gouvernante essaya de la faire lire. Elle y parvint, bien que les mots vus et répétés fussent prononcés très indistinctement et à voix basse au début. En même temps la faculté de parler se rétablit assez vite, bien que les manifestations de la chorée ne fussent pas totalement éteintes.

James Martin (3) parle d'un garçon de six ans, bien portant. Après une céphalée de plusieurs jours, qui siégeait au niveau du front du côté droit, il fut pris subitement à son réveil d'aphasie. Au bout de deux jours, il commença à dire quelques mots, et une semaine après, il avait retrouvé entièrement sa faculté de parler. Pendant les six premiers jours, il eut des mouvements choréiques du bras droit. Les mouvements de la langue ainsi que ceux de la déglutition étaient normaux.

Lockie (4) cite un enfant de onze ans, qui, atteint de rhumatisme articulaire aigu, fut pris de chorée et d'aphasie, celle-ci ayant débuté au bout de trois semaines. Cet enfant n'avait aucune lésion cardiaque appréciable, et cependant l'auteur pense que l'aphasie, comme la chorée, peuvent relever d'un processus embolique.

(1) Bernhardt. *Arch. of Pœdiatrics*, 1886.
(2) West. *On some disorders of the nervous system in childhood*, 1871, p. 101.
(3) James Martin. *The Dublin Journ. of med. Sc.*, vol. LXI, 1873.
(4) Lockie. Un cas d'aphasie et de chorée au cours d'un rhumatisme aigu, *The Lancet*. 1890.

A la suite d'helminthiase intestinale, on voit aussi l'aphasie infantile, comme le prouvent l'observation d'Hannaüs (perte de la parole et de la vue chez une fille de quatre ans, vermifuges, guérison) et celle de Daniel Gibson (aphasie complète après un trichocéphale).

Ch. West relate le cas suivant : une fillette scrofuleuse, âgée de sept ans, eut des douleurs de tête et une fièvre élevée. Le lendemain elle était muette, mais comprenait les questions posées. La déglutition, non gênée au début, se montra plus tard légèrement embarrassée. La fièvre continua et elle eut des convulsions. Dix-neuf jours après le début de la maladie, l'enfant sembla prêter plus d'attention à son entourage; quatre jours après, elle essayait de remuer ses lèvres pour parler, mais ne put y arriver. Le vingt-huitième jour, recevant la visite de sa mère, elle ne put lui parler et se mit à pleurer. Le trentième jour, elle ébaucha quelques phrases, petit à petit, les forces revenant, elle put se lever.

Nous trouvons encore, chez le même auteur l'histoire d'une petite fille de six ans et demi, qui souffrait de douleurs derrière la tête, devint somnolente et paresseuse et perdit l'appétit. Elle s'alita une semaine après, et la suivante cessa de parler, bien qu'elle reconnût tout son entourage. Une semaine après on l'amena à l'hôpital. Elle était très excitée et poussait fréquemment des cris; le pouls était petit et fréquent, les pupilles très dilatées. Les trois jours suivants, l'excitation diminua et elle fut très frappée de son aphasie. Le quatrième jour, elle essaya de remuer les lèvres, mais ne put que balbutier quelques mots à haute voix, ce qui la chagrina fort. Le septième jour, elle commença à parler avec beaucoup d'incoordination. Le neuvième jour s'étant mis à crier à propos d'une dispute, elle retrouva toute sa faculté de parler.

Bastian (1) : « Dans le courant de 1877, j'ai été consulté pour un garçon, alors âgé de douze ans, qui avait eu par intervalle des attaques d'épilepsie. La première de ces attaques était survenue quand il avait neuf mois. Vers la fin de la deuxième année, les attaques paraissaient avoir cessé, l'ouïe était bonne, comme elle l'avait d'ailleurs toujours été, et l'enfant paraissait être d'intelligence moyenne, d'assez bonne santé, en somme; seulement, il ne parlait pas. Vers l'âge de cinq ans, il n'avait pas prononcé un seul mot. Mais près d'un an après, à la suite d'un accident survenu à l'un de ses jouets favoris, il s'écriait soudain : « Quel dom-« mage! » n'ayant jamais auparavant prononcé un seul mot. Impossible de faire répéter soit ces deux mots, soit d'autres, malgré toutes les tentatives, pendant une période de deux semaines. Depuis, il fit de rapides progrès et devint rapidement des plus bavards. Lorsque je le vis, il parlait d'une façon normale, sans la moindre difficulté, sans aucun trouble. »

Ce cas, dit Bastian, d'un enfant commencant ainsi brusquement à parler sans les essais et les tâtonnements prolongés, généralement nécessaires, est d'une importance beaucoup plus grande que le recouvrement soudain de la parole, lorsque cette faculté a été suspendue par suite d'une affection cérébrale. Il n'y a pas d'autre explication à ce fait que la supposition que la parole est pour les êtres humains un acte purement automatique, et que si les enfants ne commencent pas à parler immédiatement après leur naissance, ce n'est dû qu'au manque de maturité de leur système nerveux.

West a encore relaté un cas intéressant d'aphasie après un coup de soleil. C'était une fillette de cinq ans, qui, après avoir eu un coup de soleil, resta quatorze jours sans connaissance, frappée d'hémiplégie droite avec aphasie. La paralysie de la jambe droite ne tarda pas à disparaître, la

(1) Bastian. On aphasia, *The Lancet*, 3 avril 1897.

paralysie faciale s'effaça en peu de semaines, mais le bras droit resta paralysé. Elle avait recouvré toute sa connaissance, elle comprenait tout, mais ne pouvait parler, elle répondait seulement *dah*. Deux mois après, elle pouvait dire en outre *ho* et *there*. A la fin du quatrième mois, elle pouvait chanter une ligne d'un air, mais sans paroles et seulement avec l'expression *dah*. Un an après le début de sa maladie, la jambe droite était seulement un peu plus faible que la gauche, par contre la paralysie du bras droit était toujours la même. Peu à peu elle apprit à répéter quelques mots, mais d'une manière indistincte. Un an après, l'enfant put aller à l'école; la main droite était encore partiellement paralysée, mais cependant la malade pouvait s'en servir. Son vocabulaire était simple, il consistait surtout en « yes, no, father, mother, brother, sister ». En dehors de ces mots, elle ne pouvait que répéter une seule fois quelques termes.

Enfin, l'hystérie peut, même chez les enfants, provoquer l'aphasie. Le cas suivant, dû à Strassmann (1), en est un exemple : il s'agit d'un garçon hystérique, âgé de huit ans, qui avait une paralysie faciale, du trismus et du spasme. Il réveilla son entourage une nuit par un ronflement bruyant; on le trouva assis sur son lit, les yeux ouverts, ne répondant pas aux questions qu'on lui posait. Un quart d'heure après, le médecin mandé ne put non plus lui arracher aucune parole. L'examen de l'enfant, mal vu à l'école parce qu'il est turbulent, dénote une paralysie faciale droite, une déviation de la tête à gauche, de la contracture des extrémités, une diminution de la sensibilité des téguments de la face et un peu de trismus. Le lendemain matin, tout cela a disparu, et l'enfant raconte lui-même les détails de ce qui s'est passé la nuit. A vrai dire, il s'agit plutôt ici de mutisme hystérique. Le cas se rapproche aussi de l'aphasie qu'on note pendant les crises de terreurs nocturnes chez certains enfants.

Nous n'avons fait dans cet exposé, un peu fastidieux, mais nécessaire, des différentes variétés d'aphasie infantile, que suivre Albrecht Clarus et Steffen, que nous avons reproduit souvent *in extenso* et que nous avons complétés. Ces deux auteurs ont, en effet, étudié avec soin l'aphasie infantile et nous n'avons pas trouvé, chez les auteurs français, trace suffisante de ces monographies; il nous a paru qu'il était utile de combler cette lacune, au moins partiellement, et d'appeler l'attention des observateurs cliniciens sur l'aphasie infantile qu'on laisse un peu trop dans l'obscurité. Si nous avons eu recours à des observations qui peuvent paraître déjà un peu anciennes, c'est précisément parce que les auteurs modernes ne semblent pas s'arrêter beaucoup à cette question et que l'on cite l'aphasie chez les enfants en passant. Nous avons tenu au contraire à la montrer au milieu du cortège de symptômes qui la précèdent, l'accompagnent ou la suivent, pour que son aspect clinique pût s'en dégager plus facilement. Nous avons vu, au cours de cette revue clinique, combien variaient et l'étiologie et le pronostic de ces différentes aphasies. Quant au traitement il dépendra tout d'abord de la cause qu'on s'efforcera en premier lieu de découvrir.

Les aphasies réflexes, consécutives à l'helminthiase, à des troubles digestifs, aux névroses ou à des excitations psychiques disparaîtront en même temps que l'on supprimera la cause provocatrice. L'aphasie des maladies infectieuses sera dans quelques cas améliorée par les fortifiants, les reconstituants de l'état général. Dans les cas de tumeur ou de traumatisme, il faudra envisager la question d'intervention, qui, si elle est justifiée par un examen clinique approfondi, pourra parfois améliorer ou même guérir l'aphasie. Quant aux troubles du langage d'origine congénitale ou ceux qu'on observe chez les idiots, il y aura peu de modifications à espérer.

Enfin dans tous les cas où l'on pourra, il faudra tenter la rééducation par les mouvements des lèvres, par les exercices réguliers et graduels d'écriture et de lecture.

Dens le cas où la main droite est paralysée, il faut la suppléer par la main gauche qui arrivera à remplir très suffisamment les fonctions de sa congénère.

Les méthodes de rééducation chez les aphasiques enfants sont absolument les mêmes que celles employées chez l'adulte et qui ont donné de si bons résultats entre les mains de Gutzmann, de Féré et Danjou, et surtout de Thomas et Roux (1) dans le service de notre maître, M. Dejerine.

Nous devons chercher, maintenant que nous savons ce qu'est l'aphasie infantile au point de vue clinique, comment disparaissent les associations d'images verbales dans ces cas.

L'aphasie chez les enfants s'établit brusquement ou apparaît au contraire après quelques troubles de la parole prodromiques. Elle peut aussi exister d'une façon passagère, transitoire, ou bien durer un temps assez long, quelquefois même être permanente. Nous ne recherchons pas ici à expliquer la pathogénie des lésions qui peut rendre compte des différents modes de début et d'évolution de l'aphasie infantile; qu'il s'agisse d'un foyer d'hémorragie ou de ramollissement, d'un spasme artériel ou d'une artérite plus ou moins étendue au niveau de la zone du langage, l'hypothèse que l'on admettra sera sans doute satisfaisante pour un certain nombre de cas du même genre, il est peu probable qu'elle puisse s'appliquer intégralement à un grand nombre. Quel que soit le mécanisme anatomique que l'on fasse intervenir dans la production de l'aphasie, le tableau clinique, tel que nous l'avons vu, est très varié et très polymorphe; aussi nous semble-t-il plus prudent, surtout à cause du nombre véritablement trop restreint d'autopsies complètement faites de ces cas d'aphasie infantile, de nous contenter d'une interprétation psycho-physiologique.

La parole chez l'enfant est avant tout un acte d'imitation : le langage articulé est un geste, avait dit Gall. Ajoutons que c'est un geste imité, au moins à la période du début. Or, chaque fois que l'imitation est restreinte ou impossible chez le jeune enfant, les associations d'images verbales se développent peu ou pas : l'aphasie apparaît. Prenons un jeune sourd; il ne peut avoir d'images auditives verbales, aussi ne peut-il imiter et coordonner les mouvements qui doivent édifier une mémoire motrice verbale. Est-ce à dire que ce sourd ne pourra avoir aucun développement intellectuel? Assurément non; car il peut avoir des images visuelles, des images tactiles, etc., avec lesquelles il formera des associations qui créeront pour lui un langage spécial. Lorsque l'idiot est capable d'imiter, lorsque son attention est suffisamment stable pour cet effort cérébral, il peut arriver et il arrive à parler. Adressons-nous maintenant à un enfant qui a pu parler comme les autres et qui devient aphasique à la suite d'une lésion, de cause et d'étendue variables. Il est évident que, si la lésion est assez importante pour avoir interrompu la plupart des fibres d'association qui réunissent des images verbales, le langage intérieur est défectueux et la parole articulée, la lecture et l'écriture s'en ressentent. Suivant le siège de la lésion, ce sera telle ou telle modalité du langage qui sera surtout troublée, mais il est à remarquer que chez l'enfant les associations d'images verbales sont récentes, qu'elles sont mises constamment à contribution et qu'une légère modification dans l'une des voies d'association peut retentir sur toutes les autres au point de vue physiologique et clinique.

(1) STRASSMANN. *Deuts. med. Wochens.*, 10, 1890.

(1) THOMAS et ROUX. Soc. de biol, séance du 16 nov. 1895.

D'autre part, la rééducation des associations, la suppléance de fonction est plus facile chez l'enfant que chez l'adulte; aussi une petite lésion ou une irritation passagère peuvent-elles disparaître rapidement. Ne voyons-nous pas chez l'enfant une gastro-entérite par exemple, amener un état général qui inquiète sérieusement et qui pourtant fait place en très peu de temps à l'état normal? Pourquoi ce rétablissement des fonctions digestives se fait-il si promptement? C'est que l'enfant a des réactions organiques admirables, qui lui permettent souvent de résister à des assauts terribles. N'y aurait-il pas dans le cerveau un mode de réaction aussi merveilleux, qui suffirait à rétablir la fonction du langage, momentanément troublée par une invasion morbide? N'avons-nous pas vu, dans les observations citées, des retours brusques de la parole totalement supprimée pendant un temps plus ou moins long?

Nous avons eu aussi l'occasion de constater que la fièvre typhoïde, parmi les infections généralisées, était une cause relativement fréquente d'aphasie infantile et que cette aphasie le plus souvent guérissait. Si elle guérissait c'est que les associations d'images verbales persistaient malgré tout; c'est qu'après leur inhibition sous l'influence de l'excitation microbienne, elles reprenaient leur fonctionnement. On comprend sans peine qu'à la suite d'un état cérébral avec ou sans perte de connaissance, avec ou sans hémiplégie, il y ait un shock suffisant pour annihiler les mémoires verbales et leurs associations; mais une fois l'orage passé, tout rentre dans l'ordre, s'il n'y a pas de lésion qui survit à l'infection.

Dans l'aphasie infantile, la distinction entre l'aphasie motrice et l'aphasie sensorielle, telle qu'elle existe chez l'adulte, persiste mais très atténuée, cela tient à ce que la cohésion entre les images verbales est plus étroite à cet âge de la vie et que la dissociation en est plus difficile. La lecture et l'écriture chez les enfants ont une telle affinité pour les images motrices verbales qu'un trouble de celles-ci retentit vite sur les autres images.

Un mot en passant des troubles dits « en miroir » de la parole et de l'écriture qu'on a signalés chez les enfants. Baudouin (1) rapporte une observation de Doyen, tirée de la thèse de Marcotte (*De l'hémicraniectomie temporaire*), et concernant une fillette de douze ans qu'on croyait atteinte d'abcès cérébral et qu'on trépana in extremis. L'amélioration fut rapide, mais l'aphasie resta stationnaire. L'enfant prononçait des syllabes incompréhensibles, telles que : « Te-tan ma, Yen-do sieur-mon, chant-mé; le-quil-tran ser-lais me vous lez-vou. » Elle était fort en colère de voir qu'on ne comprenait pas et répétait continuellement des phrases analogues. Ayant eu l'idée d'écrire ce qu'elle disait, on s'aperçut qu'elle parlait « en miroir », sans faire d'ailleurs aucune erreur. Pendant cinq semaines on put constater ce trouble du langage, qui disparut totalement ensuite.

Matchett (2) fut appelé auprès d'une fille de quatorze ans et demi, atteinte de syphilis héréditaire certaine et qui présentait des douleurs de tête très violentes avec crises épileptiformes. Peu de temps après, cette enfant eut une hémicontracture du côté droit, puis une semaine plus tard perdit l'usage de la parole. Toutefois, elle avait conservé sa raison, et pour se faire comprendre, elle écrivait à reculons, de la main gauche, de sorte qu'on ne pouvait lire son écriture qu'au moyen d'un miroir. Jamais elle n'écrivait ainsi avant sa maladie et son écriture actuelle était aussi nette et aussi rapide que lorsqu'elle écrivait de la main droite. Il semblait qu'elle n'eût pas conscience de la bizarrerie de cette façon d'écrire. Dans la suite cet état se modifia et l'enfant guérit à peu près complètement.

(1) Baudouin. La parole en miroir, *Arch. d'anthrop. crim.*, 1897, n° 68.
(2) Matchett. Écriture en miroir, *The Practitioner*, 1899.

On a dit que l'écriture en miroir était normale chez les enfants essayant d'écrire avec la main gauche. Or, étant interne l'an dernier aux Enfants-Malades, nous avons fait écrire de la main gauche tous les malades de deux salles, sachant écrire de la main droite. Sur vingt-quatre spécimens d'écriture ainsi obtenus, pas un n'était en miroir. L'explication de l'écriture spéculaire ne nous paraît pas encore avoir été donnée.

Si les auteurs classiques n'ont pas insisté sur les associations d'images verbales, ces associations ont pourtant été mentionnées et l'importance de leur rôle a été montrée par plus d'un. C'est ainsi qu'on lit dans les cliniques de Lariboisière de 1874 de Jaccoud : supposez à une certaine distance l'un de l'autre les deux cadrans terminaux d'un télégraphe, mais supposez-les isolés; vainement le mécanisme de chacun des appareils sera parfait, vainement le premier ou appareil formateur multipliera ses signaux; il est clair que ceux-ci ne pourront parvenir au second ou appareil récepteur; cela est élémentaire. Rétablissez le fil conducteur, alors tous les signaux seront exprimés, et le récepteur muet tout à l'heure parlera facilement. Tel est le rôle de la transmission qui unit la formation verbale à l'expression verbale.

Le grand physiologiste Vulpian (1) faisait déjà remarquer qu'on produit la paralysie d'un membre, non pas en enlevant le centre volontaire de ce membre, mais en interrompant en grande partie la communication entre ce centre et la substance grise corticale tout entière. Or ce qu'avance Vulpian pour la paralysie d'un membre, ne peut-on l'appliquer aux images verbales localisées dans le cortex cérébral?

Notre oncle, le professeur Bernheim (2) [de Nancy], a montré « que chez presque tous les aphasiques, pour ne pas dire tous, il n'y a pas destruction de centres, il n'y a pas suppression de facultés, il n'y a pas entrave apportée par une lésion au travail psychique qui doit évoquer les diverses images, les associer les unes aux autres, transmettre aux cellules phonétiques ou graphiques le signe vocal ou écrit du langage. Ce sont les voies de conductibilité qui sont organiquement ou dynamiquement affectées par la cause morbide ». Voilà, il nous semble, mise en relief l'importance de la rupture des associations dans l'aphasie.

Nos deux amis et collègues, Thomas et Roux (3), étudiant de près les troubles latents de la lecture mentale chez les aphasiques moteurs corticaux, disent : « Après plusieurs années d'habitude, certains mots peuvent bien prendre une physionomie spéciale et être reconnus par leur aspect, ce sont les mots lus le plus souvent, les plus usuels; mais pour la majorité des mots il faut encore recourir à l'épellation.

Or l'épellation n'est qu'une suite d'associations motrices. On comprend donc comment chez l'aphasique moteur l'altération des images verbales motrices et de leurs associations avec les images auditives pourra retentir sur les phénomènes psychiques qui en dérivent directement. »

Là encore, dans un point de l'étude des aphasies, l'importance des associations d'images verbales nous paraît avoir été appréciée à sa juste valeur.

Dans son livre sur l'aphasie, Bastian à son tour insiste sur ce fait qu'on a étudié dans l'aphasie les troubles dus aux lésions de tel ou tel centre verbal, mais qu'on n'a pas assez tenu compte de ceux résultant des lésions des faisceaux de fibres commissurales qui les unissent entre eux.

Bien que les auteurs précédents aient envisagé le rôle des associations d'images verbales dans l'aphasie des adultes, ce rôle est encore plus manifeste dans l'aphasie infantile.

Nous sommes amenés à conclure de cette étude des associations d'images verbales dans le langage normal et pa-

(1) Vulpian, *Journ. de l'École de méd.*, 1876.
(2) Bernheim. Des aphasies, Rapp. au Cong. de Lyon, 1894.
(3) Thomas et Roux. Soc. de biol., 22 janv. 1896.

thologique de l'enfant que c'est grâce à elles que s'acquiert, se développe et se perfectionne le langage normal de l'enfant, et que c'est par leurs troubles que s'établit et se mesure l'aphasie infantile.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(17 JANVIER 1900)

La discussion sur le **traitement chirurgical des kystes hydatiques** suit son cours.

M. Potherat rappelle qu'il y a quatre ans, alors qu'il communiquait un travail sur ce sujet, tous les chirurgiens traitaient les kystes hydatiques du foie par l'ouverture large et la marsupialisation et obtenaient par ce procédé de nombreux succès. La nouvelle méthode proposée par M. Delbet, c'est-à-dire la fermeture complète de la poche kystique, mérite l'attention.

Les vingt et un cas de guérison rapide et complète obtenue par ce procédé sont des plus encourageants.

Mais ce procédé sera-t-il applicable à tous les cas? donnera-t-il, en toutes circonstances, les mêmes résultats?

L'ouverture large, avec marsupialisation, devra-t-elle être abandonnée et mérite-t-elle un éternel bannissement? M. Potherat ne le pense pas, et il s'applique à distinguer les cas dans lesquels cette méthode devra être conservée, car il accepte que le procédé de M. Delbet doit avoir la préférence dans bon nombre d'autres cas. Peut-être aussi y a-t-il lieu de réserver pour certains cas les injections parasiticides de Baccelli, Debove et Hanot.

M. Bazy apporte deux observations : dans l'une de ces observations, il avait été fait une injection de sublimé; à la suite de cette injection, il y eut de la suppuration qui nécessita une large intervention.

Dans un rapport sur une note de M. Bouglé, M. Brun signale une nouvelle observation de kyste hydatique du foie très rapidement guéri par le procédé de capitonnage et la fermeture complète.

Il y avait ceci de particulier, dans le cas de M. Bouglé, qu'il existait deux kystes et qu'il a fallu faire un double capitonnage. Ces résultats sont incontestablement supérieurs à ceux que donne l'ouverture large avec marsupialisation et dont les suites demandent quatre à six mois de traitement et même plus.

Signalons plusieurs communications : un cas de **fracture de l'axis** avec mort dans le coma, par M. Delbet; un cas de **résection temporo-maxillaire** par M. Chavasse; une communication de M. Reynier sur l'**examen histologique d'un angiome caverneux** qu'il a présenté dans la dernière séance et d'où il résulte que cette question des lymphangiomes est encore bien obscure, même pour les histologistes.

Puis vient un rapport de M. Reynier sur deux observations de chirurgie herniaire présentées par M. Buffet (d'Elbeuf), un cas de **hernie étranglée avec sphacèle de l'intestin, résection, entérorraphie et guérison**; un cas de **gangrène herniaire avec phlegmon stercoral**, établissement d'un anus artificiel, guérison ultérieure de l'anus artificiel.

Nous arrivons aux présentations : M. Loyson présente un jeune soldat qui a subi trois opérations : 1° opération pour un foyer appendiculaire, sans ablation de l'appendice; 2° opération pour un foyer médian, entre la vessie et l'intestin; 3° opération pour un foyer sus-hépatique avec résection costale. Ces deux abcès étaient d'origine appendiculaire. Une courte discussion s'élève à ce sujet à laquelle prennent part MM. Routier, Michaux, Ricard, Tuffier et Brun, qui ont observé des cas analogues : dans un cas, il s'agissait d'un abcès de la rate, avec péritonite généralisée et mort, consécutif à une appendicite (Routier); dans un autre cas, il s'agissait d'une chaîne de ganglions suppurés et infectés partant de la région appendiculaire, l'appendice ayant été enlevé par M. Beurnier, et ayant donné lieu à des signes d'infection hépatique (Ricard); dans un autre cas, il s'agissait d'une crise d'appendicite suraiguë terminée par résolution, opération à froid six semaines après, guérison; deux mois après foyer péricæcal, opération, péritonite généralisée, mort (Brun). A propos de ces faits, M. Poirier exprime l'opinion qu'il faut toujours rechercher et enlever l'appendice, alors même qu'on devrait rompre des adhérences dites protectrices. La majorité des membres présents ne semble pas partager cette opinion.

M. Quénu, en fin de séance, a présenté une jeune fille à laquelle il a **refait une joue à l'aide d'un lambeau pris sur le bras par la méthode italienne**. C'est un joli résultat opératoire; mais la coloration du lambeau laisse à désirer.

Ont été nommés membres associés étrangers, MM. Mac Ewen et Esmark; et membres correspondants étrangers, MM. Jonnesco, Malleston Paci, Mayo Kilson, Rydhigier et Souchon.

COLOMBOPHILIE MÉDICALE
Par le docteur KAPLAN (de Janville).

Mes premières notes sur la colombophilie médicale (1) ont paru dignes d'intérêt, si j'en juge d'après les appréciations des journaux et les nombreuses lettres qui m'ont été adressées. Comme j'ai négligé certains côtés de la question je me décide à y consacrer à nouveau quelques lignes.

J'ai déjà cité différents faits montrant les services que peuvent rendre les pigeons laissés chez *les malades en traitement*. Je vais aujourd'hui rapporter divers exemples prouvant l'utilité de ce que j'ai appelé *les postes permanents*.

Le 30 novembre à deux heures de l'après-midi un pigeon envoyé à une heure quarante minutes d'un poste situé à 8 kilomètres me fait savoir :

« Mme B... vient d'accoucher, hémorragie grave, venez vite... »

A deux heures cinquante j'étais auprès de la parturiente avec *armes* et *bagages*. Je retire des parties de placenta restées adhérentes et j'arrête une hémorragie grave qui se serait probablement terminée par la mort si le secours avait été moins prompt à venir.

Le 2 décembre le même poste me fait parvenir à onze heures du matin une dépêche :

« Enfant D..., brûlures à la figure et au tronc par eau bouillante. »

J'étais rendu quarante minutes plus tard près du petit malade auquel, heureusement, on n'avait encore fait aucune de ces applications bizarres et dégoûtantes si prisées dans nos campagnes pour le traitement des brûlures. Je pus faire une désinfection et un pansement soignés et l'enfant était guéri, malgré l'étendue et la gravité des lésions, douze jours après *sans suppuration* : j'estime que la promptitude du secours a été pour beaucoup dans ce beau résultat.

Un pigeon parti à onze heures huit d'un autre poste à

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1316.

9 kilomètres m'arrive à onze heures et demie. Je me rends aussitôt près du malade, garçon de ferme qui avait avalé, en mangeant la soupe, un os assez gros que je pus retirer en introduisant ma main tout entière dans sa bouche. Il était temps, car le malade suffoquait. Le corps étranger était arrivé à l'entrée de l'œsophage.

Je mets sous les yeux des lecteurs quelques reproductions d'après photographies pouvant mieux donner l'idée de l'installation de mes colombiers. Les confrères désireux de m'imiter ou de perfectionner le système, ce que je souhaite vivement, y trouveront de l'intérêt.

On doit placer ce colombier dans un endroit assez élevé; les pigeons volent davantage, prennent plus d'exercice. Un coin dans un grenier se prête très bien à cet usage.

Le pigeonnier doit être bien aéré, on fera bien d'y établir un bon courant d'air ; il doit être éclairé mais sans excès, les femelles recherchent de préférence les endroits obscurs pour y faire leurs nids. Les jeunes se développent mieux à l'abri de la lumière. L'intérieur est blanchi à la chaux; on doit disposer du sable sur le plancher.

Les photographies montrent également, mieux que toutes

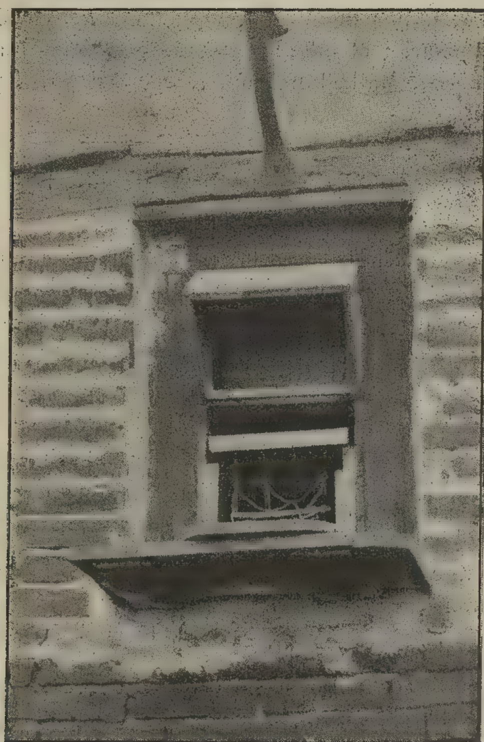


Fig. 1. — Entrée du colombier vue de l'extérieur. L'ouverture supérieure, par où sortent les pigeons, est fermée au moyen d'une trappe que l'on aperçoit derrière la porte en fil de fer.

Les ligatures que l'on voit aux barreaux de la porte inférieure ont été mises pour prévenir l'écartement des barreaux.

les explications, l'agencement de la lucarne et les ouvertures de sortie et d'entrée, ainsi que de l'appareil que j'ai appelé récepteur-avertisseur, dont le fonctionnement est en somme très simple. Cette lucarne doit autant que possible être disposée au sud ou sud-est.

La disposition des cases où les pigeons élisent domicile et font leurs nids, y est également très visible et n'a pas besoin de commentaires. J'ai dit, dans ma première note, comment on doit entraîner les pigeons. La question suivante m'a été posée :

Vos messagers rentrent-ils toujours régulièrement, y a-t-il des mécomptes ?

Quand on commence l'entraînement des jeunes on en perd toujours un certain nombre. Sur 42 pigeons que j'ai élevés cette année, 32 me sont restés fidèles et ont montré après nombreuses épreuves leur intelligence et leur attachement au colombier; c'est la proportion habituelle de perte : un quart à un tiers.

D'ailleurs, on ne doit pas regretter ceux qui se perdent et disparaissent; la sélection se fait ainsi tout naturellement; les non-valeurs sont éliminées et on ne conserve que les meilleurs. Un pigeon qui, ayant été lâché à plusieurs reprises à des distances de plus en plus grandes, a su retrouver sa demeure avec constance et célérité ne se perdra plus, surtout dans le petit rayon où il aura plus tard à travailler.

En ce qui concerne l'entraînement et le dressage des jeunes, la colombophilie médicale différera quelque peu de la colombophilie en général. Les possesseurs de pigeons voyageurs les élèvent généralement en vue de concours qui ont lieu du mois de mai au mois d'août. La période de concours passée ils donnent la liberté complète à leurs élèves et les forcent à *battre les champs* en supprimant peu à peu toute distribution de nourriture au colombier : cela pour deux raisons : d'abord, pendant plusieurs mois les pigeons

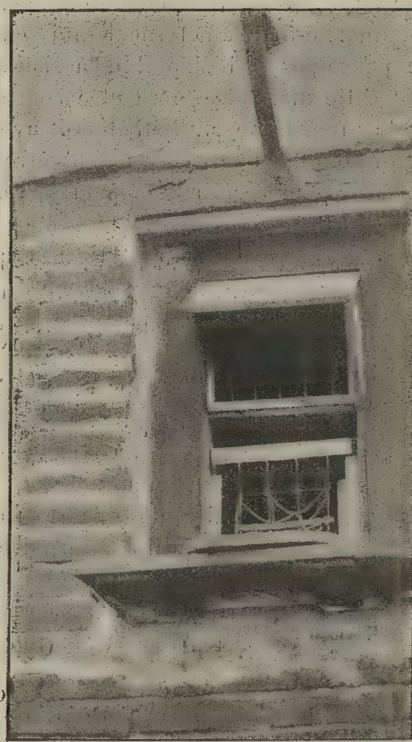


Fig. 2. — Entrée du colombier vue de l'extérieur. La trappe intérieure est relevée.

ne coûtent ainsi rien à nourrir et de plus ils apprennent à trouver à manger, ce qui sera utile quand ils auront de grandes distances à parcourir.

Le médecin de campagne élèvera des pigeons dans un but tout différent. Il aura soin de mettre toujours dans le colombier tout ce dont ils peuvent avoir besoin, c'est-à-dire en dehors de la nourriture habituelle (blé, vesce), certains condiments dont ils sont très friands : sel, coquilles d'œufs, sable, grains de chènevis, millet, navette et anis. Il leur donnera la liberté quelques heures par jour, sans cependant laisser le colombier constamment ouvert.

Il arrivera ainsi à les avoir pour ainsi dire toujours en main.

D'ailleurs, le pigeon voyageur descend rarement à terre, à moins d'y être forcé. Je n'ai pas encore vu les miens le faire et cela parce qu'ils trouvent toujours au colombier tout

ce qui leur plaît. Ils ne vont même jamais sur un autre toit que celui où est leur demeure.

Je m'applique surtout à les exercer le plus souvent possible en les forçant à retrouver leur demeure par tous les temps; c'est là le point important.

On peut pousser le dressage encore plus loin en habituant les pigeons à aller boire dans un pigeonnier très éloigné de leur colombier d'origine.

Le moyen est simple. On garde un pigeon enfermé pendant vingt-quatre heures sans lui donner à boire; on le transporte dans un panier et on le lâche dans un colombier pourvu d'un abreuvoir. Il se désaltère et aussitôt après reprend le chemin de la maison. On répète le même manège deux ou trois fois.

Si ensuite on lui donne la liberté après l'avoir privé d'eau pendant vingt-quatre heures, il se dirige immédiatement vers l'abreuvoir éloigné de plusieurs kilomètres sans avoir, en général, la tentation de descendre se désaltérer dans une mare voisine.

Il sait qu'il trouvera de l'eau à l'endroit qui lui a été montré, c'est là qu'il ira boire.



Fig. 3. — Intérieur du colombier photographié au magnésium. Vue de quelques cases.

Un système de poste par pigeon *aller* et *retour* peut être basé sur ce dressage. Au lieu de le faire avec les pigeons des colombiers de ma maison, j'ai fait installer et peupler depuis le mois d'août un petit pigeonnier de 2 à 3 couples chez un de mes correspondants, à 10 kilomètres, dans une commune assez importante de 600 habitants que je dessers comme médecin. Deux fois par jour régulièrement un ou deux pigeons viennent boire chez moi et je puis ainsi non seulement recevoir des dépêches mais aussi y répondre par le même messager.

Il faut dire cependant que tous les pigeons ne se prêtent pas à cette éducation, tous ne se montrent pas aussi dociles : avec un peu de patience on arrive pourtant à en dresser un certain nombre, qui font ensuite le service très régulièrement d'autant plus régulièrement que le chemin est fait très souvent. Ils mettent dix à douze minutes à l'aller et autant pour le retour. Voilà la méthode qui permet de remplacer si l'on veut même le poste permanent par un colombier permanent dont les pigeons sont dressés à venir se désaltérer dans un de ceux de la maison.

Je viens de soumettre à l'appréciation de mes confrères les résultats obtenus par une année de pratique de colombophilie médicale. Ma seule ambition est de trouver beaucoup d'imitateurs.

Une remarque administrative en terminant. Avant d'installer un colombier il faut, pour se conformer à la loi sur les pigeons voyageurs, demander une autorisation préfectorale qui est d'ailleurs facile à obtenir.

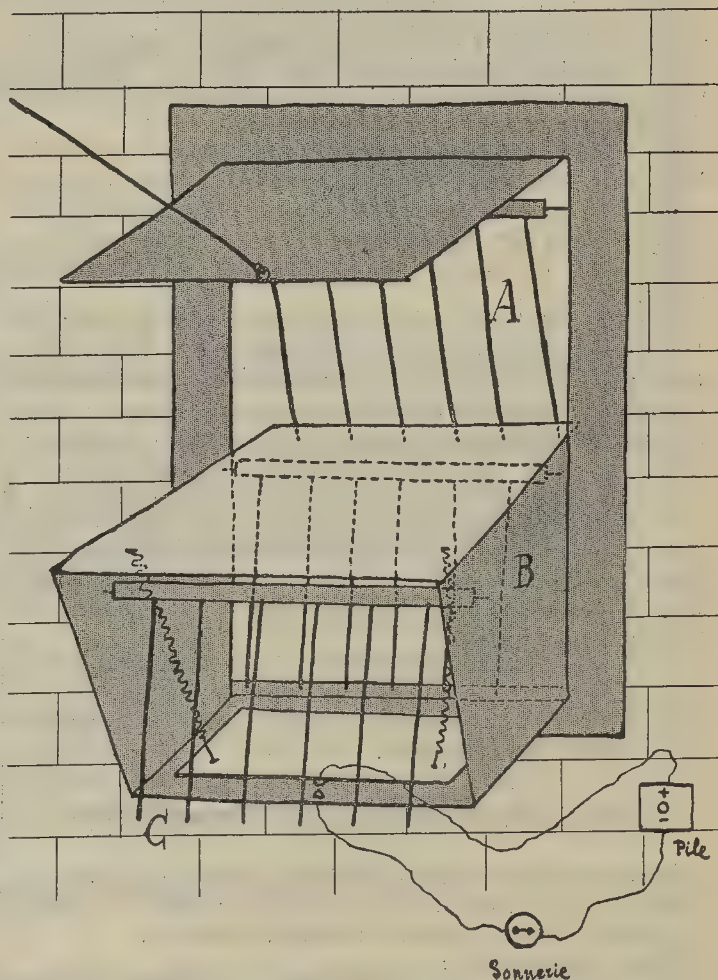


Fig. 4. — Schéma de l'appareil récepteur vu de l'intérieur du colombier. — L'ouverture de 60 centimètres de haut et 30 de large est divisée en deux portions égales. Les pigeons sortent par l'ouverture supérieure en poussant la porte A qui s'ouvre de dedans en dehors.

La partie inférieure est occupée par une boîte rectangulaire offrant deux ouvertures, l'une à l'extérieur, l'autre à l'intérieur du colombier. Elle présente 4 parois, supérieure (non teintée dans la figure), inférieure, droite et gauche.

Le pigeon qui veut rentrer dans le pigeonnier repousse la porte B, qui s'ouvre de dehors en dedans. Il entre, la porte retombe derrière lui et il ne peut plus ressortir. A ce moment il se trouve sur une plaque suspendue au moyen de deux ressorts ou deux cordons en caoutchouc. Il s'établit un contact électrique qui fait résonner une sonnerie placée dans le vestibule de l'habitation.

Pour prendre le pigeon, il suffit alors d'ouvrir la porte C qui est fixée par un verrou.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de séméiologie médicale (1), par le docteur Paul Suard, professeur à l'École de médecine navale de Toulon.

Voilà un livre qu'il ne faudrait pas laisser passer inaperçu au milieu du flot montant de la production littéraire médicale. Confondue autrefois dans l'étude générale de la clinique, la séméiologie est devenue depuis quelques années une bran-

(1) In-8° jés., 698 p., avec fig. Prix : 16 francs. — Paris, Jules Rousset, 36, r. Serpente.

che spéciale de la médecine : c'est en quelque sorte la préface de la pathologie, et surtout de la clinique, qui, plus complexe, devient ainsi plus claire, plus simple, plus facile. C'est donc, à notre avis, un important service rendu aux études médicales, que d'avoir, comme l'a fait notre distingué confrère, le docteur Suard, réuni en un fort bon volume toutes les notions de séméiologie indispensables à l'étudiant, nécessaires au médecin, car ce livre est, avant tout, un livre complet.

En tête de l'ouvrage, nous trouvons d'abord une excellente étude des différents procédés d'exploration, et de la méthode d'examen des malades; puis vient l'exposé des signes fournis par chaque appareil et des moyens d'exploration qu'il convient le mieux d'employer pour chacun d'eux.

Des procédés plus simples et plus nouveaux que ceux de Laennec et de Gerdy, bien qu'inspirés de la même méthode; quelques aperçus nouveaux de pathologie générale comme couronnement de l'édifice, mais surtout pas de théories, pas d'hypothèses, des faits seulement, des considérations pratiques : tels sont les éléments qui donnent à ce livre sa caractéristique, qui dénotent le cachet personnel.

En outre de ces qualités fondamentales, et malgré l'abondance de son œuvre, le docteur Suard a su trouver une plume alerte, d'un style dont la forme simple, élégante, retient l'attention, forme l'intérêt, sans perte de temps ni fatigue pour le lecteur.

Ce livre, écrit pour de jeunes étudiants, est aussi un bon livre pour tous les médecins à qui leurs occupations laisseront le loisir de le parcourir. C'est à ce titre qu'il méritait d'être signalé à nos lecteurs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'Internat. — *Pathologie* (séance du 17 janvier) ;

MM. Beauvy, 13; Detot, Lafoy et Louste, 12; Berthier et Bloch, 11; Dreyfus-Rose et Vassor, 10; Guénot, 9; Javal, 6.

Séance du 18 janvier :

MM. Crouzon, 13; Piquand, 12; Jomier, 11; Mlle Delporte, MM. d'Œlsnitz, Mauban, 10; Coudert, Lavenant, 9; Gros-Dévaud, 6; François (Raymond), 5.

La prochaine séance aura lieu samedi à quatre heures trois quarts, à l'Administration centrale. Une séance aura lieu dimanche matin s'il est nécessaire.

Les épreuves orales commenceront lundi ou mardi prochain.

Concours supplémentaire de l'Internat. — La date d'ouverture du concours supplémentaire d'internat, fixée primitivement au jeudi 1er mars, est avancée au samedi 10 février à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

En conséquence, les candidats appelés à prendre part au concours dont il s'agit, pourront venir retirer au secrétariat général, bureau du service de Santé, dès le 25 janvier, le bulletin sur la présentation duquel ils seront admis à l'amphithéâtre.

Dispensaire de salubrité. — A la suite du concours récemment ouvert, MM. Isidor, Bize, Léon Bizard, Monel et Bois sont nommés médecins-adjoints du dispensaire de salubrité de la Préfecture de police.

Guerre. — Par décision ministérielle en date du 13 janvier 1900, ont été nommés à l'emploi de médecin stagiaire à l'École d'application du service de santé militaire :

MM. Monod, Mevel, Dugrais, Melnotte, Petit, Pourcines, Leroux, Tranchant.

Un concours s'ouvrira le 24 juillet 1900 à l'école d'application du service de santé militaire, pour un emploi de répétiteur.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Gélineau, ancien chirurgien de la marine, vient d'être nommé au grade de chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

L'hygiène à la Chambre. — La commission d'hygiène publique vient de se constituer :

Elle a élu président M. le docteur Dubois (Seine); vice-présidents, MM. Villejean, Ricard (Côte-d'Or) et Borne; secrétaires, MM. Morel, Vazeilles et Ferroul.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 2e semaine de 1900, 999 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (1092) et à la moyenne ordinaire (1055).

La fièvre typhoïde a causé 9 décès (la moyenne est de 6). Elle est en décroissance.

La rougeole 12 décès, la scarlatine 5, la coqueluche 3, la diphtérie 5, présentent des chiffres voisins de la moyenne. La variole n'a causé aucun décès.

Les maladies de l'appareil respiratoire sont encore fréquentes.

La grippe. — L'épidémie de grippe continue à Londres; en France, elle sévit à Nantes, à Rennes et à Marseille où l'épidémie de variole n'a pas encore cessé.

La peste. — A Oporto elle est en décroissance. On ne signale pas de nouveaux cas à Nouméa. En revanche la peste a fait son apparition au Japon, et elle sévit fortement en Chine.

Le progrès de l'alcoolisme en France. — On peut facilement se rendre compte des progrès que l'alcoolisme fait en France en examinant la statistique de la production de l'impôt des boissons dans notre pays, de 1860 à 1899.

Voici les chiffres que nous relevons dans le *Moniteur vinicole* :

En 1860, l'impôt a rapporté 176414128 francs; en 1899, 502825000 francs, soit une augmentation de plus de 327 millions de francs en quarante ans.

En 1896, l'impôt a atteint 465716000 francs; en 1897, 477189000 francs; en 1898, 501609000 francs.

Même en tenant compte de l'augmentation des droits, l'ascension est coquette. Jusqu'où ira-t-elle?

Conseil général des sociétés médicales d'arrondissement de la Seine. — La réunion plénière, qui comprend tous les membres des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine, aura lieu le dimanche 21 janvier, à deux heures de l'après-midi, dans la salle du Conseil de la mairie du VIe arrondissement.

Ordre du jour. — 1° Ouverture de la séance. — Allocution du président; — 2° Procès-verbal de la séance plénière du 16 janvier 1899 tenue sous la présidence de M. le docteur Poitou-Duplessy. Correspondance; — 3° Compte rendu des travaux du Conseil par le secrétaire général; — 4° La loi sur les accidents du travail. La question des tarifs des Sociétés d'assurances (Rapport de M. le docteur Piot, secrétaire général du XVIe arrondissement); — 5° Le Congrès de déontologie de 1900; — 6° De l'entente permanente des Sociétés de défense professionnelle (projet Cezilly); — 7° Le doctorat en pharmacie; — 7° Questions soumises par les sociétés.

N. B. — Prière aux collègues qui désirent prendre la parole ou qui auraient des propositions à soumettre à l'Assemblée, de bien vouloir en aviser le secrétaire général, docteur Ducor, 87, avenue de Villiers.

Congrès de 1900. — A la demande du ministre de l'Instruction publique d'Italie, professeur Baccelli, il vient d'être apporté une modification à l'article 16 du règlement général qui admettait les langues allemande, anglaise et française pour la discussion des questions. L'italien sera officiellement admis. A moins que chacun des congressistes ne reçoive le don des langues en payant sa cotisation, il nous semble à craindre que de la discussion ne jaillisse pas, pour tous, la lumière dans la tour de Babel qui vient d'être édifiée près du pont de l'Alma.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 9. — MARDI 23 JANVIER 1900. 73e ANNÉE. MARDI 23 JANVIER 1900. — N° 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Projet de réorganisation des services de nourrissons allaités artificiellement dans les hôpitaux d'enfants de Paris, par M. G. Variot, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. — Notes de clinique thérapeutique. Sur le traitement de la phtisie pulmonaire (III). La créosote, par M. Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux de Paris. — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

PROJET DE RÉORGANISATION

DES SERVICES DE NOURRISSONS ALLAITÉS ARTIFICIELLEMENT DANS LES HÔPITAUX D'ENFANTS DE PARIS

Par M. G. Variot,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Le service, dit *de la crèche*, à l'hôpital des Enfants-Malades, compte seize berceaux en hiver et jusqu'à trente l'été, lorsque les diarrhées sont plus communes et plus graves. Les mères ne sont pas admises avec leurs enfants dans ces salles, et l'on ne reçoit que les nourrissons allaités artificiellement, âgés de moins d'une année.

Le spectacle offert par ces malheureux enfants est des plus tristes; la plupart sont apportés dans un état de consomption avancée et beaucoup succombent malgré les soins trop tardifs qu'on leur prodigue. L'année dernière, en 1899, il y a eu 700 nourrissons environ hospitalisés, et 320 décès, soit une mortalité de près de 50 p. 100. Depuis que j'ai repris la direction de ce service le 1er janvier 1900 la situation reste la même, et certains jours nous trouvons sur les tables de l'amphithéâtre jusqu'à trois cadavres de ces pauvres enfants. Dans ces huit dernières années, la mortalité en bloc a dépassé 60 p. 100.

Il est impossible de ne pas être ému d'une pitié profonde dans ce milieu où la mort frappe à coups redoublés des créatures humaines qui entrent à peine dans la vie; c'est un devoir aussi de rechercher s'il n'y aurait pas de remède à cet état de choses.

Il est vrai que la grande majorité de ces enfants est atteinte de gastro-entérite ancienne, entraînant l'athrepsie vraie de Parrot, et que les troubles fonctionnels arrivés à ce degré sont le plus souvent incurables; mais il y a aussi des nourrissons qui souffrent d'affections aiguës du tube digestif et que l'on rend à leurs mères guéris, après quelques jours de traitement. Les mères recommencent de commettre les mêmes fautes dans l'allaitement, les accidents récidivent et les enfants sont rapportés en plus mauvais état que la première fois.

Presque tous les nourrissons qui passent dans ce service sont atrophiques, c'est-à-dire retardés dans leur croissance et leur développement, ils ne pèsent pas le poids normal pour leur âge, leur résistance vitale est amoindrie et fréquemment ils sont emportés par des broncho-pneumonies auxquelles échapperaient des enfants plus vigoureux.

Plus rarement les nourrissons hospitalisés sont syphilitiques héréditaires ou atteints de tuberculose précoce.

D'après ce tableau sommaire, on reconnaît que quatre-vingt-dix fois sur cent les enfants qui peuplent la *crèche* sont les victimes d'un allaitement artificiel défectueux; les uns reçoivent du lait de crémerie déjà faible ou sophistiqué et qui est coupé par moitié d'eau panée, d'eau de gruau probablement fermentée, etc. Ce lait est préféré par les mères pauvres, parce qu'il ne coûte que quatre ou cinq sous le litre.

D'autres sont nourris au lait concentré, contenu dans des boîtes de conserves et qui est ensuite largement délayé dans l'eau; d'autres sont nourris à la farine lactée et beaucoup reçoivent des bouillies farineuses trop tôt; les mères voyant que leur nourrisson ne prospère pas, s'imaginent que le lait est un aliment insuffisant et croient bien faire en donnant des aliments plus substantiels.

Un très petit nombre sont allaités au lait stérilisé, encore les mères ne savent-elles pas manier ce lait; elles ignorent les quantités qui conviennent à chaque âge et, chargeant le biberon outre mesure, elles voient leurs enfants pris de vomissements et de diarrhée causés par la suralimentation.

Si l'on pousse l'enquête un peu plus loin, on apprend que plus de la moitié de ces nourrissons sont des enfants de filles-mères, réduites au dénuement par leur maternité; ces femmes, on le sait, sont généralement des ouvrières n'ayant qu'un faible salaire, des domestiques qui ont perdu leur place depuis leur accouchement, etc. Pleines de bonnes intentions, elles veulent tout d'abord conserver leur enfant et l'élever elles-mêmes; elles n'ont pas l'*æs triplex circa pectus* de Jean-Jacques et ne peuvent se résoudre à déposer leur rejeton aux *Enfants trouvés*.

Mais souvent ces mères délaissées ont trop présumé de leurs forces, elles ne reçoivent pas de secours suffisants et après trois ou quatre mois, elles s'aperçoivent qu'elles ont pris une charge trop lourde; quelques-unes même, par l'excès de leur misère, deviennent dénaturées, déposent leur enfant à l'hôpital pour s'en débarrasser et renoncent à le reprendre quand elles devraient le faire. Mieux eût valu un abandon précoce, alors que le nourrisson sain eût pu être recueilli par l'Assistance publique. Dans ces circonstances,

rares il est vrai, on se demande si les administrateurs ont agi sagement, tout au moins au point de vue de la dépopulation, en faisant tant d'efforts pour prévenir l'abandon des enfants par les mères, en supprimant les tours, etc. Les chances de survie d'un enfant de fille-mère confié à l'Assistance publique dès la naissance, envoyé en nourrice en province, bien surveillé par les médecins et les inspecteurs, paraissent plus grandes que si ce même enfant est conservé par sa mère à Paris : trop souvent il recevra du mauvais lait et manquera de soins et de surveillance, il sera laissé pendant la journée à des gardes mercenaires ou placé dans des crèches : presque toujours la fille-mère est obligée de vaquer à ses occupations au dehors pour gagner sa vie et celle de son enfant.

Je ne m'appesantirai pas plus sur ces considérations sociales, qu'il est bon cependant de remettre sous les yeux des personnes qui s'intéressent à la protection de la première enfance, et je reviens sur le terrain médical et hygiénique qui est le nôtre. Avec les seuls moyens dont nous disposons nous pouvons encore faire œuvre utile, j'en ai la conviction profonde, et je vais essayer de le démontrer.

Je voudrais d'abord bien poser un principe essentiel c'est que toute fille mère qui, cédant aux instincts les plus généreux, s'est résolue à garder son enfant pour l'élever, doit être régulièrement aidée dans sa lourde tâche, conseillée même, pour qu'elle ne soit pas tentée de se séparer tardivement de son enfant.

Aussi bien pour les enfants de fille-mère que pour les autres enfants de la classe nécessiteuse, l'hospitalisation, telle que nous la pratiquons à l'hôpital des Enfants-Malades, est *un pis-aller*; et nous devons tout faire pour réduire cette hospitalisation aux cas les plus urgents et les plus graves. Les services de ce genre sont forcément insalubres et meurtriers malgré toutes les précautions que nous pouvons prendre. Il y a bien longtemps que Buffon a signalé les dangers qui résultent de l'agglomération des petits enfants dans des locaux restreints; ils y périssent en grand nombre, dit-il. N'est-ce pas ce que nous voyons encore aujourd'hui? Que de fois, dans mon ancien service de nourrissons de l'hôpital Trousseau, j'ai eu le regret de voir des enfants apportés pour des indispositions légères contracter des broncho-pneumonies mortelles!

Il faut laisser les enfants à leurs mères; elles seules ont des trésors d'affection pour leur donner les mille petits soins indispensables durant la période de l'allaitement. Un seul petit enfant sain est déjà fort absorbant pour sa mère, que sera-ce donc lorsqu'il sera souffrant ou malade?

Nous savons parfaitement qu'une infirmière, quelle que soit sa bonne volonté, ne peut suffire à tout quand elle doit s'occuper de quatre ou cinq nourrissons malades; il faut faire boire chacun de ces enfants toutes les deux ou trois heures, laver les biberons et les tétines, charger les biberons, y ajouter en cas de besoin les substances médicamenteuses; il faut ainsi que les nourrissons soient changés fréquemment, nettoyés, baignés, surtout si leur température est élevée, etc. Il est bien plus difficile de soigner un nourrisson hospitalisé, qu'un grand enfant ou un adulte; le premier est absolument dépendant des personnes qui l'entourent, incapable de s'aider en quoi que ce soit.

Laissons donc les nourrissons à leurs mères, je ne crains pas de le répéter, et remplaçons, toutes les fois que l'on pourra, l'hospitalisation par des secours d'hospitalisation qui permettront à la mère de soigner son enfant à domicile. Les dépenses ne seront pas élevées de ce chef, puisque le nombre des enfants hospitalisés sera réduit d'autant. Toute mère qui apporte son enfant allaité artificiellement pour le déposer à l'hôpital, devrait recevoir l'offre d'un secours en argent de deux francs par jour et de plus, si elle est nécessiteuse, devrait recevoir gratuitement le lait stérilisé nécessaire pour allaiter son enfant.

Il est probable que bien peu de mères, si elles étaient sérieusement secourues, persisteraient à se séparer de leur enfant et à l'abandonner à l'hôpital.

Les secours, après enquête administrative, seraient prolongés plus ou moins longtemps suivant la situation des mères.

Mais autant je suis opposé à l'hospitalisation des nourrissons séparés de leurs mères, autant je suis partisan de leur surveillance stricte et régulière.

Les inspections mensuelles édictées par la loi Roussel sont absolument insuffisantes; tout nourrisson allaité artificiellement doit être visité par le médecin au moins une fois chaque semaine, doit être pesé pour qu'on puisse se rendre compte de sa croissance. La mère inexpérimentée doit recevoir en même temps des conseils précis pour régler les tétées, en graduer la quantité suivant le poids et l'âge des enfants. Il serait bien aisé d'imposer aux mères secourues de venir à jour fixe apporter leur enfant à l'hôpital pour subir ces inspections si utiles, d'organiser en un mot, dans chaque hôpital, une consultation hebdomadaire spéciale pour les nourrissons.

L'expérience a démontré, aussi bien à la Maternité dans le service de M. Budin, pour les nourrissons sains, qu'au dispensaire de Belleville pour les nourrissons atrophiques ou malades, que les mères qui reçoivent le lait stérilisé gratuitement ou à prix réduit, viennent volontiers et régulièrement faire inspecter leurs enfants.

Au dispensaire de Belleville, en quatre années, j'ai fait distribuer environ 160000 litres de lait stérilisé industriellement, à moitié prix, à plus de 800 nourrissons, et j'ai été extrêmement satisfait des résultats obtenus. Je ne compte plus les guérisons des nourrissons atrophiques, pesant le poids de naissance à deux ou trois mois, qui ont été non seulement ranimés, mais de plus très heureusement élevés avec ce lait stérilisé.

L'un de mes anciens externes de l'hôpital Trousseau, M. Ignard, a relaté dans sa thèse inaugurale en 1899 « Sur le traitement de l'atrophie infantile par le lait stérilisé », une centaine d'observations très probantes avec les courbes de poids, etc. M. le docteur Battino (de Corfou), qui a suivi ma consultation de Belleville, a publié sur ce sujet un travail du même genre, en utilisant les innombrables documents que je lui ai fournis.

Mais qu'on ne l'oublie pas, l'allaitement artificiel est un art délicat, comme l'a dit M. Guéniot; cet art a ses règles, sa technique, son instrumentation, et les mères doivent absolument être guidées pour allaiter leurs enfants. C'est ce qu'il est aisé de faire dans les consultations hebdomadaires de nourrissons et chaque femme profite individuellement des conseils du médecin. A Belleville, j'ai pris l'habitude de faire cette consultation tous les vendredis à neuf heures du matin depuis quatre années; plus de cent femmes du peuple avec leurs enfants sont parfois réunies autour de moi.

J'ai sous les yeux les fiches de chaque enfant qui a été préalablement pesé et d'un coup d'œil sur l'enfant et sur la fiche de poids, je reconnais si l'allaitement marche normale-

ment; je donne des avis précis sur la graduation des tétées avec les biberons gradués spéciaux que j'ai fait construire comme instruments d'étude; je prescris les coupages pour es nourrissons jusqu'à deux mois, je donne le lait pur plus tard, etc.

A l'occasion je ne crains pas de stimuler le zèle des mères négligentes, de même que je félicite publiquement celles qui soignent bien leur nourrisson. De là une émulation fort utile entre ces femmes.

La consultation de nourrissons avec distribution quotidienne de lait stérilisé est une institution nouvelle née en France, sous les auspices de M. Budin, et qui est appelée à rendre dans l'avenir d'immenses services. Il me paraît plus pratique et plus commode de distribuer le lait stérilisé industriellement en province, que de se servir des appareils de Soxhlet, comme on le fait à la Maternité. En une heure on distribue 150 litres, soit 300 bouteilles de lait, à Belleville, et sans grand embarras. Il nous faudrait tout un personnel pour laver un millier de petits flacons et tout un outillage compliqué pour stériliser 150 appareils de Soxhlet.

Les biberons gradués dont je me sers, permettent de manier très bien le lait stérilisé industriellement dont les avantages sont les mêmes pour l'allaitement artificiel que ceux du lait stérilisé à Paris en petites bouteilles.

Il y a quelques mois le docteur Raimondi, qui exerce dans le quartier de la Chapelle, venait visiter notre consultation de nourrissons de Belleville; sur ce modèle il en a établi une semblable dans son quartier ; il fait aussi distribuer le lait stérilisé industriellement, à prix réduit ; tout récemment M. Raimondi me disait qu'il avait déjà 80 nourrissons à sa consultation.

Le succès de ces consultations avec distribution de lait est donc définitivement assuré et le moment est venu d'organiser dans nos hôpitaux d'enfants, anciens et nouveaux, des consultations du même genre que celles qui ont déjà fonctionné si utilement, depuis plusieurs années, dans les maternités et dans les dispensaires.

A l'hôpital des Enfants-Malades, en particulier, il serait extrêmement simple :

1° De proposer et de distribuer des secours en argent aux filles-mères ou aux mères nécessiteuses qui viennent déposer leur enfant à la crèche. Le médecin, à la consultation externe, délivrerait un bon de secours au lieu d'un billet d'admission.

La réduction dans le chiffre des hospitalisés compenserait largement la dépense, et les risques de mort des nourrissons laissés à leurs mères seraient considérablement diminués.

2° On délivrerait à ces femmes, ou à celles dont les enfants auraient fait un séjour obligatoire à la crèche, des bons de lait stérilisé. La distribution gratuite de lait stérilisé, contre ces bons, serait faite quotidiennement dans une des salles qui servent à la consultation externe.

3° Une fois chaque semaine les enfants qui recevraient les secours et le lait stérilisé seraient apportés pour être pesés et inspectés par le médecin.

Cette consultation, si utile aux enfants, ne le serait pas moins aux étudiants qui ne peuvent étudier dans les services de nourrissons, tels qu'ils ont organisés actuellement, la technique assez difficile de l'allaitement artificiel.

En terminant l'exposé de ce projet de réorganisation du service des nourrissons dans nos hôpitaux d'enfants, j'exprime le regret que la découverte de la stérilisation du lait n'ait pas été appliquée, jusqu'à présent, comme elle le méritait, et cependant les premières expériences favorables à l'emploi du lait stérilisé dans l'allaitement artificiel remontent en France à plus de dix ans. Pour lutter contre la dépopulation dans le premier âge, le lait stérilisé est une arme admirable : sachons donc la manier et espérons que l'administration de l'Assistance publique ne reculera pas devant une réforme qui n'a rien de bien subversif et qui ne grèvera même pas son budget, ainsi que je l'ai montré (1).

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Sur le traitement de la phtisie pulmonaire (2).

Par M. Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux.

III

De tous les médicaments qui peuvent aider au traitement de la phtisie pulmonaire, la créosote est à n'en pas douter le plus utile. Nous disons cela sans arrière-pensée, mais nous y ajoutons ce correctif, que la créosote ne saurait systématiquement convenir à tous les cas de tuberculose du poumon. Comme tous les autres agents thérapeutiques, elle a des indications précises, elle a *de très nombreuses contre-indications*.

Elle a peut-être — ceci semble résulter d'une longue discussion soulevée à son propos à la Société médicale des hôpitaux, il y a trois ans — plus de contre-indications que d'indications véritables. Il n'en est pas moins vrai que bien maniée, et surtout maniée à propos, elle est d'une grande ressource au cas de phtisie pulmonaire. La créosote a d'ardents partisans, pour qui elle est le remède souverain. Burlureaux, qui l'emploie à très hautes doses, dit d'elle que c'est « l'hygiène du riche mise à la portée du pauvre ».

D'autres auteurs en redoutent l'emploi trop exclusif.

Faisans dit, en en parlant, « qu'il faut se montrer très circonspect à l'endroit d'un médicament qui n'a rien de spécifique, dont les indications sont restreintes, dont les contre-indications sont très multipliées. »

Et d'abord, comment agit-elle ?

Il y a, à cet égard, grand désaccord entre les expérimentateurs puis entre les cliniciens.

Beaucoup d'expériences semblent démontrer l'action antibacillaire de la créosote (Goze et Simon, Schneller, Guttmann, etc.).

Cette action anti-bacillaire a été niée. Cornet a trouvé que la créosote introduite, même en doses considérables, dans l'estomac des cobayes tuberculisés ne peut entraver le développement et la pullulation des bacilles.

La plupart des auteurs n'attribuent à la créosote qu'une action indirecte, consistant dans un réveil de l'appétit et une amélioration de la nutrition. Cette amélioration de la nutrition générale serait la cause d'une augmentation de la résistance du tissu pulmonaire. Peter pense que la créosote augmente momentanément l'appétit en irritant l'estomac. Il est très vraisemblable que le traitement créosoté, en même temps qu'il exerce une certaine action empêchante sur les foyers tuberculeux, a surtout pour effet de rendre les parties saines du poumon réfractaires à l'envahissement bacillaire

(1) Il serait utile aussi que quelques nourrices sédentaires fussent attachées au service de la crèche, pour allaiter les nourrissons les plus épuisés et les plus débiles qui ne supportent même pas le lait stérilisé. Il y a déjà bien des années, que le regretté Olivier avait demandé qu'on accordât des nourrices à l'hôpital des Enfants-Malades, comme on l'a fait dans les maternités et aux Enfants trouvés.

(2) Voir *Gaz. des hôp.*, 1900, p. 25 et 60.

et par suite de limiter les progrès envahissants de la maladie. Il ne faut pas oublier en effet, et cela sans mettre en doute la valeur antiseptique de la créosote sur le bacille tuberculeux, valeur que des expériences bien conduites rendent indéniable, que, quel que soit le mode d'administration du médicament (voie gastrique, voie rectale, voie bronchique, voie sous-cutanée), il ne peut atteindre le microbe que par la circulation générale, qu'il faudrait par conséquent que le sang contînt une quantité de créosote suffisante pour que la parcelle qui vient au contact du bacille tuberculeux pût tuer directement ce micro-organisme. Il faudrait dès lors attribuer « à la créosote une puissance antiseptique bien considérable, surtout si l'on remarque que les parties du poumon atteintes de tuberculose ont une circulation très entravée » (Fernet).

Pour Burlureaux, la créosote semble agir à la fois comme modificateur des épithéliums (balsamiques) et comme dynamogénique.

Cette dernière action, attribuée à la créosote, paraît certaine. On peut s'en convaincre en se souvenant des effets immédiats qui suivent l'administration de ce médicament. Ces effets consistent surtout en des phénomènes d'excitation.

Sous l'influence de l'excitation du tube digestif, l'appétit paraît éveillé et la faculté digestive accrue; l'excitation de l'appareil circulatoire se traduit par l'accélération des contractions du cœur, celle du système nerveux par une diminution apparente de l'asthénie générale. De là un relèvement des forces et souvent un certain retour de l'embonpoint qui doit être attribué moins à une action directe de la créosote qu'à une augmentation possible de l'alimentation.

De toutes les questions que soulève l'emploi de la créosote dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, celle de la tolérance et de l'intolérance de l'organisme pour ce médicament est une des plus curieuses (1); rien n'est en effet plus surprenant que de voir une même dose du médicament, administrée de la même façon, à la même heure, être acceptée par certains malades sans produire la moindre réaction, alors que chez d'autres elle provoque parfois des phénomènes allant d'un léger malaise aux plus redoutables signes d'intoxication.

Il nous faut dire les symptômes par lesquels se manifeste cette intolérance.

Ils ont été bien étudiés par Burlureaux :

Il y a intolérance chaque fois que le malade éprouve un ou plusieurs des phénomènes subjectifs ou objectifs suivants :

1° Goût de créosote dans la bouche.

2° Sensation de vertige, de malaise général plus ou moins marqué, de fatigue ; douleur épigastrique plus ou moins prononcée.

3° Sensation de froid pouvant aller du simple refroidissement, que le malade ne dénonce que si l'on appelle son attention sur ce point, jusqu'au refroidissement profond et tel que rien ne peut réchauffer le patient pendant deux ou trois heures. Il y a frisson violent avec pâleur inquiétante, sueurs froides et visqueuses, véritable état de collapsus.

Parmi les phénomènes objectifs, il faut citer :

1° L'hypothermie qui est la compagne habituelle, mais non constante du refroidissement.

2° L'hyperthermie qui débute quelques heures après la prise de créosote et qui survient avec ou sans refroidissement préalable;

3° L'apparition d'une coloration noirâtre de l'urine, qui survient vingt-quatre heures après la prise de créosote et qui dure douze, vingt-quatre et quarante-huit heures après toute suspension du médicament. A un degré d'intolérance plus grave on peut observer des signes d'intoxication aiguë avec phénomènes méningitiques. Il existe trois observations (Burlureaux, Faisans) d'intoxication par la créosote ayant simulé la méningite tuberculeuse.

Il est difficile de savoir les conditions qui règlent l'intolérance ; aussi bien est-il nécessaire de bien préciser les cas où le médicament peut être donné avec avantage et ceux où il doit toujours être proscrit.

On peut dire — c'est l'opinion couramment admise — que la créosote est indiquée chez les tuberculeux atteints de débilité générale dont les réactions sont faibles et insuffisantes, dans ce qu'on a appelé les formes torpides de la tuberculose. A ces formes se rattache ce que Pidoux appelait la phtisie scrofuleuse, caractérisée anatomiquement par des infiltrations broncho-pulmonaires étendues à tendance caséeuse et cliniquement par des signes de broncho-pneumonie à ramollissement précoce et rapide.

Dans ces cas et, en un mot, dans tous les cas où les tuberculeux sont atteints de catarrhe bronchique et de bronchorrée abondante, la créosote, qui est sans aucun doute le meilleur des balsamiques, doit être ordonnée.

Par contre, la créosote doit-être prescrite :

1° S'il y a fièvre :

On sait combien complexe est la pathogénie de la fièvre des phtisiques. Eu égard au traitement par la créosote, la question est bien simple (Faisans). Chez tout tuberculeux fébricitant, la médication créosotée est inapplicable parce qu'elle est dangereuse.

Il ne faut pas donner la créosote aux tuberculeux dyspeptiques. Elle est souvent mal tolérée et elle exagère les troubles digestifs, même au cas de pénétration par voie rectale.

La créosote est contre-indiquée dans les formes éréthiques de la tuberculose, chez les malades en proie à des poussées fluxionnaires avec ou sans hémoptysies.

Il faut enfin en surveiller de très près l'emploi chez les tuberculeux dont les reins sont malades.

La créosote peut être administrée de la façon suivante:

Par la voie gastrique, la créosote ne doit pas être donnée à doses très élevées. Il est bon de s'en tenir à la dose moyenne de 50 centigrammes par jour.

Une bonne formule de pilules est la suivante :

Créosote....................	10 grammes.
Poudre de savon amygdalin..	Q. S.

Par 100 pilules, 8 à 10 par jour au moment du repos (Lyon).

Un des meilleurs moyens de donner la créosote est de la mêler à l'huile de foie de morue.

Créosote	50 grammes.
Huile de foie de morue....	Q. S. pour 1 litre.

Chaque cuillérée à bouche contient 75 centigrammes de créosote.

Chez les tuberculeux qui tolèrent mal la créosote par l'estomac, et ils sont légion, on peut faire pénétrer le médicament par d'autres voies.

On a préconisé les frictions créosotées faites sur le thorax avec une pommade contenant de la créosote. Cette méthode ne s'est pas répandue.

(1) Robert Simon. *Étude expérimentale et clinique sur la tolérance et l'intolérance de l'organisme à l'égard de la créosote et le mode d'action de ce médicament*, Th. de Paris, 1899.

Les inhalations de créosote ont été longtemps employées. Daremberg a fait respirer de la créosote qui imbibait un tampon de coton, maintenu dans une petite boîte métallique percée de trous, et fixée à des plaques de caoutchouc durci qui englobaient le nez et le menton. Ce respirateur était maintenu autour de la tête par un cordon élastique. Sur les côtés de ses parois il possédait deux soupapes de caoutchouc qui permettaient à l'air exhalé de s'échapper au dehors.

Tapret a traité la phtisie pulmonaire par les inhalations de vapeurs créosotées sous pression.

Tous ces moyens sont vite tombés en désuétude.

L'administration de la créosote par le rectum est fort vantée.

On peut employer les suppositoires créosotés, contenant 30 à 50 centigrammes de créosote.

On peut enfin retirer de grands avantages des lavements créosotés.

Pour éviter au malade d'avoir recours chaque fois au pharmacien pour la préparation du lavement, on peut formuler la solution suivante de créosote dans l'huile, dont on met deux cuillerées à bouche dans un verre d'eau tiède et qu'on émulsionne avec un jaune d'œuf :

Huile d'olives...........	300 cent. cubes.
Créosote pure...........	30 grammes.
Laudanum de Sydenham.	3 —

On peut aussi administrer des lavements de lait créosoté. On compte soixante gouttes de créosote dans un quart ou un demi-verre de lait et l'on complète avec de l'eau (Lyon). Ce lait se mêle très bien à l'eau sans former de coagulum.

L'introduction de la créosote par injections sous-cutanées a donné de très bons résultats. C'est elle qui permet de donner au malade les quantités les plus considérables du médicament. Grâce à elle, M. Burlureaux, qui en est l'ardent défenseur, a pu injecter des quantités de créosote considérables, véhiculées dans une grande quantité d'huile.

Sa formule est la suivante :

Crésote........................	1 gramme.
Huile d'amandes douces neutralisée et stérilisée...........	14 —

M. Burlureaux injecte à la fois 10, 30, 40, jusqu'à 150 grammes de la solution de créosote, il est ainsi parvenu à introduire dans l'économie jusqu'à 15 grammes de créosote.

Nous croyons que la méthode des injections sous-cutanées est bonne, à la condition de n'injecter à la fois qu'une dose beaucoup moindre de créosote, et qu'avant tout il faut qu'il n'existe aucune des contre-indications que nous avons signalées. *(A suivre.)*

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(19 janvier 1900)

On croit couramment — les ophtalmologistes l'ont tous affirmé — que l'**usage prolongé des collyres d'ésérine est absolument inoffensif**. Cohn a écrit : « Dans l'immense majorité des cas, l'usage prolongé de l'ésérine n'amène aucun accident; il est parfaitement supporté. » Une très curieuse observation, publiée par M. Roubinovitch, démontre que cette opinion n'est pas tout à fait juste.

Il s'agit dans ce fait d'un malade de quatre-vingts ans, atteint d'un glaucome chronique bilatéral, avec excavation du nerf optique et rétrécissement du champ visuel en dedans, à qui l'on administrait depuis trois ans, deux fois par jour et dans chaque œil, deux gouttes du collyre suivant :

Sulfate neutre d'ésérine.....	0g05
Eau distillée stérilisée.......	10 grammes.

On peut calculer que ce malade recevait par jour 2 milligrammes de sulfate d'ésérine en instillation dans le cul-de-sac conjonctival de la paupière inférieure.

Or, après chaque instillation, et cela depuis huit à dix mois, le malade présentait des troubles singuliers : d'abord il s'assoupissait et tombait dans un sommeil vague, qu'entrecoupaient des rêvasseries étranges; puis il était pris, plus tard, de petits vertiges pénibles mais parfaitement conscients.

L'idée d'une intoxication s'éveilla et M. Roubinovitch tenta deux expériences pour s'en assurer.

D'abord il étudia le malade avant et après les instillations du médicament incriminé, au quadruple point de vue de la température, du pouls, du cœur et de l'état cérébral. Puis il refit la même étude du malade, celui-ci étant soumis à l'application des collyres ne contenant pas d'ésérine, mais bien de la pilocarpine, substance également employée dans le traitement du glaucome.

Or, cette expérience fut faite plusieurs fois et à l'insu du malade. Chaque fois qu'il fut soumis aux instillations de la solution de pilocarpine, la température, le pouls, le cœur, la lucidité d'esprit restèrent normaux.

M. Roubinovitch a, de plus, expérimenté l'ésérine en collyre chez le cobaye. L'instillation d'une goutte de la solution d'ésérine à 0g05 p. 10 grammes dans chaque œil de l'animal, détermine immédiatement après une élévation de la température rectale de 6 à 8 dixièmes; la température descend, environ dix minutes après, à un degré inférieur à l'état normal, de 1 à 2 dixièmes. Le poil de l'animal est hérissé, il a des frissonnements, des secousses convulsives dans le tronc et les membres, du hoquet. La peau est insensible à la piqûre. Les pupilles sont rétrécies. Après l'instillation, l'animal est très agité, tandis que dix à quinze minutes après, il tombe dans un état de torpeur qui ne se dissipe qu'au bout de vingt à vingt-cinq minutes.

On peut conclure de ce fait clinique et des expériences précitées que les instillations d'ésérine, même à doses minimes, sont capables de provoquer, chez des vieillards artério-scléreux et jouissant de la plénitude de leurs facultés intellectuelles, des troubles psychiques transitoires, constituant une sorte d'ivresse avec convulsions toniques, altération profonde des sens, relatifs à la situation exacte du corps, illusions visuelles ou tactiles, idées délirantes et stertor passager à la fin.

Les faits de **pleurésies typhoïdiques vraies**, c'est-à-dire à bacille d'Éberth, sont relativement rares. Leur déterminisme symptomatique est encore mal connu. Les deux observations nouvelles de MM. Souques, Lesné et Ravaut comblent à cet égard une lacune. Dans les deux cas, la pleurésie est survenue pendant le premier septenaire et a été précédée de bronchite dans un cas et de broncho-pneumonie dans l'autre.

Dans ces deux faits, l'épanchement était hémorragique : dans l'un, il est devenu purulent pour redevenir hémorragique avant de se résorber. Tous deux se sont terminés par la guérison sans thoracentèse.

Les auteurs ont recherché le pouvoir agglutinatif du liquide pleural. Cette réaction a fait défaut. C'est là un fait

d'interprétation difficile puisque, dans certain cas, le liquide des pleurésies éberthiennes présentait la réaction agglutinante.

Le liquide pleural dans ces deux cas était très toxique puisque, injecté dans le péritoine d'un cobaye, il tuait l'animal en vingt-quatre heures à la dose d'un dixième de centimètre cube.

M. Launois rapporte une observation intitulée : **Hypopepsie, amaigrissement progressif; insuccès des médications habituelles. Guérison par l'usage du suc gastrique animal prolongé pendant six mois.**

C'est là un fait curieux qui rentre dans ceux qu'a étudiés le docteur Frémont à la Société de thérapeutique.

Dans le cas particulier, le malade était atteint d'hypopepsie absolue. Les examens pratiqués plusieurs fois avaient démontré l'absence d'acide chlorhydrique. Tous les traitements avaient échoué. C'est alors que le docteur Frémont soumit ce malade à l'usage du suc gastrique animal à la dose de 500 centimètres cubes par jour.

Au bout de six mois, la guérison était complète.

M. Ménétrier fait à la Société deux communications intéressantes :

L'une sur un cas de **tétanos traumatique à évolution subaiguë, traité par les injections sous-cutanées de sérum antitoxique et terminé par la guérison.**

L'autre relative à la **rétrocession d'accidents méningitiques existant chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire chronique**, dès l'apparition brusque d'une phlegmatia du membre inférieur gauche.

Le cas doit être dit en deux mots : un tuberculeux est pris subitement d'accidents méningitiques typiques. Tout y est, même le signe de Kernig. On croit devoir porter un pronostic fatal à brève échéance, une phlegmatia alba dolens apparaît, et tel un phénomène critique, elle précède la disparition rapide des phénomènes cérébraux. C'est là un fait curieux.

Mais le malade avait-il une méningite tuberculeuse ? D'aucuns en doutent. M. Rendu est de ce nombre.

M. Barbier, qui déjà sur le même sujet avait apporté à la Société des documents curieux, revient sur la **fréquence de la tuberculose chez les immigrés à Paris.**

Il résulte de sa nouvelle statistique que les deux tiers des tuberculeux soignés dans les hôpitaux de Paris ne sont pas nés à Paris. Ce sont des immigrés, qu'une alimentation vicieuse et l'alcoolisme ont rendus tuberculeux, car très peu de ces malades ont des ascendants ou des collatéraux tuberculeux.

M. Florand présente un malade atteint **d'ostéopathie hypertrophiante classique**, chez lequel on ne trouve aucune des raisons qui d'habitude font naître ce syndrome.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 29 JANVIER AU 3 FÉVRIER 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 29 JANVIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Ch. Richet, Rémy et Desgrez ; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série): MM. Tillaux, Kirmisson et Mauclaire; — (2e série) : MM. Terrier, Delbet et Broca (Aug.); — (2e partie) : MM. Fournier Brissaud et Gaucher; — M. Walther, suppléant.

MARDI 30 JANVIER, à une heure. — 2e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Mathias-Duval, Langlois et Thiéry

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Budin, Quénu et Faure.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Le Dentu, Bonnaire et Albarran.

4e, *Faculté, salle n° 4* : MM. Proust, Roger et Thoinot; M. Weiss, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Berger et Hartmann ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Ballet et Ménétrier; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Debove et Charrin ; — M. Vaquez, suppléant.

MERCREDI 31 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Delens, Poirier et Sébileau.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Jalaguier, Lejars et Varnier; — M. Launois, suppléant.

JEUDI 1er FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Brun, Hartmann et Thiéry.

1er (nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Mathias-Duval, Rémy et Retterer; — M. Marfan, suppléant.

VENDREDI 2 FÉVRIER, à une heure. — 4e, *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz ; — M. Retterer, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Mauclaire et Walther ; — (2e série) : MM. Delens, Tuffier et Legueu ; — (2e partie) : MM. Potain, Dejérine et Méry; — M. Broca (Aug.), suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 3 FÉVRIER, à une heure. — 3e (2e partie, anatomie pathologique), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Blanchard et Letulle.

3e (2e partie), *Faculté, salle n° 2* (1re série : MM. Chantemesse, Achard et Thiroloix; — *Faculté, salle n° 1* (2e série) : MM. Joffroy, Ballet et Dupré; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich ; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'Internat.— *Pathologie.*— Séance du 19 janvier : MM. Mettay, 13; Dupuy (Paul), Kahn, Lebreton et Lecornu, 12; Guihal (Étienne), 11; Foisy, 10; Devraigne, 9.

Séance du 20 janvier :

MM. Bouchet, 14; Cresson, 12; Lemaître (René), 11; Menet, Boissier, Daniel, 10; Diel, Dieu, 9; Roland (Édouard), 5.

Séance du dimanche 21 janvier :

MM. Nau, 14; Saison, 13; Verliac, 12; Andrieu, 11; Petit (Maurice), 10; Blondin, Friedel, Tansard, 9.

Épreuves orales. — Sont admis aux épreuves orales les candidats ayant un total de points supérieur à 14 et, parmi les candidats ayant 14, MM. Heller, Vaillant, Halberchtadt, Gottschalk, Sudaka, Vassor, Lequeux, Juquelier, Daniel, Dieu, Marchand, Mlle Delporte, MM. Boidin, Glatard, Papillon, Laborde, Pillet et Taguet.

Les élèves et amis du docteur Picqué ont l'intention de lui offrir un banquet à l'occasion de sa nomination de chevalier de la Légion d'honneur. Ce banquet aura lieu le 17 février 1900, à huit heures moins le quart, chez Ledoyen. Le prix de la cotisation est fixé à vingt francs. Prière d'envoyer les adhésions à l'une des personnes suivantes : docteur Mauclaire, 9, rue de Penthièvre; docteur Dagonet, 1, rue Cabanis; docteur Macé, 11, place de la Madeleine; M. Grégoire, interne à l'hôpital Bichat.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 10. — JEUDI 25 JANVIER 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 25 JANVIER 1900. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

OMMAIRE. — Clinique médico-chirurgicale de Montpellier. Kyste hydatique de la plèvre d'origine hépatique; résection des huitième, neuvième et dixième côtes; évacuation de la plèvre; guérison, par MM. les docteurs Gibert, chef de clinique médicale, et J. Jeanbrau, chef de clinique chirurgicale à l'Université de Montpellier. — Traitement de l'épilepsie par les bromures et l'hypochloruration, par M. Ed. Toulouse, médecin de l'asile de Villejuif. — Leçons de bactériologie pratique (XI). Bactéridie charbonneuse, par M. Lesné. — Séance de l'Académie de médecine. — Revue de la Presse. *Chirurgie :* Pellicule de l'œuf et greffes cutanées; — Les résultats du traitement des fractures du col du fémur par le « clouement »; — Cellulite péritendineuse des muscles de la loge antérieure de la jambe; — *Gynécologie :* Rupture du vagin pendant le coït; — *Thérapeutique :* La médication chlorhydro-pepsique; — Emploi du tannate d'orexine contre l'inappétence; — Le tamponnement comme traitement de l'otite externe furonculeuse; — Valeur du traitement de la phtisie pulmonaire par l'acide cinnamique. — Intérêts professionnels. — Revue bibliographique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'Internat. — *Épreuves orales.* — Les séances ont lieu à l'administration centrale, mercredi 24 janvier à quatre heures et demie, jeudi à quatre heures trois quarts, vendredi matin à dix heures, samedi à quatre heures trois quarts.

Marine. — Par décret, en date du 11 janvier 1900, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal. — M. le docteur Boutrin, médecin principal de la marine en retraite.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Quinson, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

MM. Boutin et Quinson sont affectés au port de Toulon.

MM. Foucaud, médecin principal désigné pour servir au 13e d'infanterie de marine à Madagascar, et Géraud, médecin principal au 3e d'infanterie de marine, à Rochefort, sont autorisés à permuter.

M. Frézouls, médecin de deuxième classe du cadre de Toulon, est désigné pour servir sur la défense mobile de Dunkerque, au lieu et place de M. le docteur Castex.

MM. Aubry, médecin de deuxième classe du cadre de Toulon, actuellement embarqué sur l'*Iéna*, et Gaillard, médecin de première classe du cadre de Brest, actuellement embarqué sur le *Châteaurenault*, sont autorisés à permuter de port d'attache.

Par décision ministérielle, du 12 janvier 1900, M. le docteur Geay de Convalette, nouvellement promu médecin principal, est maintenu dans son nouveau grade au cadre de Rochefort.

M. Borius, médecin de première classe du cadre de Cherbourg, est affecté, sur sa demande, au service général à Lorient.

M. le docteur L'Helgoualc'h, nouvellement promu médecin de première classe, est affecté au service général à Lorient.

M. Castex, médecin de deuxième classe du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer à la défense mobile de Dunkerque M. le docteur L'Helgoualc'h, promu médecin de première classe.

M. Charnel, médecin de deuxième classe du cadre de Brest, est désigné pour remplacer sur le *Bouvet* (escadre de la Méditerranée) M. le docteur Guyot, du cadre de Brest.

M. Olivier, médecin de deuxième classe du cadre de Rochefort, est désigné pour remplacer au régiment colonial, à Madagascar, M. le docteur Delabande.

M. Chapuis, médecin de deuxième classe, du cadre de Brest, est désigné pour remplacer à l'établissement d'Indret M. le docteur Antoine.

M. Borius, médecin de première classe, désigné sur sa demande pour servir à Lorient, qu'il n'a pas encore rejoint, est maintenu, sur sa demande, au cadre de Cherbourg.

M. Bavay, médecin de deuxième classe du cadre de Brest, est désigné pour remplacer sur l'*Ibis* (station de la Manche et de la mer du Nord) M. Glérant.

Par décret en date du 22 janvier 1900, M. Antoine, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe, dans la réserve de l'armée de mer.

M. Prouvost, médecin de deuxième classe, du cadre de Toulon, est désigné pour servir au régiment colonial à Madagascar, au lieu et place de M. le docteur Olivier.

Assistance publique. — Le préfet de la Seine vient de nommer membres du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris.

MM. Louis Lucipia, Navarre, Adolphe Chérioux, Henri Rousselle, représentant le conseil municipal de Paris.

M. Masson, représentant de la chambre de commerce, membre sortant.

M. le docteur Porak, représentant des médecins accoucheurs des hôpitaux en exercice.

M. Worms, représentant des administrations des bureaux de bienfaisance, membre sortant.

M. Risler, représentant les maires et adjoints de la ville de Paris, en remplacement de M. Thomas, décédé.

M. Brouardel, doyen de la faculté de médecine, pris en dehors de toute catégorie, membre sortant.

M. Goudchaux, président de la Société des forges et aciéries du Nord et de l'Est, pris en dehors de toute catégorie, membre sortant.

M. Bernheim, docteur en droit, pris en dehors de toute catégorie, membre sortant.

M. Raoul Bompard, docteur en droit, député, pris en dehors de toute catégorie, en remplacement de M. Risler.

La Société médicale du IXe arrondissement a ainsi constitué son bureau pour 1900 : MM. Boissard, président; — Belières, vice-président; — Ozenne, secrétaire général; — Dagron, secrétaire général-adjoint; — Duvau et Millon, secrétaires annuels; — Duboys de Lavigerie, trésorier.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dufaud, médecin-major de 1re classe; A. Perrée (de Paris); Proust (de Blois); Meschinet de Richemond (de la Rochelle); Potier (de Vieux-Berquin).

Médecin victime d'un fou. — M. Devay, médecin de la maison de santé des frères de Saint-Jean-de-Dieu à Lyon, était en train de vacciner quelques pensionnaires mardi dernier, quand l'un deux, un aliéné fort calme ordinairement, l'a grièvement blessé d'un coup de tiers-point dans le ventre. L'état de notre confrère est très grave.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — La Cie P.-L.-M. organise, avec le concours de l'Agence des Voyages modernes, plusieurs excursions qui permettront de visiter de la fin du mois de janvier au mois de mars :

Les unes, *l'Egypte, la Haute-Egypte, la Palestine, la Terre-Sainte et la Syrie*;

Les autres, *la Tunisie et l'Algérie et l'Italie.*

Dates de départ et prix suivant l'itinéraire choisi.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'Agence des Voyages modernes, 1, rue de l'Échelle, à Paris.

KYSTE HYDATIQUE DE LA PLÈVRE

D'ORIGINE HÉPATIQUE

Résection des huitième, neuvième et dixième côtes; évacuation de la plèvre. Guérison.

Par les docteurs
M. Gibert, et J. Jeanbrau,
Chef de clinique médicale, Chef de clinique chirurgicale,
à l'Université de Montpellier.

Les kystes hydatiques de la plèvre, toujours secondaires à l'ensemencement de la cavité pleurale par des vésicules nées primitivement dans le foie ou le poumon, donnent lieu à des erreurs de diagnostic que la ponction ou la vomique peuvent seules juger. L'observation suivante, recueillie dans les services de MM. les professeurs Grasset et Forgue, en est un exemple intéressant, elle montre de plus l'excellence de l'intervention chirurgicale et vient à l'appui de la thèse, brillamment soutenue, ces temps derniers, par M. le professeur Dieulafoy : la nécessité de livrer immédiatement au chirurgien tous les cas qui échappent à la thérapeutique purement médicale.

Osmin V..., 32 ans, boucher, entre le 8 mai, salle Fouquet, dans le service de M. le professeur Grasset, pour une pleurésie droite.

Antécédents héréditaires sans intérêt.

Antécédents personnels. — Santé habituelle excellente. En 1888, rhumatisme polyarticulaire qui l'immobilisa quelques semaines au lit. Depuis cette première atteinte, le malade ressent tous les ans, en hiver, des douleurs rhumatoïdes dans les épaules.

Pas de stigmates de syphilis. Pas d'habitudes d'éthylisme.

Maladie actuelle. — Il était en pleine santé, lorsqu'en janvier 1899, il fut pris brusquement d'une petit toux sèche et quinteuse.

Le docteur Coustan, appelé auprès du malade, porte le diagnostic de : bronchite grippale avec localisation pleurétique à la base droite, sans épanchement.

En mars, sans être complètement guéri, avec une douleur persistante dans le côté droit, le malade reprend ses occupations.

Le 8 avril, il va consulter M. le professeur Grasset qui pose le diagnostic : *maladie de Laënnec* (spécialement plèvre droite à la base et sommet gauche); *probablement adénopathie trachéo-bronchique.*

L'état du malade reste stationnaire, la toux et la douleur dans le côté droit persistent toujours, sans le moindre phénomène digestif, lorsque, brusquement, à la fin du mois d'avril, cet homme a une vomique. Il rejette à flots par la bouche un liquide jaune, puriforme, sanguinolent, avec des lambeaux « de peaux épaisses et consistantes ». A partir de ce moment, il crache beaucoup, et présente de nouvelles vomiques, mais bien moins abondantes que la première.

En même temps le malade s'affaiblit et maigrit. De 70 kilogs, son poids habituel, il tombe à 54 kilogs.

Etat actuel le 10 *mai* 1899. — Le malade, très amaigri, les pommettes teintées, les ongles nettement hippocratiques, a l'aspect d'un tuberculeux.

L'examen du thorax donne les résultats suivants : en avant et à droite, submatité au sommet, exagération des vibrations thoraciques, probablement par tassement pulmonaire. La matité hépatique commence au niveau du mamelon et descend, sur la ligne mamelonnaire, à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Dans toute cette zone de matité, la pression est douloureuse.

En arrière, du même côté, matité sur toute la hauteur du poumon, absence complète de vibrations, obscurité respiratoire. A deux travers de doigt environ au-dessous de l'angle de l'omoplate, souffle rude, nombreux râles à timbre métallique, bronchophonie. On ne perçoit pas d'égophonie, ni de pectoriloquie aphone.

L'examen du côté gauche ne décèle rien d'anormal.

La température oscille matin et soir entre 38 degrés et 38°5.

Le diagnostic qu'il est permis de porter, jusqu'à vérification de nature de l'expectoration, est : *pleurésie purulente avec fistule bronchique.*

Le 13 mai, après un accès de fièvre élevé, avec frisson intense et prolongé, le malade crache une certaine quantité de poches hydatiques de volume varié, colorées en jaune. Ces poches nagent dans un liquide nettement purulent.

L'analyse chimique permet de reconnaître que la teinte jaune des vésicules hydatiques est due à la présence de bile.

Dès ce moment, le diagnostic s'impose : il s'agit d'un *kyste hydatique du foie ouvert dans la plèvre droite et qui s'évacue par les bronches.*

Le 15 mai, le malade est soumis à l'examen de M. le professeur Forgue qui propose l'intervention chirurgicale, immédiatement acceptée.

Opération le 17 *mai* par M. le professeur Forgue.

Chloroforme.

M. Forgue fait, sur le côté droit du thorax, une longue incision en U, circonscrivant un lambeau cutanéo-musculaire ayant la superficie des deux mains; ce lambeau, rapidement décollé et fortement relevé par deux pinces à abaissement, fixées à ses angles inférieurs. Résection rapide de 10 centimètres des huitième, neuvième et dixième côtes. La plèvre pariétale, qui bombe avec force dans la plaie à chaque aspiration, est ponctionnée au trocart n° 2 de l'aspirateur Potain; il s'écoule un jet de liquide citrin, absolument limpide. M. Forgue ouvre alors largement la plèvre d'un bout à l'autre de la plaie, suivant la direction des côtes; deux valves vaginales de Second écartent les lèvres de l'incision pleurale et exposent, dans une cavité de pleurésie enkystée, une énorme masse de vésicules blanchâtres agglomérées, de grosseur variée. M. Forgue enlève à pleines mains ces vésicules à paroi friable, que le doigt déchire au moindre contact, et vide *en quelques secondes* une grande cavité qui apparaît limitée : en bas, par le dôme diaphragmatique qui est uni, régulièrement convexe, non bosselé et sur lequel on ne voit pas d'orifice fistuleux, en haut par la plèvre viscérale tapissant la face inférieure du poumon. A la partie interne, entre le poumon et le diaphragme, existe une énorme adhérence charnue, grosse comme les deux pouces, que M. Forgue désinsère du diaphragme sans qu'il se produise d'hémorragie.

En aucun point, on ne trouve de trace de pus. Les vésicules sont d'un blanc hyalin, et contiennent un liquide légèrement citrin, probablement à cause d'une faible proportion de pigments biliaires. On ne parvient pas à trouver l'orifice pleuro-pulmonaire.

On introduit deux gros drains qui sont enfoncés dans la partie profonde de la cavité et on rabat le volet musculo-cutané. A ce moment, le malade, qui ne respire plus de chloroforme depuis quelques minutes, fait de violents efforts de toux et les assistants perçoivent un bruit de soufflet intense dans la région opératoire : la fistule pleuro-pulmonaire s'est peut-être ouverte sous l'influence des manœuvres opératoires, ou bien il s'est produit une fissure dans les parois de la cavité enkystée, d'où pneumothorax partiel... Aussitôt, le malade crache quelques hydatides teintées en jaune, absolument semblables à celles de sa vomique du 13 mai et comparables à des « grains de raisin mâchés », suivant l'expression classique.

On suture le volet musculo-cutané au crin de Florence et

on applique un pansement compressif maintenu par un large bandage de corps.

Suites opératoires. — Les suites sont excellentes. Le malade se réveille rapidement et se sent très soulagé. Ni vomissements, ni dyspnée dans les heures qui suivent; mais des quintes de toux sèche et pénible secouent le malade tous les quarts d'heure.

Inhalations d'oxygène. Julep morphiné à cinq centigrammes.

T. le soir, 38°8 ; P. 90, régulier et vibrant.

18 mai. La nuit a été mauvaise : le malade est fatigué par une toux quinteuse qui n'est pas suivie d'expectoration. On donne immédiatement une potion expectorante avec 20 centigrammes de kermès.

T. le matin, 37°4; P. 88.

T. le soir, 37°5 ; P. 92. Champagne glacé, julep morphiné, inhalations d'oxygène.

Le pansement est mouillé. On enlève les couches superficielles sans toucher à la gaze qui enveloppe les drains.

20 mai. Le malade se sent bien : son faciès est meilleur. Il respire facilement et sans douleur. La toux est encore fréquente, mais bien moins pénible.

T. le matin, 36°7.

T. le soir, 37 degrés.

21 mai. T. le matin, 36°6.

Le pansement est entièrement traversé par le liquide pleural. La gaze est imbibée d'un pus très fluide, sans odeur : le soir la température monte à 39 degrés.

22 mai. Le kermès ne facilite plus l'expectoration et le malade continue à tousser sans cracher. On lui donne une potion avec :

Ipéca	1	gramme.
Ecorces d'oranges	4	—
Sirop diacode	30	—
Eau pour infusion	90	—

L'expectoration se produit dès que le malade prend les premières cuillerées de sa potion et il rejette bientôt des crachats purulents, verdâtres, très épais, teintés parfois de bile battue dans les mucosités, comme du jaune d'œuf bouilli. On n'y trouve toutefois pas de vésicules.

30 mai. L'état du malade s'améliore rapidement. L'appétit est revenu et il demande à se lever.

Pansement : on enlève les fils. Il s'écoule par les drains une quantité assez abondante d'un pus jaunâtre, bien lié, très épais. A partir de ce moment, on refait le pansement tous les jours. La température, qui ne dépasse jamais 37°5 le matin, monte le soir, pendant quelques jours, à 38 et 38°5, mais à partir du 12 juin elle ne dépasse plus 37°5.

19 juin. État excellent. Le malade a considérablement engraissé. Mais il continue, par moment et surtout la nuit, à être secoué par une petite toux sèche qui ne s'arrête que lorsqu'il a expectoré abondamment.

Pansement : la gaze est imbibée d'un pus verdâtre et peu odorant. Les deux drains, coupés au ras de la peau, n'ont pas été touchés. La ligne de suture est complètement réunie. En pressant tout autour des drains sur la paroi thoracique, on ne fait pas sourdre de liquide, ni de pus par les drains. Quand le malade tousse, il s'échappe un jet d'air assez intense : il y a donc une fistule pleuro-bronchique.

A la percussion, matité en arrière à partir de la pointe de l'omoplate.

A l'auscultation, pectoriloquie aphone et égophonie très nettes au niveau du lobe inférieur du poumon droit.

Potion calmante (aconit et morphine).

23 juin. Le malade quitte le service et doit revenir tous les trois jours se faire panser.

27 juin. On raccourcit les drains de 4 centimètres et on les replace. On lave abondamment la cavité pleurale à l'eau oxygénée au dixième. Les pansements avec lavages à l'eau oxygénée sont continués jusqu'à la fin de juillet, époque où l'on enlève définitivement les drains. La plaie se referme rapidement. La toux et l'expectoration ont complètement cessé, mais il existe encore une zone de matité avec pectoriloquie aphone et égophonie.

Examen le 17 novembre 1899. Le malade est absolument méconnaissable. Son teint est vivement coloré ; son embonpoint devient inquiétant : il pèse actuellement 82 kilogs, alors que son poids était de 54 avant l'opération. Il a repris, sans fatigue, son métier de boucher. La toux et l'expectoration ont complètement cessé.

Sur le côté droit du thorax une ligne cicatricielle solide circonscrit une zone dépressible qui correspond aux fragments de côtes réséqués.

En avant, la respiration est absolument normale. En arrière, dans le tiers inférieur du poumon droit, la percussion décèle une petite zone de submatité au niveau de laquelle il existe une légère diminution des vibrations avec affaiblissement du murmure respiratoire; on ne perçoit pas de souffle, ni d'égophonie, ni de pectoriloquie aphone. En somme, il y a, à la base droite, exclusivement, des signes d'épaississement pleural.

Il s'agit donc d'un kyste hydatique secondaire de la plèvre. S'il ne reste plus d'échinocoques dans le foie par suite de leur évacuation complète dans la cavité pleurale, on peut considérer ce malade comme définitivement guéri. C'est qu'en effet, en présence d'un kyste hydatique de la plèvre même à symptomatologie exclusivement pleurale, on n'est pas en droit d'affirmer qu'il s'agisse d'une localisation primitive. Il est même permis de mettre en doute l'existence du kyste hydatique primitif de la plèvre : nombre d'observations publiées sous ce titre manquent du contrôle nécropsique qui seul, en l'espèce, permet d'affirmer l'absence dans le foie, la rate ou le poumon, d'une vésicule d'origine.

La thèse récente de Georgesco-Carpatiano (1) en offre des preuves : presque toutes les observations qui y sont rapportées manquent d'examen anatomique. D'ailleurs, la fréquence particulière des localisations hydatiques dans le côté droit du thorax est un indice, que, dans nombre de cas, le foie a évacué les vésicules à travers le diaphragme. Le relevé que nous avons pu faire nous a montré que, dans 75 p. 100 des cas, le côté droit est le siège du kyste pleural. En un mot, cette localisation parasitaire est une des plus inquiétantes au point de vue pronostique et même après une intervention chirurgicale curatrice, il faut penser à la possibilité d'un foyer primitif extra-pleural susceptible d'une nouvelle extension.

Au point de vue médical, l'évolution de ce kyste a suivi les étapes habituelles de tolérance extrême pendant le développement intra-hépatique, de pleurésie sèche banale pendant la traversée diaphragmatique, de pleurésie avec épanchement pendant la trouée pleurale et enfin de vomique.

Il a eu la fortune ordinaire des diagnostics de ces sortes de tumeurs. En janvier 1899, toux sèche et quinteuse et point de côté. On est en pleine épidémie de grippe : le diagnostic porté est celui de pleurésie sèche de la base droite.

Pendant trois mois, ces phénomènes persistent et l'état général du malade décline. On pense alors à la tuberculose et on l'étiquète, en avril : maladie de Laennec avec localisation pleurale et ganglionnaire.

Quelques jours après, une vomique se produit : on aus-

(1) Georgesco-Carpatiano. *Des kystes hydatiques primitifs de la plèvre*, Th. de Paris, 1899, n° 610.

culte le sujet et on trouve les signes d'une pleurésie purulente avec fistule bronchique, sans caractères spéciaux.

En mai seulement, les diagnostics de nature et d'origine de la pleurésie se font du même coup par le rejet de membranes d'hydatides imprégnées de bile.

En lisant les observations publiées de kystes du foie ouverts dans la plèvre, on retrouve une histoire clinique toujours à peu près identique à la nôtre. Ces malades sont pris pour des tuberculeux ou pour des pleurétiques. Et, du reste, comment pourrait-il en être autrement, avec cette tolérance parfaite de la phase hépatique du kyste qui empêche de soupçonner l'origine de la pleurésie consécutive? Jusqu'au moment où une vomique se produit avec rejet de vésicules, l'erreur de diagnostic est inévitable. Mais dès que la nature de la lésion est reconnue, il faut abandonner l'espoir d'obtenir une guérison du traitement médical; l'intervention s'impose.

Au point de vue chirurgical, cette observation montre une fois de plus qu'une large thoracotomie d'emblée, avec résection étendue de plusieurs côtes, est le meilleur procédé pour obtenir l'évacuation totale des vésicules hydatiques, et éviter ces fistules bronchiques interminables qui menacent toujours, par infection secondaire, d'aboutir à la gangrène pulmonaire. Cette pratique, que notre maître a appliquée depuis plusieurs années et de très bonne heure au traitement des empyèmes, a donné entre ses mains des résultats remarquables. La bénignité de l'intervention, même chez un malade cachectique comme le nôtre, la rapidité de la guérison qui a suivi, permettent de conclure que les indications opératoires, dans les kystes hydatiques de la plèvre, sont celles des pleurésies purulentes fistulisées : dès que la nature de la lésion sera reconnue, une large résection costale avec vidange de la plèvre et drainage prolongé permettra l'élimination des vésicules filles, évitera l'ensemencement putride par une fistule bronchique et assurera, comme dans l'empyème, le comblement rapide de la cavité.

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE PAR LES BROMURES ET L'HYPOCHLORURATION (1)

Par M. Ed. Toulouse, médecin de Villejuif.

Je désire apporter quelques détails sur un nouveau traitement de l'épilepsie dont M. Richet et moi avons communiqué récemment le principe à l'Académie des sciences (2).

Voici quelles idées nous ont guidés dans nos recherches. « Nous avons pensé, écrivions-nous, qu'en privant, dans une certaine mesure, l'organisme de chlorures, on devait le rendre ainsi plus sensible à l'action des bromures. Comme, selon toute vraisemblance, les actions médicamenteuses sont dues à l'imbibition des cellules par tels ou tels poisons, les actions doivent être d'autant plus intenses que l'appétition de ces cellules pour les poisons est plus intense, et, par conséquent, elle doit être augmentée pour les sels alcalins thérapeutiques par l'absence de sels alcalins alimentaires. »

Quel que soit le bien fondé de cette hypothèse, le résultat de nos essais a été tel que nous l'espérions.

Je ne relaterai ici que les effets de l'hypochloruration obtenus sur les malades — au nombre de 20 — soumises au régime alimentaire spécial.

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

(2) Ch. Richet et Ed. Toulouse. Effets d'une alimentation pauvre en chlorure sur le traitement de l'épilepsie par le bromure de sodium, *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1899, p. 850.

On admet que nous consommons environ 14 grammes de sel par jour. Cette hyperchloruration ne paraît pas nécessaire et serait même nuisible, d'après Bunge, car le rein se fatigue à éliminer le surplus de ce qui paraît nécessaire (2g40 au minimum, d'après Lapicque et Richet). Seuls, les végétariens auraient besoin de beaucoup de sel, car les végétaux contiennent une grande quantité de sels de K, qui transforment le chlorure de sodium du sang en chlorure de potassium et en un sel où la soude est unie à l'acide mis en liberté par la décomposition du sel de potasse; — le sang est ainsi spolié de chlorure et de soude (Bunge). Mais les animaux carnivores et les peuples qui se nourrissent surtout de viande et de poisson consomment peu de sel. En fait, l'hypochloruration n'est pas dangereuse même chez des individus qui prennent habituellement beaucoup de sel; des voyageurs y ont été soumis durant des temps plus ou moins longs sans en être incommodés. Depuis des siècles, on met sans inconvénient des malades au régime lacté, qui est un régime d'hypochloruration, puisque le lait ne contient que 1 gramme de chlorure de sodium par litre.

Nous avons donc pensé qu'il n'y aurait pas d'inconvénient à supprimer le chlorure de luxe de l'alimentation et nous avons fixé, pour nos malades, la consommation minima à environ 2 grammes, chiffre correspondant à la quantité de sel contenu dans les aliments composant la ration d'entretien du Parisien [Richet et Lapicque (1)].

Voici quel était le régime alimentaire spécial qui représentait environ 2 grammes de chlorure de sodium, 2700 calories et 20 grammes d'azote :

Lait	1000	grammes.
Viande de bœuf	300	—
Pommes de terre	300	—
Farine	200	—
Deux œufs	70	—
Sucre	50	—
Café	10	—
Beurre	40	—

Ces aliments étaient donnés sous la forme suivante :

A 7 heures du matin, 25 centilitres de lait.

A 11 heures, deux crêpes faites avec des œufs, de la farine, du lait et du sucre ; café.

A 3 heures, bouillie faite avec de la farine et du sucre délayé dans du lait bouillant.

A 5 heures 1/2, bouillon non salé, bœuf bouilli sans sel, pommes de terre non salées, sautées au beurre.

Pas de vin, et le restant du lait donné en boisson avec de l'eau.

Ce régime spécial a été accepté volontairement par les malades qui le trouvaient agréable à cause des crêpes. Des malades ont pu, sans aucun inconvénient ni sans en être rebutées, le prendre pendant sept mois. Elles ont été soumises brusquement au régime d'hypochloruration et ne paraissent pas avoir souffert de ce changement rapide dans leur régime alimentaire.

Les vingt malades traitées par cette méthode ont été choisies dans le quartier d'épileptiques de mon service de l'asile de Villejuif.

(1) Le sel ajouté peut être évalué à 8 ou 12 grammes. Celui ajouté au pain seul peut atteindre jusqu'à 10 grammes par kilogramme ; il est donc important de tenir compte de ce fait en établissant une ration d'hypochloruration, où le pain ne peut figurer qu'en toute petite quantité.

C'étaient des adultes de dix-sept à quarante-neuf ans, rentrant toutes dans cette vaste catégorie d'épilepsies dites essentielles, dont les lésions ne sont pas manifestées chez le vivant par des troubles moteurs en rapport avec des lésions cérébrales.

Les causes apparentes des épilepsies étaient variées ; pour la plupart, c'étaient des émotions survenues au moment de la puberté. Toutes étaient plus ou moins des débiles intellectuelles et leur internement dans un quartier d'aliénés avait été provoqué par leur difficulté à tenir un emploi au dehors.

Ces malades avaient, pour la plupart, des accidents fréquents, en moyenne un accident tous les jours (exactement 1,3 jours). Pour juger de l'action d'un médicament sur l'épilepsie, il est, en effet, nécessaire de choisir des sujets à accidents fréquents.

Nous avons employé le bromure de sodium parce que c'est le moins toxique. Il est à remarquer que c'est aussi le moins actif. Nous donnions d'abord 4 grammes, puis nous avons donné seulement 2 grammes, quantité suffisante dans la grande majorité des cas.

Sur 20 malades traitées, 6 l'ont été durant plus de 70 jours (de 3 à 7 mois) et 11 seulement de 28 à 55 jours. Celles-là étaient les premières qui avaient été mises au régime. Au fur et à mesure que les résultats étaient bons, on en choisissait d'autres, puis le régime alimentaire a été simplifié. Au lieu de donner aux malades un régime alimentaire spécial un peu compliqué, il a paru plus simple de donner les aliments ordinaires non salés, et en graduant le pain pour se rendre compte de la quantité maxima de sel que l'on pouvait ajouter à la nourriture sans rappeler les accès (1). On en mit aussi quelques-unes au régime lacté, qui paraît répondre au même but. Ces divers essais méritant d'être étudiés séparément, bien qu'une idée commune et des résultats semblables les unissent, on dût grouper dans une première catégorie vingt malades, dont quelques-unes n'ont pas été suivies assez longtemps pour qu'on puisse, s'il n'y avait qu'elle, se prononcer sur le résultat thérapeutique de l'hypochloruration avec le régime spécial. Mais les effets ont été plus accusés chez les malades traitées le plus longtemps. Cela montre que ce traitement n'épuise pas son effet en quelques jours et agit d'autant plus qu'il est plus longtemps prolongé. Le nombre des accès et le nombre total des accidents ont diminué, pour *chaque malade*, dès que le régime d'hypochloruration a remplacé le régime ordinaire. Dans trois cas le nombre de vertiges a été un peu augmenté, comme s'ils remplaçaient les accès disparus ; mais le nombre total des accidents a diminué.

Cette généralité dans les effets donne bien la mesure de ce traitement. Dans la période d'hypochloruration qui suit les quinze premiers jours, où le sel s'élimine et l'action thérapeutique du bromure se renforce, les accès disparaissent complètement dans la majorité des cas, même lorsque le temps d'observation a été prolongé. D'une façon générale, toutes les malades avaient un ou plusieurs accès dans une période de 10 jours, en moyenne un tous les 3,41 jours. Or, aucune de ces malades n'en a plus présenté un seul dans la même période de temps. Pour cette comparaison, les petites durées d'hypochloruration peuvent donc être utilisées.

En résumé, durant l'hypochloruration, les accès ont diminué de 92 p. 100, les vertiges de 70 p. 100, tous les accidents de 81 p. 100.

(1) De nouvelles expériences semblent montrer qu'on peut obtenir de bons résultats avec une hyperchloruration moins grande.

Il est à remarquer qu'un certain nombre de malades ne prenaient pas de bromure quand elles ont été soumises à l'hypochloruration. On pourrait donc se demander si l'effet attribué au régime ne serait pas dû au bromure seul. Or, l'action a été aussi heureuse dans 11 cas où les malades ne prenaient pas de bromure que dans 9 cas où les malades en prenaient. Ces 9 cas sont la preuve la plus évidente de l'effet heureux du régime. Ces malades ont pris du bromure durant un certain temps et environ la même quantité moyenne par jour [3g10 et 3g27 (1)] durant le régime ordinaire et durant l'hypochloruration. Or, les accidents (accès et vertiges), qui étaient en moyenne durant le régime ordinaire au nombre de 9,54 p. 10 jours, tombèrent, durant l'hypochloruration, au nombre de 1,16 soit une diminution de 87 p. 100. Or, une seule chose a varié durant ces deux périodes, c'est le régime, c'est donc lui qui est la cause de l'effet thérapeutique. C'est là une véritable expérience de laboratoire.

On a avancé que les douches combinées au bromure pouvaient donner des résultats équivalents à cette méthode thérapeutique. Or les malades qui prenaient des douches et du bromure pendant le régime ordinaire ont toutes présenté une diminution notable des accès et des vertiges durant l'hypochloruration, la dose de bromure restant sensiblement la même dans les deux périodes.

Enfin il a paru utile, pour pouvoir rigoureusement comparer deux périodes de bromuration avec régime ordinaire et de bromuration avec hyperchloruration, de relever chez seize malades les accidents survenus durant une période de bromuration antérieure mais non immédiatement antécédente à l'hyperchloruration et d'égale durée. Les résultats ont été les mêmes.

Les accès ont diminué de 92 p. 100, les vertiges de 75 p. 100 et tous les accidents de 80 p. 100. Donc, toujours et dans toutes les statistiques, la supériorité de la méthode apparaît.

Les malades que nous avons ainsi traitées n'étaient pas guéries ; et lorsque le régime alimentaire ordinaire était repris, les accès revenaient après quelques jours, que l'on donnât ou non du bromure, ce qui était la contre-épreuve du traitement. Il est important de ne pas supprimer le bromure surtout lorsqu'on redonne le régime alimentaire ordinaire, et il est même prudent d'en élever la dose à ce moment.

A ce point de vue, ce traitement est semblable à tous ceux où le bromure est employé. Nous ignorons encore si avec le temps — et notre traitement actuel paraît pouvoir être prolongé longtemps — on pourrait modifier l'organisme assez profondément pour faire disparaître la susceptibilité convulsivante du système nerveux.

Nous n'avons pas constaté d'action spéciale du régime sur les diverses fonctions de l'organisme. Le poids a augmenté ou est resté stationnaire dans la majorité des cas (13 cas sur 20). Parmi les épileptiques qui ont maigri, il faut signaler une malade qui présenta une crise prolongée de grande agitation au cours de laquelle elle diminua de 12 kilogrammes, et deux autres malades qui prirent 5 grammes de bromure et qui diminuèrent de 5 et de 9 kilos.

Les autres ont présenté des variations dans des limites normales.

(1) 3g27 de NaBr sont bien moins actifs que 3g10 de KBr.

La force musculaire constatée au dynamomètre, la température, le pouls, le nombre des globules sanguins, la digestion, la fonction menstruelle, l'urination n'ont pas paru varier dans un sens déterminé, ainsi que nous l'ont montré les observations faites tous les jours pendant longtemps sur certaines de nos malades.

En résumé, notre régime spécial exalte l'action thérapeutique du bromure. Lorsque le sujet y est soumis, la dose du bromure restant la même ou diminuant ainsi que nous l'avons observé dans d'autres expériences qui feront l'objet d'un autre travail, le nombre des accidents épileptiques diminue; et lorsqu'on rétablit le régime ordinaire, le nombre des accidents épileptiques augmente. Ce n'est donc pas le bromure seul qui a cette action. Une dose quelconque de bromure de sodium, de potassium ou de strontium produit toujours une action plus grande si elle est donnée avec le régime spécial; et nous pourrions montrer bientôt qu'une dose élevée donnée avec le régime ordinaire n'a pas les effets d'une dose faible donnée avec le régime spécial. Pas plus que le bromure seul, le régime seul ne peut expliquer cette action thérapeutique. Les malades soumises à ce régime et qui ne prirent de bromure, ni avant ni pendant cet essai, ne présentèrent aucune amélioration. Pourquoi l'action du bromure est-elle ainsi renforcée? Ce n'est pas parce que ce régime est moins chargé de toxines alimentaires, puisque des aliments habituels mais non salés nous ont donné les mêmes résultats. C'est donc bien le sel, et le sel seul, qui, selon qu'il est plus ou moins mêlé aux aliments, diminue ou augmente l'action thérapeutique du bromure.

Si l'organisme est plus sensible à l'action thérapeutique du bromure, il est aussi plus sensible à l'action toxique, qui semblent devoir marcher de pair. Il faut donc être prudent et surveiller attentivement les malades qui peuvent, avec 4 grammes, présenter des signes d'intoxication bromique. A ce point de vue il est bon de ne pas dépasser 2 à 3 grammes et de diminuer si la langue se charge, si les réflexes musculaires disparaissent et si l'hébétude un peu prononcée se montre.

Cette idée thérapeutique se rattache à une plus générale, qui nous a paru susceptible d'être appliquée dans d'autres maladies (1), et qui consisterait à modifier la nutrition pour rendre l'individu plus ou moins sensible à l'action du médicament ou du poison. Nous avons appelé cette méthode générale *thérapeutique métatrophique*, et nous pensons par exemple que l'action des iodures alcalins pourrait être exaltée par l'hypochloruration dans le traitement de la syphilis et de l'athérome.

LEÇONS DE BACTERIOLOGIE PRATIQUE (2)

Par le docteur Lesné,
Interne médaille d'or des hôpitaux de Paris.

XI

Bactéridie charbonneuse, bacillus anthracis, bacille du sang de rate, découverte en 1850 par Davaine et Rayer dans le sang de moutons morts charbonneux, revue par Pollander (1855), Brauell (1857), mais bien mise en évidence comme facteur étiologique du charbon en 1863, par Davaine, étudiée ensuite par Koch, Pasteur, Roux, etc. Les nombreuses études publiées sur ce bacille ont constitué le véritable point de départ de la microbie pathologique humaine et comparée, et ont donné lieu à une série de conceptions de pathologie générale infectieuse.

Morphologie et coloration. — Revêt au microscope *deux aspects* différents, suivant qu'on l'examine dans le sang d'un animal infecté, ou dans les cultures.

Dans le sang ou dans la rate, gros bâtonnets isolés ou réunis par deux ou trois. Longueur de chaque élément, 5 à 20 μ; épaisseur, de 1 à 2,5 μ. Rectilignes, mais flexibles, à extrémités coupées carrément; ces extrémités examinées à un fort grossissement présentent une ligne limitée, finement ondulée ou dentelée. La soudure des éléments, qu'ils soient en diplo ou en strepto-bacilles, est lâche, incomplète. Le protoplasma est hyalin, transparent, homogène; il n'y a pas de spore dans le sang. Le *bacille est immobile.*

Dans les milieux de culture (bouillon), filaments très longs et fins, isolés ou intriqués en réseau à mailles plus ou moins serrées.

Chaque filament est cylindrique, ondulé, flexible; son protoplasma examiné sous coloration paraît homogène, mais par les colorations classiques, et à un fort grossissement, il apparaît constitué par une série de masses cylindriques, d'inégale longueur, enveloppées d'une gaine commune et séparées les unes des autres par des cloisons transversales qui restent incolores. C'est probablement un *strepto-bacille* exceptionnellement allongé et incomplètement segmenté. Ici *aussi le bacille est immobile.*

Les cultures en bouillon âgées de quelques jours renferment des *spores*, petits grains ovoïdes très réfringents, qui remplissent le bâtonnet ou sont libres; ces spores présentent une très grande résistance aux divers agents physiques et chimiques et jouent un rôle considérable dans la transmission et la conservation du virus charbonneux. Ces spores ne prennent naissance qu'en présence de l'oxygène et à des températures comprises entre 16 degrés et 42°5; à des températures supérieures elles peuvent être remplacées par des *fausses spores* ou *microspores de Chauveau* qui n'ont pas les mêmes propriétés biologiques.

Ces mêmes microspores se rencontrent dans une variété *asporogène* de bacilus anthracis créée par Chamberland et Roux par cultures successives dans des milieux légèrement antiseptiques, et pouvant dans certains cas perdre toute virulence et devenir un véritable saprophyte.

Coloration facile par toutes les couleurs basiques d'aniline; *ne se décolore pas par la méthode de Gram.*

La coloration des spores s'obtient par les procédés généraux indiqués précédemment (double coloration).

Cultures. — Aérobie presque strict, le bacillus anthracis cultive très aisément sur les milieux classiques, de 12 à 45 degrés; la température optimum est de 30 à 35 degrés. Les spores n'apparaissent jamais au-dessous de 16 degrés, ni au-dessus de 42 degrés, et ne prennent naissance qu'en présence de l'air. Le bacille meurt à 55 degrés. Mais les spores résistent longtemps à 110 degrés.

En *bouillon* au bout de vingt-quatre heures, flocons blanchâtres, denses, qui occupent la surface du liquide et la paroi du tube sans troubler le milieu. Au bout de quelques jours les flocons disparaissent et forment au fond des tubes un sédiment blanchâtre, granuleux, constitué exclusivement par des spores quand la culture est âgée. Le bouillon devient alors foncé (rhum).

Le *lait* est rapidement coagulé, puis le coagulum se dissout après quelques jours et le milieu prend une coloration brune, dégageant une odeur de fromage pourri.

(1) Ch. Richet. Académie de médecine, 28 nov. 1899.

(2) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1138, 1194, 1225, 1254, 1284, 1314, 1349, 1378; 1900, p. 5, 60.

Sur gélose ou sur sérum, culture blanche, mate, finement dentelée sur les bords.

Sur gélatine en plaques, petits points blancs au bout de vingt-quatre heures; après trente-six heures les colonies ressemblent à de petites masses de fil pelotonné avec brins éparpillés à la périphérie, au troisième et quatrième jour, amas de très fins cheveux bouclés (tête de méduse, perruque étalée).

Sur gélatine en piqûre ou en stries, traînée blanchâtre, épaisse, mate, avec stries radiées perpendiculaires (culture en brosse).

Liquéfaction de la gélatine en cinq à six jours.

Le bacille en culture sécrète des *toxines* qui, à des doses minimes, sont vaccinantes.

Inoculations aux animaux. — Le cobaye est très sensible; au bout de quelques heures, avec une dose minime, il présente au point d'inoculation un empâtement diffus et meurt en vingt-quatre heures; les bacilles pullulent dans le sang et les organes. Les oiseaux sont réfractaires à moins qu'on ne les refroidisse en les trempant en partie dans l'eau (Pasteur); les grenouilles résistent à l'infection, à moins qu'on ne les mette à l'étuve. La virulence du bacille est exaltée par les produits solubles du coli-bacille.

Rôle en pathologie. — Le bacillus anthracis, sans être aussi commun que le bacillus subtilis auquel Büchner l'identifiait, est cependant assez répandu. Les recherches de Pasteur, Chamberland et Roux nous ont montré qu'il existe en grande abondance dans le sol où sont enfouis des animaux morts de charbon, des spores qui conservent longtemps leur vitalité et leur virulence. Les vers de terre, les mouches, jouent un rôle important dans leur dissémination à la surface du sol; l'eau, l'air, les poussières, les dépouilles d'animaux peuvent être incriminés comme agents de transmission de la maladie à l'homme ou aux animaux. La bactéridie charbonneuse est l'agent pathogène spécifique, chez l'homme, de la pustule maligne et du charbon interne, intestinal ou pulmonaire; elle est l'élément causal de la fièvre charbonneuse du cheval, de la maladie du sang de la vache, du sang de rate du mouton (le mouton français est plus atteint).

L'introduction dans l'économie du bacillus anthracis se fait par effraction cutanée, par ingestion stomacale (il faut d'après Pasteur une ulcération de l'estomac ou de l'intestin), voire même par inhalation pulmonaire.

L'enfouissement des cadavres, la désinfection des laines et des peaux d'animaux contaminés, sont des moyens prophylactiques indispensables.

Vaccination. — Elle repose sur ces principes : un microbe virulent tue l'animal; un microbe non virulent ne le tue pas, il le préserve contre une inoculation virulente. Pasteur a montré qu'une culture très virulente placée à l'étuve à 42 degrés diminue de virulence de jour en jour et est inoffensive au bout d'un mois. Après une série d'inoculations dont la virulence va augmentant, un animal devient réfractaire à l'injection de cultures très actives. En pratique la vaccination se fait en deux temps : d'abord injection de 1/8 de centimètre cube d'une culture restée quinze à vingt jours à 42 degrés, puis huit jours après inoculation d'une même quantité de culture restée dix à douze jours à la même température.

La méthode de Pasteur appliquée au mouton a pour résultat une très grande diminution de la mortalité dans certains districts (Beauce) où le sang de rate causait des pertes considérables.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(23 JANVIER 1900)

M. Laborde a fait à l'Académie une série de communications sur **la mort apparente et le retour à la vie par le procédé des tractions rythmées de la langue.** Parti d'un procédé expérimental qui a été fort heureusement introduit dans la pratique courante et qui a fait ses preuves cliniques, M. Laborde a poursuivi cette étude au point de vue physiologique et il s'applique, dans ces dernières communications, à montrer la détermination expérimentale et pratique de la survie intérieure latente, des propriétés fonctionnelles de l'organisme dans la mort apparente; il étudie successivement le procédé technique de recherche, le réflexe respiratoire, son mécanisme reproduit et réalisé par le procédé des tractions rythmées de la langue; il montre que ce procédé constitue le signe automatique de la mort réelle en même temps que le moyen le plus puissant de résurrection. Enfin, dans une prochaine séance, il donnera la description de l'instrument mécanique du tracteur lingual adapté à ce double but.

Au cours de cette communication, M. Laborde avait invoqué plusieurs fois le témoignage des accoucheurs. M. Pinard a répondu à cet appel, non pour atténuer en quoi que ce soit la démonstration de son collègue, mais pour rappeler encore une fois la puissance de l'insufflation, et pour moutrer que l'insufflation n'agit pas seulement par le fait de l'excitation du tube sur le réflexe invoqué par M. Laborde, mais bien aussi par le fait de l'introduction de l'air dans les poumons. Retenons aussi ce fait des explications de M. Pinard que le retour à la vie ne s'effectue chez l'enfant qu'après qu'on a constaté, en même temps que les battements du cœur, les mouvements vermiculaires du diaphragme.

M. Laborde répond à M. Pinard qu'il n'a jamais nié la puissance de l'insufflation, mais qu'il considère cette méthode comme étant d'une application plus difficile et d'un effet moins sûr que les tractions rythmées de la langue.

M. Guéniot a communiqué un fait rare de **tumeur lacrymale congénitale.** Un cas analogue publié par Dolbeau, dans la *Gazette des hôpitaux* en 1865, un seul exemple cité dans le livre de Galezowski : tels sont les seuls faits de ce genre qu'a pu trouver M. Guéniot dans le littérature médicale. Dans le nouveau fait qu'il présente il s'agissait d'une petite fille portant à sa naissance une tuméfaction à l'angle lacrymal gauche. Les jours suivants, malgré les lavages à l'eau bouillie boriquée et l'introduction de mèches aseptiques dans la narine gauche, il y eut des accidents d'ophtalmie purulente qui cédèrent à l'application d'un collyre au nitrate d'argent (0,10 centigrammes pour 15 grammes d'eau). La tumeur disparut également.

Les **abcès du foie** sont assez rares sous notre climat et donnent lieu assez facilement à des erreurs de diagnostic. M. Lucas-Championnière vient d'en observer un cas chez un homme dont l'odyssée pathologique est assez curieuse. Il s'agit d'un homme de trente-deux ans, qui a passé trois ans à Oran comme cuisinier d'un général. A plusieurs reprises cet homme fut atteint de douleurs avec vomissements et ictère. En 1898, les crises devenant plus rapprochées, cet homme entra dans un service de chirurgie où on lui fit la laparotomie; on ne trouva rien et on referma le ventre.

Après avoir passé par plusieurs services de médecine ou de chirurgie, ce malade échoua à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Muselier qui, trouvant une matité considérable

dans le côté droit, en arrière, fit une ponction et retira un liquide rougeâtre. Il reconnut aussitôt qu'il s'agissait d'un abcès du foie et fit passer ce malade dans le service de M. Lucas-Championnière où il arriva dans un état lamentable. M. Lucas-Championnière réséqua les neuvième et dixième côtes, ouvrit largement au thermocautère, retira 2 litres de pus rougeâtre, lava à l'eau oxygénée et plaça deux gros drains. Le malade est en bonne voie de guérison.

M. Lucas-Championnière fait suivre cette observation de quelques réflexions sur les difficultés du diagnostic, sur les divers traitements des abcès du foie. Il invoque surtout la grande notoriété de Zancarol (d'Alexandrie), qui n'a pas observé moins de 587 abcès du foie. Malgré la grande habitude qu'il avait de ce traitement, il lui est arrivé le fait suivant : un malade présente les signes d'un abcès du foie, Zancarol fit une ponction qui ne donna rien; il fit la laparotomie et ne trouva rien ; le malade mourut ; à l'autopsie on trouva un vaste abcès du foie fixé contre la colonne vertébrale.

Autre fait non moins intéressant : un malade a eu des fièvres paludéennes ; il a une tumeur du côté gauche qu'on prend pour une grosse rate ; M. Alvarez, qui revoit ce malade qu'il avait vu autrefois, se rappelle avoir constaté chez lui une interversion des organes et il en conclut que sa grosse rate est une tumeur du foie. En effet, il intervient en ponctionnant par la partie postérieure et trouve du pus rougeâtre caractéristique des abcès du foie.

M. Jarre apporte les excellents résultats qu'il a obtenus dans le **traitement de la fièvre aphteuse** chez les animaux par les cautérisations à l'acide chromique. Il pratique sur les ulcérations des attouchements avec de l'acide chromique chimiquement pur en solution concentrée.

Les douleurs cessent presque immédiatement et on observe une cicatrisation rapide des aphtes.

Ce traitement employé dans trois écuries a amené un abaissement notable de la durée de l'épizootie.

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

Pellicule de l'œuf et greffes cutanées. — Après avoir rappelé les avantages des procédés de greffe de Reverdin et de Thiersch, M. le docteur Max Schuller décrit une méthode originale qu'il emploie avec succès depuis quelque temps déjà pour accélérer la cicatrisation et la restitution *ad integrum* de grandes surfaces cruentées. Sa méthode est basée sur l'emploi de la membrane qui revêt la paroi interne de la coquille de l'œuf : la face de la pellicule qui baignait dans l'albumine est appliquée sur la plaie, préalablement aseptisée, et maintenue en place par un pansement.

Au bout de quatre jours, en écartant la membrane, on voit au-dessous une surface blanc bleuâtre, formée par une couche d'éléments épithéliaux. L'auteur conseille d'employer sa méthode dans tous les cas où l'état général du malade, ou l'existence d'une maladie concomitante (tuberculose, etc.), ne permet pas de prendre de greffes épidermiques sur le malade lui-même. (*Monatsschrift für Unfallheilkunde*, n° 9, sept. 1899.) L. G.

Les résultats du traitement des fractures du col du fémur par le « clouement ». — M. Julius Nicolaysen (de Christiania) a décrit, dans le *Nordiskt medicinskt arkiv*, en 1897, sa méthode, qu'il avait pratiquée dès 1894 et dont voici la description :

Après la réduction de la fracture, on fixe l'os dans sa position normale à l'aide d'un clou triangulaire en acier de 12 centimètres de longueur (enfoncé dans le grand trochanter vers la tête du fémur) ; après quoi on applique un appareil plâtré immobilisant, qui est laissé en place pendant dix à douze semaines. Au bout de deux à trois semaines on enlève le clou.

En 1860, Langenbeck avait proposé de percer le col du fémur et d'y insérer un clou d'ivoire, mais il ne paraît pas avoir donné suite à ce projet opératoire.

Les résultats ont été très favorables. Le raccourcissement réel a été réduit en moyenne à 4 centimètres. Le raccourcissement apparent (qui dépend de l'abduction) a disparu.

L'effet immédiat du clouement est la cessation complète des douleurs. Dans la plupart des cas, l'opération a eu lieu sans narcose. 8 hommes et 13 femmes ont été traités d'après cette méthode. (*Nordiskt medicinskt arkiv*, n° 29, 1899.) L. G.

Cellulite péri-tendineuse des muscles de la loge antérieure de la jambe. — MM. Mignon et Sieur pensent qu'à côté de la *myosite* et de la *périostite* dites de *fatigue* et de la *synovite du cou de pied*, il y a place pour une quatrième affection à laquelle ils donnent avec Pauzat le nom d'*aï crépitant* et mieux encore de *cellulite peri-tendineuse des muscles de la loge antérieure de la jambe*.

Survenant à la suite de marches de longue durée, les auteurs croient inutile d'invoquer le rhumatisme comme cause prédisposante de cette affection, ainsi que le veut Pauzat. Le manque d'entraînement à la marche leur paraît une cause traumatisante suffisante et cela même en dehors de toute tare organique et de toute déformation portant sur le membre inférieur lésé.

D'après les faits cliniques que MM. Mignon et Sieur ont observés, et les recherches anatomiques qu'ils ont faites, ils localisent l'affection dans les gaines celluleuses qui accompagnent les tendons du jambier antérieur et des extenseurs des orteils, sans que cette inflammation puisse se communiquer *aux gaines séreuses* qui accompagnent ces mêmes tendons au niveau du cou de pied. D'ailleurs, les deux variétés de gaines sont tout à fait indépendantes les unes des autres.

Très douloureuse au début, au point de rendre la marche impossible, la cellulite péri-tendineuse cède très rapidement à l'influence du repos et de la compression ouatée. Au bout de quinze jours les malades observés par MM. Mignon et Sieur, comme ceux de Pauzat, ont pu reprendre leur service. (*Arch. de méd. et pharm. milit*, n° 1., 1900.) F. R.

GYNÉCOLOGIE

Rupture du vagin pendant le coït. — Cet accident est des plus rares. Quelques cas de fistules recto-vaginales ont été signalés par Price, en 1886. M. G. F. Mylott fut cependant appelé un jour auprès d'une femme de vingt ans, mariée depuis la veille. Pendant le coït elle avait subitement perçu une douleur très vive, suivie d'une hémorragie profuse.

Le mari, très alarmé, avait fait appeler une sage-femme.

La patiente se présentait dans un état inquiétant : pâleur, faiblesse extrême, respiration haletante. Une injection d'ergotine resta sans effet. Deux piqûres d'éther furent faites pour prévenir la syncope. A l'examen, le vagin était rempli de caillots que l'on évacua au moyen d'une injection boriquée. Il fut alors possible de constater l'existence d'une déchirure qui commençait vers l'orifice du vagin, remontait en arrière à gauche de la ligne médiane pour atteindre du côté droit le fond du cul-de-sac de Douglas. La vessie, l'utérus étaient intacts. On pratiqua la désinfection du vagin avec une solution phéniquée et son tamponnement avec de la gaze iodoformée. La guérison fut complète en trois semaines. (*Brit. med. Journ.*, 16 sept. 1899.) A. H.

La médication chlorhydropepsique. — Dans une communication récente à la Société de thérapeutique, M. Linossier vient de montrer que la médication chlorhydropepsique, en tant que médication pouvant momentanément suppléer à l'insuffisance de la sécrétion gastrique, ne doit ses insuccès qu'à l'insuffisance des doses d'acide chlorhydrique et de pepsine ingérées par les malades.

Aussi, conseille-t-il d'employer ses pepsines à titre élevé et à haute dose. Avec 4 à 5 grammes d'une pepsine au titre de 200, on a un effet équivalent à celui de 40 à 50 grammes de la pepsine amylacée du Codex. L'utilité d'administrer aux hypochlorhydriques ces doses élevées d'acide chlorhydrique est incontestée. Malheureusement l'ingestion en est difficile au delà de 4 grammes d'acide officinal, les solutions d'acide chlorhydrique ont une saveur qui les rend à peu près imbuvables. On est obligé, pour faire pénétrer une certaine dose d'acide dans l'estomac, de la faire ingérer dans une grande quantité d'eau; mais la solution ainsi utilisée est forcément moins acide que le suc gastrique humain normal. Pour obvier à cet inconvénient, M. Linossier donne la formule d'une solution acide trois à quatre fois plus concentrée que les solutions usuelles, d'une saveur brûlante, mais non désagréable, si on la boit avec un chalumeau pour éviter le contact des dents.

Voici cette formule, type que l'on pourra modifier, d'ailleurs, selon les indications :

Blanc d'œuf................	n° 2
Sucre........	30 grammes.
Eau distillée, Q. S. pour.....	150 cent. cubes.
Solution au dixième d'acide chlorhydrique officinal....	30 cent. cubes.

Mélanger l'eau et le blanc d'œuf, faire dissoudre le sucre, puis ajouter peu à peu l'acide; passer au besoin sur un linge fin. A la campagne, et souvent même à la ville, le praticien sera réduit à la donner aux dyspeptiques en général et à la supprimer si elle ne produit rien ou si elle agit mal. (*Bulletin de thérap.*, 23 décembre 1899.) F. R.

Emploi du tannate d'orexine contre l'inappétence. — M. E. Zeltner, revenant sur l'emploi de l'orexine, montre que le tannate d'orexine, administré comme stimulant de l'appétit, est au moins égal sinon supérieur aux autres préparations d'orexine; dans la majorité des cas, sur des malades pris un peu au hasard, il a régularisé l'appétit.

C'est une poudre jaunâtre, inodore et presque insipide, insoluble dans l'eau, mais facile à administrer en cachets, tablettes au chocolat, et qui se donne à la dose de 0,3 à 0,5 centigrammes une ou deux fois par jour. Il n'entraîne aucun inconvénient et a, par là même, une supériorité indéniable sur les autres préparations. Le tannate d'orexine est surtout indiqué dans la tuberculose au début, dans l'anémie, dans les troubles digestifs légers, chez les convalescents et les nerveux. Chez les individus bien portants, il calme les douleurs stomacales occasionnées par une alimentation trop lourde.

Si l'on voulait formuler au point de vue scientifique l'indication du tannate d'orexine, on pourrait dire qu'il convient surtout quand il y a diminution d'acide chlorhydrique. Il va de soi que le traitement médical par le tannate d'orexine doit être complété par l'application des règles diététiques qui répondent à chaque cas. (*Die therapie der Gegenwart*, nov. 1899.) St-C.

Le tamponnement comme traitement de l'otite externe furonculeuse. — M. W. Lamann recommande le traitement suivant :

Après avoir nettoyé le conduit, on y introduit un tampon imbibé de la formule : oxyde de zinc, 4 grammes; acide phénique, 0,60 centigrammes; vaseline blanche, 30 grammes. Les tampons cylindriques sont coupés à leur extrémité et introduits au moyen d'un stylet jusqu'au tympan, sans tenir compte du siège des furoncles. On devra faire en sorte de tamponner d'autant plus fort le conduit que son rétrécissement sera plus prononcé. On diminuera le tampon dès que les parois du conduit seront moins tuméfiées. Si la douleur qui suit le tamponnement persiste au delà de cinq minutes, on remplacera le coton existant par un tampon moins serré.

Le tamponnement est laissé en place pendant vingt-quatre heures. Il est renouvelé tous les jours jusqu'à ce que le coton ne soit plus taché de sang et de pus.

En général, trois séances de tamponnement amènent la guérison. (*Mon. f. Ohr.*, 1899.) R.

Valeur du traitement de la phtisie pulmonaire par l'acide cinnamique, d'après la méthode du professeur Landerer. — Le travail du docteur Hessen s'appuie sur 47 observations de tuberculose pulmonaire, traitées par la méthode du professeur Landerer, dont nous avons déjà parlé à plusieurs reprises. On sait que M. Landerer emploie le cinnamate de soude ou hétol, en injections sous-cutanées, à la dose de 1 à 20 milligrammes.

Les résultats obtenus dans ces 47 cas, pris dans sa clientèle privée, confirment pleinement ceux qui ont été publiés par le professeur Landerer. L'acide cinnamique, ainsi que le démontrent les recherches expérimentales, détermine autour du foyer tuberculeux une réaction inflammatoire aseptique qui aboutit à la cicatrisation complète des lésions. Sans que l'on puisse accorder au cinnamate de soude une action curative absolue, il n'en est pas moins certain que dans les cas où l'on peut, par ailleurs, assurer l'hygiène du tuberculeux, ce médicament est le meilleur adjuvant du traitement diététique et son emploi réalise un progrès important dans la cure des lésions tuberculeuses. (1 broch. in-12°, 32 p., impr. Haas-Mannheim.) St-C.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Responsabilité; médecin; rayons X; accidents.

Des applications trop multiples et trop prolongées des rayons X, si elles déterminent sur le malade des brûlures, peuvent constituer une faute opératoire, engageant la responsabilité du médecin qui les a faites. (Tribunal civil de la Seine, 29 mars 1899; *France judiciaire*, 1899, 2e partie, p. 208.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le sang et son troisième élément anatomique (1), par le professeur A. Béchamp.

Il vient de paraître à la librairie Chamalet un volume du professeur A. Béchamp : *Le sang et son troisième élément anatomique*, où de sévères recherches de laboratoire, poursuivies depuis plus de quarante ans, sont encadrées dans des considérations de philosophie naturelle de la plus haute portée.

Les travaux de M. Béchamp, sur lesquels le public médical, trop facilement épris de théories simplistes, a systématiquement fermé les yeux, ouvrent de larges horizons sur le monde inconnu des infiniment petits les plus solidement vivants. Grâce à ces travaux, des observations de Davaine et de Béchamp lui-même, accaparées et étendues par Pasteur et sa suite, cesseront de représenter une poussée révolutionnaire faisant table rase de toutes les traditions cliniques, pour prendre la place que leur a préparée M. Béchamp dans une physiologie pathologique moins bornée.

(1) In-8°. — Paris, Chamalet.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Fièvre typhoïde expérimentale, par M. le docteur Paul REMLINGER, médecin aide-major, chef du laboratoire militaire de bactériologie de Tunis. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — THÉRAPEUTIQUE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLESSCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Fièvre typhoïde expérimentale.

Par le docteur Paul REMLINGER,
Médecin aide-major, chef du laboratoire militaire de bactériologie de Tunis.

I

Historique. — La découverte du microbe de la fièvre typhoïde déjà pressentie dans les travaux de Hallier (1) (1866), de Recklinghaüsen (2) (1871), de Klein (3) (1874), de Sokoloff (4) (1875), de Fischl (5) (1878), de Letzerich (6), en Allemagne ; de Coze et Feltz (7), de Maurice Raynaud (8), en France, date en réalité des remarquables recherches qu'Eberth (9) fit sur cette question en 1880 et en 1881 et qu'il publia dans les Archives de Virchow. Etudiant soit sur des coupes, soit sur des produits de râclage, la rate, les ganglions lymphatiques, les plaques de Peyer de 23 typhiques, il trouva 12 fois dans les ganglions et 6 fois dans la rate les amas microbiens caractéristiques. Klebs (10), Meyer (11), Friedlander (12) en Allemagne, Coats et Crooke (13) en Angleterre confirmèrent bientôt la découverte d'Eberth qui acquit définitivement droit de cité à l'apparition en 1884 du célèbre mémoire où Gaffky (14) annonça qu'il était arrivé à isoler, à cultiver sur gélatine et sur les divers milieux usuels, le bacille trouvé par Eberth. C'est dans ce mémoire de Gaffky qu'on trouve les premiers essais d'inoculation du bacille d'Eberth aux animaux. Gaffky échoua complètement. Ses tentatives sur le singe, le lapin, le cobaye, le rat blanc, la souris, le pigeon, la poule, le veau, ne lui donnèrent aucun résultat, quelle qu'ait été la voie d'inoculation (ingestion, inoculation intra-veineuse ou intra-péritonéale). Fränkel et Simmonds (1), les premiers, réussirent en 1885 par injection de cultures de bacille d'Eberth dans le péritoine des souris blanches à donner à ces animaux une maladie qui ressemblait à la fièvre typhoïde. Des cobayes présentèrent aussi, mais plus rarement, à la suite des inoculations, une maladie ayant des analogies avec la dothiénentérie. La même année, Alfonso di Vestea (2) reprit sur des cobayes les expériences de Fränkel et de Simmonds et obtint des résultats positifs. La conclusion des travaux de A. Fränkel (3), de Michael (4), de Fodor (5), de Seitz (6) est également que la fièvre typhoïde est transmissible, à la souris notamment.

Mais la même année (1886), Sirotinin (7) déclare au contraire que le bacille d'Eberth n'est pas pathogène pour les animaux. Si on injecte une quantité considérable de culture dans le péritoine ou les veines des lapins ou des cobayes, ils meurent rapidement, mais le même effet se produirait avec des cultures stérilisées ; la mort est donc le résultat, non d'une généralisation microbienne, mais d'une ptomaïne spéciale, la typhotoxine décrite par Brieger (8). Beumer et Peiper (9) arrivent au même résultat que Sirotinin et affirment que l'on pourrait obtenir des résultats identiques en injectant aux animaux de grandes quantités de microbes

(1) HALLIER. *Die Pflanzen Parasiten*, Leipzig, 1866.
(2) RECKLINGHAUSEN. *Würtzburger Zeitung*, 10 juin 1871.
(3) KLEIN. *Report of the med. of the Privy Council and local Gov. board*, VI, 1874, et *Centralbl. f. der med. Wiss.* 1874, n° 692.
(4) SOKOLOFF. *Virchow's Archiv*, t. LXVI.
(5) FISCHL. *Prager med. Wochens.*, 1878.
(6) LETZERICH, *Arch. für experim. Pathologie*, t. XIV.
(7) COZE et FELTZ. *Recherches expérimentales sur la présence des infusoires dans les maladies infectieuses*, Strasbourg, 1866.
(8) MAURICE RAYNAUD. Acad. de méd., 1869.
(9) EBERTH. Die organismen in den organen bei typhus abdominalis, *Virchow's Archiv*, t. LXXXI, 1880, et t. LXXXIII, 1881.
(10) KLEBS. *Handb. der path. Anat.*, t. VII, et *Arch. für Exp. Pathol.*, t. XII, p. 381.
(11) MEYER. Berliner Inaugural Dissertation, 1881.
(12) FRIEDLANDER. *Verbandl. der Berlin. phys. Gesell.*, 1881.
(13) COATS ET CROOKE. *Edinb. med. Journ.*, 1882.
(14) GAFFKY. *Zur Etiologie der Abdominaltyphus. Mitth. d. Gesündheitsamte*, 1884.

(1) FRANKEL et SIMMONDS. *Centralblatt für klin. Medicin*, 31 octobre 1885, *Die ætiologische Bedeütung des Typhusbacillus*, Hambourg et Leipzig, 1886.
(2) DI VESTEA. *Ricerche e Sperimenti sul bacille del tifo abd.*, *Morgâgni*, 1885.
(3) A. FRÆNKEL. Zür lehre von den path. Sig. der Typhusbacillus *Centralbl. f. klin. Med.*, 1886, n° 10.
(4) MICHAEL. *Typhusbacillus im Trinkwasser Fortschritte der Medicin*, 1886, n° 11.
(5) FODOR. Neuere Versüche mit Injection von Bacterien in die Wenen, *Deutsche med. Wochens*, 1886, n° 36.
(6) SEITZ. *Bacteriologische Studien zür Typhus Œtiologie*, München, 1886.
(7) SIROTININ. Die Kabertsagung von Typhus Bacillen auf Versechsthiera, *Zeits. f. Hygien*, 1886, Bd 1, p. 465.
(8) BRIEGER. *Weitere untersuchungen über Ptomaïne*, Berlin, 1885.
(9) BEUMER et PEIPER. Zur œtiologischen Bedeütung der Typhus bacillen, *Centralbl. f. klin Med.*, 1886), et BOKTER. Stüdien über die œtiol. Bedeütung der Typhus bacillen, *Zeitschrift für Hygien*, Bd I, p. 489, Bd II, pp. 110 et 302.

tout à fait inoffensifs, comme le bacillus subtilis, le prodigiosus, etc. De même, Baumgarten et Wolffowicz (1) disent que les animaux sont complètement réfractaires aux inoculations de bacilles typhiques et croient ces bacilles dépourvus de pouvoir toxique.

En 1887, MM. Chantemesse et Widal (2), à qui l'étude de la fièvre typhoïde en général et l'étude de la fièvre typhoïde expérimentale en particulier est redevable de tant de progrès, entrent dans le débat. Se plaçant entre les auteurs qui soutiennent que les animaux sont susceptibles de contracter la fièvre typhoïde et ceux qui prétendent que l'inoculation de bacilles typhiques ne détermine pas une infection, mais une simple intoxication sans multiplication des bacilles dans l'organisme, ils démontrent que le bacille typhique doué d'une certaine virulence vit, se multiplie dans le corps des animaux réceptifs, se retrouve à l'autopsie dans la plupart des organes, est même susceptible de passer de la mère au fœtus ; mais ils ajoutent qu'il ne faut pas demander à l'expérimentation plus qu'elle ne peut donner et qu'on ne saurait avoir la prétention d'inoculer à la souris une maladie calquée sur la fièvre typhoïde de l'homme. En février 1888 (3), ils ajoutent qu'on peut immuniser les souris en les inoculant préventivement avec des cultures stérilisées et cette constatation devait être le point de départ de nombreux travaux sur l'immunisation contre la fièvre typhoïde et sur la sérothérapie de cette affection.

Ces idées sur l'infection typhique expérimentale qui devaient finalement triompher n'ont pas été de suite admises universellement. Ali-Cohen (4) en 1888, Brieger, Kitasato et Wassermann (5) en 1892 continuent à soutenir que les cultures de bacille d'Eberth inoculées aux animaux ne déterminent pas une infection mais une intoxication. Petruschky (6) conclut aussi de ses expériences, entreprises à l'instigation de Koch et faites surtout sur les souris, que les bacilles typhiques inoculés se multiplient peu sur les surfaces séreuses et envahissent rarement les organes et le sang où en général on ne les trouve qu'avec peine. Par contre, Belfanti (7), Cygnœus (8), Gilbert et Girode (9) [1891], Thoinot et Masselin (10) [1890-1891] confirment de tous points les termes du mémoire de Chantemesse et Widal, à la suite d'inoculations par voie digestive (Cygnœus), sous-cutanée (Gilbert et Girode), intrapulmonaire (Thoinot et Masselin). Ces auteurs arrivent fréquemment à tuer les animaux en expérience ; aux autopsies, les lésions présentent de grandes analogies avec celles de la fièvre typhoïde de l'homme et la rate, les ganglions lymphatiques, le foie, le sang fourmillent de bacilles d'Eberth. Cependant les résultats n'étaient pas constants ; même avec un virus dit « actif », les insuccès étaient fréquents. Il importait de trouver le moyen de disposer d'un virus toujours semblable à lui-même, d'un virus « fixe ». C'est ce qu'ont fait Sanarelli (1) d'une part, Chantemesse et Widal (2) de l'autre. Leurs deux mémoires ont paru simultanément en 1892 et fixent définitivement sur bien des points la question de la fièvre typhoïde expérimentale. Poursuivant ses premières recherches, M. Sanarelli a fait de la fièvre typhoïde expérimentale une étude très longue et très complète (3) qui l'a mené à une doctrine très intéressante, au sujet de la pathogénie de cette affection.

A la suite de ces travaux, l'opinion qui niait le rôle pathogène du bacille d'Eberth vis-à-vis des animaux, ou qui ne voyait que des phénomènes d'intoxication dans les effets des inoculations, était définitivement ruinée, mais il était universellement admis aussi que le bacille de la fièvre typhoïde ne déterminait chez les animaux qu'une septicémie rappelant de fort loin la fièvre typhoïde de l'homme. Les années 1895 et 1896 ne voient paraître aucun travail sur cette question ; mais en 1897, Chantemesse et Ramond (4), Remlinger (5) parviennent séparément et par des procédés légèrement différents, à contaminer le singe, le lapin, le rat blanc par voie digestive et à leur communiquer une affection présentant de grandes analogies avec la fièvre typhoïde humaine. La conclusion de ces recherches est que non seulement le bacille d'Eberth est susceptible de faire mourir l'animal de septicémie, mais qu'il peut encore dans certaines conditions lui donner une affection comparable à la fièvre typhoïde de l'homme, et que par conséquent la fièvre typhoïde expérimentale existe réellement. Signalons enfin, en 1897, les remarquables travaux de Lépine et Lyonnet (6) sur la fièvre typhoïde expérimentale du chien, confirmatifs sur plusieurs points des travaux précédents.

II

Animaux réceptifs. — La grande difficulté de l'étude expérimentale de la fièvre typhoïde provient de ce que les animaux ne contractent pas spontanément cette affection. Il est très probable que buvant de l'eau impure, ingérant des aliments souvent contaminés par le bacille d'Eberth très répandu dans la nature (7), les animaux s'immunisent peu à peu contre la fièvre typhoïde comme du reste contre toutes les infections d'origine intestinale [Ramond (8)]. Cette immunité, transmise par l'hérédité, augmente de jour en jour, de sorte

(1) Baumgarten et Wolffowicz. Uber Infections versûche mit Typhusbacillen, *Beitrage zur Path. Anat. und all. Path.*, 1887, p. 221, et *Centralbl. f. klin. Medicin*, 1887, nº 4.

(2) Chantemesse et Widal. *Arch. de physiol.*, 1887.

(3) Chantemesse et Widal. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1888.

(4) Ali-Cohen. *Der Typhus Bacill. Sen experimenteel on Kritish oude-rock (Proefchr. ter verk.*, etc.), Groningen, 1888.

(5) Brieger, Kitasato et Wassermann. Ueber Immunität und gillfertigang. *Zeits. f. Hygien*, 1892, II. p 137.

(6) Pétruschky. Ueber die Art. der path. Wirkung des Typhusbacillus auf Thiere, etc., *Zeits. f. Hyg.*, Bd XII, 1892, p. 261.

(7) Belfanti. L'infezione typhosa, *Riv. gen. di Clin. med.*, 1890, nº 20.

(8) Cygnœus. Studien über den Typhusbacillus, *Beitr. zür path. Anat. und allg. pathol.*, Bd VIII, 1890.

(9) Gilbert et Girode. Soc. de biol., 1891.

(10) Thoinot et Masselin. *Précis de microbie*, 1893, p. 521.

(1) Sanarelli. Études sur la fièvre typhoïde expérimentale, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, novembre 1892.

(2) Chantemesse et Widal. Étude expérimentale sur l'exalt., l'immun., la thérap. de l'infection typhique, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov. 1892.

(3) Sanarelli. Etudes sur la fièvre typhoïde expérimentale, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril 1894 et juin 1894.

(4) Chantemesse et Ramond. Soc. de biol., séance du 17 juillet 1897, in extenso, *Bull. méd.*, juillet 1897. — Ramond. *Fièvre typhoïde expérimentale*, Th. de Paris, 1898.

(5) Remlinger. Fièvre typhoïde expérimentale par contamination alimentaire, Société de biologie, séance du 10 juillet 1897, in extenso *Méd. moderne*, du 14 juillet 1897, même sujet, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov. 1897.

(6) Lépine et Lyonnet. *Rev. de méd.*, 10 nov. 1897, C. R. de l'Acad. des sc., 29 nov. 1897 ; — *Lyon méd.*, 21 nov. 1897 ; — *Lyon méd.*, 12 déc. 1897 ; — *Lyon méd.*, 1898, nº 3, p. 83.

(7) Remlinger et Schneider. Sur la présence du bacille d'Éberth dans l'eau, le sol et les matières fécales de sujets atteints d'affections autres que la fièvre typhoïde, Soc. de biologie, 18 juillet 1896, et l'Ubiquité du bacille typhique, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv. 1897.

(8) Ramond. *Fièvre typhoïde expérimentale*, Th. de Paris, 1898, p. 14.

qu'actuellement les exemples de fièvre typhoïde spontanée de l'animal doivent, s'ils existent, être excessivement rares. A différentes reprises cependant, on a cru que certaines espèces prenaient la maladie puis une observation plus minutieuse et plus serrée a montré qu'il n'en était rien. Serres aurait en 1839 observé chez les singes du Jardin des Plantes une épidémie de fièvre typhoïde. Bland Sutton aurait fait une observation analogue sur les castors du Jardin zoologique de Londres. Semmer, Blaise (1) auraient vu des cas de dothiénentérie chez le chien. Mais aucune de ces descriptions ne saurait être admise. Il a enfin été mené grand bruit par Servoles (2) autour de l'identité de la fièvre typhoïde de l'homme et du cheval; mais les travaux de Nocard (3), ceux plus récents de Lignières (4), qui décrit à la fièvre typhoïde du cheval un cocco-bacille spécifique, ont montré que cette opinion était radicalement fausse. Nous avons nous-même en 1897 soumis à l'épreuve du séro-diagnostic un certain nombre de chevaux du 4e régiment de chasseurs d'Afrique, sur lesquels sévissait une épidémie typique de fièvre typhoïde. La réaction s'est toujours montrée négative. La fièvre typhoïde, comme la syphilis, comme la lèpre, est donc une maladie exclusivement humaine et on conçoit toutes les complications qui en résultent pour l'expérimentateur.

C'est ici le lieu de faire remarquer qu'il n'a jamais été procédé sur l'homme à des expériences de transmission de la fièvre typhoïde. Alors que des médecins peu scrupuleux n'ont pas reculé devant des inoculations de vibrion cholérique ou de gonocoques, de produits tuberculeux, lépreux, cancéreux même; alors que d'autres ont eu le courage d'avaler des déjections de cholérique ou de s'inoculer le microbe de la blennorragie, aucune tentative analogue n'a été faite avec le bacille d'Eberth. Bien des cas de contagion accidentelle de la maladie, soit par l'eau, soit par les poussières, ont par contre toute la valeur de véritables expériences de laboratoire.

Les animaux ne paraissant pas pouvoir contracter la fièvre typhoïde spontanément, quels sont ceux auxquels on peut expérimentalement conférer cette maladie ou tout au moins ceux qui réagissent aux inoculations du microbe spécifique?

Ce sont :

Le *singe* (Chantemesse).

Le *chien* (Cygnœus, Lépine et Lyonnet).

Le *lapin* (Fränkel et Simonds, Cygnœus, Chantemesse et Widal, Thoinot et Masselin, Ramond, Remlinger).

Le *cobaye* (Fränkel et Simonds, A. Fränkel, di Vestea, Chantemesse et Widal, Gilbert et Girode, Thoinot et Masselin, Sanarelli).

Le *rat blanc* (Remlinger).

La *souris* (Fränkel et Simmonds, Cygnœus, Chantemesse et Widal, Thoinot et Masselin). Il semble que l'ordre de réceptivité puisse être établi de la façon suivante : le singe d'abord dont la pathologie apparaît de plus en plus comme très analogue à celle de l'homme, puis le cobaye, le lapin, la souris, enfin le rat et le chien. Mais même chez les espèces les plus réceptives, les susceptibilités individuelles jouent un très grand rôle dans l'aptitude à contracter la maladie. Les animaux jeunes sont ceux qui fournissent le plus souvent des résultats positifs (Remlinger, Chantemesse et Ramond). Il y a analogie, sur ce point, entre la fièvre typhoïde expérimentale et la fièvre typhoïde de l'homme.

Nous citerons, parmi les animaux réfractaires aux inoculations de bacille d'Eberth, le cheval, le chat, les bovidés, les oiseaux.

III

Modes d'inoculation. — 1° INOCULATION PAR VOIE DIGESTIVE. — a. *Voie buccale.* — Il est généralement admis que la contagion de la fièvre typhoïde s'opère le plus souvent par la voie digestive. Il était donc naturel d'essayer de communiquer par cette voie la fièvre typhoïde à l'animal.

L'inoculation par la bouche n'a pas donné les résultats qu'on pouvait espérer. Cygnœus (1) était jusqu'à ces derniers temps un des rares auteurs qui aient obtenu des résultats positifs. Deux lapins, inoculés par lui, succombèrent l'un trois semaines, l'autre cinq semaines après l'infection, à une généralisation du bacille d'Eberth. Récemment, Remlinger, Chantemesse, Ramond (2) ont montré que, moyennant certaines conditions que nous indiquerons, il était possible d'infecter par la bouche le singe, le lapin, le rat blanc. Ils ont montré de plus que la fièvre typhoïde contractée dans ces conditions n'était pas une septicémie banale, mais présentait certaines analogies avec la fièvre typhoïde de l'homme. Différents procédés peuvent être employés : on peut pratiquer le cathétérisme œsophagien à l'aide d'une sonde molle. Ce procédé d'une application très difficile chez les petits animaux, tels que le rat ou la souris, a en outre l'inconvénient d'occasionner chez le lapin et le cobaye la production de pleurésies et de péricardites purulentes. On peut aussi verser au moyen d'un entonnoir la culture dans la cavité buccale en ayant soin de titiller la luette pour provoquer le réflexe de déglutition (Ramond). Mais mieux vaut incorporer tout simplement le bacille d'Eberth à la nourriture. Le singe avale très facilement le produit de râclage d'une culture sur gélose mélangée à de la confiture; le lapin, le rat, le cobaye, des légumes, du pain trempés dans une culture en bouillon.

b. *Voie intestinale.* — Les fréquents échecs éprouvés dans les tentatives d'inoculation par voie buccale ont fait supposer aux expérimentateurs que le bacille d'Eberth était détruit dans l'estomac. D'où de nombreuses tentatives pour introduire le microbe dans le tube digestif, au delà de cet organe. Cygnœus (3) a laparotomisé deux lapins et un chien et leur a injecté dans le duodénum du bacille d'Eberth, obtenu par râclage de cultures sur gélose. Quinze à vingt jours plus tard, ces animaux succombaient en présentant toutes les lésions anatomo-pathologiques de la fièvre typhoïde. A. Fränkel (4) introduisit directement dans le duodénum des cobayes des cultures typhiques virulentes; il obtint sept fois une infection positive. Michaël et Fodor (5) ont publié des résultats semblables. Mais Sirotinin, Beumer et Peiper (6) ont eu moins à se louer de ce mode d'inocula-

(1) SERRES, BLAND SUTTON, SEMMER, BLAISE, cités par Ramond in *Fièvre typhoïde expérimentale*, Thèse de Paris, 1898.

(2) SERVOLES. Th. de Paris, 1881, et *La fièvre typhoïde chez le cheval et chez l'homme*, Paris, Asselin, 1883.

(3) NOCARD. *Rec. de méd. vétér.*, 1888.

(4) LIGNIÈRES. Etiologie de la fièvre typhoïde du cheval, *Rec. de méd., vétér.*, nº du 30 août 1897.

(1) CYGNŒUS. Loc. cit.

(2) REMLINGER, CHANTEMESSE, RAMOND. Loc. cit.

(3) CYGNŒUS. Loc. cit.

(4) A. FRANKEL. Loc. cit.

(5) MICHAEL et FODOR. Loc. cit.

(6) SIROTININ, BEUMER et PEIPER. Loc. cit.

tion. MM. Lépine et Lyonnet (1) ayant eu chez le chien des résultats négatifs ont eu l'idée d'injecter la culture, non plus dans le duodénum, mais dans une anse d'intestin grêle isolée du reste de l'intestin par le procédé de Thiry. A deux reprises différentes, ils ont eu un résultat positif. Le sang n'a pas tardé à présenter un pouvoir agglutinatif élevé et, à l'autopsie de l'animal, la rate était grosse et contenait du bacille d'Eberth, les ganglions mésentériques étaient engorgés ; les plaques de Peyer étaient tuméfiées et ulcérées.

Ces auteurs ont été moins heureux en pratiquant sur l'intestin grêle d'un chien deux ligatures circulaires très serrées et en isolant ainsi une anse intestinale dans laquelle ils injectaient leur culture. Les ligatures tombent au bout de quelques jours dans la cavité intestinale et la continuité de l'intestin se trouve rétablie. Dans ces conditions, il y a rétention transitoire et non permanente du bacille comme avec l'anse de Thiry ; on observe au pouvoir agglutinatif élevé et une tuméfaction énorme des ganglions mésentériques. Les autres phénomènes de la fièvre typhoïde expérimentale font défaut (2).

2° Inoculation par voie intra-péritonéale. — Quelque infidèle que soit la contamination de la fièvre typhoïde par voie buccale, il est indiqué d'avoir recours à ce mode d'inoculation pour l'étude de certaines questions d'étiologie et de pathogénie, car elle réalise le mode d'infection habituel chez l'homme. Les différents modes d'inoculation intra-intestinale présentent en effet le double inconvénient de nécessiter une véritable opération chirurgicale et de placer les animaux dans des conditions très différentes de celles qui se rencontrent dans la pratique. Lorsqu'on veut apprécier simplement la virulence d'un Eberth donné et dans toutes les expériences qui ont pour but l'exaltation d'un virus, l'immunisation des animaux et la recherche d'un sérum curatif, c'est à la voie intra-péritonéale qu'il faut avoir recours. D'une façon générale ce mode d'inoculation est, en fièvre typhoïde expérimentale, le véritable procédé de choix. Fränkel et Simmonds (3) ont les premiers obtenu des résultats positifs en injectant des cultures de bacille d'Eberth dans le péritoine de souris, mais la supériorité de ce mode d'inoculation est surtout prouvée par les mémoires de Chantemesse et Widal (4) et de Sanarelli (5). Ces auteurs ont montré que l'inoculation dans le péritoine des souris de 1 centimètre cube de bacilles typhiques détermine une septicémie qui tue ces animaux le plus souvent en vingt-quatre heures. Les inoculations faites semblablement dans le péritoine des cobayes réussissent à peu près dans la moitié des cas et la mort survient en général après un ou deux jours. Chez le lapin, les résultats sont moins constants. Après une période d'inoculation de quelques jours, l'inoculation détermine de l'amaigrissement, de la fièvre, de la diarrhée ; le plus souvent, l'animal résiste et guérit. Avec un virus exalté, c'est également l'injection péritonéale qui tue le plus vite et le plus sûrement ; ainsi que nous le verrons, une goutte de virus très actif peut amener la mort du cobaye de huit à quarante-huit heures après l'injection.

(1) Lépine et Lyonnet. *Lyon médical*, 12 déc. 1897, p. 474.
(2) Lépine et Lyonnet. *Lyon médical*, 1898, n° 3, p. 83.
(3) Frankel et Simmonds. Loc. cit.
(4) Chantemesse et Widal. Etudes sur la fièvre typhoïde expér., *Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov. 1892.
(5) Sanarelli. Étude sur la fièvre typh. expér., *Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov. 1892.

3° Inoculation par voie sous-cutanée. — L'inoculation sous-cutanée fournit des résultats beaucoup plus inconstants et beaucoup plus tardifs que l'inoculation intra-péritonéale. Chantemesse et Widal ont néanmoins montré qu'une véritable infection pouvait succéder à ce mode d'inoculation. Dans un cas, ayant injecté sous la peau d'une cobaye pleine, un bacille virulent, ces expérimentateurs ont observé que les fœtus venus à terme possédaient du bacille d'Eberth dans le sang. Gilbert et Girode (1) ont également déterminé par injection sous-cutanée la mort des cobayes ; aux autopsies, ils observaient des lésions très analogues à celles de l'homme, y compris dans un cas une ulcération intestinale. L'inoculation dans le tissu cellulaire des souris détermine une septicémie qui tue le plus souvent en dix à douze jours ; chez le chien, l'inoculation sous-cutanée a l'inconvénient de donner un abcès [Lépine et Lyonnet (2)]. Le lapin résiste presque toujours à ce mode d'inoculation.

4° Inoculation par voie intra-pulmonaire et intra-pleurale. — Thoinot et Masselin (3) vantent beaucoup chez la souris, le cobaye et le lapin, ce mode d'inoculation qu'ils considèrent comme ayant une puissance bien supérieure à l'inoculation sous-cutanée et même intra-péritonéale. Chez la souris une dose de IV gouttes d'un virus actif suffit à amener en quinze heures la mort de l'animal ; à l'autopsie, on observe en outre des lésions anatomiques ordinaires de la dothiénentérie, un exsudat péricardique et un exsudat pleural double séro-sanguinolent et qui fourmille de bacilles d'Eberth. Les cobayes succombent à l'inoculation de X ou de XII gouttes. Une dose semblable suffit à tuer un lapin. Les lésions sont identiques à celles observées chez la souris.

5° Inoculation par voie intra-veineuse. — Cygnœus (4) a observé chez le lapin et chez le chien des résultats positifs avec ce mode d'inoculation. Chantemesse et Widal (5) ont observé également après injection de bacille d'Eberth dans les veines de l'oreille du lapin, de la fièvre, de la diarrhée, de l'amaigrissement, mais la mort s'en est rarement suivie. Chez le cobaye l'injection intra-veineuse est d'une inconstance singulière. Elle tue parfois en vingt-quatre heures, mais échoue souvent même à de fortes doses. Chez le chien MM. Lépine et Lyonnet (6) ont eu également recours à l'injection intra-veineuse. Cette injection est suivie d'hyperthermie, de diarrhée souvent sanglante, puis la mort survient. A l'autopsie, l'intestin est vivement congestionné, mais le maximum de la congestion ne se trouve pas toujours au niveau de l'iléon. Les auteurs insistent sur la phlébite oblitérante qui se produit toujours et très rapidement dans les veines où a été faite l'inoculation.

6° Inoculation par inhalation. — Cygnœus (7) seul a eu recours à ce mode d'infection. Ses expériences, qui ont porté sur les souris ont donné des résultats négatifs. Depuis ce procédé qui offre des difficultés pratiques assez grandes et permet mal de triompher de la résistance des animaux à contracter la fièvre typhoïde, n'a plus été employé. Il aurait cependant l'avantage de réaliser un mode d'infection qui

(1) Gilbert et Girode. Soc. de biol., 1891.
(2) Lépine et Lyonnet. Toxine typhique chez le chien, *Rev. de méd.*, 10 nov. 1897.
(3) Thoinot et Masselin. *Précis de microbie*, 1893.
(4) Cygnœus. Loc. cit.
(5) Chantemesse et Widal. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1892.
(6) Lépine et Lyonnet. *Rev. de méd.*, nov. 1897.
(7) Cygnœus. Loc. cit.

n'est pas exceptionnel chez l'homme (1). Il serait vivement à désirer que de nouvelles expériences fussent entreprises sur ce sujet.

IV

Conditions qui favorisent l'infection des animaux. — Le bacille d'Eberth est si peu pathogène pour les animaux que, pour obtenir un résultat positif, il ne suffit pas toujours d'inoculer l'animal de choix par la méthode de choix. Souvent encore, il faut se mettre dans des conditions qui favorisent l'éclosion de la diothiénentérie. Nombreux sont les procédés employés dans ce but. On peut les ranger sous deux chefs selon qu'ils se proposent d'exalter la virulence du microbe inoculé ou de diminuer la résistance de l'animal récepteur.

1° Procédés destinés a exalter la virulence du microbe inoculé. — Une première condition de succès est de n'employer que des cultures jeunes. Le produit de raclage des cultures sur gélatine (Chantemesse et Widal) ou sur gélose (Cygnœus-Chantemesse) serait préférable à la culture en bouillon. Nous avons nous-même insisté, à propos de la contamination des animaux par voie alimentaire, sur la nécessité des doses massives et l'importance de la répétition des inoculations. Plusieurs procédés ont, d'autre part, été donnés par Sanarelli (2), par Chantemesse et Widal (3), pour exalter au maximum la virulence du bacille d'Eberth. Un cobaye ayant été tué par inoculation intra-péritonéale de bacille typhique, l'exsudat péritonéal est inoculé dans le péritoine d'un deuxième cobaye, puis d'un troisième et ainsi de suite, en réduisant peu à peu la quantité de liquide à injecter. Après une trentaine de passages, il suffit d'une goutte pour tuer un cobaye en douze ou quatorze heures. On peut alors cultiver le virus dans du bouillon et les cultures obtenues sont très actives, injectées soit sous la peau, soit dans le péritoine (Sanarelli).

Un autre procédé, dû au même auteur, consiste à inoculer, sous la peau d'un cobaye, 5 centimètres cubes de bacille d'Eberth et, en même temps, dans la cavité péritonéale, 10 à 12 centimètres cubes d'une culture, stérilisée au préalable, de coli-bacille ou de proteus vulgaris, c'est-à-dire d'un microbe fabriquant de l'indol. Le virus, recueilli dans le péritoine du premier cobaye, est inoculé par voie sous-cutanée à toute une série d'animaux en même temps qu'on injecte, dans le péritoine, une quantité graduellement moins considérable de culture stérilisée de coli ou de proteus. Au bout d'un certain nombre de passages, l'Eberth, inoculé seul sous la peau, suffit à amener la mort du cobaye, et, inoculé dans le péritoine, il la produit à doses très faibles.

Les recherches de M. le médecin-major Vincent (4) ayant montré que, chez l'animal comme chez l'homme, l'association du streptocoque au bacille typhique exalte considérablement la virulence de ce dernier microbe, MM. Chantemesse et Widal ont tiré de là un procédé d'exaltation du virus typhique qui présente, avec le précédent, de grandes analogies. Dans le tissu cellulaire d'un cobaye, on inocule 4 centimètres cubes d'une culture typhique peu virulente et, en même temps, dans le péritoine 8 à 10 centimètres cubes d'une culture de streptocoque (1) stérilisée par une heure de chauffage à 60 degrés. L'animal succombe en vingt-quatre heures à une généralisation microbienne. On fait passer le virus de cobaye à cobaye et, chaque fois, une quantité moindre de produit toxique du streptocoque est nécessaire pour amener, en vingt-quatre heures, la mort de l'animal. Bientôt le bacille d'Eberth tue seul le cobaye et à des doses de moins en moins considérables.

2° Procédés destinés a diminuer la résistance de l'animal. — M. le professeur Chantemesse soumet à l'antisepsie intestinale par le régime lacté exclusif, continué pendant quinze jours, les singes auxquels il fait ingérer du bacille d'Eberth. Le régime lacté agirait surtout (Sanarelli-Chantemesse) en réduisant au minimum la virulence du coli-bacille de l'intestin. A la faveur de cette diminution de virulence, le bacille d'Eberth pourrait pulluler presque librement dans la cavité intestinale. Ce procédé est excellent puisqu'il a permis d'obtenir, chez le singe, une fièvre typhoïde se rapprochant beaucoup de la fièvre typhoïde humaine, mais il est peu applicable aux animaux de petite taille. Nous avons obtenu des résultats analogues en soumettant le lapin et le rat blanc à une diète absolue deux ou trois jours avant l'inoculation. — Ramond injecte, sous la peau des lapins soumis à l'ingestion de bacilles d'Eberth, un à deux centigrammes d'émétique. Les animaux succombent très rapidement, et Ramond déconseille lui-même ce procédé trop brutal. Il préfère alcaliniser la surface de la muqueuse stomacale avec un peu d'eau renfermant 0gr25 centigrammes de bi-carbonate de soude et injecter ensuite dans la cavité péritonéale cinquante gouttes de laudanum, mélangées à 10 centimètres cubes de bouillon stérilisé, de façon à arrêter le péristaltisme intestinal. Au bout de quinze minutes, les animaux ingèrent la culture typhique. — Un autre procédé consiste à « humaniser » l'animal qu'on veut contaminer en lui injectant pendant trois semaines et tous les trois jours du sérum humain ou de l'urine humaine. Le mieux est de combiner cette « humanisation » avec la diète et l'injection de laudanum dans le péritoine. Les chances de réussite sont ainsi au maximum.

On obtiendrait probablement des résultats analogues en soumettant, quelques jours avant l'inoculation, les animaux à un violent surmenage physique. Ce procédé aurait l'avantage de réaliser, chez l'animal, un mode d'infection très fréquent chez l'homme et spécialement dans l'armée. Cette expérience faite maintes fois avec d'autres microbes n'a pas encore — à notre connaissance — été réalisée avec le bacille d'Eberth.

V

Symptomatologie. — La véritable fièvre typhoïde expérimentale, celle qu'on réussit parfois à provoquer chez l'animal par ingestion de cultures a, on le conçoit, une

(1) Chour. Une épidémie de fièvre typhoïde à la caserne Hammermann, cité par Vaillard : « Contribution à l'étiologie de la fièvre typhoïde, » Soc. méd. des hôp., 23 déc. 1889. — Hanrot. *Recherche des causes de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur la brigade de cavalerie de Reims* en sept. et oct. 1895, Reims 1895. — Sanglé Ferrière et Remlinger. Epidémie de fièvre typhoïde à la 8e compagnie de remonte à Tunis, Acad. de méd., 26 janv. 1897 ; Epidémie de fièvre typhoïde due à l'épandage d'engrais humains, *Rev. d'hyg.*, 20 fév. 1898.

(2) Sanarelli. Fièvre typhoïde expér., *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1892.

(3) Chantemesse et Widal. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1892.

(4) Vincent. Étude sur les résultats de l'association du streptocoque et du bacille typhique chez l'homme et chez les animaux, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1893.

(1) Tous les microbes ne pourraient pas servir indifféremment à exalter ainsi la virulence du bacille d'Eberth. Le bacille pyocyanique par exemple, inoculé au cobaye ou au rat blanc en même temps que le bacille d'Eberth, ne paraît pas exalter du tout la virulence de ce dernier microbe (Remlinger). Sur un cas d'infection mixte par le bacille d'Eberth et par un bacille pyocyanique non chromogène, *Arch. de méd. expér.*, n° 1, année 1898.

symptomatologie très différente de la « septicémie à bacilles d'Eberth », qui résulte de l'inoculation intra-péritonéale, sous-cutanée ou intra-veineuse et doit être décrite à part. La symptomatologie de la septicémie à bacilles d'Eberth diffère également suivant qu'elle a été produite par un virus ordinaire ou un virus exalté.

1° Fièvre typhoïde expérimentale proprement dite. — Lorqu'un lapin exclusivement alimenté, par exemple avec des légumes trempés dans des cultures de bacille d'Eberth doit contracter la fièvre typhoïde (ce qui dépend de la virulence de la culture employée, de la quantité des bacilles ingérés, de la répétition des inoculations, mais surtout des prédispositions individuelles) les choses se passent en général de la façon suivante : huit à dix jours après le début des inoculatious, l'animal qui, jusque-là, n'avait présenté d'autre symptôme que de petites poussées thermiques, change de caractère et perd sa gaieté, sa vivacité habituelles. Il reste blotti dans un coin de sa cage, indifférent à toute excitation; il ne se déplace que s'il y est absolument contraint. Si on lui donne une position incommode, il préfère la conserver que de faire le léger effort nécessaire pour en changer. En même temps l'appétit diminue, l'animal maigrit, et la température forme un plateau entre 40°5 et 41°5. Le séro-diagnostic est positif. Puis une diarrhée ocreuse jaunâtre se déclare; le poil perd de son luisant et plus tard se hérisse; les yeux se ferment; la dyspnée est vive et l'animal succombe au bout de dix ou de quinze jours. D'autres fois, la somnolence, l'assoupissement disparaissent peu à peu; la fièvre tombe; l'animal se remet à manger, augmente de poids et guérit (1).

Le tableau que MM. Chantemesse et Ramond tracent de la fièvre typhoïde expérimentale diffère peu du précédent. Ils insistent sur la grande variabilité des états de réceptivité individuels, sur l'évolution morbide « calquée sur celle de la fièvre typhoïde de l'homme » et où « on reconnaît les stades plus ou moins prolongés d'incubation, d'invasion, d'infection confirmée et enfin de guérison progressive ». Le pouvoir agglutinant pourrait s'élever à 1/500, 1/1000, 1/1200, ce qui est bien un signe d'infection spécifique, car des lapins ayant ingéré jusqu'à 10 et 20 centimètres cubes d'une toxine typhique très forte cependant, n'ont jamais présenté le phénomène de la séro-réaction. Ces auteurs ont de plus noté un certain nombre de complications : péritonite séreuse à bacille d'Éberth, albuminurie; ils insistent tout particulièrement sur la fréquence des lésions de l'appareil respiratoire : bronchite, broncho-pneumonie, exsudats pleuraux séreux ou purulents. Dans un cas, une rechute a été observée. MM. Chantemesse et Ramond décrivent également chez le lapin contaminé ab ingestis, d'une part une fièvre typhoïde ambulatoire caractérisée par une fièvre légère, un peu d'amaigrissement et un séro-diagnostic positif; de l'autre une véritable septicémie typhique à marche foudroyante, due à un rapide envahissement des viscères par voie sanguine. Ces faits complètent vivement l'analogie entre la fièvre typhoïde de l'animal et celle de l'homme.

La fièvre typhoïde expérimentale du rat présente avec celle du lapin les plus grandes analogies. Entre le cinquième et le dixième jour à dater du commencement de l'infection par une nourriture contaminée, on trouve blotti dans un coin de la cage un animal qui, la veille encore, paraissait gai et bien portant. Il a les poils retroussés, les yeux fermés; il ne se jette pas sur la nourriture comme ses camarades aux ébats desquels il demeure indifférent. On peut le prendre à la main sans qu'il oppose de résistance. Bientôt l'amaigrissement survient, la diarrhée se déclare; les yeux injectés laissent s'écouler une sanie purulente et l'animal succombe après huit ou dix jours de maladie.

La fièvre typhoïde du singe (Chantemesse) pourrait prêter à des considérations analogues.

2° Septicémie typhique (virus jeune). — La symptomatologie des accidents qui succèdent aux inoculations intra-péritonéale, intra-veineuse, sous-cutanée, etc., diffère beaucoup de la symptomatologie précédente — c'est dans ces conditions que, suivant l'expression de Thoinot et de Masselin, la fièvre typhoïde expérimentale ne doit être considérée que comme la « simple réaction du bacille d'Éberth sur les diverses espèces animales ». Les symptômes diffèrent peu suivant le mode d'inoculation employé. Nous aurons spécialement en vue toutefois l'infection péritonéale qui donne de beaucoup les résultats les plus sûrs et les plus constants. Bien que le cobaye soit l'animal de choix, l'injection dans le péritoine de 2 à 3 centimètres cubes d'une culture fraîche en bouillon, ne donne parfois lieu à d'autres symptômes qu'à une légère élévation de température et à un peu de stupeur, après quoi l'animal se remet rapidement. Lorsque l'inoculation doit être suivie de mort, une élévation thermique pouvant aller jusqu'à 39 ou 40 degrés se manifeste immédiatement après l'inoculation du virus, mais dure peu, une heure ou deux heures au maximum. Après cette réaction transitoire, commence de suite un abaissement progressif de la température qui se prononce de plus en plus jusqu'à la mort. Au moment où la température commence à baisser, on observe d'ordinaire un changement complet dans l'attitude de l'animal, qui se tient blotti dans un coin de sa cage, ne se déplace que s'il y est contraint et refuse de manger. Si on le prend à la main, il laisse échapper un cri et on s'aperçoit que ce cri se renouvelle chaque fois qu'on vient à palper l'abdomen qui est tendu, météorisé et dont les flancs sont largement étalés. Cette météorisation, cette sensibilité douloureuse de l'abdomen s'observe quel que soit le mode d'inoculation du virus et elle paraît bien caractéristique de la septicémie à bacille d'Éberth. Au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, l'animal s'étend dans sa cage, cherchant à immobiliser son ventre le plus complètement possible. La température descend à 34 degrés et même au-dessous et la mort survient dans l'algidité et la stupeur.

3° Septicémie typhique (virus exalté). — Si, au lieu d'un virus jeune, on emploie un virus exalté, les symptômes observés ne diffèrent guère des précédents que par leur intensité et la rapidité de leur évolution. C'est également chez le colaye qu'il faut les étudier. Ils sont beaucoup moins frappants chez le lapin ou la souris. L'injection dans le péritoine d'une ou de deux gouttes de virus actif détermine une poussée hyperthermique immédiate et violente. L'animal refuse toute nourriture ; il se met en boule dans un coin de sa cage et accuse, lorsqu'on vient à le toucher, une grande sensibilité de l'abdomen qui est météorisé et dont les parois sont largement étalées. Au bout d'une à deux heures, la température baisse et l'hyperthermie fait suite rapidement à l'hypothermie du début. Elle va progressant jusqu'à la mort qui survient dans le coma une douzaine d'heures après

(1) Remlinger. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, nov. 1897.

l'inoculation. L'injection sous-cutanée doit être faite à des doses de 3 à 4 centimètres cubes pour amener une mort aussi rapide que celle provoquée par l'injection péritonéale. Encore ses effets sont-ils très inconstants. Parfois l'infection générale ne se produit même pas avec de fortes doses de virus, et on voit se développer, au point d'inoculation, une large infiltration purulente. Tantôt cette infiltration s'étend au loin, produit de vastes décollements et l'animal succombe à la cachexie. Tantôt le pus se collecte sous forme d'un abcès limité ; une escharre se fait et la guérison se produit. Sanarelli (1) a fait cette curieuse constatation que si, au moment où l'animal va guérir de sa lésion locale, on lui injecte dans le péritoine de la toxine de coli-bacille ou de proteus vulgaris, le bacille d'Eberth se généralise rapidement et l'animal succombe.

VI

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique de la véritable fièvre typhoïde expérimentale et celle de la septicémie typhique doivent également se décrire séparément.

1° Fièvre typhoïde expérimentale proprement dite. — a. *Lésions macroscopiques.* — Chez le lapin qui a succombé à la fièvre typhoïde expérimentale, la séreuse péritonéale est le plus souvent intacte. La rate est très hypertrophiée ; son poids peut atteindre le triple du poids normal. De couleur foncée, presque lie de vin, elle est peu consistante et renferme une grande quantité de sang qui s'échappe à la coupe. Le foie et les reins sont sains. L'estomac est congestionné. L'intestin grêle renferme des matières liquides, jaunâtres; la muqueuse est d'autant plus injectée qu'on se rapproche davantage du cæcum; les plaques de Peyer sont hypertrophiées et on note parfois l'existence de quelques ulcérations. Les ganglions mésentériques sont augmentés de volume; ils peuvent atteindre les dimensions d'un gros pois; leur surface de section est rosée. Les lésions du gros intestin sont moins marquées. Son contenu néanmoins est presque toujours diarrhéique ; la muqueuse est injectée et il n'est pas rare d'observer des hémorragies en nappe dans la sous-muqueuse. Le myocarde est sain ; mais on observe parfois de la péricardite purulente. Les poumons ne présentent la plupart du temps qu'une congestion banale des deux bases; la bronchite, la broncho-pneumonie, la pleurésie purulente ont été décrites par Chantemesse et Ramond.

Chez le singe, il existe de même des lésions de congestion, d'hémorragie, d'exulcération de la tunique muqueuse de l'intestin grêle au niveau de sa dernière portion et surtout du cæcum. Les ganglions mésentériques sont hypertrophiés. La rate est d'un rouge foncé, dense, augmentée de volume. Le foie est volumineux et congestionné. Les poumons présentent des zones de congestion et d'atélectasie.

b. *Lésions microscopiques.* — Les altérations microscopiques sont tout aussi caractéristiques. Elles ont été révélées par les travaux de Chantemesse et Ramond. L'examen d'un fragment de rate de lapin montre une hypertrophie manifeste des corpuscules de Malpighi dont les cellules sont augmentées de nombre et de volume. La trame de la pulpe est moins distincte qu'à l'ordinaire ; elle est gorgée de globules sanguins et de cellules, mononucléaires pour la plupart. Les artérioles spléniques paraissent saines ; les veines sont rarement thrombosées. Les bacilles d'Eberth se rencontrent exclusivement dans la substance sinusienne, ils sont extracellulaires, peu abondants, et forment des amas de dix à quinze éléments en moyenne.

L'examen histologique de la rate du singe est plus caractéristique encore. Sur les coupes, on voit très nettement les foyers de bacilles d'Eberth où les microbes sont entassés en amas les uns à côté des autres, tandis que le reste du parenchyme n'en renferme presque pas ; « les foyers microbiens sont tellement semblables à ceux que présentent les rates typhiques humaines qu'à un examen limité, à la vue de ces foyers, une confusion entre les lésions de rate typhique de l'homme et du singe serait possible » (Chantemesse).

Chez le lapin, comme chez le singe, le foie est peu touché. Les lésions de l'intestin grêle sont, par contre, des plus intéressantes. En certains points, l'épithélium a disparu laissant à nu la sous-muqueuse. Les culs-de-sac glandulaires sont dissociés par une abondante infiltration embryonnaire ; les vaisseaux sont dilatés, la couche sous-séreuse est épaissie ; l'endothélium péritonéal reste intact. On trouve des bacilles dans l'interstice des culs-de-sac glandulaires, dans la sous-muqueuse et dans la tunique sous-séreuse, tantôt en amas, tantôt en travées linéaires, comme s'ils occupaient un canalicule lymphatique. Le plus souvent, ils conservent leur forme ; en certains points cependant, ils sont réduits à l'état de granulations. Cette abondance de microbes dans la paroi de l'intestin explique bien le processus de l'ulcération.

L'examen microscopique des ganglions mésentériques révèle des lésions analogues à celles de la rate.

Dans les foyers broncho-pulmonaires, les bacilles d'Éberth se rencontrent fréquemment dans l'intérieur de l'alvéole ou dans les espaces interlobulaires. Les uns sont libres, englobés par les leucocytes. Dans ce cas, ils pullulent souvent à un tel point dans le protoplasma, que la cellule finit par éclater.

Des ensemencements pratiqués en bouillon avec de la pulpe splénique ou hépatique et avec les ganglions mésentériques fournissent des cultures pures de bacille d'Éberth. La culture toutefois ne revêt pas toujours d'emblée son aspect classique. Elle montre peu de vitalité; sur gélose, la strie d'ensemencement est mince et le bouillon ne présente qu'un léger trouble pulvérulent. D'autres fois, on constate la présence de grumeaux analogues aux grumeaux des cultures de streptocoques, mais un ou deux passages en bouillon vierge redonnent au bacille tous ses caractères. Le bacille d'Éberth peut également être isolé de l'épaisseur de la paroi intestinale où il est associé d'ordinaire au proteus vulgaris et au coli-bacille. Les ensemencements du sang du cœur demeurent stériles, mais le sérum jouit de propriétés agglutinantes énergiques.

2° Septicémie a bacilles d'Éberth. — L'anatomie pathologique de la septicémie expérimentale à bacilles d'Éberth présente avec la précédente quelques différences. Les lésions sont les mêmes par contre, quelle qu'ait été la voie d'inoculation du virus. La lésion abdominale est un fait caractéristique, absolument constant. Toujours, en effet, on trouve une péritonite séro-fibrineuse ou fibrino-purulente plus ou moins manifeste. Quand on ouvre la cavité abdominale, les anses intestinales apparaissent congestionnées, souvent unies entre elles par des adhérences très ténues. Il est fréquent de voir la congestion prédominer sur les dernières anses d'intestin grêle au voisinage du cæcum. Dans la cavité abdominale, il y a toujours une certaine quantité

(1) Sanarelli. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1892.

de liquide, dans lequel flottent des flocons fibrino-purulents qui souvent adhèrent à la surface des viscères. La quantité de cet exsudat est assez variable, il est en général d'autant moins abondant que l'animal a été inoculé avec une culture plus virulente.

L'ouverture de l'intestin grêle montre des matières diarrhéïques; les parois intestinales sont vivement congestionnées; souvent, elles sont couvertes d'une légère couche muco-purulente; les plaques de Peyer sont hypertrophiées et dans quelques cas on découvre au sommet de quelques-unes d'entre elles un commencement d'ulcération.

La rate présente d'ordinaire une augmentation de volume et une coloration noirâtre assez caractéristique. D'autres fois elle est simplement un peu hypertrophiée et elle conserve sa couleur naturelle.

Le foie et les reins ne présentent généralement aucune particularité. Il faut noter enfin la fréquence des pleurésies hémorragiques ou purulentes.

Aux autopsies des animaux qui ont succombé à une septicémie à bacilles d'Éberth, le microbe pathogène, au lieu d'être cantonné à l'intérieur des organes comme dans les cas de fièvre typhoïde expérimentale vraie, se montre avec prédilection à la surface des séreuses. Le microbe est très abondant dans les exsudats pleural, péritonéal et même péricardique. Sa présence est constante dans le foie et surtout dans la rate. A l'inverse de ce que nous avons vu dans le paragraphe précédent, sa présence dans le sang est fréquente.

VII

Comparaison entre la fièvre typhoïde de l'homme et celle de l'animal (1). — Les analogies que nous avons saisies au cours de cette étude entre la fièvre typhoïde de l'animal et celle de l'homme sont nombreuses; il ne sera pas inutile de les rappeler en terminant et de les opposer aux différences qu'il est également facile de relever entre ces deux affections.

L'animal peut comme l'homme être contaminé *ab ingestis*. A ce que ce mode d'infection vienne en première ligne chez celui-ci et occupe au contraire la dernière place chez celui-là, il n'y a pas outre mesure matière à étonnement. Bien des différences anatomiques et physiologiques séparent en effet le tube digestif de l'homme de celui de l'animal. Puis l'expérimentation sur l'homme étant impossible, nous ignorons la façon dont nous réagirions à une inoculation sous-cutanée, intra-veineuse, intra-péritonéale. Nous n'avons d'autre fenêtre ouverte sur la façon dont nous pourrions contracter la fièvre typhoïde que celle de notre tube digestif et peut-être faisons-nous jouer à l'ingestion un rôle prépondérant que l'avenir ne ratifiera pas. Nous signalons à nouveau la lacune que présente l'étude de la fièvre typhoïde expérimentale au point de vue de la contagion par inhalation.

Le jeune âge paraît favoriser l'éclosion de la fièvre typhoïde chez l'animal comme chez l'homme. Les prédispositions individuelles, et probablement la quantité de bacilles ingérés, la répétition des contaminations ont dans les deux cas la même importance. Signalons enfin cette théorie d'après laquelle l'impossibilité pour l'animal de contracter spontanément la fièvre typhoïde serait, poussée à l'extrême, l'immunité qu'acquiert peu à peu contre cette affection, l'homme qui vit dans les milieux contaminés, les grandes villes, Paris en particulier.

Au point de vue symptomatique, nous relevons chez l'animal le changement de caractère, l'hébétude, la somnolence, l'état stupide (τυφος) par lesquels la maladie chez l'homme débute si souvent. Puis la fièvre, la perte d'appétit, l'amaigrissement, la diarrhée. Enfin une amélioration très lente lorsque la mort ne survient pas à la période d'état. Cette évolution morbide n'est-elle pas, comme le dit le professeur Chantemesse, « calquée sur celle de la fièvre typhoïde de l'homme? » L'existence chez le lapin de la « fièvre typhoïde ambulatoire » et de la « septicémie typhique à marche foudroyante » décrites par cet auteur complètent l'analogie entre les deux affections. La possibilité des rechutes est un nouveau point de ressemblance.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'hypertrophie de la rate et des ganglions mésentériques, la congestion de l'intestin grêle, la saillie des plaques de Peyer et parfois leur ulcération sont des symptômes communs. Les altérations microscopiques sont les mêmes dans les deux cas, « à tel point qu'une confusion serait possible à un observateur non prévenu » (Chantemesse). Les localisations du microbe aux autopsies sont à peu de chose près les mêmes.

Ces nombreux traits de ressemblance ne doivent cependant pas faire oublier quelques différences.

Les symptômes qui dominent d'ordinaire dans la fièvre typhoïde de l'homme, soit en clinique, soit en anatomie pathologique, sont les symptômes intestinaux. Par contre, la diarrhée est peu abondante chez l'animal et les plaques de Peyer sont peu ulcérées. Mais on connaît chez l'homme des cas analogues où les lésions intestinales sont des plus discrètes [Thue (1), Chantemesse (2)], ou même font totalement défaut [Banti (3), Vincent (4)]. De plus, si on admet avec Sanarelli que la fièvre typhoïde est une infection primitive non de l'intestin mais du système lymphatique, ces lésions intestinales, causées par la simple élimination de la toxine typhique, perdent beaucoup de leur signification et de leur importance.

Le bacille d'Eberth pullule surtout chez l'homme dans la rate et les ganglions lymphatiques ; il est rare à la surface des séreuses. Chez l'animal, c'est surtout à la surface de ces séreuses qu'il se rencontre et il y détermine des complications (péricardites, pleurésies) qui, pour se rencontrer parfois chez l'homme, n'en sont pas moins beaucoup moins fréquentes chez lui que chez l'animal. C'est un peu le propre de toutes les infections expérimentales que de donner lieu à une pullulation de microbes si abondante qu'ils se rencontrent même dans des organes où on ne les trouve pas lorsque la même affection survient spontanément chez l'homme.

L'albuminurie chez l'homme est une complication fréquente de la fièvre typhoïde; chez l'animal, elle est exceptionnelle. L'animal n'a pas d'épistaxis et la toxine typhique

(1) Nous écartons intentionnellement du cadre de cette revue tout ce qui a trait à la prophylaxie de la fièvre typhoïde expérimentale (immunisation des animaux contre le bacille d'Éberth) et à sa thérapeutique (sérothérapie) abordées dans les mémoires de Chantemesse et Widal (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1892) et de Sanarelli (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1892 et 1894), ces deux questions sont depuis restées à peu près stationnaires et elles sont parfaitement exposées dans les nombreux manuels de bactériologie parus depuis cette époque.

(1) Thue. *Jahresbericht über die Fortschritte*, etc., *Archiv von Baumgarten*, 1889, p. 196.

(2) Chantemesse. Fièvre typhoïde, *Traité de médecine*, t. I, p. 774.

(3) Banti. *Riforma medica*, oct. 1887.

(4) Vincent. *Mercredi méd.*, 1891, p. 46.

n'a pas sur son myocarde l'action qu'elle a sur le myocarde de l'homme, ce qui explique l'absence des complications cardiaques. On pourrait peut-être prolonger encore ce parallèle, mais sans grand intérêt.

Ramond, dans sa thèse, rapproche très heureusement la rareté de l'albuminurie et des ulcérations intestinales chez l'animal de la rareté de ces mêmes symptômes chez l'enfant; chez l'un comme chez l'autre, l'absence d'albumine s'explique par l'intégrité du rein qui n'a pas un long passé pathologique et qui, en outre de la toxine typhique, n'a pas à éliminer de multiples poisons intestinaux ; le peu d'importance des lésions intestinales s'explique de même par l'intégrité des artères, vierges aussi d'antécédents pathologiques et par conséquent peu aptes à laisser se former de ces thrombus qu'on retrouve souvent à l'origine des ulcérations.

On peut donc dire en matière de conclusion qu'il existe chez l'animal une véritable fièvre typhoïde expérimentale, qu'elle est très voisine de la fièvre typhoïde de l'homme et qu'elle présente en particulier de grandes analogies avec la fièvre typhoïde de l'enfant.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(24 JANVIER 1900)

On parlera longtemps encore de l'**appendicite**. La question est loin d'être épuisée et elle se présente souvent sous de nouveaux aspects. Dans la dernière séance, à la suite d'une présentation de M. Loyson, une courte discussion s'est élevée, dans laquelle M. Ricard, entre autres, a appelé l'attention sur des adénites suppurées, d'origine appendiculaire. C'est sur ce même sujet que M. Gérard-Marchant prend aujourd'hui la parole; il appelle plus particulièrement l'attention sur certaines variétés d'adénites précæcales ou rétrocæcales, indépendantes de l'appendice, et probablement d'origine bacillaire. Nous disons « probablement d'origine bacillaire », parce que M. Marchant, d'après les faits qu'il a cités, n'a pu, malheureusement, nous donner les preuves histologiques et bactérologiques de cette origine bacillaire. Cette lacune est d'autant plus regrettable que les observations citées par M. Marchant sont fort intéressantes. Cliniquement, les ganglions qu'il a rencontrés représentent bien l'aspect des ganglions caséeux, tuberculeux. Retenons aussi ce fait de la communication de M. Marchant que, dans ces observations, comme dans beaucoup d'autres, c'est le diagnostic d'appendicite qui a été fait, c'est le traitement chirurgical de l'appendicite qui a été appliqué et le ventre ouvert on a trouvé l'appendice sain et tout autre chose qu'une appendicite. Ces erreurs de diagnostic sont plus fréquentes qu'on le croit et empressons-nous d'ajouter que, si elles sont commises par les chirurgiens les plus compétents, il est bien à craindre qu'elles soient plus fréquentes encore de la part de praticiens moins expérimentés. Il n'est que juste d'ajouter, d'autre part, que dans les observations de M. Marchant l'intervention chirurgicale était très nettement indiquée et justifiée. Quant à l'appendice sain, M. Marchant a bien fait de l'enlever, sinon à froid, du moins préventivement.

A propos des faits intéressants cités par M. Gérard-Marchant, M. Jalaguier a fait cette observation très juste que bien des lymphangites et des adénites développées au niveau de l'angle iléo-cæcal donnent lieu à tous les symptômes les plus caractéristiques de l'appendicite, y compris surtout le point de Mac Burney. Dans plusieurs de ces faits, M. Jalaguier a fait faire l'examen bactériologique de ces adénites et cet examen n'a pas révélé l'existence de la tuberculose.

C'est encore sur ces para-appendicites et ces péri-appendicites que M. Quénu lit une note très documentée d'où il ressort que les symptômes de ces lésions sont exactement ceux de l'appendicite, et l'on revient ainsi peu à peu à cette vieille pérityphlite qui a été si abandonnée dans ces derniers temps. M. Quénu en a même prononcé le nom.

Depuis quelque temps, les radiographes sont assez malmenés à la Société de chirurgie. C'est surtout M. Lucas-Championnière qui a entrepris contre [illegible] sévère, mais juste.

A chaque séance sont présentées des épreuves radiographiques de fractures au sujet desquelles s'élèvent des discussions assez animées; les uns voyant très bien ce que les autres ne voient pas du tout. En résumé, d'une courte discussion à laquelle prennent part MM. Maunoury, Tuffier, Berger, il semble qu'il y a de nombreux cas dans lesquels la radiographie ne donne rien ou donne lieu à des erreurs regrettables, en matière de cals et de fractures.

A propos d'un rapport de M. Chauvel sur un cas de **phlegmon diffus** traité avec succès par M. Dupuijadous à l'aide d'injections sous-cutanées d'eau oxygénée, M. Terrier, s'appuyant sur l'opinion de Roux, croit pouvoir risquer une explication de l'action de l'eau oxygénée, selon qu'on a affaire à des microbes aérobies ou à des microbes anaérobies. M. Lucas-Championnière ne va pas si loin et se borne à constater que l'eau oxygénée lui paraît être le plus puissant de tous les antiseptiques. M. Albarran, à l'appui de l'opinion soutenue par M. Terrier, invoque les bons effets de l'eau oxygénée dans les gangrènes urinaires, ce qui semble prouver son action certaine sur les anaérobies. Dans le même ordre d'idées, M. Tuffier s'est très bien trouvé de l'emploi de l'oxygène pur pour désinfecter des foyers de gangrènes pulmonaires à la suite de pneumotomies.

Parmi les présentations, citons une jeune fille atteinte d'un **énorme lymphangiome caverneux et kystique** de toute la région lombaire, contournant le bassin et arrivant jusqu'aux aines.

L'extirpation du cancer du rectum paraît donner quelques cas de longue survie.

M. Quénu a montré un malade, très bien portant, opéré par lui, il y a cinq ans, d'un **cancer du rectum**. MM. Potherat, Le Dentu, Bazy, Reclus et Pozzi citent des cas analogues.

Mercredi prochain, séance annuelle.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la furonculose.

M. de Crésantignes attribue aux auto-inoculations un rôle prépondérant dans la longue durée de la furonculose abandonnée à elle-même ou mal soignée. Il fait connaître les bons résultats qu'il a obtenus depuis plusieurs années en vernissant la peau saine autour des furoncles dans une assez large étendue, la préservant ainsi du contact des staphylocoques. Le vernissage se fait avec du collodion élastique, du stérésol, de la traumaticine.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Swedenborg (1), par le docteur Gilbert BALLET, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Depuis une dizaine d'années la psychologie expérimentale a fait en France les plus remarquables progrès. Au XVIIe siècle, Descartes, par ses études continues d'anatomie et de physiologie, avait indiqué déjà les heureux résultats auxquels peut conduire l'union du philosophe et du savant. Les problèmes si complexes, si délicats de la conscience humaine, les troubles mentaux, d'une nature si ondoyante, ont provoqué bien d'ingénieuses recherches que nos lecteurs peuvent à tout moment constater.

Les travaux de Charcot ont suscité de brillants continuateurs dans le corps médical et les études faites journellement dans les cliniques des maladies nerveuses ont conduit à d'intéressantes solutions des troubles psychiques de tout degré. Que de chemin parcouru depuis l'année 1870 où parut le célèbre livre *De l'Intelligence* que Taine pourrait aujourd'hui grossir de tant d'observations nouvelles! M. le docteur Gilbert Ballet ajoute un nouveau livre des plus curieux à ses précédentes investigations dans le domaine infini de la sensibilité et des multiples altérations du moi. Il se sert d'une manière plus ingénieuse des données les plus récentes de la science psychique pour expliquer le cas d'un grand visionnaire suédois du XVIIIe siècle, Swedenborg (1688-1772), qui fonda un culte nouveau : celui de la *Nouvelle Jérusalem*. Ses doctrines ont rencontré un assez grand nombre d'adeptes en Suède, en Angleterre et surtout dans l'Amérique du Nord, cette terre où le protestantisme donna naissance à tant de sectes diverses. A Paris même, il existe rue Thouin un modeste temple pour la petite phalange des initiés français swedenborgiens.

Dans les trois premiers chapitres de son livre M. le docteur Ballet donne une biographie complète et très documentée du « Prince des Voyants », ainsi que le répertoire de ses œuvres multiples — car Swedenborg ne cessa toute sa vie de composer — la plupart écrites en latin. Les deux preniers chapitres sont consacrés à l'étude rationnelle et scientifique du cas de ce célèbre illuminé. Dans ses visions on relève des exemples nombreux de télépathie qui peuvent s'ajouter aux arguments déjà fournis à notre époque en faveur de cette thèse si controversée. M. Ballet rapproche les hallucinations mystiques de Swedenborg et celles de saint Paul sur le chemin de Damas, de sainte Thérèse, de Jeanne d'Arc et de plusieurs autres inspirés. Il pouvait y ajouter les visions de Mahomet qui ont eu des conséquences religieuses si importantes, et les extases des prophètes du peuple d'Israël à propos desquelles nous rappellerons la communication fort curieuse de M. Dieulafoy, membre de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, lue dans la séance publique annuelle des cinq académies, en octobre 1896. « A des degrés divers, écrit M. Dieulafoy, l'illuminé ou prophète de la Bible était un véritable névropathe chez qui la névrose revêtait les caractères de ces épidémies de grande hystérie dont l'histoire offre à plusieurs reprises des exemples si frappants. » Le XVIIIe siècle fut une de ces époques d'illuminisme, et M. Ballet a tracé un intéressant chapitre de cette histoire des visionnaires. La philosophie et la science doivent lui être également reconnaissantes d'un livre qui peut provoquer, à côté de l'érudition médicale, les suggestives réflexions d'un historien à l'égard de quelques-unes des grandes personnalités des annales humaines.

L. BENAERTS.

(1) In-8°, XII-228 p., avec portrait. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Un concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux sera ouvert le lundi 28 mai 1900, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, 3. Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, du lundi 23 avril au samedi 5 mai suivant inclusivement.

Assistance publique. — Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique vient d'élire pour président M. Félix Voisin, président sortant.

Marine. — Par arrêté ministériel du 17 janvier 1900, ont été nommés à l'emploi de médecin-stagiaire des colonies les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine dont les noms suivent :

MM. Gravot, Panthiou-Lavielle, Lenoir, Le Maout, Rogé, Clavet, Imbert, Marque.

Par décret ministériel du 20 janvier 1900 ont été nommés à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, les élèves de l'école du service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine devant la faculté mixte de Bordeaux, le 12 février 1900 : MM. Bourget et Chanaud.

M. Gallet de Santerre a été nommé à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 3e semaine de 1900, 1043 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine dernière (999), mais inférieur à la moyenne (1055).

La fièvre typhoïde a causé 9 décès (moyenne 6). La variole a causé 1 décès.

Les autres maladies épidémiques présentent des chiffres un peu inférieurs à la moyenne : la rougeole, 11 (moyenne 12), la scarlatine, 3 (moyenne 3), la coqueluche, 5 (moyenne 6), la diphtérie, enfin, 4 (moyenne 9).

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 152 décès, au lieu de 180 pendant la semaine précédente, et au lieu de 178, moyenne ordinaire de la saison. La faiblesse de ce chiffre, due sans doute à la douceur de la saison, est d'autant plus remarquable que la grippe continue à sévir dans tout l'ouest de la France, en Angleterre et en Italie (Rome).

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de MM. les docteurs Duclos (de Férel); Piétri, ancien médecin-major de la garde impériale.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — COMPLICATIONS DUES AU DOUBLE TAMPONNEMENT DES FOSSES NASALES ET TRAITEMENT RATIONNEL DES ÉPISTAXIS REBELLES, par M. GUISEZ, interne des hôpitaux de Paris. — NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE. Sur le traitement de la phtisie pulmonaire (IV). La médication arsenicale, par M. COURTOIS-SUFFIT, médecin des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 29 janvier 1900.

Il est des idées qui, à première vue, paraissent raisonnables et pratiques, mais qui s'évanouissent au moindre examen. Un de nos honorables confrères reprend, dans l'*Écho médical des Cévennes*, cette idée du stage obligatoire pour le jeune docteur au sortir de la Faculté. « Est-il sage, à bien des points de vue, de laisser un jeune homme sans expérience professionnelle, au milieu des difficultés de la pratique, comme on le jetterait à l'eau pour lui apprendre à nager ? »

La comparaison paraît saisissante : mais ce n'est qu'une apparence. Pendant quatre ans au moins, s'il a toutefois voulu suivre régulièrement les hôpitaux, notre jeune apprenti docteur a appris à nager. Il a été maintenu, soutenu, dirigé, par ses camarades plus anciens, ses jeunes et ses vieux maîtres et, quand le moment vient, diplôme en poche, de nager seul, tout dépendra de la façon dont notre apprenti a su profiter des conseils et des exemples qu'il a reçus.

Il n'y a aucun inconvénient à désigner des praticiens qui seraient autorisés à prendre un jeune médecin stagiaire. Beaucoup sont dignes de cette confiance ; mais les profits retirés par le néophyte ne compenseront pas la perte d'une année.

Que peut-il apprendre de son aîné ? Rien autre que le savoir-faire, l'art qui lui servira à accommoder ses connaissances scientifiques au goût de sa clientèle. Or, ce sont là qualités particulières qu'on ne saurait créer. Réussir dans la clientèle est, à savoir égal, le résultat de mille choses et de mille riens que l'expérience et les dons personnels peuvent seuls donner. C'est affaire de tact, d'intelligence et, nous dirons, d'honnêteté, de loyauté et de probité professionnelles. Rien ne sert d'être trop adroit, trop compliqué ; la franchise et la droiture unies à la science sont encore les meilleurs atouts pour réussir.

Notre confrère a d'ailleurs entrevu le point faible de sa combinaison. Le jeune stagiaire ne pourrait-il être parfois le loup avide introduit dans la clientèle du vieux confrère ? Ce serait là matière à réglementations de toute espèce. Aussi tout bien pesé, nous continuerons à conseiller des études solides, très solides, un bon bagage scientifique, quelques sous en poche et un peu de courage. Ainsi lesté, ayant bon pied bon œil, le jeune diplômé peut, d'emblée et pour son compte, se jeter dans la mêlée. Qu'il sorte directement des bancs de la Faculté ou du cabinet d'un confrère, il trouvera toujours devant lui les difficultés et les inquiétudes des responsabilités premières.

COMPLICATIONS
DUES AU DOUBLE TAMPONNEMENT DES FOSSES NASALES
ET TRAITEMENT RATIONNEL DES ÉPISTAXIS REBELLES

Par M. GUISEZ, interne des hôpitaux de Paris.

Le double tamponnement des fosses nasales a essentiellement pour but l'oblitération des orifices antérieurs et postérieurs de ces cavités afin de déterminer la formation d'un caillot et arrêter définitivement l'hémorragie.

Que l'on se serve pour l'appliquer de la sonde de Belloc ou de la sonde en gomme, ce procédé est d'une exécution difficile chez les sujets nerveux et en particulier chez les enfants.

Bien souvent inefficace, il présente parfois des dangers réels.

Les deux faits suivants, qu'il nous a été donné de constater, en font foi.

OBSERVATION I. — Le nommé C..., âgé de vingt-deux ans, exerçant la profession d'ébéniste, entre à Lariboisière, salle Barth, le 17 février 1898, il ne présente, dans ses antécédents héréditaires ou personnels, rien de particulier à signaler.

Lui-même a toujours été très bien portant jusqu'à l'âge de quinze ans, où il a eu la variole avec hémorragies gingivales, épistaxis répétées.

Depuis cette époque, le malade saigne du nez avec la plus grande facilité huit à dix fois par mois et il attribue lui-même ses pâles couleurs à ses épistaxis.

Vers la fin de 1896 ces hémorragies reviennent plus souvent et sont plus abondantes. Il consulte à cette époque un médecin qui lui ordonne du fer et lui fait priser de l'antipyrine.

Les hémorragies sous l'influence de ce traitement cessent spontanément mais reprennent de plus belle dans la suite.

En janvier 1898, épistaxis abondante de la narine droite qui résiste à tous les moyens employés.

Le malade se présente dans la nuit du 17 au 18 février à la consultation de Lariboisière. Il est très pâle et très anémié ; double tamponnement pratiqué séance tenante,

mais de nouvelles épistaxis surviennent la nuit suivante. On le remplace et on laisse les tampons trois ou quatre jours de crainte de voir revenir l'hémorragie.

Le 24, c'est-à-dire trois jours après l'application du second tamponnement, le malade ressent une légère douleur au niveau de la moitié gauche de la face. Peu de temps après il se produit du gonflement de ce côté et de l'œdème de la paupière inférieure. La pression est douloureuse au niveau du point sous-orbitaire. T. 39 degrés.

L'examen par transparence fait constater une zone obscure au-dessous de l'orbite gauche.

Il s'agit bien d'un empyème du sinus maxillaire.

Le malade ne veut pas se laisser opérer, sort de l'hôpital et il ne nous est pas donné de le revoir.

Obs. II. — La nommée S... est prise, en septembre 1899, d'épistaxis très abondantes. Un médecin appelé en toute hâte lui fait le double tamponnement.

Deux jours après l'application de celui-ci, elle se décide à venir à l'hôpital Dubois, se trouvant privée de soins chez elle et craignant le retour de l'épistaxis.

Elle entre à l'hôpital se plaignant de vives douleurs dans l'oreille correspondante à la fosse nasale tamponnée. Craignant le retour de l'épistaxis, on laisse le double tamponnement.

Mais dans la nuit, la malade, qui est une alcoolique, arrache son tampon antérieur, l'hémorragie recommence.

Le tampon postérieur est enlevé et on applique séance tenante un tampon antérieur avec une bande de gaze iodoformée. L'hémorragie est définitivement conjurée.

La malade se plaint encore de douleurs d'oreille le lendemain, mais deux jours après toute douleur a disparu.

Il semble bien que l'on ait assisté dans ce cas à un début d'otite dû au double tamponnement.

La pituitaire est, comme on sait, pourvue de nombreuses glandes qui ne demandent qu'à s'enflammer (témoin la fréquence des coryzas), elle est le plus souvent souillée de mucosités, de croûtes plus ou moins épaisses, elle est difficile à nettoyer exactement et à maintenir stérile à cause de ses anfractuosités et de ses replis multiples.

Le caillot formé à la suite du tamponnement s'infectera donc avec la plus grande facilité. Il ne faut pas oublier aussi que le double tamponnement est une intervention d'urgence et que l'on n'a pas toujours le loisir de le pratiquer avec toutes les précautions antiseptiques désirables.

La putréfaction du caillot est manifeste lorsque, après deux ou trois jours, on enlève le tamponnement, par l'odeur nauséabonde qui s'en dégage. L'inflammation de la pituitaire survient presque fatalement. Il peut en résulter de la rhinite chronique purulente, persistant plus ou moins longtemps, ainsi qu'il nous a été donné d'en observer un cas.

Cette inflammation peut se propager aux sinus, leur muqueuse n'étant qu'un prolongement de la pituitaire.

En outre le sang ne se coagule pas instantanément dans le nez, il continue à couler un certain temps, après l'application des tampons. Il peut s'engager dans les orifices multiples qui viennent s'ouvrir dans les fosses nasales; il peut remonter par la trompe d'Eustache vers l'oreille et, dans certains cas de perforation de la membrane du tympan, on a vu des hémorragies par l'oreille coïncider avec des épistaxis. Demarquay et Duverney ont même constaté le reflux du sang vers les points lacrymaux. A plus forte raison le sang pénétrera-t-il facilement dans le sinus maxillaire dont l'ouverture se fait directement dans la fosse nasale par un orifice plus ou moins large.

On conçoit que les inflammations de ce genre sont singulièrement facilitées par ce fait.

Gellé cite trois cas d'empyème du sinus maxillaire consécutif au tamponnement des fosses nasales (*Arch. de laryngol.*, 1896).

Et. Saint-Hilaire rapporte également deux faits semblables. Nous-même, il nous a été donné d'en observer un cas.

L'infection peut se propager non seulement aux sinus voisins, mais encore à l'oreille moyen par la trompe d'Eustache. On sait en effet avec quelle facilité les inflammations de la pituitaire déterminent des otites.

M. le professeur Tillaux (Thèse de Lechevalier) a observé trois faits d'otite moyenne grave, dont une avec suppuration mastoïdienne et propagation méningée mortelle. Hartmann a vu également trois fois l'inflammation de l'oreille moyenne consécutive au double tamponnement.

Les douleurs d'oreille peuvent dans certains cas survenir d'une façon tout à fait précoce, le deuxième jour du tamponnement par exemple, ainsi que Gellé l'a observé une fois (*Arch. de laryngol.*, 1892).

Alors intervient vraisemblablement un autre facteur : la compression mécanique de l'orifice inférieur de la trompe d'Eustache par le tampon postérieur. Du fait de cette obstruction le catarrhe tubaire est facilité et ensuite surviendront les phénomènes d'otite.

D'autres accidents infectieux ont été également signalés : phlegmon du pharynx, érysipèle de la face (Boulay).

Tels ne sont point les seuls inconvénients du double tamponnement, c'est aussi une cause de gêne mécanique. Le tampon postérieur détermine par son volume des phénomènes d'irradiation du côté du pneumogastrique. De là production de nausées et de spasmes laryngiens (Diday).

Le fil postérieur passant par la bouche est très gênant pour le malade; il empêche la déglutition, entrave la phonation. Il peut entamer le bord postérieur du voile du palais, ainsi que l'a constaté Frédet dans un cas. Le tampon postérieur est souvent peu aisé à appliquer chez les sujets nerveux, le passage de la sonde dans la narine, les attouchements dans le pharynx provoquent souvent des réflexes se traduisant par de la toux, des vomissements qui rendent quelquefois l'opération impossible.

Gosselin le jugeait déjà comme « une mauvaise pratique que l'on ne doit employer que dans des cas très rares, si rares que je ne me rappelle l'avoir appliquée qu'une fois ».

Comme on le voit, le double tamponnement est un moyen d'hémostase souvent dangereux; il est en outre souvent inefficace dans les épistaxis rebelles.

Si l'on n'a pas le soin, ainsi que le recommande M. Tillaux, de donner au tampon postérieur une forme appropriée à celle de l'orifice postérieur des fosses nasales, c'est-à-dire celle d'un cylindre de 3 centimètres de hauteur sur 1 centimètre et demi de largeur, l'oblitération de la fosse nasale ne sera plus exacte et l'épistaxis pourra très bien recommencer.

Les fils peuvent glisser et les tampons ne s'appliquant plus exactement sur les orifices, l'épistaxis reprendra de plus belle.

Le traitement des épistaxis rebelles doit être, aujourd'hui, fait d'une façon plus rationnelle et plus précise.

Il est démontré en effet que l'épistaxis, quelle qu'en soit la cause, est une hémorragie à siège bien localisé. Il faut donc s'adresser directement à la lésion.

La pathogénie et la physiologie pathologique des épistaxis sont venues en éclairer la thérapeutique.

Toujours il y a une lésion locale et les causes générales n'agissent que comme prédisposantes.

Toute hémorragie nasale suppose la rupture, spontanée ou traumatique, d'un vaisseau dont la paroi est rendue plus fragile par un état pathologique antérieur (artério-sclérose, intoxication), dont le contenu est en hypertension (affections cardiaques, albuminurie, phénomènes supplémentaires) ou est altéré dans sa composition (affections dyscrasiques, septicémie, intoxication, maladies du foie).

Le siège de cette lésion est presque toujours le même, sur la cloison (1 fois sur 5), rarement sur les cornets, mais toujours dans la partie antérieure des fosses nasales directement accessible à l'examen par la narine. Kiesselbach, Baumgarten, Voltoni l'ont bien démontré dans des statistiques très rigoureuses.

M. Lermoyez (Société médicale des hôpitaux, 1896) a été frappé par le siège d'élection de l'épistaxis. Pour lui, la lésion est toujours au niveau de la terminaison de la branche interne de la slpéno-palatine. Il l'a dénommée « artère de l'épistaxis ». Elle mérite aussi justement ce nom que l'artère lenticulo-striée celui d' « artère de l'hémorragie cérébrale ».

Le plus souvent il s'agit de la rupture d'un vaisseau de la muqueuse qui revêt la région antéro-inférieure cartilagineuse de la cloison dans le point où les terminaisons de la palatine ascendante s'anastomosent avec la spléno-palatine. C'est là « le territoire de l'épistaxis » (Boulay), localisation qui doit être attribuée à la minceur de la muqueuse et à son peu d'adhérence. Le réseau vasculaire n'a aucune résistance dans cette région, qui est en outre éminemment accessible aux doigts du malade et très vulnérable.

C'est encore dans la portion cartilagineuse de la cloison que siège l'ulcère perforant de Hayek, cause très fréquente de l'épistaxis.

De toutes les muqueuses la pituitaire est en réalité la plus sujette aux ruptures vasculaires. Cruveilhier, Sappey, Kolliker avaient déjà décrit sur les cornets des veines formant « un plexus variqueux et presque caverneux ». Isch Wall, Pillet en ont fait un tissu véritablement érectile « capable sinon de phénomène d'érection proprement dite, du moins de véritable turgescence ». Mackenzie a décrit un tissu analogue sur la pituitaire de la cloison à la hauteur des cornets moyens et inférieurs. Cette structure nous explique le siège si fréquent des épistaxis sur la cloison et les cornets principalement dans leur portion antérieure où cette disposition est le plus remarquable.

Cette lésion locale, cette rupture vasculaire, il sera toujours possible pour un œil exercé de la reconnaître à l'examen au spéculum. Elle sera, de par son siège antérieur directement accessible par la narine.

Pour l'atteindre sûrement, deux moyens sont offerts à l'opérateur : la cautérisation et le tamponnement antérieur simple.

La cautérisation se fera soit avec la pointe du thermocautère chauffée au rouge sombre, soit, ainsi que le recommande M. Lermoyez, à l'aide d'une perle de nitrate d'argent portée sur une sonde cannelée.

Le tamponnement antérieur simple sera rigoureusement exécuté suivant toutes les lois de l'antisepsie. Après irrigation, sous faible pression de la narine avec de l'eau naphtolée (1 p. 2000) très chaude (l'eau chaude étant un très bon hémostatique), on introduit, dans les fosses nasales, une longue bande étroite de gaze iodoformée. Avec la pince de Lubet Barbon à branches minces, on la tasse dans toutes les anfractuosités des cornets et des méats.

Cette bande de gaze peut, dans certains cas, être remplacée par une série (15, 20) de boulettes d'ouate antiseptique du volume d'un pois, reliées entre elles par un fil en queue de cerf-volant. Elles seront imbibées d'eau oxygénée à 7 ou 8 volumes, dont l'action hémostatique et antiseptique est très puissante. On aura réalisé de la sorte un tamponnement idéal et toutes les complications infectieuses seront par là même évitées. L'eau oxygénée est moins dangereuse que la cocaïne (à 1 p. 10), surtout chez les enfants, et moins douloureuse que l'antipyrine (à 1 p. 5).

Si l'on vient à retirer les tampons au bout de trois ou quatre jours, on les trouve enrobés d'une substance analogue au blanc d'œuf mais ne dégageant aucune odeur.

En pratique ce tamponnement doit rester en place trois ou quatre jours, au bout de ce laps de temps on en appliquera un autre et cela jusqu'à ce que la cicatrisation soit définitive. Deux ou trois tamponnements sont en général suffisants.

Le principe du tamponnement antérieur des fosses nasales est en somme celui de toute hémorragie cutanée ou muqueuse n'intéressant que des vaisseaux de moyen calibre ou des capillaires. Il repose sur les mêmes données que le tamponnement intra-utérin dans les hémorragies rebelles de la délivrance, par exemple.

Il offre l'avantage d'être d'une exécution plus facile que la cautérisation. Il n'est pas toujours aisé, pour qui n'est pas exercé à l'examen des fosses nasales au spéculum, de savoir reconnaître la situation exacte de la rupture vasculaire.

Dans certains cas d'urgence, à la campagne, on ne dispose quelquefois pas de l'instrumentation suffisante (thermocautère, spéculum) pour pouvoir mener à bien la cautérisation.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Sur le traitement de la phtisie pulmonaire (1).

Par M. Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux.

IV

La médication arsenicale date de loin. Ne sait-on pas que les anciens Grecs utilisaient déjà pour panser leurs blessures et soigner les maladies de la peau les *cadmées* ou vapeurs condensées des fourneaux où ils préparaient le cuivre et le bronze au moyen de minerais arsenicaux (2) ? Au premier siècle de notre ère, Dioscoride recommandait l'orpiment et le *sandaracon* (sulfure d'arsenic) dans les maladies graves de poitrine, et Pline remarquait que les malades affectés d'asthme et de toux opiniâtre sont soulagés par les vapeurs arsenicales résultant de la *combustion de l'orpiment* avec du bois de cèdre.

Quoique introduit depuis trente siècles en thérapeutique, l'arsenic est resté un médicament peu fidèle. Son action, réelle sans doute, est bien mystérieuse puisque, tour à tour, on la qualifie : hyposthénisante, excitante, tonique, stimulante, névrosthénique ou altérante !

Très récemment, une découverte importante a fait entrer

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 1900, p. 25, 60 et 87.
(2) A. Gautier. Acad. de méd., 6 juin 1899.

la médication arsenicale dans une voie nouvelle. Nous en dirons quelques mots.

On sait que, dans certaines partie, de la Basse-Autriche et de la Styrie, on rencontre chez quelques paysans la coutume de prendre, à certains intervalles, des doses de plus en plus élevées d'un composé arsenical. Ces arsenicophages ont un double but : 1° de se donner de la fraîcheur, de l'embonpoint ; 2° de faciliter les respirations pendant la marche ascendante. Les sujets soumis d'une manière régulière et méthodique à cet usage jouissent d'une excellente santé.

C'est peut-être à leur exemple que l'on a pensé à soumettre les phtisiques à la médication arsenicale. Il n'est pas douteux que certains d'entre eux en retirent de bons effets.

Comment agit l'arsenic ?

On a d'abord cru que, comme l'alcool, il est un médicament d'épargne ; qu'il diminue la formation de l'urée et de l'acide carbonique et qu'il abaisse la température du corps.

Germain Sée disait que l'arsenic diminue les oxydations et qu'en outre il est dépresseur de la circulation. Enfin, on pense — c'est l'hypothèse la plus vraisemblable — que l'arsenic s'emmagasine dans les centres nerveux, excite la nutrition par l'intermédiaire du système nerveux trophique. On sait depuis peu que l'arsenic existe normalement dans l'économie. Le professeur Gautier avait pensé, pour expliquer le mécanisme de l'action des arsenicaux, que cette substance se fixe sur le noyau des cellules des globules blancs, puis peut-être des centres excitateurs de la nutrition. Il a démontré le bien fondé de cette opinion théorique, en prouvant que l'arsenic existe d'une façon constante et normalement dans la glande thyroïde des animaux herbivores ou carnivores et de l'homme lui-même.

L'arsenic, que ses analogies rapprochent du phosphore, doit se trouver dans les cellules sous la forme active de ce dernier élément, c'est-à-dire à l'état de nucléines destinées à constituer les noyaux cellulaires ainsi que dans les granulations basophiles ou chromatophiles du protoplasma.

D'aucuns ont cru à l'action bactéricide de l'arsenic (Buchner). Cette action n'a jamais été sérieusement démontrée.

Sous l'influence de l'arsenic, l'appétit des malades se réveille, les forces renaissent, le teint devient frais et plus clair, l'œil s'anime, le poids augmente. En un mot, l'arsenic facilite la respiration, et la circulation, il augmente les sécrétions urinaires, salivaires, biliaires et cutanées. Il s'élimine en grande partie par les urines ; mais on le retrouve aussi dans le lait, dans la salive, dans la sérosité d'un vésicatoire.

Il est surtout indiqué chez les phtisiques dont les lésions tuberculeuses sont en voie de réparation naturelle. Il est très mal supporté par les tuberculeux qui ont de la diarrhée et des vomissements, de la dyspepsie ou de la gastralgie, de la dilatation de l'estomac.

En un mot, pour tous les phtisiques atteints de troubles digestifs, l'arsenic, même à faibles doses, est un poison dangereux.

La dose de tolérance varie beaucoup suivant les malades. Les uns supportent aisément de 8 à 10 milligrammes d'acide arsénieux ; d'autres éprouvent des crampes d'estomac avec des doses moindres. Si la dose est trop forte, des signes d'intolérance apparaissent : l'arsenic agit sur la peau qu'il congestionne et excite à un degré variable suivant les doses ; il peut provoquer des éruptions érythémateuses, urticariennes, vésiculeuses, et parfois des pigmentations qui rappellent celles déterminées par le nitrate d'argent. Il impressionne aussi les muqueuses et détermine de l'érythème conjonctival, un goût métallique dans la bouche, de l'anorexie, des nausées, des coliques, de la diarrhée.

Les préparations les plus employées sont :

Les granules de dioscoride, la liqueur de Fowler, la liqueur de Pearson, la liqueur de Boudin. Une des meilleures préparations est aussi une des plus simples : c'est la solution d'arséniate de soude (0g10 d'arséniate de soude pour 300 grammes d'eau distillée).

On a tenté les injections sous-cutanées de liqueur de Fowler, sans résultat durable.

M. Renaut (de Lyon) a retiré de bons effets des injections rectales de liqueur de Fowler diluée. Sa méthode consiste à injecter à l'aide d'une seringue jaugeant exactement cinq centimètres cubes, alors qu'elle est tout à fait pleine et, d'autre part, armée d'un embout à tube capillaire, cinq centimètres cubes de la solution arsenicale suivante, dans le rectum des malades :

Eau distillée................	56	grammes.
Liqueur de Fowler...........	4	—

Si le malade a fait en une journée trois de ces injections et les a gardées et absorbées par la muqueuse rectale, il a pris de la sorte 1 gramme de liqueur de Fowler, soit 1 centigramme d'acide arsénieux.

Depuis la récente communication du professeur Gautier, le 6 juin dernier, sur l'emploi de l'acide cacodylique dans la tuberculose, des recherches se poursuivent activement et l'on peut, dès maintenant, affirmer qu'il y a dans cette substance un agent thérapeutique de premier ordre.

Rappelons que l'acide cacodylique Az $(CH^3)^2$ O^2H est un principe richement arsénical, puisqu'il contient 54,3 p. 100 d'arsenic métallique répondant à 72 d'acide arsénieux par 100 d'acide cacodylique. Il faut ajouter que l'arsenic existe dans ce produit sous une forme essentiellement latente, organique, qui lui enlève si bien toutes les propriétés physiques, chimiques et physiologiques des préparations arsénicales ordinaires que les réactions caractéristiques de l'arsenic n'apparaissent que si l'on détruit complètement ce composé et que toutes les propriétés vénéneuses, caustiques et nécrosantes des préparations habituelles d'arsenic ont disparu entièrement. *(A suivre.)*

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(26 JANVIER 1900)

Les faits de **fièvre typhoïde sans fièvre**, dépistés depuis des années par Liebermeister, Frantzel, Strube, Gerhardt, Potain..., par les seules ressources de la clinique, peuvent être actuellement mieux étudiés. N'a-t-on pas, pour les reconnaître avec certitude, le séro-diagnostic de Widal ? Baudet, en 1897, en avait publié un cas fort intéressant. La maladie avait évolué sans fièvre, le séro-diagnostic avait été positif trois fois, et à l'autopsie, on trouva les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde. Le nouveau fait, publié par M. Widal au nom de M. Etienne (de Nancy), est également fort précis. C'est l'histoire d'une fièvre typhoïde abortive se présentant sous l'aspect d'une fièvre typhoïde de gravité moyenne au tableau clinique de laquelle manquèrent seulement la fièvre et les taches rosées. L'état typhique persista pendant trente-six jours sans que la température se soit élevée au-dessus de 36°3 le matin et 37°2 le

soir. La réaction de Widal était des plus nettes et le pouvoir agglutinatif était relativement élevé. Dans la proportion de 1 par 25, l'agglutination se faisait immédiatement et en masse.

L'urine présentait la diazo-réaction d'Ehrlich. A propos de cette dernière réaction, M. Widal fait d'intéressantes réflexions.

« Lorsqu'on étudie chaque jour, dit-il, chez un typhique la diazo-réaction d'Erhlich, on observe souvent, au déclin de la maladie, la dissociation de ce symptôme et de la fièvre. Dans les observations systématiques que j'ai prises à ce sujet, j'ai vu rarement la diazo-réaction persister après la chute de la température ; je l'ai vue quelquefois disparaître avec la fièvre ; mais, dans la majorité des cas, je l'ai vue précéder de quelques jours la chute complète de la température. Il y a donc là une dissociation intéressante, qui nous montre que les toxines typhiques, qui ont infecté l'organisme, peuvent encore produire la fièvre, alors qu'elles ne produisent plus la substance qui éliminée par les urines, fait naître la diazo-réaction. »

Cette question de la fièvre typhoïde apyrétique a soulevé une intéressante discussion. Et d'abord, le bacille d'Eberth est-il, dans ces cas, seul en cause ? M. Siredey rappelle fort justement qu'à propos de l'ictère grave, Hanot avait remarqué que les ictères graves hypothermiques étaient dus au coli-bacille. Dans la dothiénentérie apyrétique, n'y a-t-il pas infection secondaire par ce dernier microbe ?

C'est peu probable, car les infections coli-bacillaires peuvent être fébriles.

Et puis, sans nier l'existence de la fièvre typhoïde sans fièvre, ne faut-il pas se méfier de quelques-unes d'entre elles? Il faut, dit M. Chauffard, pour avoir une certitude absolue, prendre la température *toutes les trois heures*, et non pas seulement matin et soir comme on le fait souvent. Sans cette règle précise, on ne peut rien affirmer.

M. Frantz Glénard, qui assistait à cette séance, a rapporté sur cette question quelques faits assez curieux. Je ne puis résister au désir de citer ses propres paroles.

« La question de la fièvre typhoïde sans hyperthermie a été beaucoup discutée à Lyon, à l'époque où je proposai de traiter systématiquement la dothiénentérie par les bains froids. On comprend, en effet, l'importance qu'avait, au point de vue de la théorie de cette méthode thérapeutique, la fièvre typhoïde sans hyperthermie.

Strube et Vallin ont signalé ce type pendant la guerre de 1870, chez des soldats très surmenés. L'issue en est presque toujours mortelle. Brand, qui en a soigné quelques cas, a noté que, lorsque dans cette fièvre, on applique les bains, suivant la méthode stimulante (demi-bains de 28 degrés, de cinq minutes de durée, avec frictions toutes les trois heures, boisson alcoolique), la fièvre reprend peu à peu un type hyperthermique normal, devient alors justiciable de la méthode classique des bains froids et peut être guérie.

Parmi les causes d'erreur qui peuvent faire croire à l'existence d'une fièvre typhoïde sans hyperthermie, il faut signaler la négligence des gardes-malades qui inscrivent une température plus basse pour s'éviter de donner un bain.

Valette cita, en 1874, le cas d'une fillette qui, avant l'heure de la thermométrie, se plaçait un fragment de glace dans le rectum, afin de ne pas être dérangée de son lit pour prendre le bain ! »

L'opothérapie gastrique entre dans une phase de succès, et on possède actuellement — du moins les premières constatations lui sont favorables — dans la gastérine de M. Frémont, un agent thérapeutique fort précieux. On sait que la gastérine n'est autre que le suc gastrique de chien, exempt d'impureté, soit alimentaire, soit microbienne.

MM. Launois et Barth avaient précédemment apporté deux faits d'apepsie, guérie par l'ingestion de suc gastrique animal.

M. Le Gendre apporte six faits nouveaux, concernant des malades atteints de troubles dyspeptiques secondaires ou primitifs, caractérisés soit par l'intolérance gastrique se traduisant par des vomissements ou des diarrhées lientériques, soit par la lenteur excessive des digestions avec syndrome flatulent, avec amaigrissement inquiétant. Ces malades étaient hypopeptiques ou apeptiques depuis un temps plus ou moins long, et les médications classiques avaient échoué.

Dans tous ces cas, la gastérine a produit un bon effet rapide.

Il est possible que cette action soit due seulement à ce fait que le suc gastrique de chien contient des quantités beaucoup plus considérables de pepsine et d'acide chlorhydrique. C'est du moins ce que pense M. Linossier. Il est plus vraisemblable que le ferment lab est le véritable agent du suc gastrique naturel. C'est l'opinion de M. Launois.

MM. Troisier et Netter rapportent un nouveau fait de **méningite cérébro-spinale** minutieusement observé au point de vue clinique et bactériologique. Cliniquement, au milieu des signes ordinaires, vinrent prendre place des douleurs articulaires fugaces ; bactériologiquement, trois ponctions lombaires ayant donné du liquide louche et du pus véritable, on constata l'existence de nombreux microbes inclus dans les cellules, peu pathogènes pour les souris. Il s'agit, en somme, d'un cas de méningite dû au microbe de Wechselbaum.

M. Léon Bernard lit un mémoire sur les **fonctions rénales dans les néphrites chroniques**. Ce sujet étant à l'ordre du jour de la prochaine séance, sera repris en détail dans le prochain compte rendu.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De la détermination des pouvoirs publics en matière d'hygiène (1), par M. Filassier, docteur en droit, rédacteur à la préfecture de la Seine.

Dans l'ouvrage extrêmement documenté que vient de publier M. Filassier, nous trouvons un consciencieux exposé des devoirs qu'assume l'Etat en matière d'hygiène. Le premier des problèmes sociaux qui doive en effet attirer son attention n'est-il pas le problème de la santé du peuple? C'est donc aux pouvoirs publics qu'il appartient de veiller à la salubrité des locaux livrés à l'habitation, de lutter contre les épidémies, de s'opposer à la transmission des maladies infectieuses.

Cette intervention ne se manifestera d'ailleurs pas toujours d'une manière identique. En matière d'hygiène privée, elle peut être précaire et inefficace ; en matière d'hygiène publique, au contraire, elle peut s'exercer de façon véritablement utile et bienfaisante, à condition de protéger et de soutenir l'initiative individuelle, et de ne se substituer à celle-ci que lorsqu'elle fait défaut ou se montre impuissante, par suite de l'ignorance et de l'apathie populaire, de la pauvreté des individus et des groupes, des circonstances de la vie mo-

(1) In-8°. Prix : 12 francs. — Paris, Jules Rousset 36, r. Serpente.

derne. Cette opinion, soutenue par la plupart des législateurs modernes, est encore justifiée par l'étude du rôle capital attribué aux préoccupations sanitaires par les législations antiques.

En France même, et ce dès les temps les plus reculés, l'hygiène a toujours été l'objet de la sollicitude des pouvoirs publics. Dans un chapitre curieux et intéressant, M. Filassier rappelle les nombreuses ordonnances royales, les décrets du Parlement relatifs à la santé publique.

Actuellement l'hygiène publique relève de l'administration sanitaire, centrale ou locale. Le comité consultatif, rattaché au ministère de l'intérieur, a pour but de lutter contre les maladies épidémiques et transmissibles. Le maire, « principal agent de la santé publique, » est investi des pouvoirs les plus étendus dans tous les cas où la salubrité est en cause. Le préfet dirige les commissions sanitaires locales, de canton, d'arrondissement et de département; il surveille les médecins des épidémies, les médecins cantonaux et les inspecteurs régionaux de l'hygiène.

De l'étude attentive de l'administration sanitaire française et des lois qui la régissent, l'auteur conclut avec M. Pignant que « ces lois sont de toute insuffisance, notamment en ce qui concerne les travaux dits d'assainissement, et ne présentent d'ailleurs qu'un caractère facultatif; que les différents comités et conseils d'hygiène ne peuvent avoir aucune initiative véritable. Le projet de loi pour la protection de la santé publique, déposé il y a quelque dix ans sur la tribune de la Chambre, finira peut-être par obtenir l'approbation du Sénat et modifier ainsi une situation à tous égards regrettable.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 5 AU 10 FÉVRIER 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 5 FÉVRIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salles n°* 2 et 3 : MM. Ch. Richet, Rémy et Desgrez.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n°* 2 : MM. Lannelongue, Varnier et Walther; — M. Launois, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Tuffier et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Tillaux, Kirmisson et Legueu; — (2e partie) : MM. Hayem, Teissier et Méry; — M. Delbet, suppléant.

MARDI 6 FÉVRIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Hanriot, Retterer et Langlois.

2e (2e partie), *Faculté, salle n°* 3 : MM. Mathias-Duval, Charrin et Desgrez.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n°* 2 : MM. Le Dentu, Wallich et Thiéry; — (oral, 1re partie), *Faculté, salle n°* 1 : MM. Budin, Brun et Hartmann; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Berger et Faure; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Achard et Dupré; — (2e série) : MM. Debove, Ménétrier et Thiroloix; — M. Roger, suppléant.

MERCREDI 7 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Sébileau et Mauclaire.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n°* 1 : MM. Pinard, Poirier et Delbet; — (oral, 1re partie), *Faculté, salle n°* 2 : MM. Lannelongue, Lejars et Lepage.

4e, *Faculté, salle n°* 4 : MM. Landouzy, Wurtz et André; — M. Gley, suppléant.

JEUDI 8 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Varnier et Faure.

3e (oral, 2e partie), *Faculté, salle n°* 1 : MM. Brun, Bonnaire, et Hartmann; — (1re partie), *Faculté, salle n°* 3 : MM. Cornil, Blanchard et Marfan.

4e, *Faculté, salle n°* 2 : MM. Proust, Hutinel et Chassevant; — M. Thoinot, suppléant.

VENDREDI 9 FÉVRIER, à une heure. — 4e, *Faculté, salle n°* 1 : MM. Pouchet, Thoinot et Heim; — M. Wurtz, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Delens, Broca (Aug.) et Mauclaire; — (2e série) : MM. Tuffier, Jalaguier et Legueu; — (2e partie) : MM. Potain, Brissaud et Gaucher; — M. Walther, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 10 FÉVRIER, à une heure. — 3e (2e partie), *Faculté, salle n°* 1 : MM. Dieulafoy, Roger et Vaquez; — M. André, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Hutinel, Ballet et Achard; — (2e série) : MM. Chantemesse, Letulle et Thiroloix; — M. Rémy, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Le Dentu, Poirier et Albarran; — (2e partie) : MM. Debove, Marfan et Dupré; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'Internat.— *Épreuves orales.* — Séance du 26 janvier. — Question donnée : « Artères de l'utérus. — Diagnostic et traitement des accidents éclamptiques. »

M. Lemierre, 24 + 15 = 39; Laffoy, 20 + 13 = 33; Lebreton, 18 + 15 = 33; Laurens, 20 + 12 = 32; Bauer, 17 + 12 = 29; Papillon 14 + 13 = 27; Heller, 14 + 10 = 24.

Séance du 27 janvier. — Question donnée : « Les trois muscles constricteurs du pharynx. — Polypes naso-pharyngiens. »

MM. Detot, 23 + 18 = 41; Roy, 21 + 13 = 34; Lacasse, 19 + 13 = 32; Dobrovitch, 15 + 11 = 26; Halberchtadt, 14 + 12 = 26; Ferry, 15 + 10 = 25; Dieu, 14 + 10 = 24; Gottschalk, 14 + 5 = 19.

L'épidémie de variole de Marseille. — Dans une thèse récente de Lyon, M. J. Ponthieu donne d'intéressants détails sur l'épidémie actuelle qui règne à Marseille. Nous en empruntons le résumé au *Lyon médical.* Endémique jusqu'ici, la variole a pris en 1899, et particulièrement en décembre, une grande extension à Marseille. Sur 461 décès attribués à cette maladie en 1899, 245 se sont produits en décembre de la même année. Elle frappe les étrangers dans la proportion de 4 pour 1. Sur 100 malades entrés à l'hôpital, 18 seulement n'avaient jamais été vaccinés. La mortalité, de 83 p. 100 pour les non-vaccinés, a été de 13 p. 100 pour les malades vaccinés depuis un temps plus ou moins long.

La peste. — Il n'y a eu la semaine passée aucun cas de peste à Oporto. Depuis le commencement de l'épidémie jusqu'à aujourd'hui 288 cas et 109 décès ont été enrégistrés.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de MM. les docteurs Gabriel Tourdes, doyen honoraire de la Faculté de Nancy. Né à Strasbourg en 1810, M. Tourdes entra dans la médecine militaire en 1829; il fit toutes ses études dans cette ville, où il devint plus tard professeur de médecine légale. Après l'annexion, il vint à Nancy où il succéda au doyen de la Faculté de médecine, M. Stolz. M. Tourdes était associé national de l'Académie de médecine; — Ch. Delstanche, l'un des médecins de Bruxelles les plus appréciés et le chef de l'École otologique belge; M. Paul Ferrad, externe des hôpitaux de Lyon; Solari (de Marseille); Louis Arren et Deschamps, médecins sanitaires maritimes; Mourin, recteur honoraire de l'Académie de Nancy, officier de la Légion d'honneur et de l'Instruction publique, décédé à Nancy à l'âge de soixante-dix-sept ans.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS, — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — L'envahissement du système lymphatique dans le cancer de l'estomac, par M. le docteur B. Cunéo. — Leçons de bactériologie pratique (XII). Bacille tétanique, par M. le docteur Lesné. — Séance de l'Académie de médecine. — Médecine pratique. Pansements à la gélatine. — Revue bibliographique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

L'ENVAHISSEMENT DU SYSTÈME LYMPHATIQUE DANS LE CANCER DE L'ESTOMAC

Par M. B. Cunéo (1).

Cette question n'a présenté longtemps qu'un intérêt théorique; mais, depuis que le cancer de l'estomac est entré dans le domaine chirurgical, elle a acquis, au point de vue de l'intervention opératoire, une importance capitale, importance nettement mise en relief dans la très remarquable thèse de M. Cunéo.

I. L'anatomie normale des lymphatiques de l'estomac mérite d'être brièvement rappelée. Ceux-ci forment deux systèmes relativement indépendants, qui ne communiquent qu'au voisinage de leurs aboutissants ganglionnaires : le système des lymphatiques muqueux, et le système des lymphatiques musculo-séreux.

L'origine des *lymphatiques de la muqueuse* gastrique a soulevé de nombreuses discussions. Pour les uns, ils naîtraient d'un système lacunaire situé dans la trame conjonctive de la muqueuse (Lovén); pour les autres, le réseau lymphatique de l'estomac est absolument clos : il n'existerait ni espaces, ni cavités lymphatiques, mais seulement des capillaires lymphatiques partout revêtus d'un endothélium continu; c'est à cette opinion, soutenue par M. Renaut, que se rattache M. Cunéo.

Ces théories comportent des déductions pathologiques immédiates : « Il importe, en effet, de savoir si la cellule néoplasique, rompant la membrane propre des glandes, va tomber dans un système communiquant largement avec le réseau lymphatique, ou si, au contraire, il lui faudra procéder à une véritable effraction pour pénétrer dans ce réseau; la théorie de Lovén implique un envahissement précoce, et même une infection d'emblée des vaisseaux lymphatiques; la description de Renaut permet de croire à une pénétration plus tardive et plus contingente des éléments néoplasiques dans les voies de la lymphe. »

Quoi qu'il en soit, aux ampoules initiales situées près du sommet des espaces interglandulaires font suite des canaux rectilignes, qui descendent verticalement vers la profondeur, formant ainsi deux réseaux : un *péri* et un *sous-glandulaire*.

De ce dernier partent des canaux très courts, qui perforent perpendiculairement la muscularis mucosæ pour aller se jeter dans le *réseau sous-muqueux*, constitué par des capillaires extrêmement larges, que M. Renaut compare à de véritables gouffres lymphatiques. Les troncs afférents de ce réseau traversent le muscle gastrique et vont enfin se jeter dans les collecteurs sous-séreux qui résument la circulation des lymphatiques musculaires.

Dans la couche profonde de la muqueuse existent encore des *amas lymphoïdes*, affectant deux types principaux : le type encapsulé et le type diffus. Les amas encapsulés, ordinairement désignés sous le nom de *follicules*, sont surtout remarquables par leur extrême résistance à l'envahissement néoplasique; quant aux amas diffus ou *points lymphatiques*, ils entourent ordinairement les culs-de-sac sécréteurs des glandes gastriques.

Les *lymphatiques de la musculeuse* forment un vaste réseau étalé dans les espaces interfasciculaires; ils aboutissent, en dernière analyse, à un *plexus sous-péritonéal*, très serré au niveau de la partie moyenne de l'estomac, très lâche au contraire au niveau du pylore et dans le voisinage des courbures.

Les troncs collecteurs de ces réseaux peuvent être répartis en trois groupes; les collecteurs du premier groupe, les plus importants comme les plus volumineux, convergent vers les ganglions de la petite courbure, en suivant un trajet parallèle à la direction des vaisseaux coronaires. Ceux du deuxième groupe accompagnent d'ordinaire les branches gastriques des vaisseaux gastro-épiploïques et vont aboutir aux ganglions de la grande courbure. Le troisième groupe, enfin, comprend trois à six troncs émanant du fond de l'estomac; ces troncs cheminent dans l'épaisseur de l'épiploon gastro-splénique, pénètrent ensuite dans l'épiploon pancréatico-splénique et se jettent dans les ganglions placés dans ce ligament, près du hile de la rate.

A ces trois groupes de collecteurs correspondent trois *territoires lymphatiques* suffisamment distincts : le premier est le territoire des collecteurs de la petite courbure; il est séparé des autres par une ligne qui commence un peu à gauche du cardia et court sur la face externe de l'estomac, parallèlement à la grande courbure. Quant à la limite des territoires des collecteurs des deuxième et troisième groupes, elle répond ordinairement à la jonction des parties horizontale et verticale de la grande courbure. Le plus étendu

(1) Th. de Paris, 1900.

et le plus important de ces territoires est incontestablement le premier, dont l'ensemble des collecteurs représentent la voie lymphatique principale; les collecteurs des deux autres ne représentant guère que des voies accessoires.

Cette notion de territoires lymphatiques présente une extrême importance pratique, les processus néoplasiques « exagérant en quelque sorte l'autonomie de ces territoires, et accusant la prédominance normale de chacun d'eux ». Le cancer du corps de l'estomac et celui de la zone pylorique détermineront donc d'abord et surtout des lésions lymphatiques de la petite courbure.

Les *ganglions* auxquels viennent aboutir les différents troncs collecteurs sont, pour la plupart, échelonnés le long des artères de l'estomac; on peut les considérer comme émanant d'un groupe central situé au niveau même du trépied cœliaque. De ce groupe partent trois chaînes principales : l'une suit les veines coronaires, c'est la *chaîne coronaire stomachique*, divisible elle-même en deux groupes : le groupe de la faux de l'artère coronaire, et le groupe de la petite courbure. Les ganglions qui constituent ce dernier groupe, placés entre les deux feuillets du petit épiploon, sont toujours en contact immédiat avec la petite courbure; aussi « la sclérose qui accompagne souvent l'envahissement néoplasique de cette région, tend à les englober et à les incorporer en quelque sorte à l'organe dégénéré ». La *chaîne hépatique* émet une chaîne secondaire, gastro-épiploïque, qui reçoit tous les collecteurs de la grande courbure et quelques petits troncs issus de la partie supérieure du pylore. Cette chaîne comprend elle-même deux groupes distincts : le groupe sous-pylorique et le groupe rétro-pylorique. La *chaîne splénique*, enfin, se compose d'un nombre variable de ganglions, dont les plus externes reçoivent les collecteurs émanés de la grosse tubérosité.

Le système lymphatique de l'estomac est loin d'être indépendant; il communique avec celui de l'œsophage par ses deux réseaux : sous-muqueux et sous-séreux; avec celui du duodénum par le seul réseau sous-muqueux. Les ganglions établissent enfin une communication facile entre les lymphatiques de l'estomac et ceux du foie et de la rate. Ainsi s'explique l'infection fréquente des ganglions du hile hépatique au cours du carcinome gastrique.

II. Ces données anatomiques permettent de concevoir le *rôle de l'infection lymphatique dans l'extension locale du cancer*. Cette extension peut se faire de deux façons distinctes : par transformation néoplasique graduelle de la muqueuse adjacente au cancer, et surtout par propagation due à l'infiltration des différentes tuniques.

L'envahissement de la muqueuse relève le plus souvent de l'action simultanée de ces deux facteurs : il se caractérise par une surélévation légère et par une coloration spéciale de la muqueuse malade.

L'infiltration de la sous-muqueuse, que précède immédiatement la destruction de la « muscularis mucosæ », est *large* et *précoce*, « les éléments cancéreux trouvant dans cette tunique les conditions anatomiques les plus favorables à leur progression. » *Aussi la sous-muqueuse est-elle constamment envahie sur une étendue plus considérable que la muqueuse*. Cet envahissement se traduit d'ordinaire par une augmentation de consistance de la surface interne de l'estomac, par l'adhérence de la muqueuse aux plans sous-jacents, par l'aspect blanc squirrheux qu'offre à la coupe la zone envahie. Mais il importe de savoir que, dans certains cas, toute modification macroscopique peut manquer.

La tunique musculaire oppose à l'infiltration épithéliale une notable résistance : sa destruction est lente, et suivie, à brève échéance, de l'envahissement de la tunique péritonéale. Les lésions macroscopiques que présente alors la séreuse facilitent souvent le diagnostic de cancer au cours d'une laparotomie exploratrice; malgré l'apparence cicatricielle qu'elles affectent parfois, elles sont toujours dues à une infiltration néoplasique.

La progression des cancers du pylore vers la petite courbure s'observe avec une remarquable fréquence. L'envahissement de cette région se juge par l'existence d'une plaque blanc nacré sur laquelle apparaissent souvent des saillies dures, arrondies. De cette plaque descendent des traînées scléreuses déprimant les deux faces de l'estomac, et aussi des cordons arrondis, bouclés, qui ne sont autres que des lymphatiques ayant subi l'injection épithéliale. Dans ces cas, l'examen histologique révèle des lésions avancées, atteignant non seulement les différentes tuniques de l'estomac, mais encore le petit épiploon. L'arrêt du cancer au niveau du duodénum achève enfin de caractériser, au point de vue anatomo-pathologique, le carcinome du pylore.

La façon dont se comportent les vaisseaux blancs, pendant les phases initiales du cancer, est encore loin d'être élucidée. Les recherches de MM. Regaud et Barjon, confirmées par celles de M. Cunéo, concluent à l'absence de lymphatiques intacts dans l'épaisseur du carcinome gastrique. « La question des modifications subies par les réseaux originels reste donc entièrement à résoudre, que ceux-ci aient disparu par régression simple, ou soient devenus méconnaissables par suite des altérations de leur endothélium. » Quant aux troncs lymphatiques situés au niveau de la zone d'extension du néoplasme, ils sont presque toujours en voie d'envahissement : il faudrait donc admettre une infection lymphatique précoce marchant de pair avec la progression conjonctive de l'épithéliome.

L'envahissement lymphatique explique encore la progression de certains cancers vers la petite courbure et l'atteinte fréquente du petit épiploon. Quant à l'intégrité habituelle du duodénum, elle semble tenir moins à la disposition des lymphatiques qu'aux modifications spéciales que présente la muqueuse au niveau de l'orifice pylorique. *Ainsi donc l'envahissement des lymphatiques joue un rôle considérable dans l'extension locale du cancer de l'estomac : il prend une part capitale à l'atteinte progressive des différentes tuniques : il permet enfin de comprendre la propagation constante de l'épithélioma vers la petite courbure.*

III. *L'envahissement ganglionnaire* du cancer gastrique se fait par étapes successives. Les cellules néoplasiques qui ont pénétré dans les voies lymphatiques arrivent dans le sinus sous-capillaire du ganglion et paraissent s'y fixer. Leur arrêt n'est malheureusement pas indéfini : elles prolifèrent dans le ganglion et cet organe protecteur devient fatalement un nouveau foyer d'infection d'où vont repartir les cellules cancéreuses un instant arrêtées dans leur dissémination. *Le rôle du premier arrêt ganglionnaire n'en reste pas moins capital : tant que ce relai n'est pas franchi, l'intervention chirurgicale est possible : cet obstacle forcé, la dissémination des éléments épithéliaux rend impossible toute opération radicale.* Aussi peut-on opposer aux adénopathies *immédiates*, les adénopathies *à distance*, que caractérise l'envahissement

cancéreux des ganglions consécutifs à la dégénérescence du premier relai ganglionnaire.

Tous les degrés peuvent être observés dans l'altération épithéliale des ganglions parastomacaux. C'est toujours dans le sinus sous-capsulaire qu'apparaissent les premiers éléments néoplasiques : mais ultérieurement ils traversent la substance corticale et viennent envahir le système caverneux de la substance médullaire. Ces altérations sont surtout accusées au niveau des ganglions de la petite courbure. Il faudra donc, dans tous les cas, examiner d'abord les ganglions de cette région et choisir dans chaque groupe ceux que leur situation topographique ou leurs modifications macroscopiques semblent désigner pour devoir être plus particulièrement atteints.

L'intérêt des adénopathies à distance est surtout d'ordre diagnostique, et, au point de vue opératoire, elles n'importent que comme contre-indications. Il est donc inutile de les décrire longuement.

IV. Ces données anatomo-pathologiques comportent des indications opératoires de haute importance :

1° L'existence fréquente — on pourrait dire constante — des altérations de la sous-muqueuse à 2 centimètres en dehors de la limite apparente du néoplasme, explique la nécessité de faire passer la surface de section à plusieurs centimètres — 3 au moins — de cette limite apparente.

2° La progression du néoplasme le long des voies lymphatiques de la petite courbure impose une résection étendue de cette région de l'estomac.

3° L'intégrité habituelle du duodénum permet de ne comprendre dans la résection que 1 centimètre et demi ou 2 centimètres de cet intestin.

4° Les ganglions de la chaîne coronaire et de la chaîne gastro-épiploïque droite doivent être complètement extirpés, et, autant que possible, en même temps que la tumeur.

5° La pylorectomie sans curage des ganglions dans les cas d'adénopathie à distance sera la meilleure des opérations palliatives, à condition d'être facile et rapide. L. B.

LEÇONS DE BACTERIOLOGIE PRATIQUE (1)

Par le docteur Lesné,
Interne médaille d'or des hôpitaux de Paris.

XII

Bacille tétanique. — Nicolaïer, en cherchant d'autres germes dans la terre, y découvrit le bacille du tétanos (1884); Rosenbach le constata au niveau de la plaie d'un homme tétanique (1887) ; Kitasato l'isola et établit sa spécificité (1889).

Morphologie. — Absolument polymorphe ; dans le pus de la plaie tétanique on peut trouver des bacilles fins, droits, minces, semblables à des cheveux, des bacilles plus longs, filamenteux, tous animés de mouvements lents et flexueux, et enfin des bacilles droits immobiles dont une des extrémités se renfle par apparition d'une spore (épingle). Dans les cultures, les formes sont encore plus variées; on peut voir les spores réfringentes détachées du bacille plus ou moins recourbé.

Les dimensions moyennes sont de 1 μ de largeur et de 3 à 4 μ de longueur.

Reste ou non coloré au Gram suivant le temps de coloration et de décoloration ; on met les spores en évidence par le procédé de la double coloration que nous avons indiqué.

Cultures. Anaérobie. — Les procédés de culture sont basés sur cette propriété et sur la résistance des spores à une haute température (5 minutes à 100 degrés).

On peut employer les méthodes de Kitasato, de Sanchez-Toledo et Veillon, de Roux.

Sur gélatine. — Un procédé facile consiste à remplir à moitié des tubes ordinaires de gélatine; porter à l'autoclave puis refroidir brusquement à la glace; la solidification est rapide, et seule la couche superficielle redissout un peu d'oxygène. On ensemence alors par piqûre profonde, avec un fil trempé dans une culture impure chauffée à 80 degrés; on met à l'étuve à 22 degrés ; après cinq à six jours, on voit apparaître le long du trait d'inoculation de petits points nuageux d'où partent de fines aiguilles divergentes (graine de chardon, houppe).

Plus tard, *la gélatine se liquéfie* et les flocons tombent au fond du tube.

Sur gélose, même façon de procéder; colonies moins nettes; le milieu n'est pas liquéfié mais se fendille par dégagement de gaz.

Le *sérum* est ensemencé de même manière, donne des cultures après quarante-huit heures à 37 degrés, n'est pas liquéfié.

Le *bouillon* est ensemencé suivant les procédés employés pour les anaérobies, soit avec une culture pure, soit avec un liquide impur chauffé à 80 degrés, puis mis à l'étuve à 39 degrés ; se trouble rapidement et dégage de fines bulles d'acide carbonique; la culture se ralentit vers le quinzième jour et il se fait un dépôt au fond du tube ; la culture a une odeur de corne brûlée. Ces caractères de culture distinguent le bacille de Nicolaïer des faux bacilles tétaniques.

Biologie. — Pousse entre 14 et 43 degrés; entre 38 et 39 degrés, le développement est rapide, abondant, et la toxicité précoce; quand la culture souffre, il n'y a plus que des spores.

Les spores résistent cinq minutes à 100 degrés ; exposées à la lumière, les cultures restent longtemps pathogènes si elles sont conservées à l'abri de l'air en tubes fermés à la lampe. Les spores résistent à la dessiccation, aux agents antiseptiques classiques. Le bacille conserve longtemps sa vitalité dans l'eau, les poussières, et dans le sol qui est son habitat ordinaire, et où il fut découvert; il existe particulièrement dans les parties superficielles (terre des rues, terre des jardins et des champs soumis à la fumure). Tous les herbivores, et non pas seulement le cheval, disséminent le germe tétanique dans les milieux extérieurs; du sol le bacille s'introduit avec le fourrage dans le tube digestif de l'animal et y pullule ; il revient ensuite au sol, revivifié et accru par le passage dans l'intestin. Ceci explique la nocuité des fumiers, de la terre des cours de ferme, etc.

Expérimentation. — L'inoculation des cultures, quelle que soit la voie d'introduction, détermine un tétanos semblable au tétanos spontané. Les animaux classiques de laboratoire sont très sensibles, à part le lapin; le cheval est aussi très sensible; le chien, les oiseaux sont assez résistants. *Le germe ne se généralise pas, et le tétanos est dû à la résorption des toxines sécrétées par le bacille au niveau de la plaie* (Vaillard et Vincent).

La *toxine tétanique* découverte par Knud Faber, inoculée en

(1) Voyez *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1138, 1194, 1225, 1254, 1284, 1314, 1349, 1378; 1900, p. 5, 60 et 99.

un point quelconque de l'organisme des animaux de laboratoire ou à des grands animaux, produit un tétanos typique; la toxicité peut être extrême, 1/1000 de centimètre cube peut tuer le cobaye et 1/100 000 la souris.

Roux et Borrel ont montré que l'injection intra-cérébrale d'une dose de toxine qui serait insuffisante inoculée sous la peau ou dans le sang, produit le tétanos même chez des animaux peu sensibles à ce poison; ce *tétanos cérébral* a une symptomatologie particulière. La toxine existe dans le sang de l'homme et des animaux tétaniques d'une façon générale. De la dose de poison dépendent la gravité et l'évolution de la maladie provoquée; la durée de la période d'incubation dépend surtout de la dose du poison. Les accidents débutent par la région du corps où le poison a été introduit, le poison suivant les troncs nerveux.

La toxine se détruit après exposition d'une demi-heure à 55 degrés; son poison nocif s'use par le temps, et s'atténue sous l'influence de la lumière.

Vaccination. — Roux et Vaillard arrivent à vacciner des animaux en leur injectant de la toxine mélangée à du liquide de Gram qui en atténue la nocivité; peu à peu on augmente la quantité de toxine et après quelques semaines l'animal supporte l'inoculation de grandes quantités de toxine pure. Le sérum des animaux vaccinés a *un pouvoir vaccinal*; il est de plus *anti-toxique* car il détruit la toxine *in vitro* (Behring et Kitasato).

L'immunité produite par l'injection de toxines, immunité histogène de Behring, s'acquiert lentement et dure.

L'immunité conférée par le sérum, immunité hématogène de Behring, s'acquiert rapidement et est transitoire.

L'injection de sérum faite après l'apparition des premiers symptômes donne des résultats peu brillants et qui ne permettent pas d'affirmer *son rôle curateur* (expériences de Roux et Vaillard), sauf quand l'*injection est intra-cérébrale* (Roux et Borrel).

Tétanos chez l'homme. — Se déclare le plus souvent à la suite de plaie des extrémités accompagnée de pénétration de corps étrangers (clous, crochets, échardes, débris de terre, poussière), se guérissant mal et suppurant, ce qui indique le rôle *des associations microbiennes*, nécessaires à la spore tétanique pour germer. Ce rôle a été démontré par les expériences de Vaillard avec une terre tétanigère. Quant au *tétanos dit spontané* on peut l'expliquer par la mise en liberté et la germination de spores localisées au niveau d'une cicatrice de plaie remontant à plusieurs mois, germination produite par une infection secondaire quelconque. L'expérimentation chez le cobaye rend compte de cette pathogénie.

Vu le rôle des associations microbiennes, l'antisepsie de la plaie est de toute nécessité. Quant à la séro-thérapie, même par la voie intra-cérébrale, elle ne réalise pas complètement les espérances qu'on avait pu tout d'abord concevoir; le retard dans l'intervention, l'insuffisance des doses injectées en sont peut-être la cause. En présence d'une plaie suspecte, il faut en tout cas faire de la sérothérapie préventive.

— Nous terminons par le tétanos ces leçons de bactériologie pratique, laissant de côté avec intention certaines bactéries dont le rôle est secondaire ou dont la connaissance est moins indispensable au médecin.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(30 JANVIER 1900)

M. Laborde a terminé la série de ses communications par la présentation d'appareils fort ingénieux, destinés à assurer pendant plusieurs heures les **tractions rythmées de la langue**.

M. Raphaël Blanchard, à propos de deux notes que MM. les docteurs Clair, médecin sanitaire maritime, et Joly, médecin de la mission hydrographique de Madagascar, ont envoyées récemment à l'Académie, signale l'introduction récente de la chique ou puce pénétrante (*sarcopsylla penetrans*) dans la région nord-ouest de Madagascar, à Nossi-Bé et dans les îles voisines. Elle y a été introduite par les tirailleurs sénégalais et haoussas. Grâce au caractère sablonneux du sol, elle se multiplie et se propage avec une extrême rapidité. Les indigènes et les Européens qui habitent ces contrées, ignorant encore les mœurs de ce parasite et le moyen de l'éloigner, se laissent attaquer par lui et présentent des accidents souvent très graves.

On sait que la femelle, après fécondation, pénètre dans la peau et se développe sous forme d'une tumeur globuleuse ou ovalaire qui peut atteindre la grosseur d'un grain de groseille. Il en résulte des abcès, des gangrènes, des ulcères qui peuvent servir de porte d'entrée à divers microbes, notamment à celui du tétanos. C'est donc, pour notre grande colonie, un nouvel ennemi et non des moins désagréables.

L'introduction de la chique à Madagascar confirme des prévisions que M. Raphaël Blanchard avait formulées dès 1889.

Le parasite, originaire de l'Amérique et introduit en Afrique pour la première fois en 1872, est en train de se répandre dans toute la zone intertropicale. On a signalé aussi récemment sa présence aux Indes anglaises. Il a été, en effet, amené de l'Afrique orientale à Bombay par des coolies. On doit donc s'attendre à le voir se répandre dans tout le sud de l'Asie, et la question nous intéresse particulièrement, puisqu'il devra envahir, dans un temps probablement très court, nos colonies de Cochinchine et du Tonkin.

M. Laveran lit une note de M. Marinesco sur un cas fort curieux d'**écriture en miroir**. On comprend sous le nom d'écriture en miroir ou écriture spéculaire, l'écriture dans laquelle les caractères de la cursive sont tracés en sens inverse et lisibles à l'aide d'un miroir ou bien encore par transparence. M. Marinesco a eu l'occasion d'en examiner un exemple très remarquable à tous les points de vue : il s'agit d'un jeune homme de vingt-cinq ans d'origine sémite, ayant une hérédité nerveuse très accusée. Son père, graveur, est un ivrogne, sa mère est une hystérique et présente des troubles mentaux, une cousine du malade est atteinte de mélancolie ; ses frères et sœurs, au nombre de six, sont des nerveux. Ce malade a eu dans son enfance des frayeurs nocturnes, a été sujet à des obsessions et des phobies de toute sorte. De même pendant son enfance, il a eu des tendances à se servir de la main gauche pour manger et pour les autres nécessités. Il ajoute qu'il s'est parfois amusé de lire à l'envers. Ce qui, actuellement, nous frappe tout d'abord chez lui, c'est la mobilité d'expression de sa figure et sa gesticulation continuelle. Il a un tic à la face. Il est impressionnable et émotif. Il présente, en outre, tous les symptômes de la neurasthénie à forme anxieuse. Lorsqu'en

examinant ce malade M. Marinesco a vu que ses mains tremblaient, il a voulu se rendre compte si ce tremblement se manifesterait dans son écriture. Il l'a donc prié d'écrire et son étonnement fut grand en le voyant écrire spontanément de droite à gauche et en miroir; écriture qui s'est produite non seulement pour le roumain mais encore pour le français et l'allemand. La même écriture apparaissait soit que le malade copiât ou qu'il écrivît sous dictée. L'écriture des chiffres était également en miroir. Si on lui disait de tracer des mots sur la terre en se servant du pied gauche, les mots écrits l'étaient inversement, c'est-à-dire en miroir. Ce malade étant juif et connaissant l'hébreu, on l'a prié d'écrire quelques mots de la main gauche et de droite à gauche, c'est-à-dire dans le sens de l'écriture de cette langue, or, cette écriture n'était pas intervertie, mais si au contraire, le malade écrit de la même main, mais de gauche à droite, alors l'écriture est en miroir. Il n'y a que pour la copie d'un dessin que l'image qu'il en donne n'est pas intervertie. Il écrit ainsi d'une manière irrésistible.

L'écriture en miroir s'observe chez les malades atteints d'hémiplégie droite avec ou sans aphasie, et plus rarement encore chez des personnes saines que l'on prie d'écrire de la main gauche. Jusqu'à présent, M. Marinesco n'a rencontré personne écrivant d'une manière irrésistible en miroir comme ce malade. Aussi il pense que cette écriture en miroir est la conséquence d'une perturbation de la vision mentale associée à une déviation constante dans la direction des mouvements nécessaires à l'écriture.

M. Mendel lit ensuite une intéressante communication sur **l'administration de l'oxygène par injection trachéale d'eau oxygénée.**

L'Académie a élu trois membres correspondants étrangers, MM. Kaposi (de Vienne); Erb (de Heidelberg) et Hansen (de Bergen).

MÉDECINE PRATIQUE

Pansements à la gélatine.

M. Alfred Eddowes accorde une grande valeur aux pansements à la gélatine dont s'est servi Unna, dans certains cas d'eczéma, de teigne, d'impetigo, de favus, de zona, etc. La formule à employer est la suivante :

Oxyde de zinc	1 partie.
Gélatine	2 —
Glycérine	3 —
Eau	4 —

On fait tremper pendant quelques heures la gélatine dans l'eau, puis on chauffe légèrement le liquide au moment d'ajouter les autres substances. La mixture conserve pendant plusieurs jours une consistance convenable, passé ce temps il est nécessaire d'y ajouter de l'eau. Il en est de même si elle a été chauffée plusieurs fois.

Pour faire usage de ce pansement il faut, préalablement, laver la surface malade à l'alcool et la saupoudrer avec : amidon, 4 parties; calomel, une partie. Il suffit alors de l'enduire avec la mixture gélatineuse et de la couvrir d'un pansement ouaté ordinaire. Dans les premiers temps, le pansement est changé toutes les semaines, ensuite tous les mois, et même tous les trois mois quand le traitement est assez avancé. Cette méthode a un autre avantage : elle constitue un excellent moyen de contension pour les veines variqueuses et peut tenir lieu de bas ou de pansements élastiques. (*Medical Times and Hosp. gaz.*, p. 607, 1899.) A. H.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de pharmacodynamie et de matière médicale (1), par M. G. Pouchet.

Au milieu des travaux de plus en plus nombreux qui s'accumulent tous les jours sur un grand nombre de points de la thérapeutique, il devient parfois extrêmement difficile de se reconnaître, et quand il s'agit d'apprécier à leur juste valeur les nouveaux médicaments, les nouvelles méthodes de traitement, le praticien est souvent fort embarrassé.

C'est la mise au point exacte des connaissances actuelles que M. le professeur Pouchet a entreprise en publiant cette première série de leçons. Mais remarquons tout de suite qu'il ne s'en est pas tenu à un simple enseignement de la pharmacie chimique et de la matière médicale, et qu'il a donné dans son enseignement une large part à l'action physiologique des médicaments.

Aussi ses *Leçons de pharmacodynamie*, au lieu de former un traité théorique, souvent aride, deviennent-elles au contraire un ouvrage absolument pratique quoique très documenté.

Un simple coup d'œil sur le plan de l'ouvrage montre le grand intérêt qui s'y attache.

Après une introduction sur l'*Enseignement et l'histoire de la pharmacologie*, M. Pouchet aborde l'histoire des *anesthésiques*. Il montre quelle est l'action physiologique des anesthésiques en général, puis étudie successivement le chloroforme, l'éther, le protoxyde d'azote.

Les contre-indications, les accidents qui surviennent au cours de ces anesthésies sont exposés en détail.

Signalons en outre une très intéressante leçon sur les anesthésies mixtes ou combinées.

Une question du plus haut intérêt pratique est ensuite étudiée très en détail. C'est celle de l'*analgésie localisée*. M. Pouchet, faisant un long exposé de la méthode d'analgésie de M. Reclus par la cocaïne, fait une revue critique de tous les procédés auxquels cette méthode a donné naissance, et il s'arrête longuement à l'anesthésie régionale par le procédé de Corning et Oberst et à l'anesthésie par infiltration suivant le procédé de Schleich.

Après avoir étudié dans les vingt-quatre premières leçons l'anesthésie et les analgésiques, M. Pouchet commence, dans les quatre dernières, l'étude des *hypnotiques*. Cette œuvre une fois menée à bien sera donc considérable. Ceux qui ont eu la bonne fortune de lire la première série des leçons ne s'en plaindront pas, et c'est avec impatience qu'ils attendront la suite des *Leçons de pharmacodynamie*. H. R.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'Internat.— *Épreuves orales.* — Séance du 29 janvier. — Question donnée : « Cordon spermatique. — Tuberculose du testicule. (Anatomie pathologique, signes et diagnostic.) »

MM. Froin, 24 + 17 = 41; Weill, 22 + 16 = 38; Nau, 21 + 15 = 36; Wagon, 20 + 13 = 33; Méheut, 18 + 13 = 31; Mercadé, 19 + 11 = 30; Touchard, 18 + 12 = 30; Trémolières, 17 + 11 = 28; Mauban, 15 + 12 = 27; Juquelier, 14 + 10 = 24.

30 janvier. — Question donnée : « Nerf radial. — Signes et diagnostic des luxations scapulo-humérales en avant et en dedans. »

MM. Cottu, 24 + 16 = 40; Garrigues, 21 + 14 = 35; Devaux, 18 + 13 = 31; Matsoukis, 16 + 11 = 27; Guillon, 15 + 11 = 26; Da Silva, 15 + 10 = 25.

Guerre. — Par décision ministérielle du 27 janvier 1900, un témoignage de satisfaction a été accordé à chacun des médecins

(1) In-8°, 44 fig. Prix : 14 francs. — Paris, O. Doin.

ci-après dénommés qui ont donné leurs soins gratuits aux militaires de la gendarmerie et à leurs familles :

MM. les docteurs Gallice, à Langeac ; — Legrand, à Marcigny ; — Barrier, à Lavoulte ; — Bellanoy, à Châteauneuf ; — Martin, à Conches ; — Maurin, à Crest ; — Levesque, à Domfront ; — Moris, à Pouzanges ; — Peyromore-Debord, à Orsay ; — Millet-Lacombe, à Miallet ; — Fort, à Carbonne ; — Bonnet, à Lignières ; — Gaubert, à Durban ; — Lecomte, à Menil-Hubert ; — Grellet, à El-Biar ; — Pellat, à Pantin ; — Grabinski, à Neuville-sur-Saône ; — Bouret, à Ribécourt ; — Beaujolin, à Saint-Symphorien-sur-Coise ; — Gronnier, à Delle ; — Leboucher, à Condé-sur-Noireau ; — Germain, à Mesle-sur-Sarthe ; — Sagot, à Lannilis ; — Mascarel, à Brûlan ; — Piot, à Aiguebelle ; — Rosset, à Albens ; — Maisonnave, à Rion ; — Wollenwerber, à Vire ; — Delfan, à Villeneuve ; — Chalmet, à Landerneau ; — Hébert, à Anvermeu ; — Chapuis, à Boufarik ; — Chassagne, à Bélâbre ; — Loisel, à Sotteville-lès-Rouen ; — Raguet, à Paimbœuf ; — Herbline, à Stigny ; — Ménard, à Bacqueville ; — Gaimard, à Aubagne ; — Durand, à Pont-de-Salars ; — Hurpy, à Dieppe ; — Farny, à Rebais ; — Thobois, à Saint-Ouen ; — Ducosté, à Brionne ; — Corté, à la Charité ; — Raoult, à Rostrenen ; — Metoz, à l'Isle-sur-le-Doubs ; — Fabre, à Astaffort ; — Logeais, à Palluau ; — Rébulet, à Bourgtheroulde.

Hôpital militaire de Vincennes. — L'hôpital militaire de Vincennes est situé sur le territoire de Saint-Mandé, et c'est au cimetière de Saint-Mandé que sont inhumés les militaires décédés dans cet hôpital ; c'est aussi à la mairie de cette dernière commune que sont établis les actes de décès.

Beaucoup de personnes, ignorant cette particularité, s'adressent d'abord à la mairie de Vincennes : d'où résultent des retards et parfois des erreurs préjudiciables.

Aussi le maire de Saint-Mandé vient-il de demander au ministre de la guerre que le nom de Saint-Mandé soit substitué à celui de Vincennes sur la désignation officielle de l'hôpital militaire dont il s'agit.

Marine. — M. Douarre, médecin de deuxième classe, est désigné pour remplacer, sur le *Bouvines*, M. le docteur Henry.

MM. les docteurs Lesson et Oudard sont nommés à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine.

MM. Dumas, médecin de première classe du cadre de Rochefort, désigné pour embarquer sur le *Descartes*, et Bourdon, médecin de première classe du cadre du service général à Toulon, sont autorisés à permuter.

M. Martenot, médecin de première classe du cadre de Brest, est désigné pour remplacer sur la défense mobile de Brest M. le docteur Mergrohen.

M. Pichez, médecin de deuxième classe du cadre de Cherbourg, est désigné pour remplacer au 1er régiment d'infanterie de marine au même port M. le docteur Sarrat.

M. Castex, médecin de deuxième classe du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer sur le *Marceau* M. le docteur Hernandez.

Au laboratoire municipal. — Un concours pour l'admission à l'emploi de stagiaire au laboratoire de chimie, aura lieu le 26 mars, à la Préfecture de police.

Le registre d'inscription sera clos définitivement le 20 février.

L'hôpital de l'Institut Pasteur. — Grâce à la générosité d'un anonyme, l'Institut Pasteur possède aujourd'hui un hôpital annexe en façade sur la rue de Vaugirard, à côté de l'Institut de chimie biologique qui sera inauguré dans quelques semaines.

L'hôpital Pasteur ouvrira ses portes en avril prochain. Il se compose de deux pavillons destinés à recevoir 100 à 120 malades. Les chambres sont de deux sortes, les unes à un lit, les autres à douze lits, et sont aménagées avec un confortable et une simplicité admirables.

L'hôpital, placé sous la direction de M. Roux, aura pour médecin chef notre excellent confrère M. Martin, qui sera aidé dans sa tâche par deux internes logés.

Les plans de cet hôpital modèle sont dus à la collaboration de M. Roux, de M. Martin et de son frère M. Florentin Martin, architecte, qui en a surveillé l'exécution.

La commission d'études pour combattre la tuberculose s'est divisée en deux sous-commissions, qui se sont constituées hier, en nommant leur bureau :

Première sous-commission (prophylaxie) : président, MM. Brouardel ; vice-présidents, Lucipia, président du Conseil municipal de Paris ; Roux, de l'Institut Pasteur.

Deuxième sous-commission (thérapeutique) : président, MM. Brouardel ; vice-présidents, Proust, Lannelongue.

L'état sanitaire à l'École de Saint-Cyr. — Le bruit a couru que l'état sanitaire de l'École de Saint-Cyr était devenu très mauvais depuis quelques jours, à la suite de la contamination d'une des sources qui alimentent cet établissement.

La vérité est qu'un aqueduc a, en effet, été contaminé, sans qu'on ait pu encore déterminer la cause de cet accident. Dès que cette circonstance a été signalée, la source desservie par cet aqueduc a été isolée et la distribution d'eau de cette provenance a été arrêtée.

Dix-huit élèves, sur un effectif de 1 070 présents, ont souffert deux jours après d'embarras gastriques dont la cause est peut-être l'absorption pendant un jour de l'eau contaminée. Ces élèves sont en voie de rétablissement. L'alimentation d'eau potable de bonne qualité est d'ailleurs assurée d'une manière complète.

L'incident ci-dessus n'aura aucune suite fâcheuse pour la santé du personnel de l'école. (*Havas.*)

Influenza. — L'Influenza continue ses ravages dans l'ouest de la France.

De l'étranger les nouvelles sont toujours les mêmes : à Rome, le nombre des malades dépasse 10000 ; à Barcelone, le 25 janvier, la grippe a causé 124 décès ; à Amsterdam, l'état sanitaire est toujours extrêmement mauvais.

L'épidémie est toujours aussi intense en Angleterre.

La croissante anarchie postale. — Sous ce titre, M. Paul Leroy-Beaulieu, membre de l'Institut, déplore dans l'*Économiste français* la façon honteuse dont le service postal est actuellement assuré en France : « Quand on met une lettre à un bureau postal, il est impossible de savoir quand elle sera distribuée, les retards sont de vingt-quatre, parfois quarante-huit heures... Quant aux journaux, le retard est bien plus grand encore ; ils arrivent presque tous, ceux surtout à destination du Midi de la France, un jour plus tard qu'ils n'arrivaient il y a dix ans.

Telle feuille hebdomadaire qui devrait être distribuée le samedi pour qu'on pût la lire, la commenter et y réfléchir dans la journée du dimanche, n'est remise à domicile que le lundi matin, parfois le lundi soir, et ainsi perd une grande partie de son utilité. Les particuliers ont beau s'ingénier dans leurs combinaisons pour porter à la connaissance de leurs correspondants en temps opportun les communications qui les intéressent, l'épouvantable anarchie postale dont nous souffrons déjoue les calculs les plus ingénieux et les plus justes. On va au petit bonheur. »

Les causes de cette désorganisation sont multiples. La poste, surchargée de services variés : caisse d'épargne, recouvrements, etc..., est détournée de son vrai but qui est le transport *rapide* des correspondances ; le personnel est le plus souvent insuffisant, et toujours surmené. M. Leroy-Beaulieu croit que le vrai remède serait de mettre à la tête de l'administration un homme de carrière au lieu d'un parlementaire.

En attendant une réforme bien longue à venir, nous en sommes réduits à adresser quotidiennement des réclamations qui n'aboutissent jamais, et à nous écrier avec M. Leroy-Beaulieu : « Oh ! l'odieuse, la scandaleuse, la préjudiciable et irresponsable administration postale ! »

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 14. — SAMEDI 3 FÉVRIER 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 3 FÉVRIER 1900. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Séance annuelle de la Société de chirurgie. Maisonneuve (1809-1897), par M. Reclus, secrétaire général; — Prix décernés en 1899 et prix à décerner en 1900 et 1901. — De l'emploi comme greffe du feuillet interne de la membrane coquillière de l'œuf de poule, par M. le docteur Ch. Amat, médecin-major de première classe. — Médecine pratique. Conjonctivites aiguës des enfants. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(31 janvier 1900)

La séance annuelle de la Société de chirurgie a été un vrai régal littéraire. M. Reclus y a prononcé l'éloge de Maisonneuve, non pas en panégyriste enthousiaste ni en louangeur banal, mais en sincère et véridique historien du chirurgien génial que fut Maisonneuve. Nous sommes heureux de pouvoir donner à nos lecteurs cet éloquent discours qui a obtenu un grand et légitime succès.

Au début de la séance, dans un résumé très serré et très clair, M. Routier a rappelé les nombreux travaux de la Société au cours de l'année qui vient de s'écouler.

MAISONNEUVE (1809-1897).

Éloge prononcé par M. Paul Reclus, secrétaire général.

Messieurs,

Maisonneuve avait depuis si longtemps quitté Paris que, quand la nouvelle de sa mort nous arriva de province, un de nos livres classiques l'avait enseveli déjà dans le panthéon des chirurgiens illustres. L'évocation de sa mémoire ne réveillera donc ni haines ni passions. Un long apaisement s'est fait qui nous rend mûrs pour la justice et c'est en toute sérénité qu'on peut juger son œuvre entrée dans l'équitable histoire.

Jacques-Gilles Maisonneuve naquit à Nantes, le 10 novembre 1809, dans cette vieille bourgeoisie dont les papiers deviennent si complaisamment les parchemins d'une noblesse « authentique ». La branche de notre Maisonneuve resta fidèle à sa bonne roture; elle se distingua dans le barreau, l'administration, la médecine. L'aïeul, lui aussi, Jacques-Gilles, était en 1785 sous-maire et chef des échevins; le grand-oncle, François, docteur en théologie et recteur de Saint-Étienne de Montluc, fut, en 1789, député aux États généraux; il émigra en Espagne en 1792, rentra en France en 1802 et mourut, dix ans plus tard, curé de Sainte-Croix. Le père du chirurgien, avoué d'une honnêteté scrupuleuse, était un esprit fin, délicat, un philosophe aimable qui laissait volontiers les décisions et la responsabilité à sa femme, Si milienne Leroux, dont un vieux daguerréotype nous montre la physionomie résolue; elle dirigea d'une main ferme la barque familiale et sut élever ses six enfants dans la simplicité de jadis.

Nous ne savons presque rien de l'enfance de Jacques : il était intelligent, appliqué, d'une rare décision, d'un imperturbable sang-froid. Un jour que les frères jouaient ensemble, un d'eux tombe à l'eau; les aînés courent affolés vers la maison pour chercher du secours, tandis que Jacques, bonhomme de cinq ans, lui tendait une perche et le ramenait tranquillement au bord. Plus tard, à peine adolescent, il donnait à ses parents la mesure de sa volonté en refusant, sec et net, de rentrer à la Psalette où on l'avait humilié d'un coup de férule; sa mère, qui s'y connaissait en entêtement, comprit qu'il fallait céder au têtu : on l'envoya au collège de Vannes. Il y terminait, à seize ans, d'excellentes études. Il revint alors à Nantes et entra à l'école de médecine dont les palmarès sont pleins de ses succès; la première et la deuxième année, il obtient le premier prix; la troisième, il est nommé premier expectant; la quatrième, on le voit premier externe et premier interne. Il ne lui reste plus d'adversaire : vainqueur de tous dans sa ville natale, il lui faut un champ de bataille plus glorieux, et en 1829, à vingt ans, il débarque à Paris.

Il triomphe encore : en 1830, il entre aux hôpitaux comme externe, et conquiert, en 1831, le premier prix; cette même année, le voici interne, le cinquième de cette belle promotion où Barth tient le premier rang, Grisolle le troisième et Nélaton le sixième; en 1834, il est prosecteur des hôpitaux, à vingt-cinq ans, et dès 1836, à vingt-sept ans, il concourt pour le Bureau central. Nous ne savons rien de sa vie au temps de ces fortes études : il ne reste de ses collègues d'internat que le docteur Hache, nonagénaire vert et solide, Dieu merci! mais il connut à peine Maisonneuve. On nous dit qu'il fut ardent au plaisir comme au travail : au commencement du mois, quand arrivait la pension paternelle, il s'amusait jusqu'au dernier sou, puis retournait la bourse vide, à l'hôpital, à l'amphithéâtre, à sa chambre encombrée de livres, à la table tempérante du restaurateur Rousseau « l'aquatique ».

Son ambition était sans limite et capable, disait-il, de soulever le monde; mais il remplissait strictement ses devoirs professionnels : sa conduite, pendant le grand choléra, fut vaillante : on dit même qu'il coucha dans le lit d'un cholérique pour donner du cœur aux lâches. Il racontait souvent

que, au début de l'épidémie, on lui avait promis une médaille d'or, qui devint d'argent, puis de bronze à mesure que déclinait le fléau. Ses rapports avec ses camarades étaient parfois étranges : l'un d'eux fut pris d'une fièvre typhoïde ; il le soigna jour et nuit, sans repos, mais le malheureux mourut. « Eh bien, maintenant, s'écria Maisonneuve, divertissons-nous ! » Ce stoïque se donna souvent les apparences de l'égoïsme ; toute sa vie, il fut un solitaire, étudiant sans amis et maître sans élèves ; et tel il fut dans sa jeunesse, tel dans sa vieillesse, retiré à la Roche-Hervé comme un sanglier dans ses chênaies bretonnes.

Ses deux maîtres — car, quoi qu'on en ait dit, Maisonneuve eut des maîtres — furent Dupuytren et Récamier. Dupuytren avait bien accueilli le jeune externe, dans l'attitude et dans les yeux duquel il lisait une ardente admiration : les grand arbres laissent croître à leur pied les herbes et la mousse : plus tard, la jalousie eût pu naître et la mort précoce de Dupuytren prévint peut-être l'animosité entre ces deux esprits trop personnels. Quant à l'empreinte de Récamier, elle fut profonde sur Maisonneuve : l'élève lui dut la foi, si rare à cette époque, dans l'efficacité de la thérapeutique et la puissance de la chirurgie. Classer les maladies et et déterminer leurs lésions semblait alors le dernier mot de la science. Récamier, lui, crut qu'on doit chercher à guérir. Sa vie fut une lutte jamais lasse, contre toutes les agressions du mal physique ; il ne craignit pas de s'attaquer au plus redoutable de tous, au cancer, mais il ne put que rêver à la solution de ce problème que notre génération n'ose même pas aborder.

On comprend l'influence d'un tel homme sur l'esprit à la fois ardent et pratique du jeune Breton. Récamier fut aussi grand chirurgien que médecin ; il créa la gynécologie par l'invention du spéculum, le curetage de l'utérus, l'effondrement du cul-de-sac postérieur dans les suppurations pelviennes, l'hystérectomie vaginale, qu'on nomme à bon droit l'opération de Récamier ; il découvrit le frémissement hydatique, proposa la ponction exploratrice dans les kystes, imagina leur ouverture au travers des adhérences provoquées par les caustiques ; il guérit les fissures par le massage cadencé et, bien avant Brandt, il préconisa les bains froids dans les pyrexies. Ces découvertes ne suffisant pas à son activité, il obtint la chaire du Collège de France pour y exposer sa philosophie vitaliste ; avec Lacordaire, avec Ozanam, Mme Swetchine, il suscita le grand mouvement religieux qui suivit la révolution de Juillet. Ce grand médecin reste un grand catholique et il nous donne le rare spectacle d'un cerveau puissant où la science agit sans se heurter, je ne dis pas à la morale chrétienne, mais au dogme de la Révélation.

Son œuvre fut féconde, mais souvent prématurée : dans le livre magnifique où Paul Triaire dresse sur le piédestal qu'elle mérite la noble statue de Récamier, l'auteur se plaint que les chirurgiens du temps aient « méconnu » l'hystérectomie vaginale ; elle fut en effet frappée du plus complet « discrédit » et ne nous revint d'Allemagne qu'en 1882. D'après nous, ce discrédit était juste : ces interventions, qui font notre orgueil, ne pouvaient réussir dans un milieu contaminé : à cette époque, autant d'opérés, autant de morts, et l'on raille bien à tort celui qui disait, vers 1870, qu'enlever à Paris un kyste de l'ovaire était l'acte d'un criminel. Maisonneuve, lui aussi, n'a pas toujours mesuré « le possible actuel » et plusieurs de ses opérations les plus vraiment géniales naquirent avant leur temps. Mais du moins, Maisonneuve sut mieux que Récamier quel est le grand ennemi qu'il faut combattre : tout en pratiquant des opérations hasardeuses, il proclame que la chirurgie ne peut rien si, avant tout, elle ne supprime pas les complications des plaies ; aussi raille-t-il les plus grands maîtres, Dupuytren, Roux et Lisfranc, de se laisser absorber « par le futile perfectionnement des procédés opératoires ». Qu'importe l'élégance manuelle tant que le monstre n'est pas vaincu.

En 1842, Maisonneuve avait été nommé chirurgien du Bureau central. C'était un anatomiste consommé et un opérateur hors ligne. Sa mémoire était assez rebelle : aussi avait-il dû, pour ses concours, apprendre moins dans les livres que par des dissections sans cesse reprises et dont il classait, dans son cerveau, le tableau méthodique ; il voyait, sous les téguments, l'enchevêtrement des organes, au travers desquels il plongeait son bistouri avec une rare sécurité. Comme son collègue Denonvilliers, il avait profité des cadavres que le choléra accumulait dans les amphithéâtres pour s'exercer sans fin aux ligatures et aux amputations. Son internat sous les grands chefs l'avait rompu à l'examen des malades. Aussi, lorsqu'il franchit en maître le seuil des hôpitaux, quand il fut à la tête d'un service, fort de son intelligence, de son savoir, des idées nouvelles qu'il sentait sourdre en lui, il prit le droit de parler haut ; comme les voies déjà tracées ne le tentaient pas, comme il croyait seulement à ce qu'il avait vu et à ce qu'il avait fait, comme il ne s'arrêtait guère à l'opinion des autres, fussent-ils les princes de la science ou les rois de l'école, il livra dès les premiers jours de terribles batailles où il ne daigna jamais compter les coups donnés et reçus.

Il commença la série de ses recherches originales par un mémoire sur les fractures du péroné dont il établit, par des expériences sur le cadavre, les divers mécanismes et les diverses variétés ; il traça l'histoire, encore inconnue, des luxations du sternum et, dès 1845, il imagina cette admirable opération, l'anastomose intestinale, qu'il exécuta sur des animaux vivants. L'idée était neuve d'ouvrir l'anse située au-dessus de l'obstacle dans l'anse au-dessous pour rétablir le cours des matières et supprimer l'humiliante infirmité qu'entraîne l'orifice anormal de Littre et de Callisen ; mais l'opération fut stérile, car, comme l'hystérectomie de Récamier, et plus encore que l'hystérectomie, elle était née avant son heure. — Cette anastomose, qui rend aujourd'hui de tels services, fut traitée de rêve vain par les praticiens d'alors, puisque le seul fait d'ouvrir le péritoine tuait infailliblement le malade. Aussi Maisonneuve ne tenta jamais l'opération sur l'homme : plus tard, sous le couvert de l'antisepsie, l'honneur devait en revenir à Wœlfler.

D'autres découvertes eurent un intérêt plus immédiat : Maisonneuve pratique la première blépharorraphie et cette idée de coudre les paupières pour assurer le succès de certaines autoplasties, a fait depuis un rapide chemin. Récamier avait proposé pour combattre la fissure anale « le massage cadencé », opération bizarre et de pratique étrange, mais de succès incontestable. Maisonneuve reconnut vite qu'ici la cadence n'avait rien à faire, ni le massage du sphincter, et que les bons résultats étaient dus à l'élargissement provoqué par le passage successif des doigts : de là son procédé de la dilatation forcée, adopté par tous les chirurgiens. Il montre les bénéfices qu'on retire de la ligature de la carotide externe ; il lie, le premier, l'artère vertébrale ; s'il ne sectionne qu'après Rhéa Barton le col du fémur dans l'ankylose angulaire, il substitue l'ostéoclasie à l'ostéotomie, manœuvre admirable puisqu'elle remplace par une fracture

fermée, à peu près innocente, la fracture ouverte si meurtrière en ces temps de septicémie. Une seule de ces découvertes eût consacré la célébrité d'un chirurgien, et nous mentionnons à peine ses thèses sur le périoste, sur la coxalgie, les kystes de l'ovaire, les tumeurs de la langue; ses mémoires sur le dragoneau, sur un nouveau procédé de taille rectale, sur la gangrène foudroyante; sa statistique sur près de 12000 cas de hernies.

Ces conquêtes n'étaient pas sans offenser bien des dogmes, et les dogmes ne succombent qu'après de dures batailles. Maisonneuve les livrait avec rudesse, sans mesurer la force et même la légitimité des coups qu'il portait. Il allait seul dans le combat, sans se ménager d'alliés, insouciant de savoir sur quelle tête il frappait. Malgré « ce splendide isolement », il prétendait conquérir les hauts sommets de la hiérarchie. Il se heurtait à l'impossible et la place de chirurgien des hôpitaux devait être sa suprême victoire; encore mit-il six ans à la remporter : sa première tentative est de 1836, sa nomination de 1842. En vain concourt-il pour l'agrégation en 1836 et en 1844, pour le professorat en 1845 et en 1849; c'est sans jamais réussir qu'il se présente à l'Institut, qu'il frappe à la porte de l'Académie de médecine; toujours et partout il échoue, et toute sa vie il reste simple chevalier de la Légion d'honneur. Certes, l'œuvre scientifique du candidat l'emportait sur celle de bien des concurrents, mais les académies se flattent d'être des « salons », et Maisonneuve y eût été parfois un hôte incommode.

Même s'il fut membre de la Société de chirurgie, la chance y contribua grandement. Bien que fondée par l'illustre Bérard, notre compagnie fut, à son aurore, une œuvre d'opposition dédaignée par les maîtres; peu voulurent compter parmi les fondateurs; ils furent seize dont Maisonneuve. Encore ne lui fit-on pas la vie facile; elle lui devint même insupportable lorsque la jeune école pénétra dans le cénacle avec Broca, Verneuil, Follin, Le Fort et Trélat. Maisonneuve y vit ses observations critiquées au nom de l'anatomie pathologique. « L'examen micrographique a-t-il été fait? lui criait-on. — Non! — Eh bien, votre cas ne vaut rien. » On contestait ses prétentions à la priorité et nos émules de Malgaigne avaient bientôt trouvé, dans la littérature nationale ou étrangère, des précurseurs à ses découvertes; on allait même jusqu'à douter de ses statistiques. Voilà pourquoi, peu aimé des anciens et peu estimé des nouveaux, ce chirurgien vraiment illustre ne fut pas admis à la présidence qui, chez nous, est, pour ainsi dire, automatique et se décerne d'après l'ordre de réception. Il déserta nos séances; plus tard, il refusa de payer ses cotisations, et ce membre fondateur, le seul avec René Marjolin qui survécût en 1894, ne fut pas convoqué au cinquantenaire de notre Société.

Ces hostilités n'intimidèrent pas Maisonneuve; il multiplia ses découvertes et nous arrivons à la plus merveilleuse : l'urétrotome. Un demi-siècle a passé depuis cette invention : enthousiasme et malveillance ont également disparu; c'est donc froidement, sans parti pris comme sans exagération, que nous prononcerons ici le mot de génie. Les littérateurs et les peintres le prodiguent à Ambroise Paré pour avoir étreint d'un fil, sur une plaie opératoire, des artères que, depuis quinze siècles, on liait dans les plaies accidentelles; le problème posé devant Maisonneuve était bien autrement ardu : porter le fer à l'aveugle au fond d'un canal mobile, long, irrégulier, étroit; couper les tissus malades, à foyer unique ou multiple, ne couper qu'eux seuls; ne pas blesser la trame saine, tels en étaient les termes redoutables. Tous les Œdipes de la chirurgie avaient essayé de répondre à l'énigme et la solution la moins mauvaise était peut-être l'urétrotome à lame cachée de Reybard, dont cependant on ne comptait plus les méfaits. L'urétrotome de Maisonneuve, lui, est simple, élégant, rapide, innocent, même dans des mains inhabiles; c'est la perfection, c'est l'idéal, et, pour le construire, il fallait accumuler les inventions, imaginer la bougie filiforme que l'on repousse dans la vessie, le conducteur, le pas de vis qui les unit, la lame triangulaire émoussée à son sommet et coupant à l'aller comme au retour, la sonde à demeure ouverte à ses deux bouts : tout autant d'idées lumineuses. Pour Buffon, le génie n'est qu'une longue patience; l'urétrotome exigea dix ans de recherches et, pendant cette décade, Maisonneuve « y pensa toujours ».

En 1863, lorsque l'Académie de médecine dut attribuer le prix d'Argenteuil, de la valeur de 20000 francs, « à celui qui aura trouvé le meilleur traitement du rétrécissement de l'urètre, » l'urétrotome était parfait, tel qu'il est aujourd'hui. Maisonneuve se mit sur les rangs. Nous avons déjà dit à quel degré le grand chirurgien était un collègue peu aimable, sujet à de vifs écarts de polémique : il avait répondu à un maître éminent, un praticien hors de pair qui se plaignait de la mortalité nosocomiale : « Il n'y a pas de mauvais hôpitaux, il n'y a que de mauvais chirurgiens, » et au jeune élève Guyon, qui lui demandait quel service il fallait suivre : « Paris n'a que deux chirurgiens, Chassaignac et moi; encore Chassaignac n'est-il qu'un imbécile. » Et puis les journaux vantaient trop souvent ses cures merveilleuses. Certaine résection sous-périostée courut toute la presse, et on put lire partout l'histoire de ce jeune homme qui avait trois tibias, deux à ses jambes et un dans sa poche. Dans ses cliniques, Maisonneuve s'écrie « qu'il faudrait pressurer bien des siècles pour y trouver une telle récolte de découvertes de premier ordre », et c'est la liste de ses propres inventions qu'il déroule. Certes, il n'était ni modeste, ni réservé, ni courtois; mais ces défauts n'avaient rien à faire avec le prix d'Argenteuil. L'Académie commit un déni de justice : elle ne décerna pas le prix, elle accorda 6000 francs à Bourguet (d'Aix), et, à titre de récompense, 1500 francs à Dolbeau, à Mathieu, le fabricant d'instruments, à Thompson, et enfin à Maisonneuve. Il eût été plus digne de le passer sous silence.

Dès lors, ce fut la guerre au couteau : Voillemier, son grand adversaire, qui opposait la divulsion à l'urétrotomie, prétendit que l'instrument nouveau n'avait jamais guéri le moindre rétrécissement; et même, lorsque, dans un canal quelconque, il constatait une coarctation, il n'oubliait pas de dire : « Maisonneuve a passé par là. » Celui-ci, d'ailleurs, compromettait son œuvre; il exagérait la bénignité de l'urétrotomie, dangereuse encore alors, sous le règne de l'infection purulente; à la consultation, devant les médecins de la province et de l'étranger, il ordonnait aux malades de s'opérer eux-mêmes; il passait la bougie, vissait le conducteur, plaçait la lame dans la main du patient et criait : « Poussez ferme comme la baguette dans le fusil », puis il renvoyait le malheureux, et longue fut la liste des accidents. L'un d'eux est resté célèbre : Maisonneuve avait raconté que son opéré, pour constater une fois encore les facilités si heureusement reconquises, s'était arrêté dans un édicule des Champs-Élysées; mais il fut pris de fièvre urineuse et mourut. Horteloup le sut et l'imprima tout chaud dans un opuscule qu'il terminait par cette phrase que j'atténue : « Je ne

demanderai pas à M. Maisonneuve dans quels Champs-Élysées son malade est allé... se soulager. » — Ces attaques n'ont pas nui à l'urétrotome : il est aujourd'hui dans toutes les mains, et son fabricant, M. Collin, évalue à près de cent mille ceux qui, de Paris, ont été exportés dans toutes les parties du monde.

Un autre titre, sa lutte contre l'infection purulente, assure à Maisonneuve une grande place dans la chirurgie de ce siècle. Il fut le précurseur qui reconnut le mieux la nature du mal, et tandis que les hypothèses les plus incohérentes se heurtaient dans nos classiques, il affirmait, lui, l'origine infectieuse des complications des plaies : le traumatisme ouvre une brèche à l'organisme; un poison pénètre qui s'élabore dans la lymphe et le sang morts de la blessure, et c'est de là qu'il chemine pour envahir l'économie entière. Et, sur cette étiologie, pour lui indiscutable, il édifie une thérapeutique, souvent brutale, mais dominée par la hantise de la septicémie. Le bistouri laisse les vaisseaux béants et la phlébite y entre; aussi accumule-t-il les méthodes qui divisent les vaisseaux en les oblitérant : il énuclée, il écrase, il broie, il morcelle, il déchire, il brûle les tissus vivants, il ne les coupe plus; le bistouri est remplacé par les écraseurs, les ligateurs de toutes formes et de toutes tailles, les garrots, les diaclastes, les ostéoclastes et tous les caustiques liquides et solides. Maisonneuve poussa si loin la réforme qu'il voulait amputer la cuisse par ces procédés. M. Collin nous a montré, dans un vieux fond, les engins de cet arsenal d'un autre âge. L'Assistance publique épouvantée pria Maisonneuve de les proscrire de son service où ils terrorisaient les malades.

Avec sa claire vision de la septicémie, Maisonneuve comprit, dès cette époque, le rôle du pansement pour neutraliser sur la plaie le poison venu de l'extérieur. Il usa d'abord de l'alcool, dont il aspergea les blessures; il en mettait partout et l'on raconte sa fureur lorsqu'un jour, rentrant après quelques semaines de vacances, il trouva, repeints à neuf, les murs de son service. « Idiote administration, s'écria-t-il, mes salles étaient déjà culottées d'alcool et tout est à recommencer. » Plus tard, son élève Parisel, qui fut membre de la Commune, lui révéla l'acide phénique. La doctrine était donc parfaite. Mais quels en furent les résultats? Excellents! — déclare Maisonneuve, et, il ne craint pas d'écrire que sa mortalité opératoire n'atteint pas 2 à 3 p. 100! Par quels inconscients subterfuges, par quelle subtile combinaison de chiffres arrivait-il à « solliciter » ainsi les faits et à forger des statistiques si favorables? Nous nous l'expliquons d'autant moins qu'un de nos maîtres actuels constatait, dans les registres du service de Maisonneuve à la Pitié, et pour la seule urétrotomie interne, un décès sur trois opérés.

Comment concilier la faible mortalité accusée par Maisonneuve avec sa chirurgie agressive? Par une sorte de gageure, il intervenait dans les cas les plus désespérés. Lorsque Velpeau voyait une tumeur dont les racines plongeaient en région trop dangereuse, « Maisonneuve seul, disait-il, vous l'extirpera; » et les nouveaux venus du Bureau central dirigeaient vers le service de l'Hôtel-Dieu tous les cancers jugés inopérables. Maisonneuve ne reculait pas : il désarticulait la mâchoire inférieure tout entière, les deux maxillaires supérieurs, enlevait l'ethmoïde lui-même, liait la vertébrale, atteignait avec ses flèches caustiques les néoplasmes de l'amygdale et du pharynx; il appliquait son urétrotome agrandi au rétrécissement de l'œsophage, il réséquait le poignet, le coude, le genou; en 1848, il extirpait un kyste de l'ovaire et, plus tard, des cancers utérins à la manière de Récamier; il amputait plus de membres que ses collègues; il coupait tout, et si largement, les morceaux qu'il détachait du tronc étaient tels, qu'à son nom reste attachée la plaisanterie classique : « Monsieur, demande l'interne, quelle est la partie du malade qu'il faut rapporter dans son lit? »

On le nommait communément le Paracelse de la chirurgie; je voudrais récuser pour lui cet hommage douteux. Je sais bien que l'un et l'autre eurent beaucoup d'envieux et si Paracelse fut appelé charlatan, imposteur, menteurissime, athée, suppôt du diable, ivrogne, bandit et castrat, Maisonneuve fut assez couramment traité d'assassin; l'un et l'autre, comme attaque ou comme riposte, eurent souvent recours à un vocabulaire un peu vert, encore Maisonneuve s'arrêtait-il d'ordinaire à l'épithète d'imbécile que Paracelse eût trouvée faible pour répondre à ses adversaires. Mais si, comme Paracelse, Maisonneuve eut peu d'élèves, — et nous ne lui connaissons guère que Reliquet et Saint-Germain, — du moins aucun des deux n'est mort de la main du bourreau, comme moururent les vingt et un disciples de Paracelse. Ce que ces deux hommes ont eu vraiment de commun, c'est la conscience de leur valeur, un large orgueil, leur ardeur révolutionnaire, le mépris des sentiers battus, l'horreur du joug, — et les magnifiques découvertes dont ils ont enrichi la science.

D'après le portrait qu'en ont tracé les contemporains, Maisonneuve était petit, trapu, mais bien musclé et d'une force physique telle qu'il s'amusait, dans son service, à luxer une grosse molaire d'un coup de pouce. Il conserva cette vigueur jusqu'à l'extrême vieillesse : en 1879, lors du concours qui m'ouvrit les portes du Bureau central, pendant une visite de candidat, il m'expliquait sa méthode de réduction des luxations du bras; pour les besoins de la démonstration, il me saisit la main et avant que je me fusse reconnu, ce septuagénaire m'avait déjà chargé sur son épaule. Son aspect n'avait rien de banal et sans un nez trop court à pointe retroussée, sa figure aurait eu un grand caractère : ombragé de longs cheveux, le front était haut; les yeux magnifiques, d'un bleu noir, s'allumaient d'une flamme ardente pendant la discussion; la bouche était large et bien dessinée, le menton ferme, et la physionomie respirait l'intelligence, la réflexion, la perspicacité, la volonté indomptable.

Chaque matin il entrait dans son service d'un pas militaire, son éternelle calotte de velours violet sur la tête; il fendait la foule de ses auditeurs, confrères de province, étudiants cosmopolites, médecins de tous les pays; il ne parlait guère à ses élèves, qu'il écartait pour faire place aux étrangers : il accueillait mal ses internes, il fut même parfois brutal avec eux et ne les conservait pas longtemps; aussi étaient ils de première année et les derniers de la promotion. Un de nos plus spirituels collègues, qui devint ainsi l'élève de Maisonneuve, dut le premier jour, au premier lit, rapporter l'histoire du malade. Son accent et son attitude contournée amusèrent Maisonneuve qui lui dit d'un air narquois : « Mon petit cadet de Gascogne, savez-vous ce qui distingue l'homme du singe? — Oui, répondit le cadet, très crâne, mais prêt à entendre éclater le tonnerre, oui, monsieur, c'est la politesse. » La foudre ne tomba pas, et même Jupiter sourit; il invita l'interne, qu'il accueillit bientôt comme un fils, et les traits qui révèlent l'âme intime du terrible maître, c'est de cet élève, Labadie-Lagrave, que nous les tenons : il concourait au Bureau central; le jour de la

dernière épreuve, Maisonneuve, son juge, se fracture le péroné; il s'applique sa fameuse attelle plâtrée et, malgré la douleur, il se rend à la séance pour assurer le succès de son candidat.

L'amphithéâtre était son vrai milieu; et à cette époque où les graves interventions étaient rares, on assistait à ses opérations comme au drame le plus poignant. Seul, presque sans aide, il saisit le patient qu'il endort à peine; de sa rude main il maîtrise toute révolte, et, sans s'arrêter aux cris, il pénètre dans le vif, il tenaille les os et les tranche d'un coup de cisailles longues d'une coudée; pas une manœuvre manquée, pas un mouvement inutile, pas un effort exagéré; le sang cache la plaie, le patient va défaillir et le spectateur s'émeut, mais un nouveau coup ébranle la tumeur, un dernier l'abat et Maisonneuve, dont le visage impasssible s'éclaire de la flamme des yeux, la jette à ses pieds sans que l'accident le plus imprévu, la complication la plus grave aient altéré un instant la lucidité de son regard, la sûreté de sa main, étonné son audace ou déconcerté cette présence d'esprit qui répare ce qu'elle ne peut pas prévoir. Aussi, ceux-là même qui le nommaient le grand boucher de l'Hôtel-Dieu et l'assassin du bord de l'eau, devaient proclamer son incomparable maîtrise.

Certes, ce sont là de très beaux dons, mais nous ne concéderons jamais qu'ils font, à eux seuls, le grand chirurgien. Je ne sais quels esprits étroits ont exalté dans Maisonneuve non l'inventeur génial de l'urétrotome, non le lutteur ardent qui harcela l'infection purulente, mais l'audacieux prédécesseur de ceux qu'aucune intervention n'arrête, et qui ne craignent pas que les prouesses de l'opérateur aient pour rançon la vie de l'opéré. Le roman et le théâtre nous montrent leur docteur Gaude ou leur Caresco, les châtreurs de *Fécondité*, les greffeurs de cancers de *La Nouvelle idole*, semant la mort autour d'eux pour le plus grand profit de leur fortune ou de leur gloire. Et par un odieux paradoxe, cette tuerie serait un « Mal nécessaire », un droit conquis à la faveur des lois muettes; il serait licite de se faire la main sur le vil troupeau des hommes, pour acquérir, maigre profit, en vérité! cette élégante rapidité qui fera de nous l'opérateur prestigieux.

Certains rhéteurs défendent cette doctrine avec un tranquille cynisme, et l'année dernière, une grande Revue a publié une « psychologie du chirurgien » dont voici quelques citations textuelles : le vrai chirurgien « aime à verser le sang »; « il ne saurait être sobre d'intervention »; « c'est un merveilleux outil à travailler le vif », « une sorte de bel animal carnassier ». Mais, comme « grisé par l'amour de son art, il perd fatalement un peu conscience de sa responsabilité », l'auteur nous concède que « ce fauve », en liberté parmi les humains, constitue un danger social; aussi, ne lui sera-t-il permis « de se mettre à l'ouvrage qu'après que les médecins les plus réfléchis auront décidé que l'opération est utile ». A ce misérable idéal du chirurgien, j'opposerai les plus grands de nos maîtres depuis Ambroise Paré, tous ceux dont le génie fut fait de science, de conscience et de bon sens. J'évoquerai, à notre époque, l'immortelle et paisible figure de Lister. Et quand on me parle avec admiration de ces hommes qui « aiment le sang »' je pense à Pasteur, à ses longues hésitations, à ses nuits sans sommeil, à ses angoisses lorsqu'il inocula pour la première fois un obscur berger menacé de la rage.

Maisonneuve avait été, pour ainsi dire, rejeté hors du monde officiel. Si cet ostracisme a ses ennuis, il a des avantages : d'abord l'auréole de la persécution et cet isolement qui semble grandir encore les hautes personnalités. Il devint, sans l'avoir cherché, l'idole lointaine de ceux à qui le destin n'a pas souri; il fut pour eux « l'exception triomphante » et « le cortège obscur des ratés » l'opposa avec orgueil aux maîtres de l'Ecole. Sa clientèle se recruta surtout dans l'aristocratie qu'offensaient les tendances libérales de la Faculté. Il était le chirurgien des congrégations. Saint-Germain raconte que, dans un dîner du noble faubourg, un convive hasarda quelques réserves sur le séjour de Jonas dans le ventre de la baleine. « Mais c'est là le miracle, » aurait répondu Veuillot. Maisonneuve, lui, défendit la légende biblique avec tant de verve que l'archevêque de Paris voulut voir le controversiste et, dès ce jour, le monde religieux lui fut d'autant plus ouvert que Nélaton avait été appelé auprès de Garibaldi, le triomphant ennemi du pouvoir temporel du pape. Pourtant Maisonneuve ne fut pas un vrai catholique; il n'eut pas, comme Récamier, le rare bonheur d'une vie dont les actes reflètent les croyances; épris d'autorité et partisan du trône, il admirait la discipline, la puissante organisation de l'Église, mais il ne pratiquait pas, et jamais il n'entendit la messe pendant les dix-huit ans de son séjour à la Roche-Hervé.

Maisonneuve fit son devoir pendant la guerre franco-allemande; il avait l'Hôtel-Dieu, ses ambulances des congrégations à Vaugirard, et tous les matins, malgré les obus qui labouraient la route, il allait visiter ses blessés. Il ne déserta point Paris pendant la Commune, et c'est seulement la veille de l'entrée des troupes qu'il se décida à quitter ses salles, sur la menace des fédérés. En 1872, il atteignait la limite d'âge, mais soit ignorance, soit mépris des règlements, il prétendit continuer son service; le jour où son successeur vint en prendre possession, le directeur de l'Hôtel-Dieu se tint devant la porte : « Vous voulez donc me mettre dehors par force! dit Maisonneuve. — Non, je vous rappelle simplement la loi commune. » Et l'inventeur de l'urétrotome quitta les hôpitaux à l'heure même où l'on allait en chasser l'infection purulente. Imagine-t-on ce qui fût arrivé si, au lieu d'en sortir, il y fût rentré à ce moment propice? L'homme qui avait conçu l'anastomose intestinale n'eût laissé aux étrangers l'honneur de n'importe quelle des opérations nouvelles, orgueil de la chirurgie contemporaine : il eût tout osé, tout entrepris et, sans aucun doute, tout réussi.

En 1845, Maisonneuve avait épousé Mlle Julie Cartier, fille de François Cartier, l'inventeur de l'aéromètre, et descendant, par une branche latérale, de l'illustre Breton qui découvrit le Canada. C'était, nous dit un ancien ami de la maison, une femme accomplie, qui sut exercer un véritable empire sur son mari; elle tenait avec une aimable et haute distinction son salon, où, de 1860 à 1875, se réunirent tant de savants, tant de lettrés et d'artistes. Elle mourut en 1875, emportée en vingt-quatre heures par une fièvre typhoïde. Ce fut un coup terrible pour Maisonneuve, mais il cacha sa blessure, et à un visiteur qui insistait avec émotion sur cette perte irréparable, il répondit sèchement : « Ce n'est pas de cela, j'espère, que vous êtes venu me parler. »

Quatre enfants naquirent de ce mariage, deux filles et deux garçons, dont un seul a survécu, l'ingénieur Similien Maisonneuve. Le père avait le droit d'être fier de ce fils, l'un des défenseurs de Châteaudun. De ses deux filles, une seule lui restait, Mme Terrien de la Haye, sur laquelle Maisonneuve avait concentré le meilleur de son affection; elle était poitrinaire : en octobre 1879, le père apprend que la maladie

s'aggrave ; il quitte Paris, sa clientèle, ses travaux, et court en Bretagne soigner ce dernier objet de son amour. Du premier regard il la voit perdue; elle n'avait plus que quelques mois à vivre; il l'entoure de soins paternels, d'autant plus doux à la mourante qu'ils venaient d'un homme si rude en apparence. Au terme prévu, sans souffrances, heureuse et consolée, elle s'endormit pour toujours.

Malgaigne nous raconte que le grand Astley Cooper, terrassé par la mort de sa femme, quitta Londres pour finir sa vie dans la paix; il se retira dans une de ses terres, mais la solitude et l'inaction lui pesèrent d'un poids si lourd que, dès l'année suivante, il reprit sa tâche. Je ne sais si la bataille avait été plus rude pour Maisonneuve et si le goût de la vie revenait plus amer à ses lèvres, mais bien qu'en pleine possession de ses facultés, il resta dans son château de la Roche-Hervé pendant les dix-huit ans que devait durer encore son existence. J'ai voulu voir cette demeure : j'y arrivai un dimanche, par une brumeuse matinée d'automne et, presque jour pour jour, vingt ans après que le père désolé y accourait pour revoir sa fille. Depuis Saint-Gildas-des-Bois, le brouillard couvrait la campagne; je n'entrevis confusément que pauvres masures, chênaies et châtaigneraies, l'expansion infinie des landes, des prairies, des champs coupés de haies où la bruyère et l'ajonc trahissaient la maigreur du sol; à travers une brusque déchirure des vapeurs, se dressa tout à coup devant moi la grosse tour d'un château réfléchi dans le tranquille miroir d'un étang. Et je me demandais ce qu'avait pu être, dans ce silence et cette solitude, l'existence du terrible batailleur.

Il n'y vit personne, il n'y reçut ni ami, ni châtelain des environs; il ne se révéla aux propriétaires voisins que par des contestations d'abornement et les limites de son étang ne furent pas fixées sans conflits; un riverain exerçait, sur une lande, le vieux droit féodal de couper, une fois l'an, quelques charretées de bruyère; Maisonneuve contesta ce droit; un jour, il apprit que, malgré sa défense, trois vigoureux gas avaient fauché et chargé le soutrage; il accourut, s'approcha de la charrette qu'on faisait démarrer malgré lui. « Je vous ai dit que vous ne l'emporterez pas! » s'écria-t-il, et, d'un coup de couteau, il trancha la sous-ventrière du cheval. — Ce fut l'origine d'un procès qu'il perdit.

Mais s'il fut voisin peu commode, les malades furent bien accueillis à la Roche-Hervé; il en venait de partout, de Saint-Gildas et de Missillac, du Pouliguen et de Guérande, de Nantes, de Vannes et de Lorient, à pied, à âne, à cheval, en voiture, en carriole, et même traînés dans la brouette; les malheureux attendaient dans la cour du château, et Maisonneuve pansait et opérait tout, les vieux ulcères, les vieilles caries, les cancers, les loupes, les hernies; il rompait les ankyloses, redressait les membres tordus, enlevait les cataractes. Un jour on lui amène un nouveau-né atteint d'un double bec de lièvre à fente palatine. Ses quatre-vingt-deux ans hésitent une seconde, puis sa vieille ardeur se rallume et, avec le seul aide d'une femme, il taille, il coupe, il coud, et refait le nez, les lèvres et le palais; l'enfant cria, téta et vécut; il a maintenant neuf ans, et dans les hameaux, on lui fait réciter ses prières en public, en souvenir du grand chirurgien.

Tous les jours il visitait son moulin à eau et son moulin à vent; il soignait sa vigne avec prédilection et entreprenait de grands travaux agricoles. Au milieu de son étang, sur des îles flottantes, croissaient des arbres qu'on ne savait trop comment porter en terre ferme sur des barques trop légères : lors de son arrivée, en 1879, Maisonneuve profite du froid très vif cette année-là; il coupe les bois et prend lui-même sur la glace la tête de la première charrette chargée de troncs et de fagots. Pendant dix-huit ans, quels que fussent le temps et la saison, il sortait en voiture découverte et, plusieurs fois en hiver, il fallut lui frayer un chemin dans la neige; il saluait les piétons sur les routes, mais ne leur parlait jamais. Vers la fin de sa vie, il emmenait avec lui la fille de son fils, enfant de trois ans en qui survivait pour lui la morte bien-aimée, et c'était un spectacle touchant de voir ce vieillard silencieux, tenant dans sa forte main la frêle fillette, heureuse et souriant au grand père et comme blottie sur sa large poitrine.

A quatre-vingt-huit ans ses forces diminuèrent tout à coup : son cœur faiblit, sa parole s'embarrassa et de ses facultés d'antan, il ne conserva que sa prodigieuse volonté. Il se sentit mourir et fixa à quelques heures près le terme de sa vie; une dernière fois il se pencha pour embrasser sa petite-fille, puis il parut s'endormir dans son fauteuil et ce fut son dernier sommeil. Au bruit de sa mort la foule des paysans accourut, et pendant trois jours et trois nuits ils entourèrent son lit funèbre; ils venaient, par groupes, des hameaux voisins, ils entraient dans la chambre, aspergeaient le corps avec des branches de buis bénit, et alternaient à voix lente la récitation des prières; puis un vieillard commençait l'histoire des actions étonnantes de cet homme silencieux et fort, aux ordres brefs, au geste prompt, par qui tant d'entre eux avaient été guéris.

Renan nous parle, dans ses souvenirs, de ces étranges saints du calendrier de Bretagne, sauvages et mal endurants qui chargeaient à coups de bâton les païens et les hérétiques. La piété populaire ne les chicanait pas sur leurs voies et moyens et s'ils avaient fait quelque bien, protégé le pauvre, secouru le faible, puni le méchant, on leur donnait une place d'honneur dans le paradis du bon Dieu. Peut-être qu'aujourd'hui, à cette heure, ceux qui firent la veillée du mort, ces hommes simples, ces Bretons des hameaux autour de Saint-Gildas ébauchent la légende du rude ermite de la Roche-Hervé : de ses mains brutales et bénies, il pansa les plaies et guérit les blessures; il fit marcher les boiteux, rendit la vue aux aveugles et dans une gueule d'animal sut pétrir les traits d'une figure de chrétien. — Certes Maisonneuve n'était pas un saint, mais il a fait au moins un miracle, l'urétrotome, et c'est un des plus grands chirurgiens du siècle qui finit.

PRIX DÉCERNÉS EN 1899

Le prix Marjolin-Duval a été décerné à M. le docteur Bigeard, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour sa thèse de doctorat (*Les hystérectomies totales, vaginales et abdominales, dans le cancer de l'utérus*).

Le prix Demarquay a été décerné à M. le docteur de Bovis, professeur suppléant à l'École de Reims, pour son travail sur le *Cancer du gros intestin, le rectum excepté*. Un encouragement de 200 francs est accordé à M. Lardenois, chirurgien des hôpitaux de Reims. Aucun mémoire n'a été déposé pour les prix Laborie et Gerdy.

PRIX A DÉCERNER EN 1900

Prix Marjolin-Duval (300 francs) à l'auteur (ancien interne titulaire des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la *meilleure* thèse de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1899. Le prix ne peut être partagé.

Prix Laborie (2400 francs) à l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix Ricord (300 francs) à l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société. Les manuscrits pourront être signés.

PRIX A DÉCERNER EN 1901

Prix Marjolin-Duval (300 francs). Prix Laborie (2400 fr.) Pour ces deux prix, voir les conditions ci-dessus.

Prix Demarquay (700 francs). — Le sujet proposé est : *Des pleurésies purulentes enkystées*.

Prix Gerdy (2000 francs). — Le sujet proposé est : *Anatomie pathologique du cancer de l'estomac envisagé au point de vue chirurgical.*

Les travaux des concurrents doivent être adressés au secrétaire général de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine, avant le 1er novembre 1900.

Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés. Pour les prix Laborie, Gerdy et Demarquay, ils seront anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

DE L'EMPLOI COMME GREFFE DU FEUILLET INTERNE DE LA MEMBRANE COQUILLIÈRE DE L'ŒUF DE POULE

Par le docteur Ch. Amat,
Médecin-major de première classe.

Dans la *Gazette des hôpitaux* du jeudi 25 janvier 1900, je lis l'analyse d'un mémoire paru dans le *Monatsschrift für unfallheilkunde*, n° 9, septembre 1899, intitulé : « Pellicule de l'œuf et greffes cutanées », où il est dit que « M. le docteur Max Schuller décrit une méthode originale qu'il emploie avec succès depuis quelque temps déjà pour accélérer la cicatrisation et la restitution *ad integrum* de grandes surfaces cruentées. Sa méthode est basée sur l'emploi de la membrane qui revêt la paroi interne de la coquille de l'œuf : la face de la pellicule qui baignait dans l'albumine est appliquée sur la plaie, préalablement aseptisée, et maintenue en place par un pansement ».

Je n'ai pu me procurer le travail résumé par la *Gazette des hôpitaux*, mais je tiens à déclarer sans tarder, que le procédé décrit par le chirurgien allemand *ne lui appartient en aucune façon* et la preuve en est dans l'article ci-après extrait des *Archives de médecine et de pharmacie militaires* de mars 1895 ; on y verra que la technique de la greffe et ses indications ont été exposées par moi *six ans* avant la méthode dite « originale » qu'emploie M. Max Schuller.

I

« Il est une multitude de circonstances où le chirurgien doit mettre tout en œuvre pour hâter la cicatrisation d'une plaie. Mais c'est surtout lorsqu'il s'agit de réparer les lésions superficielles occasionnées par une vaste brûlure qu'il convient d'aider la nature en vue d'abréger la durée de la suppuration et d'obvier dans la mesure du possible aux inconvénients de la rétraction.

Reverdin est incontestablement le premier, qui en 1869 ait montré la vraie voie dans laquelle il fallait s'engager pour atteindre ce but, et les heureux résultats obtenus par sa greffe épidermique justifièrent la généralisation de cette dernière jusqu'au jour où Thiersch, non content d'avoir des succès plus fréquents, obtint, par la transplantation de ses lambeaux dermo-épidermiques, des résultats plus remarquables encore.

Il n'entre pas dans le cadre de cette note de décrire ces diverses opérations connues de tous ; il me suffira de rappeler que ces greffes épidermiques ou dermo-épidermiques peuvent être autoplastiques, c'est-à-dire fournies par le malade lui-même, ou hétéroplastiques, et provenir d'un autre homme vivant ou récemment mort, d'un membre fraîchement amputé.

L'hétéroplastie-interhumaine, la meilleure assurément, a pu être, en certains cas, remplacée par l'hétéroplastie interzoo-humaine, le chien, le lapin, le cobaye, le veau, le poulet, la grenouille, l'éponge fournissant les tissus à utiliser.

Si ce chapitre de l'anaplastie légumentaire n'est pas le moins intéressant de tous, on doit toutefois reconnaître qu'il a été le moins fécond en résultats pratiques, aussi ai-je bien soin de déclarer dès l'abord que ce n'est qu'à titre purement exceptionnel qu'on devra recourir à l'hétéroplastie interzoo-humaine.

Ce sont, en effet, des circonstances particulières qui me déterminèrent à l'employer pour la première fois en avril 1886.

A cette époque, je donnais mes soins au jeune P. M..., âgé de douze ans, fils d'un capitaine de mon régiment, pour une large plaie de la région dorso-latérale du pied droit, consécutive à une brûlure par l'eau bouillante. La réparation se faisant lentement, en raison sans doute du mauvais état général du petit malade, je proposai de faire sur ce dernier quelques greffes épidermiques. Mais, soit pusillanimité, soit tout autre motif, ma proposition fut, contre toute attente, accueillie avec si peu de faveur que je ne crus pas devoir la renouveler. C'est alors que, me souvenant de la vascularisation très nette que l'on constate sur le feuillet interne de la membrane coquillière de l'œuf de poule au moment de l'éclosion du poussin, je songeai, escomptant cette latente vitalité, à tenter des greffes avec lui.

Comme depuis quelques jours la plaie, sous l'influence des pansements phéniqués, ne suppurait pas, et que les bourgeons charnus, confluents, petits et vivaces, se trouvaient dans les meilleures conditions pour la réussite de la greffe, je déposai, dès le lendemain, en huit points différents de la partie intéressée, des morceaux de cinq millimètres carrés de membrane coquillière, prise sur un œuf pondu de la veille. Chaque greffe fut séparément recouverte d'une petite lamelle de papier d'étain, tant pour la fixer que pour faire reconnaître le point où elle avait été déposée. Quelques doubles de gaze phéniqué avec imperméable, couche d'ouate et bande maintenaient le tout.

Enlevant quatre jours après le pansement, je retrouvai avec peine cinq petits fragments du tissu transplanté, sans remarquer, aux divers endroits où ils avaient été placés, rien de sensiblement apparent. Je croyais donc à un échec, lorsque le lendemain et le surlendemain, examinant à nouveau la plaie, je distinguai un, puis deux points grisâtres.

Dans l'espoir d'un succès, pour si petit qu'il fût, je pratiquai, ce même jour, dix nouvelles greffes que, malgré tout le soin apporté à la technique opératoire, je retrouvai pour la plupart recroquevillées le quatrième jour. Une seule se montra fertile.

Les deux premiers points qui avaient fixé mon attention quatre ou cinq jours auparavant, étaient bien deux îlots cicatriciels dont le rayonnement concentrique finit par se

confondre avec celui du troisième et par atteindre la pellicule cicatricielle venant des bords de la plaie. Il est à remarquer que la cicatrisation périphérique parut être notablement activée du jour même où les premiers essais de greffe furent tentés.

A quelque temps de là, en janvier 1888, j'eus recours à ce procédé de greffe dans le service des salles militaires de l'hospice de Rodez, dirigé par M. le médecin-major de première classe Defos du Rau, chez un cuisinier du 81e régiment d'infanterie qui, en voulant monter sur le fourneau pour procéder à quelque nettoyage, avait enfoncé sa jambe dans une marmite Choumara, où se préparait la soupe. Ce soldat n'ayant pas voulu entendre parler de la moindre piqûre, je fis avec le plus grand soin sur ses plaies, au dos du pied et à la partie externe de la jambe droite, application de seize fragments de membrane coquillière qui aboutirent à la formation de trois îlots cicatriciels. Je n'en obtins que deux dans une tentative faite six jours après, avec vingt greffes.

C'est la membrane coquillière de l'œuf de poule que j'ai encore employée en octobre 1893 chez un élève de l'école militaire préparatoire d'infanterie de Rambouillet, qui était rentré des vacances avec une plaie de la région postérieure de l'avant-bras consécutive à une brûlure. Un premier essai avec dix greffes donna un succès, mais un deuxième avec un égal nombre de morceaux de membrane resta absolument vain.

Si, pour donner une idée de la valeur anaplastique de la membrane coquillière interne, je totalise les succès et les insuccès obtenus, on voit que les premiers atteignent le chiffre de 9 et les seconds celui de 74, soit un huitième de résultats favorables. Mais cette petite statistique semblerait démontrer en outre qu'une première séance de greffe est toujours plus heureuse qu'une seconde; en effet, 34 premières transplantations ont donné avec 6 îlots cicatriciels un sixième de succès, alors qu'il n'a été que d'un treizième pour 3 succès avec 40 secondes transplantations.

II

Voilà les faits. Je laisse à d'autres plus compétents le soin de les interpréter, me gardant fort de prendre parti pour ceux qui n'accordent à la greffe qu'une action de voisinage sans influence sur le développement ultérieur du tissu embryonnaire; pour ceux qui veulent faire jouer à la compression, pour si modérée qu'elle soit, antérieurement exercée par les bandelettes de diachylon et aujourd'hui par mes petits carrés d'étain, une action mécanique, capable de transformer les cellules embryonnaires des bourgeons charnus en cellules épithéliales; pour ceux enfin qui, comme Letiévant, pensent que si l'épithélium s'organise plus facilement au contact des greffes, cela est dû aux soins tout particuliers dont on les entoure. Tout ce que je puis dire, c'est que mes cicatrices ont eu mes greffes pour point de départ, et que la possibilité de leur apparition en ces mêmes points sans mon intervention reste à démontrer entièrement.

Aussi ma conviction est telle, que désormais j'aurais recours à la greffe par la membrane coquillière interne de l'œuf de poule, malgré ses faibles résultats j'en conviens, toutes les fois que le procédé de Reverdin ou de Thiersch ne pourra être appliqué. Ses indications se rencontrent chez des enfants, chez des femmes, chez des hommes pusillanimes. On pourra employer de telles greffes même dans le traitement des plaies superficielles, qui, en raison de leur peu d'étendue, n'auraient pas nécessité l'intervention sanglante. Le procédé est si simple et le tissu à transplanter est relativement si facile à trouver!

L'observation ayant démontré que la vie latente de la membrane coquillière est d'autant plus accusée que l'œuf est plus frais, puisque ce sont des œufs aussi frais que possible que l'on donne à couver à une poule, je me servirai, comme je l'ai fait du reste, d'œufs pondus du jour ou de la veille. Et poussé par la même idée théorique qui m'a fait tenter le pansement, je saisirai l'occasion, si elle se présente à moi, d'utiliser la membrane interne, déjà vascularisée, d'un œuf dans sa deuxième période d'incubation.

L'emploi d'œufs fécondés me paraît *a priori* devoir être préféré, bien que j'aie négligé d'étudier ce côté de la question.

Je ne saurais terminer cette note sans indiquer la technique suivie dans les cas où j'ai fait usage comme greffe du feuillet interne de la membrane coquillière de l'œuf de poule.

Les pansements successifs ayant supprimé la suppuration de la plaie et provoqué un bourgeonnement de bon aloi, je maintiens, pendant tout le temps de la préparation de tissu à transplanter, la région à l'abri de l'air en la recouvrant de quatre à cinq doubles de gaze phéniquée.

Prenant alors un œuf aussi frais que possible (et à l'avenir je le chercherai fécondé) on le casse suivant le milieu de son grand axe. Le contenu versé dans un récipient laisse libres les deux parties de la coque. S'armant d'une pince à dents de souris, on va saisir au fond de la grosse extrémité un relief formé par la « chambre à air ». Sur les œufs du jour, la chambre à air forme une petite calotte sphérique de 1 à 2 millimètres de hauteur et de 8 millimètres environ de diamètre. Comme la chambre à air est située entre le feuillet interne et le feuillet externe de la membrane coquillière, on est bien certain que les bandelettes de tissu que l'on attire à soi en partant de ce point ne sont formées que par le feuillet interne.

Ces bandelettes, que l'on peut détacher avec des dimensions de 4 à 5 millimètres de large coupées d'égale longueur sont déposées directement avec la pointe des ciseaux auxquels elles adhèrent sur la plaie découverte. Les greffes ne se recroquevillent pas et appliquées par leur surface albumineuse adhèrent intimement.

Il n'est pas toujours aisé de n'appliquer que le feuillet interne. Quand on veut faire des greffes nombreuses et que l'on est obligé de prendre ailleurs que dans le voisinage immédiat de la chambre à air, le feuillet interne et le feuillet externe sont accolés. Je ne saurais vraiment dire si une telle façon de procéder nuit à la réussite de l'opération.

Je place mes greffes à 12 ou 15 millimètres de distance et je les recouvre avec un petit carré de papier d'étain d'un centimètre carré environ, appliquant par-dessus le tout quelques doubles de gaze phéniquée.

Et maintenant que j'ai fait connaître mon procédé de greffe hétéroplastique, que j'ai dit dans quels cas je l'ai employé, ce que j'ai obtenu et comment je le pratique, à d'autres de l'expérimenter sur une plus vaste échelle pour préciser, mieux que je n'ai pu le faire, les résultats qu'on peut en attendre. »

La note qu'on vient de lire avait été présentée à la Société de chirurgie vers la fin de 1894 par M. le professeur Delorme, qui, devant fournir un rapport à ce sujet, avait entrepris, si j'ai été bien renseigné, quelques essais de greffe dans son service du Val-de-Grâce. Par suite de circonstances indé-

pendantes de ma volonté, la publication de mon travail ayant précédé le dépôt du susdit rapport, celui-ci ne put avoir lieu conformément aux statuts de la Société.

D'autres, avant moi, ont-ils utilisé la membrane coquillière comme tissu de greffe? Je ne le crois pas. En tous cas, je l'ignorais et l'ignore encore. Au cas même fort improbable où la paternité de la greffe par la membrane coquillière ne me reviendrait pas, on m'accordera bien que la méthode dite « originale » de M. Max Schuller est sans la moindre originalité et que le chirurgien allemand réédite ce que j'ai fait et écrit.

Il m'a semblé que je ne pouvais, sans protester, laisser passer l'article de M. Max Schuller.

MÉDECINE PRATIQUE

Conjonctivites aiguës des enfants.

Outre les soins de propreté à prendre dans tous les cas (lavages fréquents, irrigations avec l'eau boriquée tiède, ou l'eau simplement bouillie), on instillera matin et soir, dans l'œil malade, une goutte du collyre suivant :

Sulfate de zinc.................. 0,10 centigr.
Eau distillée..................... 10 grammes.

Si l'inflammation ne cède pas, on renforcera le titre de la solution :

Sulfate de zinc.................. 0,20 centigr.
Eau distillée..................... 10 grammes.

En même temps on appliquera sur les bords palpébraux la pommade suivante :

Vaseline........................ 10 grammes.
Précipité jaune.................. 0,20 centigr.

S'il y a une vésicule on la touchera avec un crayon de nitrate d'argent mitigé ou de sulfate de cuivre.

Si la vésicule empiète sur la cornée et cause de la photophobie, on instillera une goutte du collyre :

Eau distillée..................... 10 grammes.
Sulfate d'atropine............... 0,03 centigr.

Pour garantir les enfants contre les atteintes de la conjonctivite aiguë, on isolera tous ceux qui sont malades et on les exclura de l'école. La conjonctivite aiguë des écoliers guérit d'ailleurs très vite (huit à dix jours) avec un bon traitement. (Comby. *Formulaire*, Paris, Rueff, 1900.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'Internat.— *Épreuves orales.* — Séance du 31 janvier. — Questions données : « Rapports de la vessie. — Calculs vésicaux. (Signes et diagnostic.) »

MM. Sabaréanu, 25 + 15 = 40; Ribadeau-Dumas, 24 + 15 = 39; Chastenet de Géry, 20 + 13 = 33; Boidin, 14 + 18 = 32; Diel, 20 + 12 = 32; Pécharmant, 18 + 13 = 31; Monier, 18 + 12 = 30; Rollin, 15 + 12 = 27; Remoussenard, 15 + 11 = 26.

1er février. — Questions données : « Rapports du corps thyroïde. — Complications de la rougeole. »

MM. Baumgartner, 24 + 17 = 41; Gasne, 24 + 16 = 40; Beauvy, 32 + 15 = 37; Cresson, 20 + 13 = 33; Dupuy (Paul), 18 + 15 = 33; Latron, 19 + 12 = 31; d'Œlsnitz, 18 + 10 = 28; Mesnil, 15 + 13 = 28; Vassor, 14 + 10 = 24.

La prochaine séance aura lieu le 3 février, à quatre heures et demie, à l'Administration centrale.

Marine. — *Suppression de la barre de justice.* — Un décret, en date du 31 janvier, supprime la peine de la barre de justice, boucle simple et boucle double, à bord des bâtiments de la flotte. Il ne pourra être fait usage de la barre de justice que dans des cas de force majeure et pour assurer la sécurité des hommes ou du bâtiment.

— M. le docteur Hennequin est promu médecin de première classe.

M. Chagnolleau, médecin de deuxième classe du cadre de Rochefort, est désigné pour remplacer sur le *Lion* M. le docteur Pellau.

M. Gouzien, médecin de première classe, est désigné pour remplacer au 2e régiment de tirailleurs, à Madagascar, M. le docteur Condé.

M. le médecin de première classe Gastinel a été nommé après concours, pour cinq ans, à l'emploi de professeur de chirurgie et de séméiologie médicale à l'École annexe de médecine de Toulon, en remplacement de M. le médecin principal Boulin.

M. Rousseau, médecin de deuxième classe du cadre de Rochefort, est désigné pour remplacer au 3e dépôt des équipages de la flotte, à Lorient, M. le docteur Boyer.

MM. les médecins de deuxième classe Le Floch, actuellement en service au 2e dépôt des équipages de la flotte à Brest, et Mesny, du cadre de Brest, désigné pour continuer ses services à la défense mobile d'Oran, sont autorisés à permuter.

La médecine au Parlement. — *Les aliénés criminels.* — La commission de la revision de la loi de 1838 sur les aliénés a décidé, sur la proposition de M. Cruppi, son président, de détacher du projet d'ensemble qu'elle a élaboré le titre relatif aux aliénés criminels et d'en faire l'objet d'un projet de loi spécial pour lequel on demandera à la Chambre une mise à l'ordre du jour assez prochaine, qui n'aurait pu être obtenue pour le projet entier.

La commission estime qu'il y a nécessité de faire régler le plus promptement cette question.

Il s'agit d'établir une réglementation légale, notamment pour le cas des aliénés criminels qui bénéficient d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement comme irresponsables, en confiant à la chambre du conseil du tribunal la mission de décider si l'aliéné devra être interné et de statuer sur la mise en liberté ultérieure, de façon à supprimer l'abitraire administratif.

Les étudiants en médecine et le service militaire. — La commission parlementaire de l'armée est saisie depuis quelques jours d'un projet de loi tendant à mettre à la disposition exclusive des médecins-majors, les étudiants en médecine pendant la durée de leur service militaire.

Les médecins sénateurs. — Les élections du 28 janvier ont envoyé au Sénat un grand nombre de confrères. Au risque d'être incomplets, citons :

MM les docteurs Bataille (Puy-de-Dôme), Béraud (Vaucluse), Bontemps (Haute-Saône), Boularan (Tarn), Collinot (Yonne), Contancin (Vienne), Francoz (Haute-Savoie). Guillemaut (Saône-et-Loire), Guyot (Rhône), Léon Labbé (Orne), Legludic (Sarthe), Lordereau (Yonne), F. Martin (Saône-et-Loire), Parisot (Vosges), Pédebidou (Hautes-Pyrénées), Petitjean (Nièvre), Piettre (Seine), Quintaa (Basses-Pyrénées), Rolland (Tarn-et-Garonne), Sigallas (Var), Vagnat (Hautes-Alpes).

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 4e semaine 1075, décès, chiffre un peu supérieur à celui de la semaine dernière (1043), et à la moyenne ordinaire des semaines de janvier (1055). Les maladies de l'appareil respiratoire sont principalement cause de cette légère aggravation, sans que l'on puisse incriminer l'influenza qui semble jusqu'ici respecter relativement la population parisienne.

La fièvre typhoïde a causé 11 décès au lieu de 9 pendant les quatre semaines précédentes. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins continue à être normal (45 cas nouveaux).

La rougeole a causé 18 décès au lieu de 11 pendant la semaine précédente (la moyenne est de 12). La scarlatine (1 décès), la coqueluche (1 décès), la diphtérie (3 décès) présentent des chiffres très faibles. La variole, qui n'avait causé que 4 décès

dans tout le cours de l'année 1899, en a causé 1 dans chacune des deux dernières semaines.

XIIIe congrès international de médecine (Paris, 2 au 9 août 1900). — Le comité exécutif du congrès a l'honneur de porter à la connaissance du corps médical ce qui suit :

1° Une réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer français est accordée aux membres du Congrès sur présentation d'une feuille individuelle qui sera envoyée directement à chaque congressiste. La durée de validité de cette feuille sera d'un mois, du 25 juillet au 25 août.

2° Pour la question des logements, des arrangements ont été pris avec les principales agences de logements et voyages de Paris. Pour tout renseignement s'adresser directement au bureau du Congrès, 21, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

Pour s'inscrire comme membre du Congrès, envoyer la cotisation de 25 francs et sa carte de visite au trésorier du Congrès, le docteur Duflocq, 21, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

Congrès d'histoire des sciences. — Ce congrès aura lieu du 23 au 28 juillet 1900. Il constituera la *Ve section du Congrès international d'histoire comparée.*

Parmi les questions inscrites au programme nous relevons :

6. Histoire de l'établissement des principes de dynamique.

7. Étude des doctrines et connaissances positives (vraies ou fausses) en physique, étrangères aux ouvrages authentiques d'Aristote et ayant été introduites en Occident pendant le moyen âge.

8. Histoire de l'alchimie et de la chimie, jusqu'à Lavoisier exclusivement.

9. Quelles sont parmi les découvertes modernes celles qui peuvent expliquer certains faits considérés comme prodiges dans l'antiquité ?

10. Les faits connus et les doctrines auxquelles ils servaient de base dans les sciences naturelles avant Aristote. Persistance de ces doctrines jusqu'aux temps modernes.

11. Histoire des transformations de la doctrine vitaliste : néo-vitalisme.

13. Évolution de l'anthropologie, de la paléontologie et de la géologie depuis la fin de XVIIIe siècle.

14. Documents nouveaux sur l'histoire de l'hygiène et de la médecine dans l'antiquité.

15. Histoire de la médecine en Europe pendant le moyen âge.

16. Documents relatifs à l'histoire de la médecine chez les peuples non européens.

17. De l'influence réciproque que les doctrines médicales et les doctrines scientifiques ou philosophiques ont exercée les unes sur les autres.

18. Histoire de la philosophie des sciences.

19. Propositions pratiques ayant pour but d'activer les progrès de l'histoire des sciences.

Le règlement des sections est celui du Congrès ; il assure l'indépendance de chacune d'elles, tout en centralisant l'administration.

Les demandes de renseignements doivent être adressées au secrétaire de la section, M. le docteur Sicard de Plauzoles, rue Saint-Dominique, 124 ; il recevra également les adhésions.

Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales. — A la demande de la Société française d'électrothérapie et de radiologie, le Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales dont elle a pris l'initiative est rattaché aux Congrès internationaux de 1900.

Un comité composé de MM. Weiss, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, président ; Apostoli et Oudin vice-présidents ; Doumer, professeur à la Faculté de médecine de Lille, secrétaire général ; Moutier, secrétaire ; Boisseau du Rocher, trésorier ; et de MM. Bergonié, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Bouchacourt, Branly, professeur à l'Institut catholique de Paris ; Broca, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Larat, Radiguet, Villemin, chirurgiens des hôpitaux ; a été chargé d'en assurer l'organisation.

Ce Congrès se tiendra à Paris du 27 au 1er août 1900.

On est prié, pour plus amples renseignements, de s'adresser à M. le professeur E. Doumer, 57, rue Nicolas-Leblanc, Lille, secrétaire général, auquel doit être adressé toute la corespondance relatives à ce Congrès.

Les adhésions doivent être envoyées à M. le docteur Moutier, 11, rue de Miromesnil, Paris.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de M. Knoll, professeur de pathologie générale et expérimentale à Vienne.

Les femmes chirurgiens. — Il y a beaucoup de femmes chirurgiens (sans compter les gynécologistes), actuellement au moins aux Etats-Unis. D'après le *Pacific medical Journal*, de 1878, ce serait miss Charlotte B. Brown, de San-Francisco, reçue docteur en médecine au *Woman's medical college* de Philadelphie, en 1871, qui aurait fait, sur les côtes du Pacifique, la première laparotomie, en 1878. D'ailleurs, en 1890, miss Mary B. Wernes, de l'école de Philadelphie, avait déjà pratiqué vingt fois cette opération ; et son confrère Elizabeth C. Keller, trente-cinq fois en 1893. (M. Baudouin, *Intermédiaire des chercheurs et curieux.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire thérapeutique et prophylaxie des maladies des enfants, par le docteur Jules Comby, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, 3e édition, revue et augmentée. Un vol. in-8. — Prix : 18 francs. — Paris, Rueff.

Conférences pour l'externat des hôpitaux de Paris, *anatomie, pathologie et petite chirurgie*, par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux de Paris. Un vol. grand in-8° de 720 p. illustré de 200 figures, publié en 15 fascicules bi-mensuels depuis le 1er janvier 1900. — Chaque fascicule 1 fr. Souscription à forfait : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Mariage, *nullité, divorce, grossesse, accouchement*, par P. Brouardel, professeur de médecine légale et doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut. Un vol. in-8° de 452 pages. — Prix : 9 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Tableaux synoptiques de médecine opératoire, par le docteur Lavarède, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8° de de 200 p. avec 150 fig. dessinées par G. Devy. — Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Leçons cliniques sur les maladies des enfants, faites à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille (2e semestre 1898-1899). — Troisième série, par le docteur E. Ausset, professeur agrégé à la Faculté de Lille. Un vol. gr. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, Maloine.

Précis d'urologie clinique, par L. Lematte, pharmacien de première classe, ex-interne des hôpitaux de Paris, et le docteur H. Labonne, licencié ès sciences naturelles. Un vol. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Notions de laryngoscopie utiles aux médecins, par le docteur F.-J. Collet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. (Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire.) Petit in-8°, 54 fig. — Prix : broché, 2 fr. 50 ; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Anatomie clinique des centres nerveux, par le docteur Grasset, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier. Un vol. in-16 carré de 96 pages, avec 11 figures cart. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 15. — MARDI 6 FÉVRIER 1900. 73e ANNÉE. MARDI 6 FÉVRIER 1900. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PLAIE TRANSVERSALE DU LARYNX AU NIVEAU DE L'ESPACE THYRO-CRICOÏDIEN; SUTURE HERMÉTIQUE DU LARYNX, DU PLAN MUSCULO-APONÉVROTIQUE ET DE LA PEAU; GUÉRISON EN HUIT JOURS, par M. H. MORESTIN, chirurgien des hôpitaux de Paris. — NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE. Sur le traitement de la phtisie pulmonaire (V). Traitement hygiénique, par M. COURTOIS-SUFFIT, médecin des hôpitaux de Paris. — SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX ET DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE. — INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — NOUVELLES.

PLAIE TRANSVERSALE DU LARYNX

AU NIVEAU DE L'ESPACE THYRO-CRICOÏDIEN; SUTURE HERMÉTIQUE DU LARYNX, DU PLAN MUSCULO-APONÉVROTIQUE ET DE LA PEAU; GUÉRISON EN HUIT JOURS.

Par M. H. MORESTIN, chirurgien des hôpitaux.

Dans un assez grand nombre de cas, on a vu des plaies des voies aériennes, même fort étendues, guérir rapidement sans autre traitement qu'un pansement très simple et le rapprochement des bords par la flexion de la tête. D'autre part, on a enregistré nombre de morts et de graves accidents à la suite des sutures, autrefois recommandées par Ambroise Paré, et pratiquées après lui par une foule de chirurgiens. On conçoit donc que les sutures aient été abandonnées. Elles ont été plus ou moins formellement proscrites jusqu'à ces dernières années. Horteloup (1869) les rejette d'une manière absolue pour les parties molles, et pour les voies aériennes ne leur trouve que de rares indications.

M. Panas, en 1878, les repousse complètement et ses observations démontrent, en effet, tout ce qu'on peut attendre de l'évolution naturelle de ces plaies, quand elle est sagement et prudemment dirigée.

La plupart de nos classiques leur sont encore hostiles, et Hartmann, par exemple (Duplay et Reclus), n'en est pas partisan.

Lubet-Barbon (dans Le Dentu-Delbet) en discute à son tour les indications, mais conclut à l'absence de toute suture dans la plupart des cas.

Pour nous, on ne saurait adopter une conduite uniforme, et là, comme ailleurs, il faut remplir de son mieux les indications qui surgissent à propos de chaque malade. Mais d'une manière générale, il n'y a pas lieu de traiter le larynx autrement que tout autre organe. Le traitement d'une solution de continuité franche, divisant nettement des tissus sains, doit consister dans le rapprochement des surfaces séparées de manière à en rétablir la continuité. Les plaies les plus communes du larynx appartiennent à cette catégorie. Elles sont produites par un couteau ou un rasoir dans une tentative de suicide. C'est du moins ce qu'on voit le plus souvent dans la pratique civile. La restauration du larynx sectionné n'est nullement une prétention chimérique. Si elle n'est pas toujours applicable, elle peut et doit être tentée chez beaucoup de ces blessés, et même chez la plupart. Abandonner ces plaies à elles-mêmes n'était que très sage, autrefois. Alors, les sutures étagées étaient l'origine de graves accidents; poursuivre la réunion était une illusion décevante et dangereuse. Moins on faisait, mieux on faisait.

Aujourd'hui ce n'est plus absolument la même chose, et comme Platt et Hoggarth, je pense qu'on doit suturer la plaie très exactement quand cela est possible. Mais il y a suture et suture. La simple réunion des téguments serait un leurre et une pratique dangereuse. Celle du larynx seul serait presque toujours condamnée à un échec. Pour obtenir le résultat cherché il est indispensable de remettre la région dans ses conditions normales, de la refaire en suturant successivement les divers plans qui la composent. Les malades ainsi traités peuvent guérir en peu de jours. Guérissant sans suppuration, leur cicatrice laryngienne présentera au minimum les phénomènes de rétraction inodulaire et sans doute ils seront dans des conditions meilleures. Quand on laisse dans leur plaie une canule, ou qu'on abandonne cette plaie à la réunion secondaire, ils sont bien plus exposés à des déformations du larynx, à des rétrécissements parfois incurables. J'en ai eu un exemple; l'histoire de la malade a été publiée dans le journal de Castex (1899).

Sur le chien on obtient très aisément la réunion des plaies expérimentales du larynx. J'ai trouvé dans les résultats d'expériences très variées entreprises chez ces animaux, un encouragement à traiter les plaies du larynx par la réunion immédiate et complète.

Cette tentative est en réalité presque toujours possible. Il faut y renoncer dans ces lésions complexes où l'organe est tailladé, découpé en languettes, a subi des pertes de substances, etc., de même que dans les plaies par coup de feu. Mais à l'ordinaire les choses ne se présentent pas ainsi. Le blessé, un aliéné presque toujours, s'est coupé la gorge transversalement; la plaie, habituellement inclinée en bas et à droite, ouvre les voies aériennes à une hauteur variable; cette plaie plus ou moins étendue, mais en général unique, porte habituellement soit au-dessus de la pomme d'Adam sur la membrane thyro-hyoïdienne, soit sur la membrane thyro-cricoïdienne.

Que le larynx soit partiellement ou totalement divisé, que sa section soit oblique ou transversale, que le pharynx soit

ouvert ou non, je pense qu'il y a lieu d'en faire la réparation immédiate. La guérison sera obtenue plus tôt et à moins de frais, les suites éloignées meilleures. Les plaies qui siègent dans la région sous-glottique se prêtent mieux à un affrontement parfait, condition indispensable pour obtenir la réunion. En outre elles sont plus rarement compliquées d'ouverture du pharynx, ce qui simplifie grandement les conditions. Enfin n'intéressant point les cordes vocales, elles ont plus de chances de ne point laisser de modification permanente de la voix ou de créer des obstacles définitifs à la respiration, si toutefois elles sont promptement fermées. C'est donc surtout dans ces cas que l'on doit attendre de la suture les résultats satisfaisants qu'elle doit donner. C'est ce que je viens de constater chez un homme, qui s'était ouvert la gorge d'un coup de rasoir. Il s'était fait une large plaie transversale intercrico-thyroïdienne. La suture hermétique du larynx, complétée par celle des plans superficiels sans trachéotomie, ni tubage, ni drainage, l'a guéri en huit jours. Voici son histoire :

Édouard C..., marchand de vins, vingt-six ans, a tenté de se suicider le 14 décembre au soir. Il s'est fait à l'aide d'un rasoir deux vastes plaies, l'une à l'avant-bras gauche, l'autre au cou. Toutes deux saignaient abondamment, et celle du cou détermina ensuite les phénomènes de suffocation les plus graves.

Ceux-ci se calmèrent assez rapidement, la compression arrêta l'hémorragie, et le malade put être transporté à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, dans le service de M. Lucas-Championnière, où je le trouvai vers minuit, trois heures après l'accident, ayant été appelé d'urgence comme chirurgien de garde. Il était d'une pâleur extrême, ayant perdu une quantité considérable de sang, le pouls très faible, allongé et rapide. Un suintement sanguin traversait encore les pansements appliqués provisoirement autour du cou et de l'avant-bras. Le blessé était fort calme, il pouvait parler à voix basse, la tête était fléchie et la plaie fermée par le pansement. La respiration régulière était accélérée, mais s'effectuait sans effort.

Le pansement enlevé, la voix était complètement et subitement abolie, et la respiration s'effectuait par la plaie. Celle-ci occupait la partie antérieure du cou. Elle était transversale, mais légèrement inclinée en bas et à droite, fait noté presque constamment dans les observations de ce genre. Sa longueur était de 8 centimètres. Elle était située à peu près à 2 centimètres au-dessus de la saillie, formée par la partie supérieure du cartilage thyroïde, et répondant à l'espace crico-thyroïdien.

Le larynx était ouvert au niveau de cet espace, et par l'ouverture béante, on apercevait la paroi postérieure du conduit. La plaie laryngienne, large de 15 millimètres, était légèrement oblique de haut en bas et de gauche à droite. Aussi intéressait-elle la partie inférieure du cartilage thyroïde à gauche, dans le reste de son étendue elle portait sur la membrane crico-thyroïdienne. En outre, elle s'étendait un peu plus loin à droite qu'à gauche. Deux petites artérioles qui saignaient encore furent pincées, les caillots, qui se trouvaient encore dans la plaie, furent ôtés très doucement, et l'on put constater encore quelques détails. Les muscles sterno-thyroïdien et cléido-hyoïdien du côté droit étaient coupés, et le bout inférieur entraîné assez loin en bas, à gauche le plan musculaire n'était qu'entamé. A droite, la section avait encore porté sur le muscle crico-thyroïdien. A gauche, ce dernier était seulement intéressé à son insertion supérieure. Comme la plaie des téguments était large, il n'y avait ni emphysème ni infiltration sanguine. L'accident était récent, les tissus nettement sectionnés, je pensai que le cas était favorable à la réunion, et que celle-ci, si elle était obtenue, fournirait une guérison bien plus parfaite, en ce sens qu'on pourrait obtenir le rétablissement complet du jeu des muscles sectionnés, et qu'on éviterait toute chance de rétrécissement ultérieur. Je commençai donc par fermer hermétiquement le larynx. A l'aide de la très fine aiguille de Reverdin courbe qui sert aux sutures intestinales et de catgut 00, je fis une première série de points séparés, portant sur la membrane crico-thyroïdienne, sans passer à travers la muqueuse laryngée. L'extrémité gauche de la plaie intéressait le thyroïde, dont une étroite languette était détachée. Je fus obligé de faire porter les sutures sur le cartilage lui-même. Il était très friable et je dus serrer les fils très doucement; sept ou huit points de suture furent ainsi placés sur le larynx; d'autres anses de catgut rapprochèrent par-dessus les muscles intrinsèques sectionnés. Il me sembla alors que la plaie était bien fermée et que les parties molles pouvaient être rapprochées sans danger d'emphysème. Décidé à reconstituer complètement les divers plans de la région, je cherchai sous la lèvre inférieure de la plaie les muscles sous-hyoïdiens rétractés.

Ils furent attirés en haut, et fixés par une nouvelle série de points comprenant toute leur épaisseur et trouvant dans leur gaine aponévrotique un appui solide. Enfin la plaie cutanée fut fermée par des crins de Florence. La région avait repris son aspect normal. Le malade put parler immédiatement, sans donner signe de douleur et d'un timbre de voix naturel. Il n'avait pas été anesthésié.

La plaie de l'avant-bras fut réparée ensuite. Elle était également très grave, la plupart des muscles de la partie antérieure avaient été tranchés ainsi que les artères radiale et cubitale, le nerf cubital avait été partiellement sectionné. Les vaisseaux furent liés, les muscles rapprochés aussi exactement que possible et la plaie cutanée qu'il avait fallu agrandir, refermée par des sutures au crin de Florence.

Les suites ont été aussi simples et aussi satisfaisantes que possible. Du côté de l'avant-bras, la réunion complète a été obtenue et le blessé a retrouvé en grande partie les mouvements des doigts. Quant à la plaie du cou qui fait à elle seule l'intérêt de cette observation, elle s'est réunie de la manière la plus heureuse. A aucun moment il n'y a eu la moindre gêne respiratoire, ni la moindre infiltration du tissu cellulaire par de l'air ou du sang, et moins encore aucun signe d'infection. On n'a pas cru devoir condamner le malade au silence ni à un régime alimentaire spécial. Il n'a jamais manifesté aucune souffrance. Au huitième jour, on l'a pansé pour lui retirer ses crins de Florence, et il a quitté l'Hôtel-Dieu le même jour, car tout était fini.

Depuis j'ai vu à différentes reprises C...

Sa cicatrice est indolente et souple, sans adhérence avec les plans profonds. Il n'éprouve aucune gêne, la respiration et la phonation sont normales.

Le malade prétend que le timbre de sa voix s'est légèrement modifié, mais il ne peut dire dans quel sens. Nous n'en pouvons juger personnellement ne l'ayant pas connu auparavant, mais à coup sûr sa voix actuelle est irréprochable.

Voilà donc un homme qui s'ouvre les voies aériennes, et qui guérit de cette grave blessure comme s'il s'était fait une entaille à la peau. Sans doute, il eût très probablement guéri et peut-être aussi dans de bonnes conditions si l'on s'était borné à lui imposer la flexion de la tête et à panser la plaie. Combien plus rapide et plus simple la réparation de la blessure chez notre malade! Le minimum de temps, le minimum d'ennuis, ni pansements, ni souffrance. Une fois recousu on l'a laissé tranquille, et on l'a revu pour constater

sa guérison. Et quant à l'avenir, tout fait présumer qu'il ne se ressentira à aucun degré de son accident.

Ce cas vient donc, il nous semble, à l'appui de cette opinion que les blessures du larynx par instrument tranchant doivent être réparées comme toutes les plaies par diérèse, non infectées, c'est-à-dire par un exact rapprochement des tranches de section. Si cette pratique trouve ici quelques difficultés en raison de la structure de l'organe et de sa fonction aérifère, ces difficultés ne sont point insurmontables, au moins pour un très grand nombre de faits. L'occlusion hermétique du conduit par des sutures méthodiquement appliquées rend vaines les craintes d'emphysème et défend la plaie contre l'infection septique. La restauration des parties molles assure le succès des sutures profondes; et dans la reconstitution couche par couche de tous les plans de la région, se réalise au mieux le retour de la forme et de la fonction.

Que si l'infiltration œdémateuse ou sangine des parois du larynx gênait la respiration, il nous semble qu'au lieu de compromettre la réunion de la plaie laryngée en y plaçant une canule, il serait préférable, comme le conseille d'ailleurs Platt, de faire plus bas une trachéotomie par une incision spéciale.

Sauf indication urgente, cette opération nous paraît d'ailleurs contre-indiquée en tant que mesure immédiate, du moins à l'hôpital et dans les conditions de surveillance rigoureuse et d'assistance rapide en cas d'accidents de suffocation. Chez notre malade, par exemple, dont la respiration était tranquille et s'effectuait sans difficulté, cette mesure n'aurait eu aucune raison d'être.

Dans la plupart des plaies simples, siégeant dans cette région des voies aériennes et ne sectionnant pas complètement le conduit, on doit pouvoir s'en passer.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Sur le traitement de la phtisie pulmonaire (1).

Par M. Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux.

V

Je n'insisterai pas plus longuement sur l'étude des médicaments qui peuvent aider au traitement de la phtisie pulmonaire. Il en est beaucoup, certes, qui ont leur utilité. Chaque symptôme, chaque complication : hémoptysies, toux, vomissements, diarrhée, etc., a sa thérapeutique appropriée. Ce n'est pas mon but de l'étudier ici. Ce sont de simples notes sur le traitement général de la tuberculose que je publie et non une étude détaillée qui nécessiterait, pour être complète, un trop long temps et de trop longues pages.

Je veux dire un mot du traitement hygiénique.

Il est assez curieux de constater que, plus on s'ingéniait à trouver le remède spécifique de la tuberculose, plus le traitement hygiénique gagnait du terrain. Actuellement, seul il a une valeur sérieuse. Il tient en trois mots : air, repos, suralimentation.

A tout prendre, si la systématisation de la conception est récente, la conception même de cette thérapeutique est bien ancienne.

Hippocrate, Galien, Bagliri, et beaucoup d'autres... recommandaient aux phtisiques de vivre au grand air. Plus près de nous, Villemin disait : « Les habitations sont pour l'homme des foyers qu'il faut purifier. La chambre où habite un phtisique doit être largement ventilée. Jamais l'air ne doit croupir autour de lui. »

C'est l'idée qui domine chez les auteurs plus modernes.

Peter disait : « L'homme est un animal et, comme tel, né pour vivre en plein air. La vie civilisée a changé tout cela. Au toit du firmament, on a substitué le toit artificiel, l'air emprisonné et empoisonné. »

« Quand on connaît la résistance redoutable du bacille tuberculeux à tous les agents médicamenteux, dit Grancher, on se prend à désespérer d'atteindre le bacille par quelque médication antiparasitaire que ce soit, et on est tenté de revenir à l'huile de foie de morue, à l'hygiène de l'air, du soleil, de l'exercice, à l'alimentation vigoureuse. »

« Pour les phtisiques, respirer un air pur, c'est réellement respirer la vie, » affirme Daremberg, qui a d'excellentes raisons pour le savoir, puisqu'il a pu suivre pas à pas sa guérison.

« L'aération n'est pas salutaire parce que l'oxygène tue les microbes, mais parce qu'elle fait vivre l'homme avec plus d'intensité, » écrit Bouchard.

Ces exemples indiquent la tendance; mais on doit à Bennet et à Brehmer la mise en pratique systématique de la cure d'air dans la thérapeutique de la phtisie.

« C'est par une pleine intuition de thérapeutique pathogénique que Brehmer conçut et réalisa la réforme en phtisiothérapie. Le secret de la méthode gît tout entier dans ce fait qu'avant Brehmer, les médecins apportaient autant de soins et de détails à ordonnancer et à formuler les remèdes empruntés à la pharmacie galénique et à la pharmacie chimique qu'ils mettaient d'inscience et d'indifférence à se servir des agents physiques et naturels, à recourir aux ressources diététiques, encore moins aux moyens hygiéniques. »

Il n'est que juste de caractériser l'œuvre de Brehmer en disant qu'elle a su réaliser, en matière de recettes contre la tuberculose, la posologie des éléments curateurs qui sont le repos, l'air et l'alimentation, sans lesquels les agents médicamenteux risquent d'être impuissants. En cela, Brehmer se souvenait qu'Hippocrate ordonnait comme remèdes aux phtisiques la vie sobre, l'exercice modéré et le régime approprié (Landouzy).

Donc, le tuberculeux doit vivre à l'air nuit et jour, et souvent, l'y habituer n'est pas chose aisée. Combien de fois n'a-t-on pas à vaincre l'entêtement du malade et de son entourage? Il faut que le médecin soit bien convaincu pour convaincre les autres. Il faut, pour obtenir des malades l'obéissance qui convient, qu'il sache employer tous les moyens que son autorité lui confère. Si le malade croit qu'il peut guérir, il a déjà fait un grand pas en avant. Voltaire a dit : « L'espérance de guérir n'est-elle pas la moitié de la guérison? »

Cette cure par l'air est indiquée dans tous les cas de phtisie pulmonaire. Mais elle produit des effets merveilleux chez les phtisiques dont la maladie prend, dès le début, une allure très rapide, même une forme typhoïde, avec ou sans crachements de sang, si l'on profite du moindre temps d'arrêt dans l'évolution de la maladie.

Sous l'influence de l'aération continue nuit et jour, on voit l'appétit se réveiller, les digestions s'améliorer, les quintes de toux se supprimer, l'expectoration et les mouvements respiratoires devenir plus faciles, le sommeil revenir plus calme.

Mais il faut que l'aération soit permanente. Le phtisique,

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 1900, p. 25, 60, 87 et 119.

la nuit, doit dormir la fenêtre ouverte; on peut l'y habituer graduellement, en laissant libre d'abord une ouverture très petite, puis de plus en plus grande.

Je me souviens que pendant mon année d'internat à l'hôpital Andral, en 1890, mon maître, le professeur Debove, avait fait aménager une petite salle de son service uniquement consacrée au traitement des tuberculeux. On avait simplement retiré les fenêtres; les malades avaient reçu un nombre plus considérable de couvertures, et ils vivaient nuit et jour en plein air. Or, cet hiver fut particulièrement rigoureux. On ne saurait imaginer la grande rapidité des résultats favorables obtenus. Les résultats de cette expérience ont été consignés dans un numéro de la *Gazette des hôpitaux* (1).

Ce que l'on peut faire à l'hôpital, où malheureusement les malades séjournent peu, obligés souvent de partir dès qu'ils se trouvent améliorés, on *doit* le faire en ville.

Pour que la ventilation soit suffisante pendant la nuit, dit Chuquet, il faut qu'en entrant dans une chambre de phtisique le matin, on puisse croire qu'elle n'a pas été habitée la nuit. J'espère que nous sommes déjà loin du temps où Peter pouvait, avec grande raison, écrire : « Je ne sais rien de plus hideusement fétide que la chambre à coucher d'un phtisique riche. C'est un endroit soigneusement clos où il est interdit à l'air d'entrer, comme à l'espérance! bourrelets aux portes, bourrelets aux fenêtres, épais rideaux enveloppant le lit, où le malheureux phtisique mijote à l'étuvée dans sa moiteur et dans son air vingt fois respiré, vingt fois souillé déjà par le contact de ses poumons altérés. »

Dans la journée, de même le phtisique doit vivre à l'air, les fenêtres doivent rester ouvertes, grandes; il ne faut redouter pour lui que le grand vent et le brouillard.

Les malades s'habituent fort bien à une température basse, à condition qu'ils soient bien couverts, qu'ils aient les pieds chauds et qu'ils gardent la position horizontale. De là l'utilité des chaises longues. Un tuberculeux qui suit bien sa cure doit se soumettre à plusieurs heures de chaise longue par jour.

Car il faut bien savoir que cette cure d'aération *doit se faire au repos*. Bennet dit très justement : « Tout effort ou travail animal, qu'il soit musculaire, nerveux ou organique, entraîne une dépense de force vitale. Or, pour dépenser il faut avoir. Demander à un malade débilité de dépenser en exercice musculaire de la force qu'il ne possède pas, que les aliments imparfaitement élaborés ne lui donnent pas, est peu physiologique d'une part, irréfléchi et cruel de l'autre. »

Si l'exercice musculaire peut ne pas toujours être complétement interdit, il devra au moins être dosé par le médecin qui s'appuiera sur l'examen de l'état général et surtout sur l'étude minutieuse et fréquemment recherchée de la température. Mais d'autres fatigues doivent être évitées, le tuberculeux qui veut se guérir ne peut plus chercher de plaisir ailleurs que dans l'espérance de sa guérison prochaine.

Adieu les théâtres, le cercle, les bals, les dîners en ville, les joies du monde! Adieu les travaux intellectuels plus fatigants encore. Adieu surtout les plaisirs de l'amour!

Dans la lutte contre la tuberculose, la victoire ne peut rester qu'aux sages et aux modestes.

« Pour les phtisiques, les lauriers sont coupés » (Daremberg).

(*A suivre.*)

(1) Courtois-Suffit et Boulay. Le traitement de la tuberculose par l'aération continue, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, oct. 1890.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(2 février 1900)

Dans l'avant-dernière séance, M. Léon Bernard avait lu un fort intéressant travail sur les **fonctions du rein dans les néphrites chroniques**. Nous avons cru mieux faire en donnant seulement aujourd'hui ses conclusions, à côté d'un nouveau travail de MM. Achard et Clerc sur le même sujet.

Voici les faits qu'a observés M. Bernard :

1° La fonction rénale d'excrétion peut être étudiée par une série de procédés qui donnent en général des résultats concordants. Il faut considérer comme plus exacts et plus pratiques la recherche de la toxicité urinaire et le procédé d'Achard et Castaigne.

2° Cette étude montre que la fonction du rein n'est pas uniformément troublée dans les néphrites chroniques. La perméabilité rénale est d'emblée diminuée dans les néphrites interstitielles. Elle est, au contraire, normale ou même exagérée dans la première période de la néphrite parenchymateuse; ce n'est que dans la seconde période (dite d'atrophie secondaire par les auteurs anglais) qu'elle commence à diminuer.

3° L'urémie n'est pas uniquement fonction de l'auto-intoxication due à l'imperméabilité rénale. Sur ces faits, l'auteur a cru pouvoir établir une conception physiologique de l'évolution des néphrites chroniques. D'après lui, il conviendrait dès maintenant de dissocier la description de l'urémie en essayant de superposer exactement le symptôme aux troubles fonctionnels divers qui le déterminent.

MM. Achard et Clerc reviennent sur la durée et le taux de l'élimination du bleu de méthylène. Lorsqu'on fait, disent-ils, l'épreuve au bleu de méthylène, il y a lieu de tenir compte à la fois du temps dans lequel cette substance s'élimine et du taux de son élimination; on conçoit aisément que, le champ de la dépuration rénale étant amoindri, l'élimination ne puisse se terminer aussi promptement qu'à l'état physiologique à la vérité; une interprétation toute différente a été proposée récemment. D'après MM. Albarran et Bernard la prolongation résulterait, dans certains cas, non de l'imperméabilité, mais de l'hypertrophie compensatrice du parenchyme rénal demeuré sain. Or, les auteurs ne pensent pas que l'on puisse mettre tout à fait hors de cause l'imperméabilité parce que l'hypertrophie compensatrice n'est elle-même qu'une conséquence de celle-ci. Ensuite, ils ne croient pas que l'on puisse appeler compensateur un état du rein qui aurait pour effet, non de ramener l'élimination vers son type normal, mais de l'en éloigner au contraire, car le type normal répond à la fois à un certain rang et à une certaine durée. Lorsque l'élimination se prolonge, la compensation reste donc incomplète, autrement dit l'imperméabilité l'emporte encore sur elle.

Le taux de l'élimination est un élément fort important, mais difficile à évaluer parce qu'il est nécessaire pour cela de recueillir la totalité des urines et que le dosage exige certaines précautions.

Le procédé le plus simple consiste à doser par la calorimétrie la somme de bleu et de chromogène contenue dans une petite quantité de l'urine émise après l'épreuve. Pour ce dosage on ajoute une solution titrée de bleu à la même quantité d'urine recueillie avant l'épreuve, les deux échantillons d'urine étant dilués tous deux dans la même quantité d'eau, afin que la comparaison puisse s'exercer sur des teintes assez faibles.

Il importe de doser le bleu excrété dans un temps bien défini. C'est le dosage des vingt-quatre heures qui est le plus important. A l'état normal il donne un taux de 25 à 30 milligrammes de bleu après injection de 5 centigrammes.

Le taux de l'élimination peut être normal chez des albuminuriques. Ce qui prouve que les troubles de la perméabilité ne sont pas la cause de tous les symptômes observés dans les néphrites. Par contre, lorsque la perméabilité rénale est diminuée, on peut voir les malades, comme cela s'observe dans la néphrite interstitielle, vivre sans éprouver de troubles bien prononcés ! C'est qu'il suffit d'une portion restreinte de parenchyme rénal pour subvenir à nos besoins courants d'élimination.

Donc, l'imperméabilité rénale est autant qu'un facteur pathogénique de troubles morbides, un élément d'aggravation dans les maladies.

MM. André Petit, Merklen, Rendu communiquent des observations de **tétanos traumatiques traités par les injections de sérum antitoxique et guéris.**

La question de la **gastérine dans le traitement des dyspepsies** ayant été reprise par MM. Millard et Launois, mais devant faire l'objet d'autres travaux, nous les réunirons pour que la question puisse mieux être jugée dans son ensemble.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(1er FÉVRIER 1900)

Trois communications ont été faites sur des arthrites en relation avec le système nerveux. M. Lavastine présente un homme atteint de **spondylose rhizomélique**. Ce malade est un exemple parfait du tableau clinique décrit par M. Marie : ankylose complète de la colonne vertébrale et des articulations scapulo-humérale et coxo-fémorale, arthrite prononcée de l'articulation temporo-maxillaire avec intégrité des autres articulations, marche progressive sans troubles objectifs de la sensibilité, sans troubles des réactions électriques des nerfs et des muscles, sans atrophie musculaire considérable ; comme cause on ne peut relever que l'hérédité arthritique. A côté de ce type classique, il faut placer un deuxième malade présenté par M. Achard qui réalise une association morbide intéressante, d'une part une **ankylose complète de la colonne cervicale et des articulations scapulo-humérales**, d'autre part une **atrophie musculaire considérable des épaules et des bras avec contractions fibrillaires très prononcées**, une légère dissociation de la sensibilité, des lésions oculaires de l'œil droit caractérisant la lésion des racines sympathiques cervicales comme l'a démontré Mme Déjérine-Klumpke, tous ces derniers signes relevant très probablement d'une syringomyélie cervicale.

Spondylose rhizomélique et syringomyélie se trouvent donc réunies chez ce malade et il est permis de se demander si cette arthrite ankylosante, qui n'offre pas d'ailleurs les caractères des arthrites de la syringomyélie, n'est pas cependant le résultat des altérations médullaires. Enfin, dans le même ordre d'idées, il faut rapprocher la communication de M. Chipault qui a observé un cas d'**arthrite du genou consécutive à une fracture de la colonne vertébrale dorsale** et dont il a pu étudier à l'aide de la radiographie le processus ankylosant par ossification.

Un malade de M. Babinski est atteint d'un **spasme du cou semblable comme physionomie clinique au torticolis mental**; mais ce spasme intéresse aussi le bras et la jambe du côté gauche et s'accompagne de l'inversion du réflexe cutané plantaire. Ce dernier signe révèle donc une altération du faisceau pyramidal et M. Babinski se demande si, dans certains cas, on n'a pas le droit d'invoquer l'irritation du faisceau pyramidal pour expliquer ces spasmes nommés torticolis mental, dont la pathogénie est encore si obscure.

Cette présentation de malades est suivie d'une présentation de pièces très intéressantes.

M. Souques montre les coupes microscopiques de la protubérance d'une malade atteinte de **syndrome de Weber, avec hémiplégie gauche et paralysie du moteur oculaire commun droit**; la lésion a été causée par un ramollissement de la calotte qui a d'ailleurs intéressé légèrement le moteur oculaire commun gauche.

M. Touche apporte **deux ramollissements du cervelet**. La première malade a présenté du nystagmus, une parole scandée, un tremblement des mains, l'exagération des réflexes tendineux sans troubles objectifs de la sensibilité, de telle sorte que le diagnostic de sclérose en plaque s'imposait. Or à l'autopsie, M. Touche a trouvé un ramollissement de la face inférieure du cervelet. La deuxième malade a été prise rapidement de chorée intense généralisée à la face et aux membres, avec exagération des réflexes tendineux et absence de troubles objectifs de la sensibilité, signes relevant d'un ramollissement de la face supérieure du cervelet.

L'attention se porte depuis quelques années sur la neurofibromatose. M. Cestan présente des coupes et les dessins d'un cas de **neuro-fibromatose médullaire**. Les tumeurs siègent d'une part sur les racines et les nerfs craniens, d'autre part dans l'intérieur de la moelle. Les tumeurs qui se sont développées sur la huitième paire cranienne avaient acquis le volume d'une mandarine et créé ainsi un syndrome de tumeur cérébrale qui avait emporté la malade. L'auteur a étudié l'histogenèse de ces tumeurs fibreuses et montré la part qui revenait dans cette évolution aux éléments nerveux ; il a pu constater le début autour des cylindraxes par un épaississement fibreux du névrilemme qui, peu à peu, amène l'atrophie du cylindraxe.

Enfin, M. Sérieux rapporte une observation de **surdité verbale avec paraphasie et agraphie**, causée par une sclérose des circonvolutions temporales.

M. Joffroy a étudié chez les différents animaux le **pouvoir convulsivant des divers alcools et des essences** ; il a remarqué que la dose n'est pas proportionnelle uniquement au poids de l'animal, mais que cette dose varie avec l'espèce d'animal mis en expérience. C'est là une donnée importante que l'expérimentateur ne doit pas oublier, car il devient indispensable que ses essais portent sur plusieurs espèces d'animaux.

M. Dufour présente une malade atteinte de douleurs musculaires relevant vraisemblablement d'une **polynévrite purement sensitive et à marche très lente**. Des adénopathies cervicales permettent à l'auteur de rattacher ce cas à la bacillose.

Enfin M. Ballet dépose une communication de M. Anglade (de Toulouse) sur un **cas de névrite tuberculeuse avec psychose polynévritique.**

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Responsabilité ; médecin et pharmacien.

Les médecins qui commettent une faute grave dans l'exercice de leur profession, sont pénalement et civilement res-

ponsables de la mort et de la maladie qu'ils ont involontairement occasionnées.

Il en est ainsi du médecin qui a prescrit de l'huile de foie de morue phosphorée, sans indiquer le dosage et le mode d'administration de ce médicament et qui n'en a pas surveillé les effets.

Il en est de même du pharmacien qui a préparé et délivré le médicament, contrairement aux prescriptions de la loi. (Caen, 20 janvier 1898; *Journal du Parquet*, 1899, 2e partie, p. 56.)

Chirurgien; opération inoffensive; complications imprévues; pas de responsabilité.

Un chirurgien qui pratique sur un malade, de son consentement, une opération universellement jugée sans danger, ne saurait être rendu responsable des complications imprévues et déjouant toutes les précautions de la sagesse humaine qui peuvent se produire dans toute intervention chirurgicale, même la plus inoffensive.

Et, il en est ainsi alors surtout que la science et la haute compétence de l'homme de l'art le mettent à l'abri de tout soupçon d'imprudence et d'imprévoyance professionnelle. (Tribunal civil de Lyon, 18 juin 1898; *Moniteur de Lyon*, septembre 1898.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 12 AU 17 FÉVRIER 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 12 FÉVRIER, à une heure. — 3e (oral, 1re partie), *Faculté, salles nos 2 et 3* : MM. Jalaguier, Broca (Aug.) et Varnier; — (2e partie), *Faculté, salle no 1* : MM. Fournier, Déjérine et Gilles de la Tourette ; — M. Gley, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Delens, Kirmisson et Walther; — (2e série) : MM. Tuffier, Delbet et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Brissaud, Teissier et Méry; — M. Sébileau, suppléant.

MARDI 13 FÉVRIER, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle no 3* : MM. Le Dentu, Bonnaire et Thiéry; — (oral, 1re partie), *Faculté, salle no 1* : MM. Berger, Rémy et Wallich; — (2e partie), *Faculté, salle no 2* : MM. Hutinel, Letulle et Charrin; — M. Achard, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Brun et Faure; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Proust et Marfan; — (2e série) : MM. Debove, Ballet et Roger; — M. Vaquez, suppléant.

MERCREDI 14 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Delens, Poirier et Sébileau.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle no 2* : MM. Lannelongue, Legueu et Lepage; — M. Retterer, suppléant.

JEUDI 15 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Brun, Poirier et Hartmann.

2e (nouveau régime), *Faculté, salle no 2* : MM. Hanriot, Retterer et Langlois.

3e (2e partie), *Faculté, salle no 1* : MM. Dieulafoy, Widal et Thiroloix.

4e, *Petit amphithéâtre* : MM. Proust, Thoinot et Launois; — M. Weiss, suppléant.

VENDREDI 16 FÉVRIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salle no 1* : MM. Richet, Retterer et André.

4e, *Faculté, salle no 2* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz; — M. Méry, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Poirier et Lejars; — (2e série) : MM. Terrier, Delbet et Broca (Aug.); — (2e partie) : MM. Potain, Widal et Teissier; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Desgrez, suppléant.

SAMEDI 17 FÉVRIER, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Mathias-Duval, Quénu et Poirier.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Marfan et Thiroloix; — (2e série) : MM. Chantemesse, Roger et Achard; — M. Faure, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Cornil, Ballet et Dupré; — (2e série), MM. Debove, Joffroy et Ménétrier; — M. Hartmann, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'Internat.— *Épreuves orales.* — Séance du 3 février. — Questions données : « Hile du poumon. — Des hémoptisies. »

MM. Bourlot, 19 + 16 = 35; Audrieu, 19 + 14 = 33; Dardeau, 21 + 11 = 32; Guénot, 18 + 12 = 30; Zacchiri, 18 + 12 = 30; Amblard, 16 + 12 = 28.

Marine. — MM. les médecins de première classe Gouzien, désigné pour servir au 2e tirailleurs malgaches à Madagascar, et Borius, du service général à Brest, sont autorisés à permuter.

M. Réjou, médecin de deuxième classe, est désigné pour remplacer sur le *Carnot* M. le docteur Hennequin, promu médecin de première classe, et affecté au service général de Cherbourg.

M. Theisser, médecin principal, est désigné pour remplacer, au 6e régiment d'infanterie de marine à Brest, M. le docteur Gouzien.

M. Pascalis, médecin principal, est désigné pour remplacer au 9e régiment d'infanterie de marine au Tonkin, M. le docteur Siciliano.

M. le docteur Deschamps de Bois-Hébert a été nommé médecin auxiliaire des colonies.

L'état sanitaire à Saint-Cyr. — M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz s'est rendu à Saint-Cyr, où il a constaté que, « en dehors des cas de grippe, toujours assez nombreux à cette époque de l'année, l'état sanitaire est satisfaisant. » Il a également reconnu que « les quelques accidents qui avaient pu être occasionnés par la contamination accidentelle de l'eau d'alimentation, n'ont eu aucune conséquence grave ».

La fièvre typhoïde à Bar-le-Duc. — Une forte épidémie frappe les soldats du 94e d'infanterie.

L'hygiène militaire en Allemagne. — Dans le budget de la guerre qui vient d'être voté en Allemagne figure un crédit pour la formation d'un cours d'examen des viandes de boucherie. Un certain nombre de fonctionnaires et d'officiers iront chaque année s'initier à l'art de reconnaître la qualité des viandes destinées à la troupe. Voilà une mesure qui serait bonne à appliquer en France.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de MM. les docteurs Brun-Buisson (de Voiron), Fabre (de Saint-Pons), Mignot (de Pougues).

Cours de chirurgie expérimentale. — M. Tuffier, agrégé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, commencera, le lundi 12 février, au laboratoire de physiologie de la Faculté des sciences, un cours et des travaux pratiques de chirurgie expérimentale. Les élèves seront exercés individuellement aux diverses interventions chirurgicales. Pour renseignements et inscription, s'adresser au laboratoire de physiologie expérimentale de la Faculté des sciences, place de la Sorbonne. Le nombre des élèves est limité.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 16. — JEUDI 8 FÉVRIER 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 8 FÉVRIER 1900. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — DEUX CAS D'ÉLONGATION NERVEUSE (MALADIE DE RAYNAUD ET GANGRÈNE DES EXTRÉMITÉS), par M. R. DE BOVIS, professeur suppléant à l'École de médecine de Reims, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine* : Le rachitisme : symptômes, endémicité et rapports avec l'humidité « relative »; — La glycosurie alimentaire chez les rachitiques; — Action diurétique des sucres en injections intra-veineuses; — La balnéation dans le traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants; — *Chirurgie :* Contribution au traitement de l'hydrocèle; — *Thérapeutique :* Emploi du créosoforme en chirurgie. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

DEUX CAS D'ÉLONGATION NERVEUSE

(MALADIE DE RAYNAUD ET GANGRÈNE DES EXTRÉMITÉS)

Par R. DE BOVIS,
Professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Reims,
Chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu.

Les tentatives thérapeutiques, plus ou moins négatives dans leurs résultats, pouvant avoir leur intérêt, nous nous autorisons à rapporter les deux faits suivants :

OBSERVATION I. — *Syncope locale des extrémités; élongation nerveuse; disparition des troubles trophiques; persistance d'un certain degré de paresthésie.* — M... Angélique, quarante neuf ans, couturière, entre à l'Hôtel-Dieu de Reims, le 4 octobre 1899, pour des troubles de la sensibilité et de la circulation digitales aux deux mains.

Cette femme offre les apparences extérieures d'une bonne santé. Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. En ce qui la concerne personnellement, elle eut une bronchite, il y a six ans, et une fluxion de poitrine, il y a quatre ans. Pas de tendance habituelle aux engelures.

Elle a perdu un fils (fièvre typhoïde); il avait eu la danse de Saint-Guy pendant son enfance.

État actuel. — Les doigts des deux mains sont rouges, mais sans exagération; quand la malade va dehors, ils deviennent au contraire très pâles, surtout s'il fait un peu froid. L'épiderme qui les recouvre est lisse, un peu luisant; le derme n'est pas épaissi; le tissu cellulaire paraît intact. Par contre, les ongles sont petits, laids, marqués d'assez nombreux sillons longitudinaux et surtout transversaux. A trois ou quatre doigts sur chaque main on trouve de toutes petites tournioles, caractérisées par une petite ulcération, bien légère, peu profonde, situées à l'un des angles du sillon rétro-unguéal, et par de petites taches brunes sous-unguéales.

Les mains transpirent facilement : la paume est moite et, pendant l'examen de la malade, on aperçoit à contre-jour une multitude de petites gouttelettes de sueur à l'extrémité des doigts, notamment sur leur face dorsale.

Les sensibilités tactile, thermique et à la douleur sont intactes au niveau des mains, comme par tout le corps. Cependant, au bout des doigts, du côté de la pulpe, existe très probablement une légère diminution, bien que l'absence d'un æsthésiomètre ne nous ait pas permis d'en préciser le degré; la malade accuse, en effet, la sensation suivante : les bouts de ses doigts lui semblent pour ainsi dire gantés, en sorte qu'elle est fort maladroite quand elle tient une aiguille.

Elle n'a guère de sensation du doigt mort que quand elle va dehors et que sa main se refroidit.

Du côté de l'état général, on note une certaine facilité de transpiration (front), qui est due à la tournure un peu émotive du tempérament de la malade.

Il y a parfois un peu de céphalée vespérale.

Au point de vue moral et psychique, la malade paraît absolument normale, et elle travaille courageusement pour gagner son existence.

Les réflexes sont intacts : la pupille réagit normalement et ne présente pas d'inégalités. Le rachis n'offre aucune incurvation apparente. Quelques varices aux membres inférieurs.

Vers le 12 octobre, nous exécutons, après assentiment de la malade, l'*élongation des nerfs médian et cubital* de chaque côté, immédiatement au-dessus du poignet.

Les jours suivants, on n'observe pas grand changement. Il ne se produit en tout cas aucun trouble nouveau de la sensibilité ou de la circulation. Vers l'époque de la sortie, c'est-à-dire le 30 octobre, les doigts semblent certainement un peu moins rouges : les tournioles sont en régression; par contre, la sensation du « doigt ganté » ne semble pas s'être beaucoup modifiée.

Nous revoyons la malade le 4 janvier 1900. La température extérieure est un peu froide, aussi les doigts, surtout l'index de la main droite, sont pâles et froids. La malade a d'ailleurs toujours froid aux mains, surtout à droite, et ni gants ni manchons n'arrivent à l'en préserver. Ces symptômes ne sont pas nouveaux, mais nous y avions moins prêté d'attention antérieurement, à cause de la différence des saisons.

L'examen objectif de la sensibilité ne montre aucune altération bien nette : cependant les observations de la malade sont un peu plus circonstanciées que précédemment au point de vue subjectif; d'après elle, la sensibilité serait un peu plus délicate sur la face palmaire du médius droit et sur les bords conjugués du médius et de l'annulaire gauches. C'est toujours par le maniement de l'aiguille qu'elle perçoit ces nuances, que nous n'arrivons pas à déceler avec l'exploration de la sensibilité par la pointe d'épingle.

Le doigt médius droit offre une coloration moins pâle que les autres doigts : il est même un peu rougeâtre. Pas de coloration appréciable à la main gauche.

Les tournioles sont absolument guéries et n'ont plus reparu : les ongles sont encore, cela va sans dire, déformés.

La sudation des mains et des doigts a notablement diminué.

Cette observation fut étiquetée « asphyxie locale des extrémités ». Elle en représentait une forme bien légère ; la circulation des doigts semblait un peu retardante ; en été et en automne, il y avait tendance à l'asphyxie et, en hiver, à la syncope locale. Mais ces deux états n'alternaient pas spontanément l'un avec l'autre : leurs variations dépendaient des circonstances météorologiques.

Il y avait, cependant, plus que les phénomènes, qu'on rencontre chez les sujets ayant les mains habituellement froides. Chez ceux-ci, en effet, la main est rougeâtre, même en été : en hiver, elle devient d'un rouge plus foncé ou violacé et il n'y a ni troubles trophiques ni troubles sensitifs.

La symétrie des troubles vasculaires et nerveux permettait d'écarter la néphrite, que repoussait également l'excellent état général de la malade et l'absence d'albumine. En échange, il fallait songer à une lésion cérébrale ou médullaire possible. Mais, ici encore, l'excellent état physique et moral de la malade, malgré un certain degré d'émotivité, empêchait toute hypothèse de cette nature. Pas d'antécédents suggestifs de syphilis, absence de troubles pupillaires, d'incurvations rachidiennes, de désordres des réflexes, d'incoordination, de troubles du langage, etc. ; bref, pas de myélite, de syringomyélie, d'ataxie ou de paralysie générale, etc.

Nous étions donc obligés de nous rejeter sur la maladie de Raynaud.

Étant donné l'incertitude qui règne sur sa nature, on est bien autorisé à quelque empirisme à son égard. Et c'est pour cette raison que nous avons essayé l'élongation des troncs nerveux principaux du membre.

On a vu quel en fut le résultat. Chez notre malade, il y avait en effet trois sortes de troubles : trophiques, circulatoires, tactiles.

Les premiers ont complètement disparu : plus de panaris, plus de sudations exagérées (1), plus d'aspect un peu « glossy » de la peau. Les seconds et les derniers sont restés à peu près sans modification, sauf pour les doigts recevant les toutes dernières ramifications du médian et du cubital.

Mais nous avons dit combien étaient légers, au moins objectivement, les troubles tactiles : nous connaissons, et bien des médecins sans doute connaissent des sujets, dont les doigts, en hiver, s'engourdissent au point de ne fournir que des sensations obtuses, sans qu'au point de vue objectif, il y ait une grosse différence entre ces doigts et leurs voisins. Le trouble tactile, chez notre malade, ne serait-il donc pas uniquement ou à peu près uniquement sous la dépendance des troubles vasculaires ?

Dans cette hypothèse, nous en arriverions à cette conclusion que l'asphyxie locale des extrémités, ou les états s'en approchant, seraient dus à des phénomènes nerveux portant à la fois sur les filets trophiques et les filets vaso-moteurs des extrémités ; que l'élongation est susceptible de modifier heureusement l'état des premiers, compris dans le médian et le cubital ; mais que les seconds, ou bien restent réfractaires, ou bien sont indépendants des nerfs en question. Chez notre malade, si elle acceptait une nouvelle intervention, ou chez les malades similaires, il y aurait donc peut-être lieu de tenter l'élongation nerveuse à un niveau plus élevé, là où l'on serait à peu près sûr d'agir à la fois sur les filets trophiques et *sympathiques* (1) allant aux doigts. Il faudrait, dans cette hypothèse, remonter jusqu'au ganglion cervical inférieur.

(1) Étant donné qu'on décrit ou suppose des nerfs trophiques glandulaires, nous pouvons, en toute hypothèse, cela va sans dire, mettre les troubles sécrétoires à leur compte.

Obs. II. — *Gangrène du pied (syphilis et artério-sclérose?); élongation des tibiaux ; résultat négatif.* — G... Jean, trente-cinq ans, apprêteur, entre à l'Hôtel-Dieu de Reims, en août 1899, pour une gangrène du pied gauche.

Dans les antécédents du malade, la seule chose importante à noter, c'est qu'il a eu la syphilis.

Sa gangrène s'est développée spontanément, fin juillet 1899, et s'est accompagnée de douleurs extrêmement vives, privant le malade de presque tout sommeil, et se faisant surtout sentir à la face plantaire du pied.

La gangrène est de forme plutôt sèche : elle occupe le gros orteil, au moment où le soin du malade nous incombe (1er septembre) : elle commence à envahir les orteils voisins, où se manifestent des plaques brunâtres. Le dos et la plante du pied sont un peu œdématiés, ce qui empêche de percevoir les battements artériels du pied ; ceux du creux poplité existent ; il n'y a aucun trouble de la sensibilité.

Les artères radiales sont un peu indurées ; le sujet n'est pas alcoolique. L'état général, sans être mauvais, n'a rien de brillant : c'est un homme de taille et de constitution médiocres, amaigri et d'aspect un peu sénile, malgré sa jeunesse relative.

Traitement ioduré sans autre résultat qu'une diminution assez sensible des douleurs nocturnes.

La gangrène n'en continue pas moins à faire des progrès : le dos du pied et la plante s'œdématient un peu plus ; les téguments prennent une teinte rouge sombre et l'ulcération sphacélique gagne le dos du pied. Les douleurs nocturnes réapparaissent.

Le 18 septembre, nous pratiquons l'*élongation des nerfs tibiaux antérieur et postérieur*, en arrière de la malléole et au tiers inférieur antérieur de la jambe. Craignant de troubler plus profondément la circulation, nous nous bornons à rechercher les nerfs, sans essayer d'apercevoir les vaisseaux pour juger de leur état. En tout cas, nous ne voyons pas de battements dans la plaie.

Le 26 septembre, les deux plaies semblent guéries *per primam*, et ce, malgré le voisinage des foyers de gangrène.

Mais, au bout d'une quinzaine de jours, les plaies opératoires se désunissent ; la gangrène, pendant ce temps, continuait à envahir le dos du pied, et l'infiltration et la rougeur des téguments s'étendaient jusqu'au tiers inférieur de la jambe.

Le malade ne tira aucun bénéfice de l'intervention, sauf peut-être, les premiers jours, une légère diminution dans les douleurs, qu'il fallut d'ailleurs bientôt calmer par la morphine.

Le 26 octobre, M. le professeur Decès fait l'amputation au lieu d'élection. Guérison parfaite : plus de douleurs.

A notre grand regret et en notre absence, la pièce ne fut pas disséquée. Tout ce que nous savons, c'est que les

(1) Le professeur Grasset considère la maladie de Raynaud comme une névrose sympathique. Les examens histologiques, il faut cependant l'avouer, ont été jusqu'ici négatifs : à notre connaissance, du moins.

lambeaux parurent saigner normalement et il fallut plusieurs ligatures.

Nous ignorons donc quelle put être la cause de la gangrène. Elle pouvait être mixte : notre malade, à en juger par l'état de ses radiales, était quelque peu artério-scléreux; d'autre part, il avait eu la vérole, et si l'iodure n'influa nullement sur la gangrène, il calma temporairement les douleurs. Il y avait peut-être, à la fois, syphilis et sclérose du système vasculaire ou même nerveux du pied ou du tiers inférieur de la jambe.

C'est dans cette hypothèse que nous avons tenté, très empiriquement et sans grande confiance d'ailleurs, l'élongation des nerfs du tiers inférieur de la jambe. Le résultat en fut nul.

Cette opération a sans doute déjà été faite plusieurs fois; en tout cas, M. O. Gueilliot, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Reims, a bien voulu nous dire qu'il l'avait autrefois tentée, sans plus de succès, dans un cas de gangrène sénile des extrémités.

On a exécuté en des circonstances analogues la névrotomie.

Dans un cas de Verneuil et dans un autre de Panas, les douleurs persistèrent après l'intervention; mais, chose curieuse, elles disparurent ensuite, grâce à l'emploi de l'hyosciamine dans le premier cas, du salicylate de soude dans le second (1). Quénu (2) fut cependant plus heureux : la gangrène, après la névrotomie, cessa de progresser. Nous ignorons si l'élongation sera toujours aussi impuissante que dans notre cas et celui de M. O. Gueilliot; mais il y a, il faut l'avouer, peu de chances à supposer le contraire.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(6 FÉVRIER 1900)

M. Gautier continue ses **recherches sur la présence de l'arsenic dans l'organisme**. Il a déjà montré que l'arsenic existait, à l'état complexe, dans la glande thyroïde. Il était intéressant de savoir si l'on n'en trouverait pas dans les autres organes.

La peau, les poils, les cheveux, les cornes des animaux contiennent de l'arsenic; il en est de même de la glande mammaire, du lait, des os. Quant au cerveau, cela est douteux.

En résumé, voici les organes dans lesquels M. Gautier, par son procédé de recherche, a pu déceler la présence de l'arsenic : ce sont la glande thyroïde, dans laquelle on en trouve constamment; les mamelles, le cerveau (douteux), le thymus, les poils, les cheveux, les cornes, le lait et les os. Le foie, la rate, les reins, les testicules, la glande pituitaire n'en contiennent pas. Le pancréas n'en contient que des traces infinitésimales; les muqueuses, l'intestin, le tissu cellulaire, les lymphatiques, les glandes salivaires, la moelle osseuse n'en contiennent pas non plus.

D'où vient cet arsenic? Comme sources alimentaires, on trouve le navet, les choux, les pommes de terre, les tiges de quelques graminées, le lait et le thymus. Le jaune d'œuf, le poisson n'en contiennent pas.

Au point de vue médico-légal, il ressort ce fait, des recherches de M. Gautier, que si on trouve de l'arsenic dans l'estomac, dans l'intestin ou dans le foie, c'est qu'il y a été introduit criminellement, puisqu'à l'état physiologique ces organes n'en contiennent pas.

M. Lagrange (de Bordeaux) fait une communication sur la **pathogénie des kystes de l'iris**. Les kystes de l'iris d'origine épiblastique, dit-il, ou kystes à épithélium ne sont pas tous d'origine traumatique; il en est qui sont d'origine congénitale et qui sont formés par un épithélium resté accidentellement accolé à l'iris pendant le développement de la vésicule optique secondaire. L'auteur en a observé un cas très démonstratif dont il soumet à l'Académie l'histoire complète. Les kystes contenant un liquide séreux, bien transparent, remplissent complètement la chambre intérieure; il a pu être excisé avec un succès complet et l'examen histologique a montré que sa paroi était tapissée par plusieurs rangées d'épithéliums stratifiés. Cet épithélium reposait sur la surface antérieure de l'iris; il était séparé de l'uvée par le stroma irien et par conséquent paraissait n'avoir aucun rapport avec l'épithélium rétinien.

On peut admettre qu'il s'agit en pareil cas, dans l'iris, d'une ébauche de kyste dermoïde.

Il existe dans la science une seule observation comparable à celle-ci et encore est-elle beaucoup moins démonstrative au point de vue de l'origine de l'épithélium.

Tout le reste de la séance a été occupé par des élections. L'élection d'un membre titulaire dans la section d'obstétrique a demandé trois tours de scrutin et au dernier tour, M. Champetier de Ribes ne l'a emporté que d'une voix sur M. Doléris.

MM. Mendelssohn (de Saint-Pétersbourg) et Stoïcesco (de Bucarest) ont été élus membres correspondants étrangers.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Le rachitisme : symptômes, endémicité et rapports avec l'humidité « relative », par O. E. HAGEN-THORN. — Au point de vue clinique, l'auteur remarque que le rachitisme est beaucoup plus précoce que l'on ne croit. On le fait généralement dater des premières lésions osseuses, qui, elles, n'apparaissent que quand l'enfant commence à s'asseoir ou à marcher. Mais, dès les premiers mois de la vie, on observe une série de troubles, constituant soit la forme initiale, soit la forme fruste de la maladie. La *bronchite rachitique* apparaît sans cause appréciable : la toux n'est jamais ni bien violente ni bien fréquente : elle se montre surtout au réveil ou dans le premier sommeil. Il y a en même temps de la trachéite, et une expectoration muqueuse; par contre, l'auscultation est négative, le catarrhe dure ainsi des semaines et des mois, sans mûrir. Les *troubles intestinaux* sont la diarrhée et souvent des constipations opiniâtres : les selles sont aqueuses, jaunes, quelquefois verdâtres, grumeleuses et fétides.

Il y a du tympanisme et des coliques. La *rate* est hypertrophiée, le foie généralement normal. Sueurs du côté de la tête et des mains. Eczémas, otites, adénites etc., se développent très facilement chez ces enfants maigres, à peau flétrie. L'insomnie, la tristesse leur est habituelle. Les urines sont abondantes. Le faux croup, les convulsions, l'éruption difficile et tardive des dents complètent la série des maux qui les menacent. Dans la seconde partie, très documentée, de son travail, l'auteur passe en revue l'étiologie admise du rachitisme et la trouve insuffisante : l'alimentation défectueuse a été incriminée notamment par M. Comby et Joukobskyi; mais les chiffres de Joukobskyi lui-même

(1) VERNEUIL. *Mémoires de chirurgie*, cité d'après DE VIVILLE, Th. de Paris, 1888-1889, n° 14, p. 61. — PANAS. Acad. de méd., 10 juillet 1894.

(2) QUÉNU. Acad. de méd., 3 juillet 1894 : rapport de Verneuil.

prouvent que le rachitisme est aussi fréquent chez les sujets nourris au sein que chez ceux qui ne le sont pas. La classe riche de Pétersbourg est presque aussi frappée que la classe ouvrière, dans laquelle la proportion des rachitiques atteindrait 95 p. 100.

Enfin, dans certains districts l'auteur a vu le rachitisme faire défaut, alors même que les conditions climatériques et hygiéniques semblent détestables. D'une étude géographique, météorologique et physiologique soignée, l'auteur conclut que le rachitisme constitue une véritable endémie, en relation avec l'*humidité relative*. L'humidité relative est le rapport existant entre la quantité de vapeurs existant dans l'air et celle nécessaire pour la saturation. On s'explique ainsi les variations d'une province à l'autre et même d'un quartier à l'autre, les variations saisonnières, le rôle de l'habitat, etc. Les variations hygrométriques auraient pour effet de troubler les échanges organiques par les variations de la perspiration cutanée.

Là où l'humidité relative dépasse 80 p. 100, le rachitisme constitue un état qu'on pourrait à la rigueur appeler physiologique (65 à 95 p. 100 d'enfants atteints : Pétersbourg, Riga, par exemple); là où elle n'atteint que 70 ou 80 p. 100, le rachitisme ne se rencontre que chez les sujets particulièrement misérables. Enfin, au-dessous de 70 p. 100, le rachitisme devient exceptionnel. (*Vratch*, 1899, n[os] 43 et 44, p. 1258 et 1288.) R. DE B.

La glycosurie alimentaire chez les rachitiques, par M. Nobécourt. — On admet, généralement, que le rachitisme est le résultat d'une toxi-infection d'origine digestive, mais, avant de se diffuser dans l'organisme, les produits anormaux, fabriqués dans l'intestin, traversent le foie, qui doit être troublé dans son fonctionnement.

Sur 12 rachitiques âgés de douze à vingt-cinq mois, M. Nobécourt a constaté 7 fois la glycosurie alimentaire, avec des doses de glucose qui ne la provoquaient pas chez des enfants normaux ou présentant des stigmates de syphilis héréditaire.

D'une façon générale, la glycosurie alimentaire est plus fréquente chez les enfants qui offrent des déformations accentuées du squelette, que chez ceux qui ont des déformations légères.

Ces faits semblent établir l'existence d'une relation très étroite entre le rachitisme et la glycosurie alimentaire. (Soc. de biol., janvier 1900.) F. R.

Action diurétique des sucres en injections intra-veineuses (1), par J. Arrous. — La thèse de M. le docteur Arrous complète les communications qu'a faites l'auteur à la Société de biologie (nov. 1899) et à l'Académie des sciences (nov. 1899) en collaboration avec M. Hédon.

Un premier point important c'est que les sucres, ceux-là surtout qui sont d'un usage plus habituel, ne sont toxiques qu'à des doses très élevées. Le sucre de canne, la lactose ne produisent aucun accident, ni immédiat, ni éloigné, lorsqu'on les injecte à la dose de 25 grammes par kilogramme.

Pour déterminer la diurèse sans déperdition de liquide par l'organisme, il faut s'adresser aux solutions diluées (10 p. 100); avec des concentrations de 25 à 50 p. 100, on peut enlever à l'organisme des quantités plus ou moins fortes de liquides.

La polyurie provoquée par les sucres se produit dans toute son intensité quand l'injection est faite avec une très grande lenteur; l'injection lente présente de plus l'avantage de diminuer la toxicité des solutions sucrées.

La polyurie provoquée par le sucre se produit après section de la moelle, après énervation des reins; elle est donc, jusqu'à un certain point, indépendante des conditions d'innervation.

Une constatation importante pour la clinique, c'est que les sucres ne paraissent pas produire d'accidents lorsqu'on s'oppose à leur élimination par le rein (extirpation des reins et ligature du pédicule rénal).

L'auteur a utilisé ces diverses données chez deux malades auxquels il a pratiqué une injection de sérum artificiel renfermant des doses assez fortes de sucre de canne ou de lactose (Arrous et Jeanbrau, *Montpellier médical*, 12 novembre 1899). La polyurie s'est produite très rapidement et l'élimination a atteint un chiffre très élevé.

Les résultats de ces recherches nous paraissent présenter un réel intérêt clinique : nous pensons qu'il y a lieu d'utiliser cette nouvelle méthode dans les diverses anuries, en raison de son efficacité et de son innocuité. L. I.

(1) Th. de Montpellier, 1900.

La balnéation dans le traitement de la fièvre typhoïde chez les enfants. — Au début de l'année à la suite d'une communication de M. Glénard (de Lyon), une discussion a été ouverte à la Société de pédiatrie sur cette question dont l'intérêt est tout d'actualité. M. Ausset (de Lille), prenant la parole à son tour, a prononcé un énergique plaidoyer en faveur de la balnéation.

Il est d'avis qu'il faut baigner *systématiquement toutes* les fièvres typhoïdes, mais qu'il faut savoir doser le bain, comme on dose les médicaments suivant l'âge du malade. La balnéation agissant surtout sur le système nerveux, « c'est par l'intermédiaire de ce système nerveux que l'on voit ultérieurement la température s'abaisser, la respiration et la circulation se régulariser, le rein s'ouvrir largement et toutes les sécrétions en général s'accélérer. Or, plus l'enfant est jeune plus son système nerveux s'agite vite et énergiquement; et cette réaction est d'autant plus aisée à obtenir que l'on a affaire à un sujet plus jeune. »

S'il faut baigner systématiquement les enfants, il est inutile, dans beaucoup de cas, de donner les bains aussi froids que le veut la méthode de Brand. L'action cherchée sur le système nerveux et sur la circulation s'obtient assez aisément par les bains à 26 ou 28 degrés. Il faut faire une exception pour les cas graves qui ne s'améliorent pas dès les premiers de ces bains; alors il faut donner le bain de plus en plus froid pour arriver à la méthode de Brand dans toute sa rigueur. M. Ausset n'a jamais vu d'accidents, même avec cette dernière méthode, et s'il ne l'emploie pas d'emblée, c'est parce qu'elle est un peu pénible pour l'enfant et son entourage, et que l'on peut souvent obtenir aussi bien avec des bains moins froids.

Tout ceci ne s'applique d'ailleurs qu'à l'enfance. Dès qu'on approche de l'âge adulte, la méthode de Brand d'*emblée* reprend tous ses droits. (*Echo méd. du Nord*, 28 janvier 1900.) F. R.

CHIRURGIE

Contribution au traitement de l'hydrocèle, par M. Ugo Arturo Betti (d'Arrezzo). — L'auteur rapporte deux observations d'hydrocèle dans lesquelles il fit une ponction exploratrice de 1 centimètre cube de liquide, avec une seringue de Pravaz, dans le but de confirmer son diagnostic.

Dans les deux cas les malades guérirent rapidement sans autre traitement.

M. Betti conclut de ces faits, que l'on doit dans toutes les hydrocèles pratiquer l'aspiration d'une petite quantité du liquide au moyen d'une ponction exploratrice. On a là un moyen simple et sans danger qui dans bien des cas, à la campagne en particulier, pourra rendre de réels services. S'il ne réussit pas, il sera toujours temps d'en venir au traitement classique. (*Gazz. degli Ospedali e delle Clin.*, 21 janvier 1900.) L. G.

THÉRAPEUTIQUE

Emploi du créosoforme en chirurgie, par M. E.-A. PETIT. — Ce nouvel antiseptique, qui n'a guère que deux ans d'existence, résulte de la combinaison de l'aldéhyde formique et de la créosote de bois de hêtre. Il se présente sous l'aspect d'une poudre sans saveur, sans odeur et non toxique. Il serait en outre relativement d'un prix moins élévé que l'iodoforme et ses succédanés.

M. Petit, dans sa consciencieuse étude sur le créosoforme, rapporte une quinzaine d'observations très instructives. Il montre en particulier les précieux services que cette association de formol et de créosote peut rendre, principalement à la campagne, pour les tuberculoses osseuses et cutanées bien limitées.

Dans tous les cas où une intervention chirurgicale est indiquée, le praticien isolé pourra tirer grand bénéfice d'insufflations de créosoforme sur les foyers tuberculeux.

M. Petit se propose d'ailleurs de continuer ses intéressants travaux à ce sujet. (Th. de Paris, Jouve et Boyer, 1900.)

F. L.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique médicale (1), par le docteur VIRES.

De ces leçons, les plus importantes sont consacrées à la maladie de Basedow et à la maladie de Parkinson.

Décrivant la maladie de Basedow, l'auteur, après une longue étude des symptômes essentiels, insiste, parmi les symptômes secondaires, sur les crises diarrhéiques importantes dans les formes frustes et comme signe précurseur; et sur les paraplégies, les unes par lésions organiques, les autres qui sont des paraplégies — névroses, hystériques ou non. Quand aux troubles intellectuels, ils tiennent à des maladies surajoutées.

Deux théories pathogéniques restent en présence : la théorie nerveuse et la théorie humorale qu'adopte l'auteur.

La médication thyroïdienne a des effets variables : mauvaise quand il y a hyperthyroïdisation, elle devient bonne quand il y a hypothyroïdisation, car le myxœdème et la maladie de Basedow coexistent et se succèdent. Les interventions chirurgicales portant directement sur la glande, toujours dangereuses, doivent être rejetées; les résections partielles ou totales du sympathique cervical ont donné des résultats encourageants.

Dans les leçons sur la maladie de Parkinson, il faut citer surtout les travaux personnels de l'auteur, ses recherches sur le syndrome urinaire et son essai de physiologie pathologique : le tremblement et la contracture traduisent une excitation du tonus, et, par suite, une lésion des neurones automatiques et régulateurs ponto-bulbaire (excitateur) et ponto-cérébelleux (inhibiteur) qui, à l'état sain, maintiennent le tonus dans les limites de tension normale.

Dans l'étiologie rentre parfois la diathèse rhumatismale : c'est dans de tels cas que la médication antiarthritique a donné au professeur Pierret des cures remarquables.

Citons enfin les leçons sur les paralysies funiculaires du facial, sur les myélopathies syphilitiques, sur les crises gastriques, le myxœdème, au diagnostic duquel peut concourir la radioscopie qui met en évidence l'absence de déformations osseuses.

Le livre est clos par un chapitre de pathologie générale, écrit sous l'inspiration de M. Vires par M. Salager, qui, reprenant l'histoire de l'antagonisme entre la tuberculose et l'arthritisme, montre le rôle prépondérant de l'organisme dans la réalisation des maladies.

Chacune de ces leçons de clinique médicale est une étude très complète, toujours claire, malgré la complexité des sujets traités; la facilité du style, le soin de l'édition, et les belles planches photographiques qui illustrent l'ouvrage en rendent la lecture des plus attrayantes.

L. B.

(1) In-8°, 6 pl. hors texte. Prix : 7 francs. — Montpellier, Coulet et fils; Paris, Masson et Cie.

Anatomie clinique des centres nerveux (1), par le professeur GRASSET.

Les recherches de ces dernières années ont profondément modifié les idées sur la structure du système nerveux, et définitivement établi l'importance fondamentale de l'unité élémentaire nerveuse, du neurone. Aussi l'anatomie des centres nerveux doit-elle commencer par une étude détaillée de ces neurones, des connexions qu'ils affectent entre eux, de leur groupement en systèmes.

L'appareil nerveux central de la motilité et de la sensibilité générales est constitué par quatre groupes de neurones : les neurones inférieurs, les premiers et deuxièmes neurones de relais, les neurones supérieurs. Dans le groupe inférieur, les neurones moteurs sont séparés des neurones sensitifs : ils sont directs et présentent une distribution radiculaire. Ces premiers neuromes de relais sont situés dans la substance grise bulbo-médullaire; leur distribution est segmentaire.

Les deuxièmes, croisés, occupent la protubérance, les corps striés, les couches optiques. Enfin, les neurones supérieurs siègent dans l'écorce de la zone périrolandique; ils sont, eux aussi, croisés et à distribution segmentaire. Au-dessus de tous ces étages de l'appareil sensitivo-moteur général, se place une région, de siège anatomique peu connu, mais d'existence certaine, où arrivent les impressions centripètes conscientes, et d'où émanent les ordres spontanés et libres pour les excitations centrifuges.

L'appareil nerveux central de la vision comprend : 1° un appareil sensitivo-moteur principal; 2° un appareil sensitivo-moteur accessoire.

1° L'appareil sensitivo-moteur est formé de plusieurs étages de neurones, auxquels correspondent les réflexes inférieurs et supérieurs (automatiques). Il doit, là encore, y avoir un centre plus élevé où aboutissent les perceptions conscientes, et d'où partent les impulsions volontaires. Les voies centripètes de cet appareil sont les nerfs hémioptiques, droit et gauche, chacun conduisant à l'hémisphère homonyme les impressions d'une moitié latérale des deux rétines. Les voies centrifuges sont formées : pour la direction du regard, par les nerfs hémioculo-moteurs, les nerfs rotateurs de la tête, et les nerfs directeurs en haut et en bas; pour la protection de l'œil par les nerfs des paupières et de la pupille; pour l'accommodation, par les nerfs antagonistes qui modifient la courbure du cristallin.

Le polygone qui réunit tous les centres sensorio-moteurs de la vision semble occuper le grand centre postérieur d'association de Flechsig.

2° Quant à l'appareil sensitivo-moteur, c'est plutôt une annexe de l'appareil visuel.

M. Grasset étudie ensuite l'appareil nerveux central de l'ouïe, du goût, de l'odorat. L'appareil central du langage comporte un centre supérieur, mental, dont le siège anatomique n'est pas connu; des centres automatiques spéciaux; des voies efférentes qui commencent à ces neurones corticaux d'exécution et, après avoir traversé le centre ovale, aboutir aux noyaux bulbaires qui constituent un important centre de relais, où l'articulation du mot se coordonne.

Le livre de M. Grasset, qui se termine par l'exposé des appareils nerveux centraux de la vie végétative, résume, avec une élégance clarté, les idées régnantes sur la structure du système nerveux; il mérite de figurer au premier rang des actualités médicales.

L. B.

(1) In-16. Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

1. M. Bizard. Les injections intra-cérébrales. — 2. M. Jeannerat. Contribution à l'étude de l'hérédité paratuberculeuse. —3. M. Monel. Contribution à l'étude de l'infection tuberculeuse des reins. — 4. M. Colmaire. De la panniculite en gynécologie. — 5. M. Surre De l'expulsion du sac amniotique intact avec ou sans rétention du placenta. Considérations médico-légales. — 6. M. Maquart. Contribution à l'étude du traitement de l'infection vésicale par la taille hypogastrique. — 7. M. Guibert. Traitement de la syphilis tertiaire par les injections d'huile ricordinée de mercure. — 8. Mlle Bourdes. Ce qu'on pense de la fièvre ganglionnaire. — 9. M. Fèvre. Du mariage des épileptiques. — 10. M. Angeli. Contribution à l'étude des rash scarlatiniformes dans la fièvre typhoïde. — 11. M. Leroux. Les arthrites à pneumocoques. — 12. M. Bernheim. L'opération de Schrœder. Son influence sur la conception, la grossesse et l'accouchement. — 13. M. Weill. Des différentes méthodes employées pour provoquer l'accouchement. — 14. M. Launay. Contribution à l'étude des arthropathies et des hématomes chez les hémophiles. — 15. M. Bétuel. Déplacements passifs de l'humérus consécutifs aux traumatismes. — 16. M. Monod. Des fistules urinaires ombilicales dues à la persistance de l'ouraque. — 17. M. Ardouin. Pathogénie et traitement des abcès froids de la paroi thoracique. — 18. M. Fleys. Contribution à l'étude des ruptures spontanées des voies biliaires. — 19. M. Mével. Contribution a l'étude de l'alcoolisme chez le marin breton. — 20. M. Amieux. Sur quelques cas d'affections spasmo-paralytiques partant de l'enfance. — 21. M. Brochard. De l'obstruction intestinale par les calculs biliaires. — 22. M. Moinard. Contribution à l'étude des luxations totales et compliquées de l'astragale. — 23. M. Arin. Traitement des gangrènes limitées dans l'étranglement herniaire par le procédé de l'enfouissement. — 24. M. Thabuis. Contribution à l'étude des salicylates de bismuth, de l'acide salicylique et de la diathèse urique. — 25. M. Solelis. Du vomissement périodique chez les enfants. — 26. M. Chapron. Le purpura rhumatoïde. — 27. M. Boutin. Contribution à l'étude de la tuberculose primitive de la rotule.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'Internat.— *Épreuves orales.* — Séance du 5 février. — Questions données : « Valvule mitrale. — Signes et complications du rétrécissement mitral. »

MM. Bouchet, 18 + 15 = 33 ; Menet, 15 + 17 = 32; Mettey, 18 + 14 = 32 ; Gauckler, 16 + 14 = 30 ; Français (H.), 15 + 14 = 29 ; Dreyfus-Rose, 17 + 10 = 27 ; Verliac, 16 + 11 = 27 ; Coudert, 15 + 11 = 26 ; Dauzats, 16 + 9 = 25 ; Marcland, 14 + 5 = 19.

Séance du 6 février. — Questions données : « Veine jugulaire interne. — Anévrisme artério-veineux. »

MM. Vivier, 21 + 17 = 38 ; Vinsonneau, 19 + 14 = 33 ; Delaunay, 16 + 14 = 30 ; Bloch-Maurice, 17 + 12 = 29 ; Gimbal, 18 + 11 = 29 ; Laborde, 14 + 5 = 19.

Marine. — MM. les médecins de deuxième classe Castaing, Chalibert, Berger et Chagnolleau sont désignés pour remplacer respectivement, le premier : M. Porte, au 9e d'infanterie de marine, au Tonkin ; le deuxième, M. Reygondaud, au 11e léger, Cochinchine ; le troisième, M. Feraud, au 3e tirailleurs tonkinois, au Tonkin ; le quatrième, M. Regnault, au 10e d'infanterie de marine, en Annam.

M. Martel, médecin de première classe, est désigné pour remplacer au service des troupes, en Crète, M. le docteur Barthélemy.

M. Du Bois Saint-Sévrin, médecin de première classe du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer, sur le *Calédonien*, M. le docteur Touchet.

M. Rousseau, médecin de deuxième classe, est désigné pour remplacer au dépôt des équipages de la flotte, à Lorient, M. le docteur Boyer, décédé.

M. Nodier, médecin principal, est désigné pour remplacer sur le *Bouvet* M. le docteur Thémoin.

M. Dollieule, médecin principal, est désigné pour remplacer au 4e d'infanterie de marine, à Toulon, M. le docteur Prat.

MM. les docteurs Rousseau, Lorans et Ayraud, ont été nommés à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine.

M. Mieffer, médecin de première classe, est désigné pour remplacer, au 11e d'infanterie de marine, en Cochinchine, M. le docteur Audiat.

M. Thermoroant, médecin principal, passe au 2e régiment d'infanterie de marine en remplacement de M. le docteur Alix, affecté au cadre général à Brest.

Institut national antituberculeux. — M. Fleury-Ravarin, député du Rhône, vient de déposer sur le bureau de la Chambre une proposition de loi tendant à créer un institut national antituberculeux, ayant pour objet l'étude de la prophylaxie de la tuberculose et la recherche expérimentale des moyens de la guérir.

La Société lyonnaise de tuberculeux indigents prendrait à sa charge les frais de construction de l'Institut qui serait annexé au sanatorium d'Hauterive; l'État s'associerait à cette œuvre en donnant au nouvel établissement le titre de « national » et en lui attribuant une subvention annuelle de 15000 francs.

Création de chambres mortuaires à Paris. — Le Conseil municipal vient d'être saisi d'une proposition de création, dans chacun des arrondissements de Paris, de « chambres mortuaires » où les familles nécessiteuses pourraient déposer et veiller leurs défunts.

L'épidémie de Bar-le-Duc. — Voici, d'après une note Havas, quelle est exactement la situation : il y a eu, depuis trois mois, environ 40 cas de fièvre typhoïde au régiment, dont 7 suivis de décès; il y a présentement environ 20 malades. L'épidémie a donc subi une décroissance très marquée.

La peste. — A Oporto, depuis le commencement de l'épidémie, il y a eu 309 cas et 113 décès.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Coste, ancien sénateur de l'Yonne; Antoine Ollivier, décédé à Grasse à l'âge de soixante et onze ans.

Muséum. — M. H. Becquerel, professeur de physique appliquée, a commencé son cours le lundi 5 février 1900, à une heure de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

La clinique du docteur Camille Miot (maladie des oreilles, du nez, de la gorge et du larynx) est transférée, 16, rue Dauphine, à partir du 15 février.

Consultations gratuites, le mardi, de midi à deux heures ; — particulières, le lundi soir, de huit heures à dix heures ; le jeudi, de midi à deux heures.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Revue générale. Cancer du gros intestin, par M. H. Lardennois, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien des hôpitaux de Reims. — Séance de la Société de chirurgie. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Cancer du gros intestin.

Par M. H. Lardennois, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien des hôpitaux de Reims.

La chirurgie du tube digestif a fait dans ces derniers temps de grands progrès. Tout comme le cancer de l'estomac, le cancer de l'intestin depuis quelques années a été l'objet de tentatives assez heureuses de traitement radical. Au XXVIIe congrès des chirurgiens allemands, Gussembauer et von Brahman (1) ont apporté et par séries des résultats vraiment remarquables. Tous ces faits ont attiré l'attention sur cette affection jusqu'ici assez peu étudiée. L'inefficacité de la thérapeutique rendait à peu près inutile l'observation clinique. Aujourd'hui l'assurance d'une guérison possible et d'un soulagement certain apportés par l'intervention chirurgicale, doivent déterminer le médecin à faire tous ses efforts pour arriver à mieux connaître les débuts du mal, ses manifestations et les diverses phases de son évolution.

I

Fréquence. Étiologie. — Le cancer de l'intestin siège presque toujours au niveau du gros intestin, sur les côlons et sur le rectum. L'épithélioma du rectum, d'ailleurs, ne rentre pas dans le cadre de cette étude. Il est bien connu depuis longtemps. D'après sa situation il peut être plus facilement examiné et exploré. Le manuel opératoire des interventions est tout différent.

La localisation sur le gros intestin est moins fréquente que la localisation à l'estomac ou au rectum. On la rencontre pourtant assez souvent comme l'ont établi Leichtenstein (2) et plus récemment Ruepp (3). D'ailleurs nous avons pu réunir 254 observations de cure chirurgicale (4).

L'épithélioma est plus commun après quarante ans. Comme pour tous les néoplasmes son étiologie est bien ma connue. On retrouve assez souvent l'influence de l'hérédité, surtout de l'hérédité maternelle. Albu et Polnow (1) puis Boas (2) [illegible] tions chroniques répétées ont peut-être une influence plus considérable comme pour le cancer des fumeurs et le cancer des ramoneurs, soit que l'on considère l'épithélioma comme une simple aberration histologique, soit que l'on admette qu'il est dû à un parasite introduit par l'ingestion de certains aliments. Dans les antécédents des malades on remarque presque toujours une constipation prolongée. Volkmann depuis longtemps a fait remarquer la fréquence des localisations de l'épithélioma au niveau de l'S iliaque, des coudures du côlon et au niveau de la valvule de Bauhin (3). « C'est là, dit-il, que la muqueuse intestinale a le plus et le plus longtemps à souffrir des lésions irritatives causées par l'accumulation des scybales durcies chez les constipés. »

II

Anatomie pathologique. — Le cancer du gros intestin est toujours un épithélioma cylindrique. On a rencontré au niveau des côlons, beaucoup plus rarement d'ailleurs, d'autres néoplasmes, le sarcome (4) et le lymphadénome (il faut peut-être dire aujourd'hui tuberculose à forme hypertrophique). On doit les distinguer du cancer proprement dit qui dérive du revêtement épithélial de l'intestin et surtout des glandes de Lieberkühn.

D'après l'aspect des éléments cellulaires et aussi de leur groupement, d'après la disposition et le développement du stroma conjonctif qui les entoure, on a reconnu deux formes différentes :

1° *L'épithélioma à forme glandulaire* ou épithélioma cylindrique typique que l'on rencontre le plus souvent et qu'on nomme encore adéno-carcinome (5).

2° *L'épithélioma diffus ou atypique* qui correspond à l'ancien carcinome.

(1) Séance du 16 avril 1898.

(2) Leichtenstein cité par Haussmann. *Contribution à l'histoire du cancer du gros intestin*, Th. de Paris, 1882.

(3) P. Ruepp. *Ueber Darmkrebs mit Ausschluss des Mastdarmkrebses*, Th. Zurich., 1895.

(4) Lardennois. *Traitement chirurgical du cancer du gros intestin*, Th. de Paris, 1899.

(1) Albu et Polnow. Soc. de méd. int. de Berlin, 5 juillet 1897.

(2) Boas. *Deutch med. Wochens.*, 28 octobre 1897.

(3) Le cancer de l'appendice est très rare, son évolution est toute particulière; il a été étudié par Lafforgue, Th. de Lyon, 1893.

(4) Le sarcome de l'intestin a été récemment l'objet de monographies très intéressantes. Voir Mermet. Soc. anat., novembre 1896. — Ablon. *Sarcome de l'intestin*, Th. de Paris, 1897. — Vialard-Goudou. *Du sarcome primitif de l'iléon*, Th. de Bordeaux, 1898.

(5) G. Hauser. *Cylinderepith des Magens und des Dickdarms*, Th. Iéna, 1890.

Examen histologique. — Sur une coupe d'épithélioma *typique* on aperçoit, dans un tissu conjonctif plus ou moins serré, des tubes pseudo-glandulaires possédant une lumière centrale et bordés d'épithélinm cylindrique. Ces tubes s'enfoncent peu à peu et dépassent la *muscularis mucosæ*. C'est ce qui les sépare des adénomes. De plus, il y a souvent en certains points plusieurs assises de cellules ou du moins une assise à plusieurs noyaux. Les noyaux vus à un grossissement considérable sont inégaux, très vivement colorables, ce qui est en rapport avec leur énergie proliférante. La forme *atypique*, le carcinome, est moins fréquente. On n'aperçoit plus de tubes pseudoglandulaires, mais des cylindres pleins, des masses inégales déformées par pression réciproque, remplissant des alvéoles limitées par du tissu conjonctif. L'absence de lumière dans les cordons cellulaires et l'aspect alvéolaire caractérisent le carcinome.

De plus, le tissu conjonctif ne demeure pas indifférent. Entre les culs-de-sac pseudoglandulaires de l'épithélioma typique, autour des cordons et des masses cellulaires irrégulières du carcinome, se manifeste une infiltration de tissu embryonnaire, parfois très abondante. Elle donne naissance à des travées épaisses et à un stroma plus ou moins dense et fibreux.

Selon la prépondérance du stroma conjonctif ou de l'élément épithélial, la tumeur offre une consistance plus ou moins dure. C'est tantôt le squirre et tantôt le cancer encéphaloïde. Enfin dans certaines variétés, une dégénérescence spéciale des cellules les transforme en une substance gélatineuse ou colloïde. C'est le cancer colloïde.

Ce qu'il y a de particulier dans le cancer du gros intestin, c'est qu'il évolue dans un milieu septique. Il est rapidement un épithélioma infecté. A la pullulation des cellules néoplasiques s'ajoutent les réactions phagocytaires, et comme dans tout processus inflammatoire, on retrouve la prolifération excessive des éléments conjonctifs jeunes et l'infiltration des tissus par des nappes de cellules embryonnaires.

Comme l'ont fait remarquer déjà Quénu et Landel (1) pour le rectum, l'ulcération de la muqueuse intestinale peut être due non pas seulement à son envahissement par les cordons épithéliaux, mais aussi à la formation de petits abcès qui décollent le chorion et qui s'ouvrent dans la lumière du canal. Enfin, quand le cancer est ulcéré, il est exposé à l'invasion des nombreux germes de la flore intestinale. L'élément septique et l'élément néoplasique se développent parallèlement. Les parois intestinales infiltrées de cellules embryonnaires paraissent épaissies et envahies à distance; les ganglions voisins peuvent être tuméfiés. On croit à une rapide diffusion du néoplasme et il s'agit simplement de péricolite et de lymphangite infectieuses.

Aspect anatomique de la tumeur. — Quand on cherche la tumeur, après la laparotomie, selon les cas, tantôt on la trouve libre et à découvert, tantôt, au contraire, elle est entourée d'adhérences et accolée plus ou moins étroitement aux anses intestinales voisines ou à l'épiploon épaissi.

Au début, le cancer primitif se présente sous la forme de noyaux isolés ou de plaques plus ou moins larges, mais presque fatalement il tend à devenir annulaire en suivant les voies lymphatiques disposées en demi-cercles autour du tube intestinal. Sur 188 cas d'autopsie, Haussmann (2) compte 170 cancers annulaires. L'encéphaloïde et surtout la variété colloïde peuvent donner lieu à des tumeurs de volume considérable. Certaines formes annulaires peuvent être très étendues et envahir jusqu'à 15 et 23 centimètres d'instestin. Le plus souvent les lésions sont plus circonscrites, et dans les observations, la tumeur est comparée à un gros œuf ou à un petit poing.

(1) Quénu et Landel. *Rev. de chir.*, déc. 1897.

(2) Haussmann. Loc. cit.

Dans certains cas, la néoplasie a envahi toute l'épaisseur de la paroi. La tumeur présente une surface externe irrégulière, mamelonnée, hérissée de bosselures saillantes, traversée par des sillons cicatriciels. Vue par sa face interne, la masse cancéreuse varie selon sa structure histologique. Très souvent la muqueuse est soulevée par des champignons, des saillies irrégulières en forme de choux-fleurs, présentant une coloration plus blanche au centre, plus rouge à la périphérie. Des ulcérations peuvent se produire. Elles sont plus ou moins étendues. Déchiquetées, infectées, suintantes, à fond irrégulier et pulpeux, leurs bords sont soulevés, décollés et tuméfiés.

Les localisations peuvent être multiples, qu'il y ait simple coïncidence ou plutôt greffe et ensemencement secondaire (1). Le chirurgien doit être prévenu de cette particularité, exceptionnelle d'ailleurs.

Une dernière variété plus fréquente et plus favorable au traitement chirurgical est le squirrhe annulaire. La néoplasie sur certaines pièces semble limitée, cloisonnée, enfermée par du tissu conjonctif fibreux, qui s'oppose à sa diffusion et qui ralentit sa marche envahissante. Haussmann rapporte que, dans dix cas, la lésion était tellement circonscrite que « l'intestin semblait avoir été simplement étranglé par une ligature ». Ruepp (2) rappelle un certain nombre de faits du même ordre. Angelesco (3), Griffon (4), Remy (5) et nous-même (6) avons présenté récemment à la Société anatomique de belles pièces qui sont la signature d'un processus de réaction et de défense de l'organisme. Ces lésions si limitées paraissent facilement justiciables de l'extirpation. *De tels malades meurent de complications d'obstruction alors que la cure radicale paraît encore aisée et efficace.*

Évolution. Généralisation. — Quand le malade ne meurt pas de complications, ce qui est le cas le plus fréquent, la néoplasie évolue plus ou moins lentement. Dans des cas très rares et probablement assez anciens, on a pu trouver l'envahissement de tout l'abdomen. Tout le péritoine est alors semé de petites taches en relief que l'on a comparées *à des taches de bougie*. Il existe alors un épanchement plus ou moins sanguinolent.

Le plus souvent des adhérences étroites s'établissent entre les viscères, puis l'ulcération cancéreuse creuse les différentes tuniques qui se ramollissent et s'effritent et ainsi se crée la perforation, une des grosses complications du cancer des côlons. Généralement il se forme des collections limitées, des abcès stercoraux qui s'ouvrent au dehors ou dans les cavités voisines. La propagation de la néoplasie peut aussi se faire à distance par greffe ou par embolie. Les greffes se font par contact ou plus rarement par ensemence-

(1) Letulle. Greffes cancéreuses de l'intestin, *Rev. de gyn. et de chir. abd.*, 1897, n° 1, p. 491. — Kuttner. XXI[e] Congrès des chirurgiens allemands.

(2) P. Ruepp. Th. de Zurich, 1895.

(3) Angelesco. *Bull. de la Soc. anat.*, 1897, p. 241.

(4) Griffon. *Bull. de la Soc. anat.*, 1898, p. 247.

(5) Rémy et Bouvet. Soc. anat., 7 avril 1899.

(6) Lardennois et Aguinet. Soc. anat., 21 avril 1899.

ment de la partie sous-jacente du tube digestif (1). Bien plus fréquentes sont les embolies charriées par le système lymphatique ou vasculaire. Dans Quénu et Landel (2) et surtout dans le travail de Grandmaison (3), on peut voir dans une série de ganglions plus ou moins éloignés de la lésion primitive, les multiples étapes de la lutte de l'organisme. *De même que dans les infections, en effet, les ganglions forment un centre de défense par l'hypertrophie des éléments conjonctifs et l'établissement de barrières de sclérose contre la prolifération épithéliale*, mais celle-ci finit toujours par triompher. Les artères, atteintes d'artérite et oblitérées rapidement, servent peu à la propagation du cancer. Par contre, les petites veines intestinales, tributaires du système porte, peuvent emporter des embolies épithéliales. Ainsi se développent les noyaux petits et multiples qui caractérisent le cancer secondaire du foie.

Mais ce qui ressort des observations publiées et aussi de l'examen des pièces anatomiques, c'est que l'évolution du cancer de l'intestin est relativement assez lente. Au point de vue du traitement, cette question est capitale [illegible], s'il y a rapidement propagation aux ganglions lymphatiques profonds et au foie, il est inutile et déraisonnable de tenter la cure radicale. Si, au contraire, le cancer reste pendant une certaine période localisé à l'intestin et aux ganglions de son bord mésentérique, le cancer du gros intestin est curable. Il suffit d'enlever le néoplasme en totalité pour être en droit d'attendre la guérison.

Cette enquête si indiquée est difficile à poursuivre, car dans les observations souvent l'autopsie manque ou bien le compte rendu est incomplet.

Dans le *Bulletin de la Société anatomique*, cette limitation de l'épithélioma est souvent affirmée. Haussmann, dans sa thèse, a réuni 112 faits publiés : 30 fois on observe une tuméfaction ou une dégénération des ganglions lymphatiques; 35 fois l'absence de généralisation est indiquée sans que l'état des ganglions rétropéritonéaux soit spécialement noté; 20 fois enfin, c'est la localisation absolue et ne laissant aucun doute.

Il y a donc une période assez longue où la lésion est limitée. C'est à cette période qu'il faut reconnaître le cancer de l'intestin et intervenir.

III

Symptômes. — L'abdomen attend encore son Laënnec. La pathologie des affections intestinales est à l'heure actuelle bien incertaine et bien confuse. Comme le montrent les observations compulsées, les signes que présente le cancer du gros intestin alors qu'il est à ses débuts doivent être recherchés et analysés soigneusement. Ils échapperaient à un examen superficiel. Dans les premiers temps, il existe seulement des symptômes fonctionnels, de la douleur, des troubles intestinaux. Peu à peu la déchéance organique, quelquefois des mélænas viennent compliquer le tableau. A ce moment, d'ailleurs on peut sentir généralement la tumeur. C'est la période des signes physiques et objectifs. Alors on peut arriver tout au moins à un diagnostic de grande probabilité, grâce à l'emploi des nombreuses méthodes d'investigation que nous possédons à l'heure actuelle.

(1) Letulle. Loc. cit.

(2) Quénu et Landel. *Rev. de chir.*, déc. 1897.

(3) De Grandmaison. *Arch. gén. de méd.*, août 1897.

A. Période de début. Période de symptomes fonctionnels. — Les premiers troubles qui attirent l'attention du patient, et qui doivent mettre en éveil l'esprit du clinicien, sont la douleur, les modifications dans les évacuations des matières, l'amaigrissement, les troubles dyspeptiques et généraux et enfin quelquefois les hémorragies intestinales. L'ordre dans lequel ils apparaissent est d'ailleurs très variable.

La *douleur* semble presque constante et très souvent précoce dans le cancer de l'intestin. Cette douleur est peu accusée, mais fixe et permanente, il faut la distinguer des crises paroxystiques spéciales accompagnées de coliques, qui surviennent dans la suite. Cette douleur peut dans certains cas être à peu près localisée, le plus souvent, il existe des irradiations dans les cuisses ou dans la région lombaire, ce qui a pu faire croire quelquefois à une affection du rein.

A cette douleur spontanée presque constante, se joignent presque toujours des crises paroxystiques avec coliques, qui ont une grande importance symptomatologique. Plus ou [illegible] roxystiques se retrouvent souvent dans l'histoire de nos malades. Ils coïncident généralement avec la constipation. Comme elle, ils indiquent la présence d'un obstacle au cours des matières, un embarras de la fonction. Il n'y a pas toujours immédiatement sténose de l'intestin, mais aux lésions de la sous-muqueuse décollée et soulevée par les bourgeons néoplasiques, s'ajoute un spasme réflexe de la tunique musculaire. Il est possible aussi, que la lumière déjà rétrécie du tube intestinal se trouve complètement oblitérée, soit par quelque grosse scybale durcie et condensée, soit par quelque corps étranger, noyau de fruit ou fragment d'os qui vient parachever l'occlusion.

L'intestin placé en amont se contracte alors avec énergie pour chasser l'obstacle, et rétablir le cours des matières et des gaz. Pour peu que la lutte continue, les contractions péristaltiques s'exagèrent et elles augmentent en intensité et en fréquence. Conformément à loi générale, cette violente contracture de la musculeuse est très douloureuse. Elle détermine de vives souffrances paroxystiques, des coliques absolument comparables aux coliques néphrétiques ou hépatiques, car la cause est toujours la même, le spasme de la tunique musculaire d'un conduit que vient oblitérer un corps étranger.

Les coliques peuvent revêtir différentes formes selon la localisation de l'obstacle, et dans certains cas elles permettent de présumer de la situation du néoplasme. Souvent elles semblent siéger dans la région de l'ombilic, au niveau du plexus solaire. En effet, là se trouvent les neurones où aboutissent les filets nerveux sensitifs du gros intestin. Les malades accusent aussi, mais moins souvent, de vives souffrances dans la région cæcale.

D'autres fois, les douleurs paroxystiques prennent un caractère particulier; elles peuvent s'accompagner de fausses sensations de plénitude du rectum, de pressants besoins d'évacuation ; ce sont les épreintes, les sensations de faux besoins que l'on retrouve dans le cancer de l'anse sigmoïde. Au début, ce sont des douleurs fugaces, des malaises intestinaux passagers et périodiques. Les énergiques contractions de la musculeuse triomphent de l'obstacle apporté à la circulation intestinale et la douleur cesse rapidement.

En général, peu à peu les coliques augmentent de fréquence et d'intensité, ce sont des souffrances atroces qui arrachent des cris au malheureux. L'accès est souvent amené

par un écart de régime, par un repas plus copieux. Il dure une demi-heure, plusieurs heures quelquefois. Le malade reste pâle, angoissé, courbé en avant. Souvent il se couche sur le ventre ou s'accroupit, cherchant à calmer ses douleurs par des positions plus ou moins bizarres.

Dans certains cas, on peut voir, à travers la paroi abdominale amaigrie, se dessiner les anses intestinales successivement contractées. Cette ondulation péristaltique est absolument comparable aux contractions du muscle gastrique dans la sténose du pylore. Les crises reviennent à intervalles, coïncidant avec le passage des résidus de la digestion au niveau du point rétréci. La modification du régime alimentaire peut diminuer leur intensité. Beaucoup de malades se mettent ainsi spontanément à la diète lactée.

Ces accès sont parfois assez violents pour simuler l'occlusion intestinale dont ils sont d'ailleurs le prélude, mais ils sont passagers.

Modifications dans les évacuations. — La constipation opiniâtre est aussi une des manifestations initiales du cancer des côlons. Pour certains auteurs, elle [illegible] la cause et non l'effet de l'épithélioma. L'évacuation quotidienne devient la préoccupation du malade qui multiplie en vain les suppositoires et les lavements. Le plus souvent les débâcles ont lieu à la suite des crises paroxystiques et le malade se trouve soulagé pour quelque temps. Dans certains cas, il s'établit même une diarrhée plus ou moins passagère, due à l'infection de la muqueuse et à la colite consécutive.

Troubles digestifs, troubles généraux. — Les troubles dyspeptiques sont signalés fréquemment. L'épithélioma même à son début trouble les fonctions intestinales. La langue, miroir de l'estomac et aussi de l'intestin, est saburrale d'abord, plus tard elle présente une tendance à la sécheresse. Il existe souvent un état nauséeux, une inappétence presque absolue. L'haleine est fétide. Les vomissements pourtant ne sont pas fréquents. D'après Damaschino (1) et Ruepp (2), ils indiquent une complication gastrique ou péritonéale, ou bien ils doivent être rattachés à une occlusion commençante.

Beaucoup de malades dès le début maigrissent et perdent leurs forces rapidement. En présence de la pénurie fréquente des symptômes précis, l'affaiblissement progressif, persistant, en dépit d'un traitement médical bien conduit, est un élément important qu'il ne faut pas négliger.

Après Rommelaëre, certains auteurs ont cru faire de l'hypoazoturie un symptôme pathognomonique du cancer viscéral. D'après le professeur Hayem, il existe aussi chez de tels malades un état caractéristique des éléments figurés du sang, en particulier l'augmentation des globules blancs, la diminution des globules rouges et de la valeur globulaire.

B. Période d'état. Période des symptômes physiques. — Les différents troubles fonctionnels et généraux ont éveillé l'idée de la possibilité d'un cancer du gros intestin. Il faut alors chercher à le déceler par tous les moyens d'investigation mis à notre portée.

L'*inspection* de l'abdomen peut donner déjà d'utiles renseignements; elle permet de constater le météorisme de l'abdomen et quelquefois l'ondulation péristaltique des anses intestinales.

Mais c'est par une palpation exercée et méthodique que l'on arrive à découvrir la tumeur dès son début. Il faut explorer avec soin toute la cavité abdominale, en profitant des accalmies qui surviennent entre les crises douloureuses. L'amaigrissement progressif du malade facilite souvent les recherches.

(1) Damaschino. *Maladies du tube digestif.*
(2) P. Ruepp. Loc. cit.

Frantz Glénard et plus récemment Obrastzow [de Kiew (1)] ont donné de précieux conseils sur l'exploration des viscères abdominaux et en particulier des côlons. Avant tout, il est clair que c'est par l'habitude, et par des examens répétés, que l'on arrivera à bien posséder les éléments de cette technique, et à retrouver facilement « le boudin cæcal et l'anse iléale, la corde colique et le cordon sigmoïde ».

On pourra s'aider de l'exploration bimanuelle dans les hypocondres pour rechercher les côlons lombaires droit et gauche. On est autorisé aussi à pratiquer l'insufflation du gros intestin comme on le pratique déjà pour l'estomac. Le côlon distendu vient alors s'appliquer contre la paroi et on peut facilement à son niveau déceler une tumeur même peu considérable.

Si l'abdomen est distendu, si la sensibilité du ventre est assez vive pour gêner l'exploration, on doit recourir à l'anesthésie générale. Sans le chloroforme, on peut se livrer à une palpation approfondie avec la plus grande facilité.

Le toucher est toujours formellement indiqué. Il faut toujours reconnaître l'état du rectum. Dans certains cas le toucher vaginal ou le toucher rectal permettent d'explorer le petit bassin jusqu'au détroit supérieur. La manœuvre de Simon peut aussi être utile à l'occasion.

Dans ces derniers temps on a cherché d'autres procédés d'investigation et bien qu'on ne doive pas d'une façon générale leur accorder grand crédit, il faut cependant les connaître. Ils ont été étudiés par Jungherz [de Wurtzbourg (2)].

On a conseillé de rechercher le siège du rétrécissement avec une longue sonde rectale, mais étant donné la friabilité des parois de l'intestin néoplasique, ce procédé peut produire une perforation.

A cette exploration aveugle et brutale, on doit préférer la rectoscopie (3). Certains auteurs ont tenté d'apprécier la hauteur de la sténose en injectant de l'eau salée par l'anus et en mesurant la capacité de la portion d'intestin située au-dessous du point rétréci. Jungherz associa à cette injection d'eau salée l'auscultation du cæcum et du côlon ascendant. Jusqu'ici la diaphanoscopie et les multiples applications des rayons Röntgen n'ont pu être utilisées.

De beaucoup certainement, la meilleure méthode d'investigation est la palpation soigneuse et méthodique de l'abdomen, combinée au besoin à la percussion ou à l'examen à l'aide du phonendoscope de Bianchi.

Caractères de la tumeur. — La sensation d'une tumeur est un signe capital. C'est elle qui le plus souvent permet d'établir un diagnostic ferme. Elle revêt des formes et des dimensions variables. Tantôt elle est arrondie, de la grosseur d'une noix, lisse, dure, mobile; tantôt on constate une masse irrégulière, présentant des nodosités de consistance inégale. Quelquefois, c'est une tuméfaction, un empâtement où on devine la présence d'adhérences. Cet aspect est propre à certaines formes de cancer du cæcum. Enfin il faut songer aussi au contenu de l'intestin.

Modifications de la tumeur. — Les scybales accumulées en amont du rétrécissement viennent augmenter la masse perçue par la palpation. Eichorst insiste avec raison sur ce

(1) Voir Th. Artus, Paris, 1894. et *Méd. moderne*, 21 sept. 1898.
(2) Jungherz. Th. de Würtzbourg, 1896.
(3) Voir Quénu et Duval. Soc. de chir., 2 nov. 1898.

point. C'est la caractéristique de ces tumeurs de changer de volume et de varier de consistance selon que la circulation des matières est plus ou moins facile, et selon qu'il y a, au-dessus du rétrécissement, rétention plus ou moins considérable des résidus de la digestion. Les sensations perçues, peuvent donc être variables, même à intervalles très rapprochés. Le petit anneau scléreux limité, qui constitue le squirrhe de l'intestin, ne peut être découvert que grâce à l'accumulation des scybales arrêtées au-dessus. Après une évacuation complète, si l'intestin est vide, la tumeur a disparu. C'est une variété de tumeur fantôme.

Déplacements de la tumeur. — Quand la tumeur siège sur le côlon transverse, pourvu d'un long méso, elle reste très mobile et on peut la retrouver en divers points de l'abdomen aux différents examens. Dans des proportions moindres, une masse cancéreuse située à l'extrémité du cæcum, ou bien à la partie moyenne et mobile de l'S iliaque peut aussi se déplacer. Enfin la tumeur peut changer de situation et d'aspect si le rétrécissement cancéreux se complique d'invagination.

Examen des selles. — L'examen des selles est indispensable. Souvent les matières sont peu abondantes, condensées en petites scybales dures et ovillées. Quelquefois elles sont étirées et comme passées à la filière, ce qui permet de localiser le cancer sur le côlon descendant ou l'anse sigmoïde. Si la sténose siège plus haut en effet, les fèces poussées et brassées dans les côlons ont perdu leur déformation primitive avant d'être expulsées. Dans certaines observations, on a pu reconnaître dans les selles de la matière colloïde caractéristique et dans d'autres cas de petits fragments de la tumeur qui purent être examinés au microscope.

Les hémorragies intestinales, quand elles sont observées, constituent également de graves présomptions en faveur du cancer. Les classiques insistent sur les mélænas avec leur aspect de goudron poisseux et noirâtre. Mais elles sont rarement considérables. Les selles contiennent plutôt des matières sanieuses, muqueuses ou purulentes. L'apparition des mélænas est loin d'être un symptôme habituel.

IV

Marche. Complications. Durée. Terminaison. — Arrivé à cette période de son développement, le cancer du gros intestin continue sa marche. La cachexie progresse tous les jours, mais souvent l'évolution du mal est précipitée par des complications, complications tellement fréquentes et habituelles qu'on pourrait les faire rentrer dans la symptomatologie. Les unes sont dues aux progrès du néoplasme, à l'ulcération des cavités voisines; d'autres, complications mécaniques sont produites par l'obstacle apporté à la circulation intestinale. Enfin, il existe une autre série de complications, les complications septiques, sur lesquelles on n'a pas assez insisté jusqu'ici.

A. Complications dues aux progrès du néoplasme, ulcérations et fistules. — Le cancer peut se propager au péritoine et amener de l'ascite. Parfois il gagne la paroi et détermine une fistule ou même un anus contre nature spontané. Ces fistules ont été signalées surtout dans le cancer du cæcum. Onze fois sur vingt-quatre, d'après Haussmann, elles apparaissent dans la fosse iliaque droite. Damaschino (1) et Blum en ont rencontré au pourtour de l'ombilic. Le cancer envahit aussi les organes voisins, produisant des communications anormales avec l'estomac (1), l'intestin grêle (2), la vessie (3), l'utérus (4).

(1) Damaschino. Loc. cit.

B. Complications mécaniques. — Elles sont fréquentes. Dans l'énorme majorité des cas, 160 sur 174 d'après la statistique de Haussmann, le cancer détermine le rétrécissement circulaire du tube intestinal. Le point sténosé laisse à peine passer l'auriculaire, quelquefois même une plume d'oie. L'occlusion peut encore se produire par différents mécanismes. Dans certains cas ce sont des adhérences. Dans une observation de Ruepp, le méso intestinal envahi s'était rétracté et raccourci, amenant ainsi une brusque coudure du côlon. Chez certains malades, après l'opération on ne trouve pas la cause qui a pu produire les accidents d'iléus.

Dans ces derniers temps, les chirurgiens (5) ont rappelé de nouveaux faits de cette pseudo-occlusion à laquelle on a donné le nom de *ileus paralytique*. Quelquefois le malade guérit des accidents d'occlusion à la suite d'un anus contre nature, d'une laparotomie exploratrice ou même simplement d'un lavement électrique. Quelques mois plus tard, alors qu'on escomptait une guérison sans retour, apparaissent des signes plus ou moins nets qui révèlent l'existence d'un cancer du gros intestin. Pour expliquer cette pseudo-occlusion on a émis différentes théories, le spasme réflexe ou la paralysie de la musculeuse intestinale. Cette paralysie serait due à la fatigue excessive qui suit de trop violentes contractions, ou bien elle est déterminée encore par une légère infection péritonéale.

Au-dessous de la sténose, l'intestin est vide, affaissé, quelquefois très rétracté et rétréci. Au-dessus, et conformément à la loi générale, il existe une rétro-dilatation qui peut atteindre d'énormes proportions, et remonter quelquefois très loin. L'intestin rétro-dilaté est aussi hypertrophié, sa musculeuse lutte contre la stagnation des matières, et par ses puissantes contractions péristaltiques, elle arrive à suppléer pendant une certaine période à l'insuffisance de calibre de l'intestin.

Invagination intestinale. — Arrêtées par la sténose, refoulées par les contractions de la musculeuse hypertrophiée, les scybales s'accumulent et forment une masse au-dessus du rétrécissement. Quelquefois sous la poussée énergique des ondes péristaltiques, elles se coiffent du rétrécissement qu'elles ne peuvent franchir et s'enferment avec lui dans l'intestin situé au-dessous. Ainsi se produit l'invagination ou intus-susception. Cette complication ne peut se développer, que dans les points où l'intestin est libre, et pourvu d'un méso assez long pour le suivre, et s'enfoncer avec lui. On la rencontre quelquefois, dans les cas de tumeur du côlon transverse, de l'anse sigmoïde, et surtout de la valvule iléo-cæcale. L'invagination intestinale peut déterminer immédiatement des accidents d'obstruction subaiguë. Le plus souvent, dans les cas de cancer, elle offre une évolution moins bruyante, et détermine les troubles de l'invagination intestinale chronique (6).

(1) Voir Bec. *Fistules gastro-coliques*. Th. de Lyon, 1897.
(2) Barth. Cité in th. Fleur, Paris, 1879.
(3) Tuffier et Dumont. *Rev. de gyn. et de chir. abd.*, août 1898.
(4) Neugebauer. Résumé in *Rev. de gyn. et de chir. abd.*, 1898, p. 581.
(5) Legueu. *Gaz. des hôpit.*, nov. 1895. — Lejars. *Soc. de chir.*, 13 oct. 1897. — Hochenegg. Soc. imp. et royale de Vienne, 10 déc. 1897.
(6) Rafinesque. *De l'invagination intestinale chronique*. Th. de Paris, 1886.

Perforations. — Le dénouement peut être précipité encore par des accidents de perforation. Cette perforation peut être produite par l'ulcération cancéreuse. Elle peut déterminer une péritonite suraiguë. Le plus souvent, comme il existe autour du néoplasme, une barrière d'adhérences bien constituée, qui protège la cavité péritonéale, on voit alors survenir plutôt des abcès stercoraux. La perforation de l'intestin au-dessus du foyer cancéreux, peut s'établir aussi par deux autres processus très intéressants. Ils étaient mal connus jusqu'ici. C'est tout récemment que des communications à la Société anatomique ont attiré l'attention sur leur pathogénie.

Tantôt c'est la rupture de l'intestin par éclatement et éraillure de ses tuniques, *perforation diastatique de l'intestin* (1). Tantôt, on trouve sur l'intestin rétro-dilaté, au cours des accidents d'obstruction chronique, quelquefois très loin du foyer néoplasique, des ulcérations toxi-infectieuses, *ulcérations dysentériformes*, qui peuvent être perforantes d'emblée (2).

Complications septiques. — L'évolution du cancer des côlons, exposé à toutes les inoculations septiques du contenu intestinal, s'effectue avec des modifications particulières et dans certains cas, semble-t-il, avec une rapidité spéciale. Les processus infectueux atteignent leur maximum d'intensité quand le rétrécissement est assez notable pour produire l'arrêt du cours des matières. Dans ce milieu stagnant et enclos, la virulence des germes s'exalte au point d'amener la production d'ulcérations dysentériformes. On a rapporté récemment aussi en pareil cas, des observations d'appendicite suraiguë (3), et ce n'est pas là une simple coïncidence. En dehors de ces complications graves, le cancer ulcéré est un foyer de résorption de toxines, qui jouent certainement un grand rôle dans la dégénérescence viscérale, et dans l'état cachectique des cancéreux.

Hérard, élève de Hanot a étudié les formes septiques du cancer de l'estomac (4), il y aurait lieu certainement de décrire les formes septiques du cancer de l'intestin. Tantôt les accidents sont locaux; il existe de la péricolite infectieuse, de la péritonite localisée, des abcès stercoraux. Tantôt les complications se produisent à distance, soit par la voie lymphatique, soit par la voie sanguine. Certaines adénopathies qui accompagnent le cancer du gros intestin sont purement infectieuses, et elles peuvent même suppurer. Le véhicule peut être la veine porte et on a relaté des cas d'abcès secondaires du foie (5). Introduits dans la circulation générale, les germes peuvent se localiser au poumon, sur les séreuses, le plus souvent sur les veines du membre inférieur, déterminant ce que les classiques appellent la phlegmatia alba dolens des cancéreux. On sait d'ailleurs aujourd'hui qu'elle est due non à la cachexie, mais à une infection développée sur un terrain cachectique. Les poussées de phlébite sont assez fréquentes dans les cancers infectés, et Vaquez a montré qu'elles restaient assez souvent à la période préoblitérante (1).

C'est par la septicémie surajoutée, qu'on peut expliquer les troubles digestifs et la diarrhée incoercible, la fièvre hectique et la leucocytose du sang.

Formes. — D'après la marche générale de la maladie, d'après l'importance des complications mécaniques ou septiques, on peut distinguer certaines formes particulières.

I. *Cancer à marche chronique.* — *a.* Cancer latent de Grisolle.

b. Cancer évoluant lentement jusqu'à production d'abcès, de fistules et de métastases, mais sans complications de sténose.

c. Cancer à marche lente avec des symptômes d'obstruction aiguë et subaiguë (forme de beaucoup la plus fréquente).

II. *Cancer à marche rapide.* — *a.* Formes dans lesquelles éclatent rapidement presque sans symptômes précurseurs des accidents graves d'occlusion ou de pseudo-occlusion.

b. Formes compliquées d'accidents septicémiques.

Durée. Terminaison. — Les auteurs estiment la durée du cancer de l'intestin à un an. Il est difficile d'apporter une évaluation certaine, le début de l'épithélioma ne pouvant être précisé. Bérard [de Lyon (2)] a signalé avec autopsie à l'appui, une survie de cinq ans après l'exécution de la colostomie. Nombreux sont nos maîtres, qui nous ont déclaré avoir rencontré aussi quelquefois, une évolution très lente du cancer, lorsqu'on avait paré au danger des accidents surajoutés par une opération palliative.

D'une façon générale, on peut établir que ces malades meurent rarement de cachexie cancéreuse. Ils sont emportés le plus souvent par les troubles mécaniques d'obstruction ou par les complications infectieuses.

V

Diagnostic. — En dehors de toutes les présomptions qu'apportent les commémoratifs et les renseignements donnés par le malade, les symptômes qui permettent de diagnostiquer un cancer de l'intestin sont :

I. *Les troubles fonctionnels caractéristiques du début de l'obstruction chronique. Crises de coliques paroxystiques avec périodes de constipation prolongée coupées de débâcles.*

II. *Signes d'affaiblissement précoce, et d'amaigrissement persistant en dépit d'un traitement médical bien conduit.*

III. *La perception d'une tumeur, tumeur de volume variable et pouvant occuper un siège différent au cours de divers examens.*

Un autre symptôme très important, mais qui manque souvent, c'est la présence dans les selles de mélæna.

Il ne faut pas exiger, pour prendre une décision, la réunion de ces différents éléments de certitude. « Au principe stérile de la précocité du diagnostic, il faut substituer celui de la précocité de la laparotomie. » Auparavant d'ailleurs, le clinicien devra s'aider de tous les moyens d'investigation. Il doit faire la critique de tous les symptômes présentés, et établir le diagnostic différentiel.

Quand il existe surtout des signes de rétrécissement chronique et des coliques, les symptômes que présentent l'entéro-colite, la péritonite tuberculeuse, l'occlusion intestinale par brides, les coliques saturnines pourraient induire en

(1) Heschl. Zur Mechanik der diastatischen Darm, *Wiener med. Wochens.*, 3 janvier 1880. — Gandy et Bufnoir. Soc. anat., 2 juin 1899 — Luys. Soc. anat., 16 juin 1899.

(2) Schvob. Th. de Paris, 1898. — Labbey. *Bull. de la Soc. anat.*, 1898, p. 130. — Griffon. *Id.*, p. 247. — Letulle. Colites ulcéreuses, *Presse méd.*, 22 mars 1899.

(3) Jacomet. *Bull. de la Soc. anat.*, 1898, p. 276. — Aviragnet et Bernard. Soc. médic. des hôpit., 8 déc. 1899.

(4) Hérard de Besse. Th. de Paris, 1896; et Hanot. *Arch. gén. de méd.*, 1892.

(5) Finlayson. *Trans. Glascow path. a. clin. Soc.*, 1892, p. 145. — Caire. Th. de Lyon, 1898.

(1) Vaquez. Th. de Paris, 1890, et *Clin. méd. de la Charité*, 1894.

(2) Bérard. *Lyon médical*, 28 juillet 1898.

erreur, mais après un examen attentif, la distinction est facile, il y a des commémoratifs propres et des symptômes spéciaux.

D'autre part les troubles de cachexie précoce peuvent être produits par d'autres affections organiques, mais les maladies du foie, la tuberculose pulmonaire ont leurs signes caractéristiques et leur évolution particulière. Les accidents locaux, les symptômes de subobstruction intestinale font absolument défaut en pareil cas.

Quand on a perçu une tumeur, on n'a pas acquis toute certitude. Il faut rechercher, s'il existe des modifications de volume à la suite d'une débâcle, s'il y a des déplacements considérables lors de différents examens.

Il faut éliminer les tumeurs des autres viscères : les kystes du mésentère, le cancer de l'épiploon, les tumeurs de l'estomac. L'emploi du phonendoscope de Bianchi peut rendre des services.

Quant la tumeur est certainement intestinale, l'erreur est encore possible. Il faut songer à l'accumulation des scybales durcies, à l'invagination intestinale chronique, au sarcome qui est très rare. C'est surtout au niveau du cæcum que la distinction est difficile avec les différentes affections chroniques de l'intestin, l'appendicite à forme néoplasique (1), le rétrécissement inflammatoire ou typhlite sous-muqueuse chronique (2), l'actinomycose du cæcum (3), et surtout la tuberculose iléo-cæcale (4).

La tuberculose hypertrophique et néoplasique peut siéger sur tout le gros intestin et le rectum. Le plus souvent elle évolue au niveau du cæcum et le diagnostic différentiel n'est pas toujours aisé. Même pièces en main il est parfois impossible de se prononcer. Quelquefois la fièvre, des lésions pulmonaires ou pleurales, ou simplement des tares héréditaires peuvent donner des indications. Benoît conseille de rechercher à plusieurs reprises le bacille de Koch dans les matières muco-purulentes des selles. Enfin Julliard (5) a utilisé dans un cas la réaction à la tuberculine.

Dans les conditions actuelles de l'art chirurgical, nous pensons que le diagnostic probable doit suffire à justifier la laparotomie exploratrice. Cette intervention pourra d'ailleurs devenir le premier temps d'une opération plus active si elle est jugée possible.

VI

Traitement. — Peut-être, pourra-t-on un jour connaître mieux le développement de l'épithélioma, et trouver une thérapeutique efficace autre que l'intervention sanglante. Aujourd'hui, on s'accorde à reconnaître la faillite de la sérothérapie anti-cancéreuse. Le seul traitement du cancer de l'intestin est le traitement chirurgical. Le chirurgien à notre époque peut soulager toujours et même espérer guérir quelquefois.

On doit toujours exécuter la laparotomie exploratrice, puis, selon les circonstances, pratiquer soit la cure radicale soit une opération palliative.

Entérectomie. — Après la laparotomie, l'entérectomie comporte trois temps principaux :

(1) Legueu et Baussenat. Appendicites à forme néoplasique. *Rev. de gyn. et de chir. abd.*, avril 1898.

(2) Démoulin. Soc. de chir., 6 avril 1898 et juin 1899.

(3) Inglais. *Actinomycose du cæcum et de l'iléon*, Th. de Lyon, 1897.

(4) Benoit. *Tuberculose iléo-cæcale*. Th. de Paris, 1895.

(5) Julliard. In thèse Machard, Th. de Genève, 1899.

Libération et extériorisation de la tumeur; coprostase; résection proprement dite.

Traitement des deux bouts de l'intestin :

Abouchement d'un ou des deux bouts à la peau de l'abdomen, et formation d'un anus contre nature;

Rétablissement de la continuité de l'intestin par l'entérorraphie circulaire, ou par une anastomose.

Ou peut aussi, après la résection, fermer en cul-de-sac les deux bouts coliques et rétablir la continuité de l'intestin, par une anastomose pratiquée dans la continuité ou à distance.

L'opération peut être accomplie en plusieurs temps. On pratique dans la première séance un anus contre nature, ou bien une anastomose, une exclusion; et on procède à la résection proprement dite dans une autre séance, quelques semaines après.

L'implantation latérale et l'apposition latérale sont employées surtout après la résection du segment iléo-cæcal. Pour l'extirpation du cancer de l'S iliaque, le nombre des procédés est très considérable, ce qui tient à la diversité des cas observés.

Avec Quénu et Duval (1), on peut diviser ces différentes méthodes en deux catégories : les unes, indiquées pour les néoplasmes de la partie inférieure, sont l'extension à l'anse oméga des procédés appliqués au rectum supérieur; les autres méthodes, qui nous intéressent seules, ne sont que l'application des différentes techniques de la chirurgie intestinale.

Là où les procédés diffèrent, c'est dans le traitement des deux bouts de l'intestin, le supérieur et l'inférieur, après la résection. Quand on peut les amener en contact, on pratique l'entérorraphie circulaire. Dans d'autres cas on les accole comme les deux canons d'un fusil double, et on les fixe à la peau avec l'espoir de faire une application ultérieure de l'entérotome. C'est la méthode de Volkman. Quelquefois la réunion des deux bouts étant impossible, les chirurgiens se sont résignés à fixer le bout supérieur à la peau, et à l'établir en anus définitif. Quant au bout inférieur, on peut quelquefois le fixer à la peau, ce qu'a fait Barton. Le plus souvent, comme il est assez court, on le ferme par invagination, et on l'abandonne dans le petit bassin. C'est le procédé de Madelung.

Toutes ces dernières techniques sont passibles d'un gros reproche, l'établissement d'un anus artificiel absolument définitif, alors qu'au périnée il reste un sphincter intact ou inutile. Remplacer l'anus contre nature par l'anastomose entéro-rectale nous paraît un grand progrès. Par notre procédé du bouton emporte pièce, on peut aboucher une anse intestinale, soit l'extrémité supérieure de l'S iliaque, soit même la dernière partie de l'iléon, dans le petit cul-de-sac laissé dans « le Madelung » et dériver par lui la circulation des matières. L'anus contre nature est ouvert, non à la peau, mais à la partie inférieure de l'ampoule. L'opéré utilise son sphincter encore continent et soumis à la volonté.

Traitement palliatif. — Il ne faut tenter l'entérectomie, que si elle ne paraît pas trop difficile, chaque difficulté rencontrée étant un péril de plus pour le patient. Les risques opératoires ne doivent pas être trop graves, et il est nécessaire qu'ils soient compensés par l'attente rationnelle de sérieux bénéfices. Elle ne doit être pratiquée qu'à froid. Elle se

(1) Quénu et Duval. Loc. cit.

trouve contre-indiquée, tout au moins momentanément, au cours d'accidents aigus d'obstruction.

On doit se résigner dans ce cas, à parer seulement aux complications immédiates et à pratiquer une opération palliative, la colostomie, l'exclusion, l'entéro-anastomose.

Colostomie. — L'*anus contre nature*, exécuté à la cocaïne et selon la méthode de Maydl-Reclus, est une opération facile et bénigne. Elle a sauvé la vie à bien des malades, mais au prix d'une infirmité bien pénible et répugnante. A l'heure actuelle on doit chercher à faire mieux: l'anastomose ou l'exclusion.

Anastomose. — Pour exécuter l'anastomose, on emploie généralement la méthode des sutures, on peut utiliser aussi les plaques de Senn, le bouton de Murphy ou l'un quelconque des différents boutons imaginés dans ces derniers temps. Enfin on peut employer l'ingénieuse méthode de Souligoux (1).

L'anastomose peut être pratiquée à proximité, ou à une certaine distance du foyer cancéreux. Selon l'étendue et les

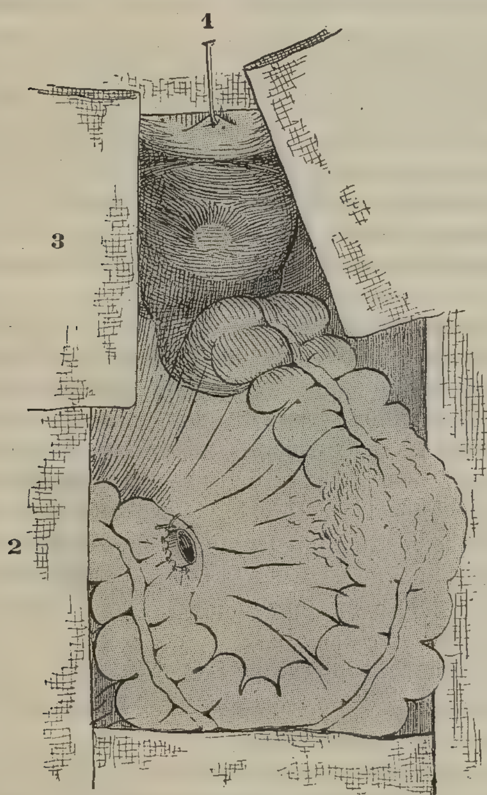


Fig. 1. — *Le malade est vu dans la position du plan incliné.*

1. Vessie rétractée en avant. — 2. Bouton femelle enchâssé dans l'intestin au-dessus de la tumeur. — 3. Bouton mâle qui a été introduit par l'anus sur la pince porte-bouton: il tend et soulève la paroi antérieure de l'ampoule rectale. Il ne reste plus qu'à coiffer cette saillie avec le bouton femelle et à articuler les deux pièces par une pression méthodique.

adhérences de la tumeur, on pourra exécuter la *cæco-colostomie*, la *colo-colostomie*, l'*iléo-colostomie*, l'*entéro-rectostomie*. Pour les premières variétés d'anastomose, le manuel opératoire est le même, et on peut employer les différentes techniques. Nous allons insister au contraire sur les difficultés de l'entéro-rectostomie. Elle est souvent indiquée, car le cancer est fréquent au niveau de l'S iliaque et du cancer recto-sigmoïde. On peut l'employer simplement comme intervention palliative pour tourner l'obstacle et dériver la circulation des matières, ou bien encore comme second temps du traitement radical pour rétablir la continuité du tube digestif après la résection.

(1) Souligoux. *Presse méd.*, 22 juillet 1896, p. 343.

Wassilief (1), le premier, avait conçu l'idée de l'iléo-rectostomie, mais les interventions qu'il conseille par la voie abdominale et la voie périnéale combinées sont bien complexes et hasardeuses. L'an dernier nous avons imaginé une nouvelle technique (2).

Comme au fond du bassin, contre la paroi antérieure du sacrum, il est à peu près impossible d'exécuter de bonnes sutures, nous avons songé à employer un bouton. Après de nombreuses recherches et l'expérimentation sur le chien, nous croyons avoir rendu facilement réalisable en pratique l'*anastomose entéro-rectale*.

Nous nous servons actuellement d'un bouton de Murphy de gros calibre légèrement transformé. La pièce mâle est un peu modifiée. Le bord libre de son cylindre est taillé en biseau aux dépens de sa face externe. Ainsi il peut couper et perforer. Le bord du cylindre femelle est taillé également en biseau, mais aux dépens de sa face interne. Etant rapprochées, ces deux pièces sectionnent les tissus à la façon des deux branches d'une paire de ciseaux.

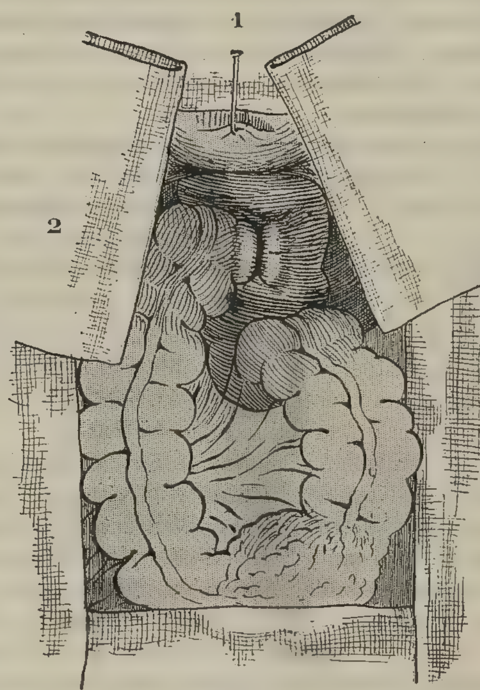


Fig. 2.

1. Vessie. — 2. Anastomose effectuée à la partie moyenne du rectum. On aperçoit la saillie que dessine le bouton articulé.

Après la laparotomie, l'opérateur choisit l'anse qu'il veut anastomoser au rectum; c'est tantôt la partie moyenne de l'anse oméga ou le côlon transverse, le plus souvent c'est l'iléon. Il applique sur cette anse la partie femelle du bouton selon la technique habituelle. Un aide introduit le demi-bouton mâle par l'anus au moyen d'une pince courbe spéciale que nous avons fait construire chez M. Collin et il l'applique fortement contre la paroi antérieure du rectum. Sur le relief visible et tangible ainsi déterminé, le chirurgien commence à disséquer et à dissocier les tuniques rectales, jusqu'à l'apparition de la muqueuse amincie et perforée.

(1) Wassilieff. *De l'iléo-rectostomie*, Th. de Paris, 1895.

(2) Lardennois. Expériences sur un nouveau procédé d'anastomose. *Bull. de la Soc. anat.*, mars 1899. — De l'anastomose entéro-rectale. *Rev. de gyn. et de chirur. abd.*, mars-avril 1899, pp. 279-310.

Il applique alors sur la saillie que dessine le bouton mâle, le cylindre de la pièce femelle. Et prudemment, sans forcer, il exerce une pression régulière, parallèle à l'axe des deux cylindres. L'articulation se fait ainsi facilement, mécaniquement. La muqueuse mince et friable se trouve sectionnée. L'anastomose est établie. La circulation intestinale peut s'effectuer aussitôt. Le procédé est rapide. La cavité du tube digestif reste ouverte dans le minimun de temps possible. C'est là une condition de bénignité remarquable qu'aucune autre technique ne peut présenter au même degré. De cette anastomose vivement exécutée sont justiciables des malades même affaiblis. Tout chirurgien même peu spécialisé peut l'accomplir et réussir, pourvu qu'il soit aseptique et soigneux.

Exclusion. — On a mené grand bruit en Allemagne autour d'une nouvelle méthode qui consiste à séparer la tumeur cancéreuse des parties saines et à la soustraire du circuit intestinal. On rétablit la continuité digestive par l'entérorraphie circulaire des deux bouts supérieur et inférieur de l'intestin. En somme c'est une séquestration de l'anse malade, une résection sans ablation. Les Allemands lui ont donné le nom d'élimination ou exclusion de l'intestin (Darmaüschaltung), le mot séquestration nous paraît plus expressif. Les résultats seraient très satisfaisants d'après Eiselsberg (1), mais d'autre part l'opération est laborieuse, presque aussi longue que la cure radicale. L'anastomose nous semble apporter à moins de frais les mêmes bénéfices.

VII

Résultats. — Les avantages que procurent les interventions palliatives pratiquées d'urgence ne sont plus discutés, mais beaucoup d'auteurs ne croient pas encore à l'efficacité du traitement radical. Cependant les statistiques s'améliorent de plus en plus et les succès des opérateurs modernes diminuent sensiblement l'épouvantable mortalité des premières interventions. Sur 255 observations d'ablation totale que nous avons pu recueillir, la mortalité s'élève à 32,9 p. 100. Mais les résultats éloignés sont surtout encourageants. La statistique intégrale de von Brahman (2) est bien intéressante. Sur 32 cancers des côlons qu'il a observés, ct chirurgien a pratiqué 14 fois la cure radicale. Parmi ces 14 opérés, 6 ont succombé plus ou moins vite après l'opération et 8 ont guéri. 7 de ces derniers sont encore vivants à l'heure actuelle. L'un d'eux est opéré depuis six ans, 2 depuis quatre ans, 1 depuis trois ans, 2 depuis deux ans, le dernier depuis un an.

Il y a donc des guérisons durables, des guérisons pour ainsi dire définitives. Lorsque l'extirpation totale est possible, on doit la tenter, car on est en droit d'espérer de réels bénéfices. Lorsqu'il est trop tard, le chirurgien peut tout au moins parer aux complications qui abrègent si souvent l'évolution du cancer par une opération palliative : l'entéro-anastomose, l'exclusion, l'anus contre nature.

En somme, le cancer de l'intestin, devant lequel la thérapeutique médicale est restée, jusqu'ici, impuissante et désarmée, doit rentrer dans le cadre des affections chirurgicales.

(1) Von Eiselsberg. Contribution à l'étude de l'exclusion intestinale. *Wien. klin. Wochens.*, 1895, pp. 201-226-244. — Le Clech. Contribution à l'étude de l'exclusion, Th. de Paris, 1899.

(2) 27e Congrès des chir. allemands. Séance du 16 avril 1898.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(7 février 1900)

On s'est encore occupé de l'**appendicite.** M. Nimier a rapporté plusieurs faits de lésions à distance expliquées par l'adénite. M. Bazy rappelle qu'en 1895, lors d'une première discussion sur l'appendicite, il revendiquait une part modeste pour la vieille typhlite. Aujourd'hui il fait remarquer, avec raison, que les para-appendicites ne sont que des typhlites présentées sous un autre nom. Il a, comme ses collègues, rencontré des ganglions et les a extirpés. Il cite même des faits où il n'y avait que des ganglions et où on avait relevé tous les signes classiques de l'appendicite.

M. Albarran, toujours à propos d'appendicite, rapporte deux observations intéressantes : dans un premier cas, il s'agissait d'un exemple curieux d'appendicite familiale : des quatre enfants d'une même famille, l'un avait eu une appendicite opérée par MM. Brun et Albarran et avait succombé ; un second avait été également opéré d'un appendice perforé et de 15 centimètres de long ; un troisième avait présenté tous les phénomènes ordinaires de l'appendicite et, à l'opération, on a trouvé un abcès sur la paroi antérieure du cæcum, des plaques de gangrène et des ganglions. C'est là un nouvel exemple de lésions cæcales éloignées de l'appendice et ayant donné lieu à tous les symptômes classiques de l'appendicite.

Dans une autre observation, il s'agit d'une jeune fille de vingt-quatre ans chez laquelle on observa les signes de l'appendicite et qui n'avait rien du côté de l'appendice, mais qui présentait une péritonite généralisée ayant pour point de départ une inflammation et des fausses membranes de la partie terminale de l'iléon.

Signalons encore un rapport de M. Tuffier sur une observation d'appendicite avec péritonite aiguë ayant donné lieu à un diagnostic différentiel d'avec une occlusion intestinale aiguë, observation présentée par M. Jarre (de Rouen). Il s'agissait d'une fillette de onze ans, offrant tous les caractères d'une appendicite à marche foudroyante, avec péritonite généralisée, et symptômes d'occlusion intestinale. Cette enfant fut opérée et guérit.

M. Berger fait un rapport sur un cas d'**autoplastie par la méthode italienne**, pour remédier à une rétraction cicatricielle du coude, communiqué par M. Charrier (d'Angers). A propos de cette observation, M. Berger rappelle les règles qu'il suit dans ces sortes de cas, tant pour les ruptures des adhérences musculaires que pour la taille du lambeau et pour la durée pendant laquelle il doit rester fixé, durée variant de 7 à 10 ou 12 jours. Cette méthode italienne d'autoplastie, reprise avec tant de succès par M. Berger, tend de plus en plus à entrer dans la pratique courante et cela grâce aux perfectionnements qu'y a apportés M. Berger.

On reprend la suite de la discussion sur le traitement des **kystes hydatiques.** M. Routier n'a pas encore employé le procédé de M. Delbet. Il n'a eu affaire jusqu'ici qu'à des kystes trop volumineux pour qu'il ait osé fermer complètement la cavité. Depuis 1891, M. Routier a traité tous les kystes hydatiques par l'incision large, l'évacuation, le lavage de la poche et la marsupialisation. Il a toujours fait, pour les kystes du foie, la laparotomie antérieure. Il a rencontré trois cas où le kyste était double. M. Routier a toujours trouvé cette méthode avantageuse puisqu'il n'a jamais perdu de malades. Mais les suites sont fort longues ; les

malades opérés ont séjourné dans son service trois mois en moyenne. Il y en a eu chez lesquels la fistule a persisté dix-huit mois. Cette longue durée de traitement est évidemment un inconvénient et M. Routier est tout disposé, à l'avenir, à recourir au procédé de M. Delbet.

Passons aux présentations : M. Chaput a présenté un malade qu'il a opéré d'une **cure radicale de hernie crurale**, et chez lequel il a appliqué devant l'orifice du canal un morceau de cartilage costal emprunté au malade lui-même.

A ce propos, M. Delbet rapporte l'observation d'un malade qui, à la suite d'une cure radicale de hernie crurale, avait eu une éventration considérable. M. Delbet a essayé de refaire à ce malade une paroi abdominale avec un damier d'os de lapin. Le résultat immédiat a été très bon; mais cela n'a pas tenu, et le malheureux a dû éliminer successivement tous ses os de lapin.

A rapprocher de ce fait celui de M. Ricard, qui avait **refait un nez detruit par la syphilis avec un métatarsien comme support**. Le nez est bien resté, mais le support a fini par disparaître.

La conclusion à tirer de ces faits, c'est qu'il ne faut guère compter sur ces greffes hétéroplastiques.

La séance s'est terminée, comme elle a commencé, par des exemples d'appendicites plus ou moins étranges. M. Walther a cité plusieurs cas, en montrant une pièce, dans lesquels il s'agissait d'appendicites chroniques donnant lieu à des troubles dyspeptiques, troubles disparaissant complètement après l'ablation de l'appendice. Enfin, M. Albarran, en opérant un kyste hydatique de la cavité prévésicale, a trouvé une adhérence péritonéale qu'il a dû extraire en même temps que l'appendice, d'ailleurs sain.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'Internat.— *Épreuves orales.* — Séance du 7 février. — Questions données : « Cordon ombilical. — Hémorragies de la délivrance après l'accouchement à terme (diagnostic et traitement). »

MM. Guihal, 25 + 15 = 40; Berthier, 18 + 14 = 32; Regnard, 18 + 14 = 23; Sebilleau, 18 + 14 = 32; Louste, 15 + 14 = 29; Daniel, 14 + 13 = 27; Lecornu, 16 + 11 = 27; Duclaux, 15 + 11 = 26; Leh, 15 + 11 = 26; Bidel, 15 + 9 = 24.

Séance du 8 février. — Questions données : « Méninges rachidiennes. — Mal de Pott dorso-lombaire. »

MM. Léri, 25 + 14 = 39; Le Lorier, 23 + 13 = 36; Crouzon, 18 + 15 = 33; Darcanne, 21 + 11 = 32; Laffitte, 15 + 12 = 27; Vaillant, 14 + 12 = 26; Sudaka, 14 + 10 = 24.

Guerre. — Par décret, en date du 6 février 1900, les élèves de l'École du service de santé militaire dont les noms suivent ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe :

MM. 1. Anthony, Antoine, Aucouturier, Bablon, Badie, Bobard, Boulin, Brunetière, Cassé, Coste.

MM. 11. Démard, Do, Domage, Duguet, Dupuich, Forget, Garnaud, Gaubert, Gimazane, Grilliat.

MM. 21. Gruié, Guéricolas, Guyard, Henry, Hurel, Jeandidier, Lajoanio, Laplanche, Léard, Legendre.

MM. 31. Léothaud, Lévy, Loubet, Magnoux, Mailhetard, Narcombes, Massip, May, Moisseney, Molard.

MM. 41. Morvan, Niéger, Nurdin, Perrot, Picqué, Pierre, Poirée, Randon, Romieu, Roques.

MM. 51. Saint-Martin, Schnæbelé, Sénat, Ser, Spick, Sylvestre, Taillade, Talon, Tellier, Villa, Weitzel.

Marine. — Par décret ministériel du 7 février 1900 ont été nommés à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine les élèves de l'École du service de santé dont les noms suivent, reçus docteurs devant la Faculté de Bordeaux.

MM. Caboureau, Lonjarret, Sibiril, Lucas.

M. Guyot, médecin de deuxième classe, est désigné pour rembarquer sur la *Manche*.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 5e semaine, 1104 décès, chiffre un peu supérieur à celui de la semaine précédente (1075), et à la moyenne ordinaire des semaines de la saison (1055). Cette légère augmentation est due à la grippe qui a causé 38 décès au lieu de 20 la semaine précédente.

La fièvre typhoïde n'a causé que 4 décès (la moyenne est 6); ce chiffre est le plus faible qu'on ait observé depuis plus d'un an. Mais le nombre des cas nouveaux signalés est assez élevé.

La variole a causé 2 décès (et 1 dans chacune des deux semaines précédentes). Dans tout le cours de l'année 1899, elle n'avait causé que 4 décès.

La fièvre typhoïde au lycée Saint-Louis. — Quelques cas de fièvre typhoïde s'étant produits au lycée Saint-Louis, une commission, composée de MM. Brouardel, Thoinot, Martin, Troisier et Delpeuch, s'est réunie sous la présidence de M. Gréard, vice-recteur.

Après avoir recherché la cause de cette épidémie, « la commission est unanime à penser que cette cause est absolument étrangère aux conditions hygiéniques du lycée lui-même, et doit être uniquement attribuée à la contamination accidentelle de la canalisation de l'eau. »

Les convalescents militaires à Porquerolles. — On sait que depuis longtemps les militaires revenant des colonies étaient envoyés en convalescence à l'île de Sainte-Marguerite. Le ministre de la guerre vient de décider que les convalescents de maladies infectieuses de l'armée de terre seront envoyés, à l'avenir, à l'île de Porquerolles.

En principe, cette idée d'envoyer nos troupiers se refaire sur la côte d'azur est excellente. Mais peut-être n'a-t-on pas pensé à la longueur du voyage qui pourra être excessive pour les convalescents venant de Dunkerque ou de Brest? Peut-être aussi, n'a-t-on pas songé que l'on allait donner à Cannes un voisinage qui sera exploité par les détracteurs de notre littoral méditerranéen?

L'eau potable dans les jardins publics de Paris. — Le conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine,

Emet le vœu que l'administration alimente en eau potable, le plus tôt possible, les promenades et les jardins publics, ainsi que les établissements de consommation qui y sont installés.

Il demande, en outre, d'indiquer dès maintenant, par des écriteaux distincts, les fontaines fournissant de l'« eau potable » et celles qui ne fournissent que de l' « eau d'arrosage ».

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur René Gillet, décédé à Sidi-bel-Abbès, à l'âge de trente-quatre ans, après une longue et douloureuse maladie, fils de M. le docteur Gillet, de Beauzée (Meuse).

Le médecin de la Reine. — Un professeur écossais fut dernièrement honoré du titre de médecin particulier de « Her Gracious Majesty », il crut devoir en faire part à ses élèves en faisant écrire un peu avant son cours, sur le tableau noir de l'amphithéâtre : « Le professeur X... a eu l'honneur d'être nommé médecin de la Reine. »

Un élève facétieux écrivit alors froidement, au-dessous de l'avis, la formule nationale :

God save the Queen! (Dieu protège la Reine !) On juge du succès qui accueillit l'entrée du professeur dans l'amphithéâtre.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

16,600 fr. de Récompense à *LAROCHE*, etc. — *Six Médailles d'Or*

QUINA-LAROCHE

Affections d'estomac, débilité générale, fièvres, etc. (EXTRAIT complet DES 3 QUINQUINAS)

Paris, 22 et 19, rue Drouot.

L'APIOL DES DOCTEURS JORET & HOMOLLE

EST LE RÉGULATEUR PAR EXCELLENCE DE LA MENSTRUATION

TONIQUE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées p^r jour. Bd Haussmann, 41, Paris et ph^ies.

DRAGÉES MARIANI

AU MALATE DE FER ET MANGANÈSE

Plus efficaces que tous les ferrugineux connus, ces Dragées constituent la médication vraiment rationnelle de toutes les maladies où le fer est indiqué : *Chlorose, Anémie, Tuberculose, Lymphatisme*. L'expérience a démontré qu'elles ne constipent jamais; elles sont toujours tolérées par les estomacs les plus délicats.

Deux Dragées avant les repas. — Prix, 4 fr. le flacon.

PARIS : 41, BOULEVARD HAUSSMANN ET PHARMACIES.

HÉMORRHAGIES

SIROP DE PENEAU

AU SUC d'ORTIE

« *Le Suc d'Ortie est le remède le plus*
« *certain contre l'Hémoptysie et toutes*
« *les Hémorrhagies.*

« Dr CHOMEL »

DOSES: 5 à 6 cuillerées par jour, d'heure en heure, suffisent contre les accidents hémorrhagiques.

La saveur de ce sirop est agréable et l'estomac ne peut souffrir de son emploi, même prolongé.

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et Ph^ies.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Traitement nouveau de la **FURONCULOSE,** des **CLOUS,** de l'**ANTHRAX,** de l'**ACNÉ** et autres **DERMATOSES,** du **DIABÈTE** et de la **DYSPEPSIE** par la

MYCODERMINE DÉJARDIN

ou Extrait Inaltérable de

LEVÛRE DE BIÈRE PURE

recueillie au cours de la fabrication de l'**EXTRAIT** de **MALT FRANÇAIS**

Absolument INVARIABLE dans sa COMPOSITION comme dans sa REMARQUABLE EFFICACITÉ

E. DÉJARDIN, Pharmacien-Chimiste de 1re Classe, Ex-Interne et *Fournisseur des Hôpitaux de Paris*, **109**, Boul^d Haussmann, Paris.

Affections de la Poitrine & des Voies respiratoires

CAPSULES LANOS

à l'ICHTHYOL, TERPINOL et BROMOFORME

DOSE : 4 à 6 capsules par jour.

SE TROUVE dans t^tes les PHARMACIES — Dépôt général : Pharm. LANOS, AVRANCHES

VENTE EN GROS : MONNOT-BARTHOLIN, 13, r. Grenier-St-Lazare

VICHY

Sources de l'Etat

Administration :
24, Boulevard des Capucines.

✣ AVOIR SOIN DE BIEN DÉSIGNER LA SOURCE ✣

VICHY-CELESTINS MALADIES DE LA VESSIE GOUTTE. GRAVELLE

VICHY-GRANDE-GRILLE MALADIES DU FOIE ET DE L'APPAREIL BILIAIRE

VICHY-HOPITAL MALADIES DE L'ESTOMAC

PRODUITS AUX SELS VICHY-ÉTAT — PASTILLES VICHY-ÉTAT, COMPRIMÉS VICHY-ETAT

Seul véritable

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

PRIX : le flacon, **1** fr. **25**



EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

AU GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX

PRIX : le flacon, 2 fr.

N° 18. — MARDI 13 FÉVRIER 1900. 73e ANNÉE. MARDI 13 FÉVRIER 1900. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — DE LA PYLORECTOMIE PAR LE PROCÉDÉ DE BILLROTH (PREMIÈRE MANIÈRE), par M. GUILLOT, interne des hôpitaux de Paris. — NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE. Sur le traitement de la tuberculose. L'alimentation des tuberculeux, par M. COURTOIS-SUFFIT, médecin des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. Classement du premier concours de l'internat.

DE LA PYLORECTOMIE PAR LE PROCÉDÉ DE BILLROTH

(PREMIÈRE MANIÈRE)

Par M. GUILLOT, interne des hôpitaux.

I

Si l'on consulte les ouvrages qui, en France, traitent de la chirurgie gastrique, ou acquiert rapidement la conviction absolue que la pylorectomie faite par le premier procédé de Billroth (réunion d'un duodénum à la section gastrique après suture d'une partie de cette section) est une opération désormais condamnée. Les traités classiques, les ouvrages de Doyen, de Chaput, de Terrier et Hartmann, la thèse de U. Guinard sont unanimes sur ce point. A peine si de loin en loin une observation isolée vient rappeler que la pylorectomie en raquette est une opération praticable et susceptible de donner de bons résultats.

On oublie trop volontiers qu'en 1896 Krönlein décrivait à nouveau le manuel opératoire de la pylorectomie typique, que Kappeler a toujours défendu cette méthode, que dans la clinique de Mickulicz on l'emploie toutes les fois qu'elle est possible, enfin que dans ces dernières années plusieurs chirurgiens français l'ont appliquée avec succès.

Si l'on met à part les tentatives de Péan (1879) et de Rydigier (1880), c'est en 1881 que Billroth régla le manuel opératoire de la pylorectomie par anastomose termino-terminale. Depuis cette époque jusqu'en 1890, les interventions dans le même sens furent rares, mais à partir de cette dernière date elles se multiplièrent rapidement. C'est l'année 1894 qui marque l'apogée du procédé. Entre temps Billroth, découragé par une mortalité dont nous chercherons plus loin à démêler les causes, substituait à son premier procédé la gastro-jéjunostomie avec fermeture des sections gastrique et duodénale. Kocher, après avoir expérimenté les deux procédés, revenait en 1890 à la réunion de l'estomac au duodénum, mais en faisant l'implantation latérale.

Peu à peu, on suivit partout l'exemple des deux maîtres et en 1895 Doyen (1) se prononçait catégoriquement contre la pylorectomie typique qu'il mettait « au rang des opérations défectueuses ». La même opinion a été soutenue par tous les auteurs français qui l'ont suivi. U. Guinard (1) conseille d'abandonner « un mode de suture qui réserve de cruels déboires aux plus habiles ». Terrier et Hartmann (2) dénoncent « les dangers de perforation que présente la suture au point de jonction des trois hanches de l'Y ». Enfin A. Guinard, qui, dans son premier travail (3), s'était gardé de toute appréciation, prend position dans un récent article et déclare qu'en fait de pylorectomie le plus simple est de fermer complètement le duodénum et l'estomac et de faire une anastomose gastro-jéjunale (4).

Ainsi donc, renié par son propre auteur, abandonné par ses plus chauds partisans, dénoncé par les ouvrages classiques, le procédé de Billroth (première manière) apparaît aujourd'hui à beaucoup de chirurgiens comme une méthode condamnée sur laquelle il n'y a pas à revenir.

Avant de souscrire à cette condamnation, examinons de près le détail des arguments.

Le plus important d'entre eux est tiré des mortalités différentes données par la pylorectomie typique et par le procédé de Kocher. Il a été employé successivement par U. Guinard, par Krumm, par Terrier et Hartmann.

« Le résultat brutal est là, dit U. Guinard (5), d'un côté une mortalité de 15 p. 100, de l'autre une mortalité de 37 p. 100, et cela dans les mêmes conditions, nous insistons sur ce point, mêmes conditions du côté des malades, mêmes conditions du côté des opérateurs, même période (1890-1897). »

Ainsi présenté, l'argument serait irréfutable si, en même temps, l'auteur démontrait que les deux séries, d'opérations se sont développées parallèlement dans le temps. Or, il n'en est rien.

Examinons une à une les observations rapportées par U. Guinard, en ne retenant bien entendu que celles qui portent une date précise, et groupons-les en deux séries : l'une antérieure, l'autre postérieure à 1894, c'est-à-dire par rapport à l'époque où le procédé de Kocher, exposé didactiquement un an plus tôt (6), a commencé à avoir une action

(1) DOYEN. *Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum*, 1895, p. 231.

(1) U. GUINARD. *La cure chirurgicale du cancer de l'estomac*, 1898, p. 146.
(2) TERRIER et HARTMANN. *Chirurgie de l'estomac*, 1899, p. 243.
(3) A. GUINARD. *Traitement chirurgical du cancer de l'estomac*, 1892.
(4) LE DENTU et DELBET. *Traité de chirurgie*, t. VII, p. 458.
(5) U. GUINARD. Loc. cit., p. 149.
(6) KOCHER. *Corresp. Bl. Schweiz. Ærtze*, nos 20 et 21.

effective sur la technique chirurgicale. Nous obtenons comme résultat :

α. Pylorectomies typiques :

De 1890 à fin 1894. 83
De fin 1894 à 1898...... 24

β. Pylorectomies par anastomose termino-latérale :

De 1890 à fin 1894.............. 20
De fin 1894 à 1898.............. 23

On voit par là que près des quatre cinquièmes des pylorectomies typiques remontent à la période antiseptique, alors que plus de la moitié des opérations de Kocher a été exécutée avec la sécurité de l'asepsie. Quoi d'étonnant, dès lors, que la statistique globale donne pour la première opération une mortalité plus grande que pour la seconde ?

La statistique de Doyen est d'ailleurs conforme à cette interprétation des faits. Faite en 1894, elle donne pour la pylorectomie typique une mortalité de 56,6 p. 100, alors que U. Guinard avoue lui-même qu'en prolongeant la statistique jusqu'en 1898, cette mortalité tombe de 56,6 à 37 p. 100. On pourrait d'ailleurs poursuivre l'avantage et montrer que dans les quelques rares cas de pylorectomie typique publiés dans ces dernières années, la mortalité s'est encore abaissée, tandis qu'entre les mains des chirurgiens les plus autorisés la proportion de succcès donnée par les opérations de Kocher est sensiblement stationnaire.

L'argument tiré de la statistique n'est donc pas probant. Voyons ce que valent les autres.

On ne peut, disent certains auteurs, extirper par cette méthode qu'un segment très court de l'estomac. Parfois on a même été jusqu'à préciser des chiffres, et l'on a parlé de 5 ou 6 centimètres (Doyen).

Répondons par quelques faits :

Krönlein, le 13 juin 1894, résèque une portion d'estomac ayant comme dimensions : grande courbure 22 centimètres, petite courbure 13 centimètres.

Hahn enlève 18 centimètres sur une courbure, 8 sur l'autre.

Kappeler (15 novembre 1893) enlève 15 centimètres sur la grande courbure, 9 sur l'autre, et dans une opération ultérieure 19 et 16 centimètres.

Tuffier (3 août 1897) enlève la presque totalité de l'estomac par la même méthode.

Ricard (9 février 1898) extirpe la plus grande partie de l'organe malade.

Brooks Brigham (24 février 1898) fait une gastrectomie totale et réussit à faire une bonne réunion œsophago-duodénale.

Breitung de Plauen (décembre 1897) exécute par le même procédé une gastrectomie presque totale, etc.

Il suffit de feuilleter la littérature médicale pour trouver de nombreux faits comparables.

Ces résections étendues, compatibles avec la suture termino-terminale, s'expliquent par ce fait que la partie de la section gastrique amenée au contact du duodénum est située le long de la grande courbure, c'est-à-dire en un point qui, sur tous les estomacs et en particulier sur les estomacs dilatés, est fort éloigné du cardia et *très mobile*.

Le chemin à faire parcourir à la partie inférieure de la tranche gastrique n'est d'ailleurs jamais bien grand puisque, d'après Sappey, les deux orifices stomacaux sont *au maximum* distants de 14 centimètres, et que pour Doyen « le bord supérieur du pylore est en général situé à 7 cent. 5, 8 ou 9 centimètres au-dessous de l'orifice œsophagien du diaphragme ». Il suffit pour que la réunion soit possible, que la ligne abaissée du cardia au point de section de la grande courbure égale ou dépasse cette longueur.

L'estomac n'est d'ailleurs pas seul à rendre facile la réunion termino-terminale, et la portion initiale de l'intestin grêle vient elle-même, dans une certaine mesure, au-devant de la section stomacale que l'on attire.

Pour les anatomistes la première portion du duodénum a une longueur qui varie entre 3 et 5 centimètres (Cruveilher 5 centimètres, Sappey 4 à 5 centimètres, Jonnesco 3 à 4 centimètres), notre expérience personnelle nous a montré, tant sur le cadavre que sur le vivant, que les chiffres de 4 ou 5 centimètres sont presque constants. Sur ces 4 ou 5 centimètrer une moitié est complètement entourée par le péritoine, absolument mobile, et susceptible d'être relevée en haut et à gauche vers l'estomac. Le reste de la première portion, c'est-à-dire la partie appliquée en avant du pédicule hépatique, est loin d'être fixe et c'est elle qui prête à ces véritables ectopies du pylore que tous les anatomistes connaissent (Rokitansky, Hyrtl) et que nombre de chirurgiens ont signalées (Roux, Billroth). L'angle sous-hépatique du duodénum est lui-même très mobile et Braune a montré que cet angle ainsi que toute la deuxième portion pouvait osciller dans le plan frontal de plus de 3 centimètres. Ces diverses mobilités permettent, sur le cadavre, de déplacer le pylore de plus de 4 centimètres vers le cardia.

Sur le vivant, au cours d'une pylorectomie, il n'en est pas toujours ainsi à cause des adhérences que présente souvent la première portion du duodénum. Que ces adhérences soient pariétales, coliques, épiploïques, elles sont, en général, faciles à sectionner. Des réserves ont été faites pour les adhérences pancréatiques, mais l'expérience a montré (1) qu'on peut faire impunément de larges plaies pancréatiques et qu'il est la plupart du temps aisé de disséquer le duodénum au milieu de ses adhérences jusque tout près de son angle sous-hépatique. Là, doit s'arrêter la libération, car on approche du pédicule vasculaire constitué par l'artère gastro-duodénale. Aller plus loin, sans nécessité impérieuse, serait s'exposer à une hémostase difficile et à une mauvaise nutrition de l'extrémité duodénale que l'on a, par la dissection, privée du reste de ses vaisseaux.

Ainsi donc, en agissant tant sur l'estomac que sur le duodénum, il est possible de combler, dans un grand nombre de cas, les vides créés par une pylorectomie, même très large. C'est d'ailleurs l'opinion des chirurgiens qui emploient un procédé moins économique (2), celui de Kocher.

Il nous reste à examiner une dernière objection au procédé de Billroth (première manière), c'est la difficulté de faire de bonnes sutures au point de jonction des trois branches de l'Y. Cette partie de la suture présenterait un double écueil : danger de perforation si la suture est insuffisante, danger de sphacèle si l'on accumule les sutures de renforcement au point menacé.

Pour que cet argument ait une réelle valeur, il ne suffit pas qu'il soit formulé par des auteurs dont quelques-uns ont très rarement pratiqué la pylorectomie typique, il faut encore qu'il ait pour lui la consécration des faits. Or,

(1) Cf. : 1° Vingt observations de la thèse de U. Guinard; 2° MICKULICZ. XXVII° Cong. allem. de chir.; 3° RICARD. Soc. de chir., 1899; 4° KARG DE ZWICKAU. XVII° Cong. allem. de chir.; 5° RICHARDSON. *Boston med. and Surg. Journ.*, 1898.

(2) TERRIER et HARTMANN. Loc. cit., p. 249.

U. Guinard (1), après un relevé statistique des plus sérieux, constate que sur 33 cas de mort, où l'on possède des détails nécroscopiques suffisants, « 21 fois les auteurs n'accusent aucune faute de suture, 8 fois la suture avait cédé sur un point quelconque de la ligne d'abouchement, 4 fois il est spécifié que la perforation siégeait au point d'union des deux sutures. » Et Guinard conclut au rejet de la suture en raquette.

Les 4 faits visés par U. Guinard sont évidemment les observations : 36 (Czerny), 47 (Krönlein), 61 (Kappeler), 148 (Rochard), de son mémoire. Ils se réduisent à trois si on remarque que dans le cas de Krönlein il y avait des perforations multiples dont plusieurs siégeaient en dehors du point de jonction des deux parties de la raquette. Cette constatation suppose une mauvaise exécution de toutes les sutures et ne prouve rien contre le procédé. Le cas de Rochard n'est guère plus probant. Il n'y avait pas de perforation à proprement parler, mais simplement du pus au voisinage des sutures et d'autre part pas de traces de péritonite.

Restent donc 2 morts sur 33, morts imputables, paraît-il, au procédé.

Nous ferons seulement observer que la même méthode logique appliquée aux observations : 22 (Mickulicz) et 62 (Kappeler), dans lesquelles la mort est due à la gangrène du côlon, conduirait à cette conclusion invraisemblable : « Le procédé de Billroth (première manière) doit être rejeté comme exposant à la nécrose du côlon transverse. »

Il faut remarquer que l'objection des sutures vient souvent d'une méconnaissance des conditions véritables dans lesquelles on pratique la pylorectomie typique.

La plupart des ouvrages représentent la suture de la portion supérieure de la tranche gastrique comme faisant un angle droit avec le bord supérieur du duodénum. En sorte que l'on considère a priori comme fort difficile d'exécuter de bonnes sutures dans cet angle rentrant.

Dans la pratique, il n'en est rien, la suture gastrique occlusive est presque sur le prolongement du bord duodénal, ce qui rend possible un bon enfouissement de l'angle supérieur de la suture termino-terminale.

De la conviction des inconvénients de la pylorectomie typique sont nés deux grands procédés : la pylorectomie avec gastro-jéjunostomie et la pylorectomie termino-latérale.

De la première, nous avons peu de chose à dire ; il est impossible de comparer globalement ses résultats à ceux de la pylorectomie termino-terminale, car tous les chirurgiens sont d'accord pour l'employer dans les cas où une très large ablation duodénale ou gastrique rend impossible le rapprochement des deux sections. Et il s'agit là d'opérations particulièrement graves, ce qui explique en partie la mortalité indiquée par la statistique de U. Guinard : 44,4 p. 100. Il faut cependant s'élever contre l'application que l'on a faite de cette méthode à tous les cas. Il n'est pas indifférent de remplacer par une gastro-entérostomie une bonne bouche duodénale, placée en un point d'autant plus déclive que la gastrectomie a été plus large, et assurant le mélange intime de la bile et du suc pancréatique avec les aliments.

C'est là, d'ailleurs, une question jugée (2), la plupart des chirurgiens admettent maintenant que les pylorectomisés ont une digestion normale, tandis que les gastro-entérostomisés sont, suivant l'expression de Defontaine, « des infirmes de la digestion. »

(1) U. Guinard. Loc. cit., p. 145.
(2) U. Guinard. Loc. cit., p. 38.

La pylorectomie termino-latérale jouit d'une faveur plus grande. Elle est toujours pratiquée suivant la technique de Kocher, c'est-à-dire par anastomose sur la face postérieure de l'estomac, et par exception sur la face antérieure. Il faut reconnaître que dans les mains d'opérateurs habiles elle a donné de bons résultats.

De nombreuses objections ont été faites au procédé, par Doyen, Chaput, Kappeler, etc. Elles sont de valeur inégale et nous n'en rapporterons que deux.

Doyen pense « que la paroi postérieure de l'estomac peut être difficilement accessible s'il existe des adhérences et s'il a fallu en réséquer une certaine partie ». U. Guinard répond que de telles circonstances ne se rencontrent que rarement ; mais il faut convenir que dans les cas où l'abouchement termino-terminal est juste possible, il sera difficile d'aller chercher à 1 centimètre et demi ou 2 centimètres, à gauche de la section gastrique, un point de la face postérieure de l'organe.

L'abouchement sur la face antérieure ne sera pas alors une solution, car aux mêmes inconvénients de raccourcissement, il joindra, d'après l'aveu même des partisans de la méthode, ceux d'une mauvaise situation du nouveau pylore.

Kappeler, de son côté, fait remarquer que le procédé de Kocher conserve moins bien la forme de l'estomac que la pylorectomie typique et qu'il a l'inconvénient de faire pratiquer un nouvel orifice, c'est-à-dire de doubler les chances d'hémorragie, et nous ajouterons les chances d'infection, en un point tout particulièrement difficile à bien circonscrire avec des compresses.

Outre ces critiques, nous en ferons une autre qui possède à nos yeux une importance infiniment plus considérable : le procédé de Kocher en compliquant l'intervention, en multipliant les sutures, prolonge la durée de l'opération. A supposer que la suture du duodénum à la face postérieure de l'estomac demande le même temps que l'abouchement à la partie inférieure de la section gastrique, le procédé de Kocher augmente l'opération du temps nécessaire à la nouvelle ouverture gastrique (protection, incision, hémostase exacte) et à la suture en deux plans du segment inférieur de la tranche gastrique. En fait, dans les observations les plus récentes, on parle couramment d'une durée de deux heures, tandis que dans les cas faciles une pylorectomie typique peut être menée à bien en vingt-cinq ou trente-cinq minutes.

Il y a là, comme pour toute la chirurgie abdominale, un facteur de succès qui n'échappera à personne.

Résumons-nous : la pylorectomie typique est une opération logique qui réduit au minimum les actes opératoires, et à laquelle aucune objection décisive n'a été faite. Là où elle est possible, on ne peut lui comparer que le procédé de Kocher, mais celui-ci est, dans certains cas, plus malaisé à exécuter, augmente les chances d'infection et allonge inutilement l'intervention. *(A suivre.)*

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE (1)

Sur le traitement de la tuberculose. — L'alimentation des tuberculeux.

Par M. Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux.

Alimentation, aération et repos sont, avons-nous dit, les trois termes du traitement de la phtisie pulmonaire. La suralimentation — le mot a justement fait fortune — est le

(1) Voir *Gaz. des hôp.*, 1900, p. 25, 60, 87, 119 et 147.

meilleur remède de la maladie. D'une façon générale, toute nourriture est bonne qui est supportée, et l'on peut affirmer que tout tuberculeux qui engraisse est sur le chemin de la guérison. Il n'en faut pas moins réglementer cette suralimentation, car, ainsi que l'a dit Grancher, « tous les tuberculeux ont été, sont ou seront dyspeptiques. » Nous n'avons pas le loisir d'étudier ici la dyspepsie qui peut apparaître avant l'apparition de la phtisie ou au cours de son évolution. Les symptômes en sont très multipliés, les causes en sont singulièrement complexes. On peut cependant dire quelques « petits signes » qu'on ne rapporte pas toujours à leur véritable origine et qui peuvent être un précieux indice du mauvais fonctionnement de l'estomac.

Souvent on voit survenir, plusieurs heures après le repas, à intervalle presque fixe et au cours d'une digestion jusque-là régulière en apparence, un malaise subit, avec flatulence et éructation. C'est la « crise de cinq heures », ces phénomènes apparaissant, en effet, presque toujours après le repas de midi. Mais il faut ajouter que les crises nocturnes existent aussi et revêtent parfois l'allure de la fausse angine de poitrine.

Quelquefois la difficulté de la digestion se révèle par une expectoration abondante de mucosités pharyngées, par une sensation de soif exagérée, par une anorexie spéciale au réveil; par des palpitations et de la tachycardie après le repas, par des phénomènes vaso-moteurs : congestion faciale subite, par exemple.

Ces troubles indiquent une susceptibilité particulière de l'estomac; ils n'interdisent pas la suralimentation, mais ils démontrent que celle-ci doit être *judicieusement choisie*, *sévèrement prescrite et scrupuleusement surveillée* (1).

La viande doit être l'aliment de choix pour le tuberculeux. C'est pour des raisons histologiques que Grancher fait de la viande la base du régime qu'il prescrit aux phtisiques : l'alimentation carnée apportant les matériaux azotés nécessaires à l'enkystement fibreux du tubercule. C'est à la valeur nutritive de la viande, sous quelque forme qu'on la donne, qu'il faut attribuer les meilleurs résultats obtenus dans la tuberculose par Füster (de Montpellier).

Viandes grillées, rôties, braisées, en daube, sont également bonnes. Seules, sont à excepter presque complètement les viandes bouillies, qui perdent de ce fait une grande partie de leurs éléments nutritifs, en même temps que leur digestion devient plus laborieuse. Certaines viandes ayant subi des préparations spéciales, comme le saucisson, la charcuterie, se recommandent aux tuberculeux par l'appétence particulière qu'elles éveillent; mais, pouvant provoquer des phénomènes d'intoxication, leur emploi devra être surveillé.

Parmi les préparations de viande, auxquelles se peut donner le nom de « médicament-aliment », il convient de faire une place à part à la viande crue et aux poudres de viande.

La viande crue doit être ordonnée *finement* pulpée. Elle doit subir trois manipulations : on la racle d'abord avec un couteau à lame mousse pour la débarrasser des éléments fibreux; les longs filaments musculaires ainsi obtenus sont placés dans un mortier où ils sont pilés; puis, on les jette sur un tamis au-dessous duquel on recueille une pulpe très fine et sans grumeaux. Mais il importe que ces diverses préparations soient faites au moment même des repas et dans des conditions rigoureuses de propreté.

Pour masquer le goût de la viande crue, les moyens sont nombreux, ils sont tous bons; on peut la rouler en boulettes, de 3 à 5 grammes chacune, recouvertes de farine, de sucre, ou cachées dans du pain azyme. On peut la mélanger avec des confitures, des fruits cuits, des purées de légumes, des œufs, du bouillon, du thé, du punch, etc.

Les poudres de viande, introduites dans la thérapeutique par le professeur Debove, amènent parfois de merveilleux résultats.

C'est, à notre avis, la substance la plus propice à la suralimentation du phtisique. La poudre de viande s'obtient d'abord par dessiccation de la viande à 65 degrés, puis par la stérilisation ultérieure à 110 degrés. Elle représente quatre fois son poids de viande crue.

Tout d'abord Debove fit absorber la poudre de viande par la sonde œsophagienne; il commençait par deux ou trois repas de 25 grammes mélangés avec du lait pur et arrivait progressivement à la dose de 300 à 400 grammes par jour représentant 1 200 grammes à 1 400 grammes de viande fraîche, mélangés à 3 litres de lait.

Grâce à cette suralimentation, Debove obtint de véritables résurrections.

On peut faire prendre la poudre de viande plus simplement et sans sonde. Il suffit de mettre 50 à 60 grammes de poudre de viande dans un bol de lait, mélange qu'on aromatise avec une cuillerée de kirch, de punch, de rhum, etc.

Sous l'influence de cette thérapeutique, l'état général s'améliore rapidement, l'urée augmente considérablement dans les urines, elle monte à 50, 60 et 80 grammes par jour.

A côté des poudres de viande et de la viande crue, on peut placer les jus de viande, les extraits de viande, les peptones. Leur valeur est infiniment moins considérable.

Par contre, les graisses doivent faire partie intégrante de l'alimentation du phtisique. Sans aller jusqu'à dire, avec Bouchardat, que la phtisie ne se développe que chez des gens privés de graisse, il est indéniable que l'on ne saurait sans grand dommage priver de corps gras les tuberculeux, mais parmi les aliments gras, il faut rechercher les plus faciles à digérer. Il n'en est pas, à ce point de vue, qui vaille l'huile de foie de morue.

Mais il faut bien savoir qu'elle n'est vraiment utile que lorsqu'elle est absorbée à la dose minima de quatre cuillerées à soupe par jour. Et bien souvent les malades peuvent en absorber 10 à 12 cuillerées à soupe en quinze heures.

« Pendant plus d'une année, écrit Daremberg, j'ai pris, chaque matin, en une seule fois, 150 grammes d'huile fauve de Terre-Neuve qui m'était envoyée directement du lieu de production. C'était là, mon premier déjeuner, et aussitôt après mon ingestion, je marchais environ une heure, car on ne digère qu'avec ses jambes les fortes doses d'huile de foie de morue. Pour ne pas en absorber des quantités inutiles, j'examinais mes matières alvines tous les quinze jours, et je suspendais l'huile pendant une huitaine de jours, si j'y constatais un excès de matières grasses. »

Ce sont les huiles fauves qui sans aucun doute sont les plus efficaces.

Après les précédents, il faut placer le régime végétal; l'appoint qu'il apporte à l'alimentation du tuberculeux n'est que minime, mais il est d'un grand secours pour permettre d'introduire de la variété dans le régime du malade. Les légumes verts ne contiennent que peu de principes nutritifs, ils sont moins utiles que les céréales et les féculents.

Enfin, une place à part doit être réservée au lait et aux œufs. Le lait ne peut suffire à l'exclusion d'autres aliments.

(1) B. PALLE. *L'alimentation des tuberculeux*, Th. de Paris, 1898.

Outre que son emploi absolu ne tarderait pas à lasser le malade, il faudrait, pour obtenir la suralimentation recherchée, en faire prendre 4 à 5 litres par jour, ce qui, à coup sûr, provoquerait de la dilatation gastrique. Le lait doit donc être pris entre les repas.

Les œufs doivent être particulièrement recommandés : leur valeur nutritive est très précieuse, de par l'albumine facilement digestible, de par aussi la lécithine, graisse très assimilable contenue dans le jaune d'œuf.

Nous devons dire un mot de l'alcool.

Les avis sont très partagés sur son utilité dans la thérapeutique de la phtisie.

En Allemagne et en Suisse, il rencontre le plus de partisans : Dettweiler, par exemple, donne à tous ses malades, outre les trois quarts d'une bouteille de bon bordeaux par jour, trois à quatre cuillerées à café de cognac à prendre dans du lait entre les repas, soit 60 à 70 grammes. Là aussi se prend le knickebein, jaune d'œuf délayé dans un petit verre de curaçao.

Par contre, Brehmer, Sabourin, Bennett, Daremberg, se montrent moins favorables. Brehmer et Sabourin suppriment du régime de leurs tuberculeux le vin aux repas. Daremberg admet le cognac aux doses de 60 à 80 grammes par jour dans les climats humides et froids, de 25 à 30 grammes seulement dans les climats chauds, à la fin du repas ou dans une tasse de lait entre les repas.

Nous pensons que c'est là dose bien suffisante.

Comment les aliments doivent-ils être donnés aux phtisiques, en un mot quel sera leur régime?

A Falkenstein, Dettweiler donne six repas par jour, distribués de la façon suivante : le premier, à sept heures du matin : beurre, lait et pain; le deuxième, à dix heures : pain beurré, 1 ou 2 verres de lait; le troisième, à une heure (c'est le principal repas) : soupe, viande, légumes, salade et fruits cuits; le quatrième, à quatre heures : pain beurré et lait; le cinquième, à sept heures, c'est le dîner, qui consiste à peu près dans les mêmes plats que le déjeuner. A neuf heures, avant de se coucher, le tuberculeux prend quelques cuillerées de cognac dans du lait.

Sabourin ne donne aux phtisiques que trois repas auxquels s'ajoute le goûter pour ceux qui ont fort appétit. Ces trois repas ne diffèrent en rien de ceux de la vie ordinaire. On veille simplement à ce qu'il y ait toujours des mets substantiels à côté d'autres plus épicés et plus agréables, destinés à entretenir l'appétit du malade.

On peut, à mon sens, obtenir un engraissement progressif et suffisant, en faisant faire aux malades les trois repas de la vie ordinaire, mais en ajoutant deux fois par jour, à titre de médicaments, en quelque sorte, une certaine quantité de poudre de viande dans du lait : quantité qu'on augmentera le plus possible.

Il faut se méfier des exagérations en thérapeutique et c'en est une, de dire aux malades avec certains médecins allemands : « Mangez, mangez toutes les quatre heures, et mangez fortement; la nuit, qu'on vous réveille, pour manger encore! »

Nous serons plus près de la vérité en nous souvenant de la formule française : « Entourez d'un soin pieux l'estomac de vos tuberculeux (1). » (*A suivre.*)

(1) Le régime de la suralimentation systématique ne peut convenir, cela va de soi, qu'à ces tuberculeux que Sabourin appelle *les normaux de la cure*. Il doit varier pour les tuberculeux qui ont de la néphrite, de la fièvre, de l'entérite, etc.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(9 FÉVRIER 1900)

La séance a été presque en entier consacrée à la discussion sur l'**état de la perméabilité rénale dans les néphrites.** Nous avons laissé de côté, dans le précédent compte rendu, la communication faite à ce propos par MM. Widal et Merklen, jugeant plus utile de la placer à côté de celles qui viennent en confirmer les conclusions.

M Widal s'est occupé surtout de l'état des fonctions rénales dans les états urémiques.

Plusieurs faits sont admis par tous. Il est avéré, par exemple, qu'au début et au cours de la néphrite épithéliale pure, on peut observer les symptômes de l'urémie proprement dite, et cela alors même que les reins présentent une perméabilité normale au bleu de méthylène. Il est admis de même que, dans les néphrites purement parenchymateuses, la perméabilité au bleu de méthylène reste normale ou peut être exagérée. On a, de plus, rapporté des faits exceptionnels de néphrite interstitielle grave où la perméabilité était à peine troublée, ce qui tient sans doute à ce fait que l'imperméabilité rénale observée dans la néphrite interstitielle est avant tout une imperméabilité vasculaire, et que le bleu, en ce cas, avant d'aborder l'épithélium des tubuli ou l'endothélium des glomérules, est obligé de franchir les manchons scléreux qui entourent les artérioles et les capillaires.

En tout cas, le fait que les symptômes de l'urémie peuvent survenir, alors même que la perméabilité du rein au bleu reste normale, est curieux et prouve que les troubles de l'élimination du bleu dans les néphrites ne sont proportionnels ni au degré de la lésion rénale, ni à l'intensité des symptômes urémiques. Tel malade, atteint de néphrite interstitielle, en proie à des accidents de grande urémie mortels à brève échéance, peut ne présenter qu'un retard et un prolongement relativement modéré de l'élimination du bleu; tel autre, ne souffrant que de petits accidents urémiques tout prêts à subir une rétrocession rapide, présentera des troubles de l'élimination du bleu portés au maximum.

En un mot, *il n'y a pas équation entre la diminution de la perméabilité rénale et la production des phénomènes urémiques.*

C'est cette théorie que soutient aussi M. Merklen, quand il dit que, pour grand que soit l'intérêt qui s'attache à la recherche de l'élimination du bleu, ce procédé ne saurait renseigner, en clinique, sur le degré de l'insuffisance rénale ni sur la menace ou sur la pathogénie des accidents urémiques.

On se base généralement, pour faire le diagnostic d'insuffisance rénale : 1° sur la diminution de volume des urines; 2° sur l'abaissement de leur densité; enfin, 3° sur l'abaissement du chiffre du l'urée.

(Ce dernier principe, l'urée, est de dosage facile et ses variations ont toujours été considérées comme significatives, malgré les causes d'erreur qui peuvent résulter et du mode d'alimentation et des altérations du foie.) Quand, simultanément, ces trois termes coexistent, ils deviennent l'expression d'une imperméabilité rénale croissante, prodromique ou contemporaine des accidents urémiques.

Il est vrai que l'on réunit sous le nom d'urémie des accidents assez disparates. Il faut tenir compte, pour leur interprétation, et de l'intoxication et de l'infection, et des troubles circulatoires. La forme la plus simple de l'urémie est celle qui résulte de l'anurie par occlusion calculeuse des uretères. Dans l'urémie aiguë des néphrites, l'infection tient une place au moins égale à celle de l'intoxication. L'urémie lente des néphrites interstitielles est aussi singulièrement complexe; autant que l'intoxication, il faut invoquer dans sa production les troubles circulatoires dus à l'asthénie cardio-vasculaire et les phénomènes d'ischémie dus à l'artério-sclérose.

M. Vaquez vient à son tour, dans un travail très documenté, d'apporter le résultat de son observation personnelle sur le même sujet.

Il croit que, dans l'état actuel, aucune de ces méthodes n'est capable de nous renseigner d'une façon précise sur le pronostic immédiat ou éloigné de l'insuffisance rénale.

D'une façon générale, l'examen des urines et la méthode du bleu nous font pressentir l'imperméabilité rénale par l'abaissement du chiffre de l'urée et des sels, par le retard marqué du passage de la matière colorante ; mais l'absence des phénomènes sus-indiqués n'est pas contradictoire avec l'existence de l'imperméabilité rénale, même prochainement menaçante. L'application de la cryoscopie à l'évaluation des échanges osmotiques donne des résultats qui ne sont pas actuellement plus certains. L'abaissement du point de congélation de l'urine, celui du sérum restant le même ou augmentant, est une présomption presque certaine de l'imperméabilité. Mais l'absence de ce rapport n'est pas non plus en opposition formelle avec l'imperméabilité. Pour l'avenir, l'application de la cryoscopie à l'étude des échanges qui se font au niveau du rein, à l'état normal et pathologique, pourra donner une connaissance analytique parfaite ou rapprochée des phénomènes qu'il nous importe de connaître en clinique.

Ce qui résulte de cette discussion — M. Bernard le met bien en valeur dans sa courte réponse — c'est qu'on peut observer des phénomènes urémiques alors que la perméabilité rénale se montre conservée.

De ce fait, on peut donner deux interprétations différentes : ou bien il en résulte que ces procédés renseignent insuffisamment sur l'état de la fonction excrétive du rein, qui peut être différente pour chacune des substances à éliminer; ou bien il en résulte que la perméabilité rénale est réellement conservée dans ces cas, malgré la coexistence de phénomènes dits urémiques.

D'où cette conclusion inévitable que l'imperméablité rénale n'est pas le seul facteur des manifestations cliniques de l'urémie. Enfin, il n'y a pas synonymie entre les termes d'urémie, d'insuffisance rénale et d'imperméabilité rénale.

Une observation clinique de M. Rénon montre bien la complexité des facteurs de l'urémie. Il a vu un malade qui a succombé au milieu de symptômes de paralysie pseudo-bulbaire : à l'autopsie, on trouva un ramollissement cérébral et protubérantiel, des calculs uratiques des deux reins, de la cirrhose hépatique, de la myocardite et de l'aortite chronique ; de plus, il y eut, pendant sept jours, une anurie complète, et cependant, il ne se rencontra jamais aucun phénomène urémique

Cette séance, déjà très longue, s'est terminée par une critique fort serrée des expériences de M. Frémont sur le **suc gastrique du chien.**

Voici les objections que fait M. Hayem :

1° Le suc gastrique obtenu par le procédé de M. Frémont diffère considérablement du suc gastrique normal du chien.

2° Il est hyperacide; le facteur principal de cette hyperacidité étant l'acide chlorhydrique libre, le suc ne serait donc qu'une solution d'acide chlorhydrique un peu forte.

3° Dans son procédé opératoire, M. Frémont coupe forcément toutes les branches du pneumogastrique qui se rendent à l'estomac. Or, dans ces conditions, le suc gastrique perd sa pepsine.

M. Hayem termine par cette phrase, un peu sceptique : « J'ai employé la gastérine chez quelques malades; tout ce que j'en puis dire, c'est qu'ils n'en ont pas été très incommodés ! »

M. Danlos rapporte une **observation de rétention complète d'urine et de rupture de l'urèthre, sans rétrécissement, dans un cas de blennorragie.**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 19 AU 21 FÉVRIER 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 19 FÉVRIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* (1re série) : MM. Ch. Richet, Launois et Desgrez ; — *Faculté, salle n° 1* (2e série) : MM. Gley, Broca (André) et Retterer.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 3* : MM. Lannelongue, Tuffier et Varnier ; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM Terrier, Delbet et Mauclaire; — (2e série) : MM. Delens, Kirmisson et Lejars; — (2e partie) : MM. Fournier, Brissaud et Méry; — M. Legueu, suppléant.

MARDI 20 FÉVRIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Mathias-Duval, Hanriot et Langlois.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Berger, Albarran et Wallich ; — (nouveau régime), *Faculté, salle n° 3* : MM. Guyon, Quénu et Bonnaire.

3e (2e partie), *Petit amphithéâtre* : MM. Cornil, Charrin et Vaquez; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Le Dentu, Brun et Hartmann; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Chantemesse et Thiroloix; — (2e série) : MM. Joffroy, Roger et Ménétrier; — M. Thoinot, suppléant.

MERCREDI 21 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Broca (Aug. et Mauclaire.

2e (nouveau régime) *Faculté, salle n° 2* : (1re série) : MM. Ch. Richet, Heim et Weiss ; — *Faculté, salle n° 4* (2e série) : MM. Rémy, Hanriot et Gley.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Jalaguier, Varnier et Sébileau.

2e (définitif, officiat), *Faculté, salle n° 1* : MM. Letulle, Walther et Launois; — M. Wurtz, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'Internat. — *Liste des internes titulaires.* — 1. Piquand, Froin, Baumgartner, Detot, Guihal, Gasne, Cottu, Sabaréanu, Léri, Ribadeau-Dumas.

11. Lemierre, Vivier, Jomier, Weill (Benjamin), Beauvy, Le Lorier, Nau, Garrigues, Bourlot, Chevé.

21. Carton, Roy, Crouzon, Bouchet, Andrieu, Lebreton, Dupuy (Paul), Wagon, Chastenet de Géry, Cresson.

31. Vinsonneau, Périn, Lafoy, Metley (Ph.), Cahen, Laurens.

Internes provisoires. — 1. Dardeau, Diel, B rthier (Paul), Sébilleau, Regnard, Lacasse, Gibert, Boidin, Menet, Darcanne.

11. Pécharmant, Kahn, Méheut, Latron, Devaux, Lévy (Fernand), Monier, Zacchiri, Guénot, Gauckler.

21. Mercadé, Delaunay, Touchard, François (H.), Louste, Bloch (M.), Thaon, Bauer, Mesnil, Pamard.

31. Gimbal, Ambard, Trémolières, d'Œlnitz, Lecornu, Laffitte.

Concours supplémentaire de l'Internat. — Les épreuves écrites du concours supplémentaire de l'internat ont eu lieu samedi dernier. 70 candidats sur 78 ont répondu à l'appel de leur nom, 8 candidats ayant passé récemment leur thèse.

La question était : « Prostate. — Complications des otites moyennes. » — Questions restées dans l'urne : « Plante du pied. — Pleurésie interlobaire. — Tronc cæliaque. — Sténoses du pylore. »

Hôpitaux de Marseille. — A la suite d'un très brillant concours, M. le docteur Delanglade a été nommé chirurgien-adjoint des hôpitaux.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de MM. les docteurs E. Blanchard, professeur au Muséum; Decès, professeur à l'École de Reims; Gaudemard (de Marseille); Gombault, médecin honoraire des hôpitaux de Paris; Blanc, interne des hôpitaux de Marseille.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 19. — JEUDI 15 FÉVRIER 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 15 FÉVRIER 1900. — N° 19

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — VARIOLE ET VACCINATION. — DE LA PYLORECTOMIE PAR LE PROCÉDÉ DE BILLROTH (PREMIÈRE MANIÈRE), par M. GUILLOT, interne des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine* : Procédé rapide de cure mécanique de l'anasarque; — *Dermatologie et syphiligraphie* : Traitement de la syphilis par des sachets de mercure (procédé de Welander); — *Toxicologie* : Empoisonnement aigu par la cocaïne; — *Thérapeutique* : Dyspepsie et nitrate d'argent. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. Droits du médecin et de la personne non diplômée associés pour l'exploitation d'une maison de santé. — THÈSES ET ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

VARIOLE ET VACCINATION

La récente épidémie de Marseille (1) vient d'attirer à nouveau l'attention du monde savant sur les dangers de l'infection variolique et sur les mesures qu'il convient d'adopter pour en enrayer la marche.

La nécessité absolue des vaccinations et revaccinations en temps d'épidémie est aujourd'hui admise sans conteste par l'unanimité des médecins et la très grande majorité du public. Il importe cependant de connaître les objections qu'a soulevées la méthode jennérienne, ne fût-ce que pour les apprécier à leur juste valeur.

1° La vaccine ne confère pas l'immunité. Il suffit, pour détruire cet argument, de rappeler la disparition presque complète de la variole dans les pays (Angleterre, Allemagne) où la vaccine est obligatoire, et aussi son incontestable prédilection pour les individus non vaccinés (2).

2° Elle provoque la dégénérescence des races en privant l'organisme d'un mal nécessaire. Cette théorie, soutenue par quelques vieux auteurs (3), a trouvé un défenseur inattendu en la personne de M. Drumont. Dans un article qui eut quelque retentissement (4), le célèbre polémiste fait la profession de foi suivante, que nous reproduisons à titre de curiosité :

« La vaccine semble avoir fait partie de l'ensemble de ces conceptions délirantes, absurdes et saugrenues qui se précipitèrent dans le monde à la suite du grand tremblement de 1789. La petite vérole n'a jamais été une maladie; c'est un admirable travail de l'organisme, une opération spontanée de la nature qui rejette violemment les principes mauvais qui sont dans le corps. Le vaccin ne détruit donc pas le principe de la variole : il l'enferme au contraire, il l'exaspère en le forçant à évoluer à l'intérieur. C'est donc au vaccin seul qu'il faut attribuer la dégénérescence de notre race et la multiplication des maladies nouvelles. Le croup, la fièvre typhoïde, la phtisie pulmonaire ne sont que des répercussions de la petite vérole, des petites véroles retournées. » Est-il besoin de dire que cette théorie, contredite par tous les faits judicieusement observés, ne mérite pas sérieuse discussion?

3° Une objection beaucoup plus grave reproche à la vaccine de favoriser l'inoculation de nombreuses maladies, et en particulier de la syphilis : cette objection, heureusement, ne s'adresse qu'au vaccin humain, justement remplacé aujourd'hui par le vaccin animal.

Ce dernier présente sur le vaccin jennérien d'incontestables avantages (1) : d'abord et surtout, il supprime toute chance de syphilisation. De plus son abondance extrême et sa reproduction presque indéfinie permettent, en un laps de temps très court, de vacciner de grandes masses de sujets : une seule bête peut, en effet, fournir la quantité suffisante pour vacciner 1500 personnes (Vaillard). En temps d'épidémie il suffit d'inoculer un certain nombre de génisses, à vingt-quatre heures d'intervalle, pour être assuré d'avoir, tous les jours, un ou plusieurs vaccinifères et de pouvoir lutter ainsi contre l'envahissement du mal. Quant aux dangers auxquels expose l'emploi du vaccin animal, ils sont le plus souvent faciles à éviter : la teigne tonsurante et la fièvre aphteuse présentent des symptômes caractéristiques; l'infection charbonneuse s'observe rarement chez les jeunes génisses; la tuberculose, enfin, est si exceptionnelle chez les jeunes bovidés que les risques d'infection tuberculeuse par l'intermédiaire du vaccin animal ont pu justement être considérés comme improbables et presque chimériques (Straus).

En somme, « le vaccin animal est seul capable de procurer sans danger l'immunité antivariolique, de donner partout et à profusion un vaccin de bonne qualité, de supprimer toute difficulté technique, d'éteindre les derniers foyers de variole. » Aussi devra-t-il être préféré dans tous les cas, que l'on se serve de lymphe vaccinale ou de pulpe glycérinée, « finement divisée par des procédés mécaniques, mélangée à de la glycérine, puis introduite antiseptiquement dans des

(1) Voir PONTHIEU. Th. de Lyon, 1900.

(2) Elle sévit surtout à Marseille sur la colonie italienne, qui se montre très rebelle à la vaccination. (*Progrès méd.*)

(3) VERDÉ-DELISLE. *La dégénérescence physique et morale par la vaccine.*

(4) DRUMONT. *Libre Parole*, 19 août 1898.

(1) Voir l'excellente thèse de M. Convert, Paris 1899.

tubes capillaires stérilisés, que l'on ferme ensuite au chalumeau. » La stricte observance des précautions antiseptiques réduit au minimum les dangers de complications infectieuses.

Les indications de la vaccination ne comportent pas de longs développements : en temps d'épidémie, vacciner tout le monde systématiquement, sans s'inquiéter de l'âge ni de l'état de santé des sujets, vacciner les nouveaux-nés, qui supportent à merveille l'inoculation, les femmes enceintes, parce qu'alors les enfants bénéficient de l'immunité acquise par leur mère (1), les vieillards que l'épidémie de variole peut parfaitement frapper. En dehors de ces circonstances urgentes, il est un certain nombre de cas où la vaccination devra être retardée : chez les herpétiques, les cachectiques, les hémophiles. Mais les véritables contre-indications de la vaccine, récemment étudiées par M. Saint-Yves Ménard (2), résident surtout dans l'existence d'un eczéma gourmeux. La vaccine pratiquée alors pourrait provoquer l'apparition de pustules vaccinales supplémentaires sur les taches eczémateuses, ou bien être l'occasion d'une poussée eczémateuse au voisinage des inoculations ou en d'autres points du corps. Si, pour une raison quelconque, il faut absolument vacciner le bébé porteur d'un eczéma gourmeux, il convient de prendre toutes les précautions pour éviter une auto-inoculation : une seule piqûre étant faite sur une portion de peau saine, y déposer une très fine gouttelette de vaccin; un instant après, laver la plaie à l'eau boriquée, essuyer avec du coton hydrophile, puis appliquer une couche de collodion riciné pour éviter, ou du moins réduire toutes les chances d'infection. Pour les mêmes causes, il sera préférable de retarder la vaccination dans les cas de rougeole, d'érythème, de pemphigus, etc.

La vaccine, une fois inoculée, peut *prendre*, suivant l'expression consacrée, et donner alors une immunité de quatre à cinq ans chez l'enfant (Juhel-Rénoy), de sept à huit ans chez l'adulte. Elle peut ne donner lieu qu'à l'apparition de boutons douteux, « lesquels sont de nature vaccinale et constituent une vaccine avortée (3). » Elle peut enfin ne provoquer aucune éruption, mais il importe de savoir qu'un insuccès ne démontre jamais qu'un sujet ne soit pas réinoculable à brève échéance (4). Aussi, après un insuccès, ne faudrait-il pas attendre trop longtemps pour se faire revacciner de nouveau.

La règle donnée par M. Convert résume la conduite à tenir dans les différents cas : se faire vacciner la septième année après chaque inoculation positive, surtout dans la jeunesse, et tous les quinze ans dans la vieillesse. Si le vaccin n'a pas pris, recommencer chaque année jusqu'à réussite, au bout de six mois, même, s'il survient une épidémie sérieuse. La revaccination seule, en effet, met à l'abri de la variole.

En somme, vaccination et revaccination constituent les bases de toute prophylaxie : leur emploi systématique doit nous débarrasser définitivement d'une maladie dont on ne saurait trop mettre en évidence l'actuelle gravité, puisque dans notre seul pays, de 1872 à 1896, elle a causé la mort de plus de 8000 personnes.

(1) Coulomb. Th. de Paris, 1900.
(2) Saint-Yves Ménard. *Progrès méd.*, fév. 1899.
(3) Carteret. *Progrès méd.*, 1899.
(4) *Gaz. des hôpit.*, 1895.

DE LA PYLORECTOMIE PAR LE PROCÉDÉ DE BILLROTH

[PREMIÈRE MANIÈRE (1)]

Par M. Guillot, interne des hôpitaux.

II

Observation I. — Mme Elisabeth D..., âgée de soixante-sept ans, ménagère, entre le 3 décembre 1897, salle Desprès, n° 3 (Bicêtre). La malade n'a jamais souffert de l'estomac.

Dix jours avant son entrée, elle a été prise brusquement de nausées, de douleurs épigastriques, de vomissements. Depuis lors, les aliments ne peuvent être supportés.

A son entrée, la malade se plaint d'une douleur localisée d'une manière assez vague à droite et au-dessus de l'ombilic.

Le palper montre un peu à droite de la ligne médiane, à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, une tumeur du volume d'une petite noix, douloureuse, mobile et déplaçable, donnant l'impression d'une tumeur tout à fait superficielle, mais la contraction musculaire masque presque complètement la tumeur.

4 décembre. Deux vomissements purement alimentaires. Le régime lacté les supprime.

8 décembre. Une incision exploratrice commencée à la cocaïne, continuée sous le chloroforme, montre derrière la paroi *très amincie* le pylore sous la forme d'un anneau dur, épais, absolument mobile; nulle part on ne constate, le long de l'estomac *dilaté*, de ganglions néoplasiques. Vu l'état de cachexie de la malade, l'opération radicale est ajournée.

Sous l'influence du régime lacté et des peptones, l'état général s'améliore rapidement.

Opération. — 22 décembre 1897, par M. Ricard, assisté de M. Walther. Chloroforme.

Agrandissement de la première incision. Désunion de la plaie. Le pylore présente quelques adhérences récentes faciles à rompre. Il est bien dégagé de ses attaches épiploïques (ligatures sur les vaisseaux), puis le néoplasme est saisi entre les mors garnis de drains de deux longues pinces à pédicule. Section au bistouri de toute la portion comprise entre les deux pinces. La partie enlevée comprenant la tumeur et une certaine quantité de tissu sain environnant, mesure 7 à 8 centimètres. La plaie stomacale est rétrécie à sa partie supérieure au moyen d'un surjet à la soie fine.

Les deux bouts stomacal et duodénal sont ensuite rapprochés et suturés de la façon suivante : un plan de suture à la soie fine, en surjet, sur la séreuse en commençant par la partie postérieure, un double plan de fils sur la musculeuse et la muqueuse. Sutures ensuite sur la partie antérieure en commençant par la muqueuse et la musculeuse et en terminant par la séreuse. Toutes les sutures sont pratiquées à la soie très fine : les aiguilles à chas fendu sont enfilées d'avance. Réunion à la soie en un seul plan de la plaie de la paroi.

Suites opératoires. — Absolument normales. Un seul jour, le 24 au soir la température monta à 37°8. Tous les jours, sérum, deux ou trois lavements nutritiffs.

L'alimentation est commencée le 28 décembre par du lait et du bouillon.

Le poids a passé de 39k800 (10 décembre) à 43k500 (30 janvier).

La malade sort guérie le 31 janvier 1898.

L'opérée revue fin mai a continué à engraisser.

Examen histologique (docteur Mignot). — Aux deux extrémités de la partie enlevée et sur une étendue de 1 centimètre environ, on ne trouve que de la muqueuse saine, à glandes normales, mais reposant sur une couche de tissu conjonctif épaissi et scléreux.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 173.

Toute la partie moyenne du canal pylorique est formée d'alvéoles étroites, à parois relativement épaisses et bourrées de cellules d'épithélium atypique. Les parties de la coupe avoisinant la lumière présentent un peu d'infiltration embryonnaire dans les parois alvéolaires. Les faisceaux musculaires ne se rencontrent plus que dans la couche sous-péritonéale et sur une épaisseur très faible. A ce niveau l'infiltration carcinomateuse cesse brusquement.

Obs. II. — Alexandre D..., âgé de trente-sept ans, verrier, entre, le 24 janvier 1898, dans le service de M. Ricard, à Dubois.

Opération. — 9 février. Chloroforme.

Laparotomie sus-ombilicale qui permet de découvrir un néoplasme pylorique étendu à la face postérieure et à la petite courbure de l'estomac jusqu'au cardia.

Section de la première portion duodénale et de l'épiploon, hémorragie abondante des artères des courbures. Pour atteindre la limite supérieure du néoplasme, il faut tirer fortement sur l'œsophage, ce qui amène des troubles respiratoires probablement par traction sur les pneumogastriques. On attire ainsi l'estomac le plus possible, mais sans pouvoir dépasser la zone d'infiltration qui s'étend jusqu'au cardia. La section porte en arrière sur du tissu malade.

Sutures à la soie en trois plans (muco-muqueux, musculaire, séreux), procédé en raquette. L'affrontement des deux bouts est difficile en raison de l'énorme portion d'estomac enlevée.

Suites opératoires. — Normales, au bout de quelques jours le malade s'alimente et augmente de 500 grammes environ chaque jour.

Vers le 15 mars, l'opéré présente des troubles diarrhéiques à la suite desquels apparaît une lymphangite au bras et à l'avant-bras droit; légère arthrite de l'articulation sterno-claviculaire droite.

Même phénomène sur l'avant-bras gauche. Au bout de quelques jours phlegmon du côté droit, incision, guérison rapide.

Obs. III. — M. H..., trente-cinq ans, employé, entre à la Maison Dubois, le 20 octobre 1898.

Depuis décembre 1897, ressent pesanteur douloureuse après les repas. Au commencement de 1898, douleurs intenses qu'il compare à des brûlures. A la fin de septembre, il est pris de vomissements accompagnés de douleurs de plus en plus fortes, et survenant trois heures après les repas.

Entre dans le service de M. Ricard, le 20 octobre.

A la palpation, douleur en un point très limité à gauche vers le rebord des fausses côtes. Pas de tumeur, mais l'estomac descend jusqu'à l'ombilic. Péristaltisme stomacal très appréciable.

On fait passer le malade chez M. Ménétrier.

Là on note de nouveau le péristaltisme, les vomissements se produisant parfois au bout de quarante-huit heures, une anachlorhydrie *absolue*, enfin une déglobulisation intense.

Opération. — 4 novembre 1898. Éther.

Laparotomie sus-ombilicale. On tombe sur un néoplasme du pylore qui remonte et occupe presque toute la petite courbure.

Gros ganglion dans le grand épiploon; un autre plus petit dans l'épiploon gastro-hépatique à peu de distance de la petite courbure. On les enlève.

On enlève avec le pylore un bon tiers de l'estomac. Gastro-duodénostomie en raquette. Le duodénum est très peu mobile. On a quelque difficulté à faire le surjet séro-séreux postérieur.

Les sutures sont faites en deux plans.

Suites opératoires. — Excellentes. Rien à noter.

Malade revu au mois de juillet 1899. Santé parfaite, mais tousse un peu.

Examen histologique. — Epithélioma alvéolaire.

Obs. IV. — Mme M..., trente-huit ans. Opérée par M. Ricard, le 29 avril 1899.

Vers août 1895, commence à souffrir de crampes d'estomac. Dès cette époque quelques vomissements pituiteux se produisent sans effort. La malade commence à maigrir. Vers la fin de 1896, douleurs intenses prenant quelquefois le caractère de douleurs en broche.

A partir de mars 1898, vomissements alimentaires. Le lait seul est parfois toléré. En mai, on commence à sentir une petite tumeur au voisinage de l'ombilic. Dans les mois suivants quelques vomissements sanglants se produisent.

La faiblesse augmente progressivement jusqu'au mois d'avril 1899. Depuis quatre mois, la malade ne se lève plus. Du 15 au 20 avril on ne la soutient plus que par des lavements nutritifs et de la poudre de viande.

Le 26 avril, M. Ricard est appelé et décide l'intervention. A ce moment la malade est dans un état de dénutrition impossible à dépasser. Elle pèse 62 livres.

Opération. — 29 avril 1899. Chloroforme.

Longue incision épigastrique descendant au-dessous de l'ombilic. On trouve, après rupture de quelques adhérences molles, un néoplasme pylorique facile à mobiliser et à attirer dans la plaie. Il remonte assez loin le long de la petite courbure. Après libération des épiploons par une série de ligatures, on limite la tumeur avec des clamps et l'on assure l'occlusion duodénale et stomacale avec les pinces de Doyen. On débute par la section duodénale et l'on termine par celle de l'estomac. La portion enlevée mesure 10 centimètres sur la petite courbure et 15 sur la grande.

La réunion est faite par le procédé en raquette.

La seule modification est que, comme la région est très mobile, on termine par la suture séro-séreuse postérieure, que l'on exécute avec la plus grande facilité en faisant basculer d'abord en haut, puis en bas, la bouche gastro-duodénale. Les sutures sont faites en deux plans (1 plan prenant toute l'épaisseur, 1 plan séro-séreux).

Réunion de la paroi en un seul plan.

Durée de l'opération : quarante à quarante-cinq minutes.

Suites opératoires absolument normales. La malade part pour Chantilly le 20 mai.

Au mois de décembre 1899, la malade pesait 112 livres.

Au mois de janvier 1900 elle se porte très bien.

Obs. V. — Mme Estelle G..., cinquante ans, polisseuse, entre dans le service de M. Ricard (salle Gosselin, Saint-Louis), le 10 octobre 1899.

La malade a commencé à souffrir de l'estomac au mois de janvier 1899. Elle n'a jamais eu d'hématémèses mais présente depuis plusieurs mois des régurgitations pituiteuses (pas d'alcoolisme). Depuis le mois d'avril 1899 elle vomit tous les aliments, sauf le lait qu'elle réussit souvent à garder. Amaigrissement extrême.

A la palpation on trouve une tumeur située un peu à droite et au-dessus de l'ombilic. Elle est légèrement douloureuse et à peu près immobile. L'estomac est dilaté.

On trouve un ganglion prélaryngé qui a tous les caractères d'un ganglion néopasique.

Opération. — 17 octobre 1899. Éther.

Incision épigastrique médiane descendant à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic. On trouve une grosse masse pylorique, n'ayant pas de bord bien net du côté stomacal, mais très mobile de ce côté. Au contraire, du côté duodénal cette masse est unie par des adhérences nombreuses et très vasculaires à la vésicule biliaire. Les épiploons sont aisément détachés.

On limite la tumeur seulement du côté gastrique par un clamp et une pince de Doyen. On fait la section gastrique. En faisant alors basculer la tumeur autour du pylore on peut détacher ses adhérences sous-hépatiques. Cette libération se fait avec la plus grande difficulté.

Trois centimètres de la première portion du duodénum sont envahis, on coupe à 1 centimètre au delà.

Le duodénum et l'estomac sont réunis en raquette en deux plans (un plan prenant toute l'épaisseur, et un plan séro-séreux).

Mais le duodénum étant peu mobile, la suture séro-séreuse postérieure fut mal faite. On comptait pour la compléter sur la possibilité de faire basculer en haut, puis en bas, la bouche gastro-duodénale. Cette manœuvre fut impossible.

En conséquence, on laissa, tant à cause du suintement en nappe de la vésicule que de la mauvaise suture séro-séreuse postérieure, une mèche dans la région.

Réunion de la paroi en un seul plan au fil d'argent. Durée de l'opération : quarante-cinq minutes.

Suites opératoires. — Normales. Alimentation dès le deuxième jour. Drain retiré après quarante-huit heures.

Sort guérie.

Revue fin décembre 1899. A engraissé de 20 livres. Bonne alimentation. Le ganglion prélaryngé a un peu augmenté de volume.

Obs. VI. — Mme Camille G..., quarante-deux ans, couturière, entrée le 12 octobre (salle Cruveilher, Saint-Louis), dans le service de M. Ricard.

La malade souffre depuis deux mois seulement. Douleur limitée à l'épigastre à la suite des repas. Vomissements à peu près tous les deux jours.

Souvent à jeun, vomissements glaireux. Jamais d'hématémèse ni de mélæna. Depuis un mois, aucun aliment n'est supporté, sauf le lait.

A son entrée, on constate que la malade a un estomac dilaté. De temps en temps, on observe du péristaltisme stomacal.

On sent une tumeur lisse, un peu douloureuse, du volume d'un œuf, se déplaçant sous le doigt dans le sens de la hauteur depuis l'appendice xyphoïde jusqu'à l'ombilic, et transversalement de la limite d'un hypocondre à l'autre.

Opération. — 19 octobre 1899. Éther.

Laparotomie médiane descendant jusqu'un peu au-dessous d'ombilic. On trouve une tumeur pylorique très mobile, se laissant facilement attirer. Limitation avec des clamps et les pinces de Doyen. Section en commençant par le bout duodénal. Réunion en raquette par une suture en deux plans (un surjet pour toute l'épaisseur, un surjet séro-séreux).

Réunion de la paroi en un plan, au fil d'argent.

Durée de l'opération, vingt-cinq minutes.

Suites opératoires. — Le soir même, la malade va très bien. Cependant, dans les dix jours qui suivirent l'opération, cinq vomissements se produisirent.

La malade sort guérie le 15 novembre 1899.

Examen histologique. — Mesurée fraîche, la tumeur mesure 11 centimètres sur la petite courbure, 14 centimètres sur la grande. La section gastrique a été faite très au delà du bord induré. La section duodénale passe à 2 centimètres et demi du bord de la tumeur.

L'examen histologique, pratiqué par M. Dominici, montre que le néoplasme se présente sous l'aspect de carcinome diffus. La moitié gauche de la muqueuse duodénale est transformée par le néoplasme. La moitié droite, jusqu'à la section duodénale, présente seulement des signes d'inflammation.

A partir du point où cesse l'envahissement néoplasique de la muqueuse, l'épithélioma s'infiltre entre celle-ci et la musculaire. Sur la coupe colorée et vue à l'œil nu, cet envahissement sous-muqueux a l'aspect d'une masse triangulaire à base stomacale, de la face inférieure de laquelle partent des traînées pénétrant dans les interstices musculaires du sphincter.

A l'examen microscopique on constate que le carcinome suit les espaces conjonctifs intermusculaires sur toute l'épaisseur de ce sphincter pour aboutir à la sous-séreuse. Enfin dans cette zone sous-séreuse on peut suivre l'infiltration jusqu'à la surface de section. En somme les traînées cancéreuses marchent dans la tunique externe du duodénum bien en avant de la masse cancéreuse dont elles dérivent.

Obs. VII. — M. X..., âgé de quarante-cinq ans, opéré le 17 décembre 1899, par M. Ricard.

Depuis trois mois vomit tous ses aliments. Le lait seul est toléré de temps en temps. Le malade a eu plusieurs vomissements sanglants. Tumeur épigastrique.

L'amaigrissement et l'affaiblissement sont extrêmes.

On donne pendant deux jours des injections de sérum et des lavements nutritifs sans grand résultat.

Opération. — 17 décembre 1899. Chloroforme.

Laparotomie médiane, descendant au-dessous de l'ombilic. On trouve une grosse tumeur pylorique remontant très haut le long de la petite courbure. Cette tumeur bien que volumineuse est extirpable. On trouve dans le grand épiploon une masse du volume d'une petite noix. La libération épiploïque est faite de manière à couper très au delà de cette masse.

On débute par la section duodénale. Pour faire la section du côté gastrique on se débarrasse d'abord de la plus grande partie de la tumeur en ne laissant qu'un petit noyau tout près du cardia. Ce noyau est enlevé avec la totalité de la petite courbure, et non sans difficulté. Au cours de cette extirpation on éprouve quelque mal à pincer et à lier dans le ligament profond de l'estomac la coronaire stomachique.

La réunion est faite en raquette par la suture ordinaire à deux plans.

La paroi est réunie en un seul plan au fil d'argent. Durée : une heure.

Suites opératoires. — Le malade étant très faible on lui fait une injection intra-veineuse de sérum. Dans la journée et le lendemain vomissements fétides. Ils cessent par le lavage de l'estomac pratiqué au bout de quarante-huit heures.

Malheureusement, malgré le sérum, les lavements nutritifs, et un début d'alimentation par l'estomac, le malade continue à s'affaiblir. Il meurt le matin du quatrième jour.

Examen histologique (pratiqué par M. Dominici). — Le néoplasme se présente sous l'aspect d'un épithélioma à cellules cylindriques.

Le néoplasme qui n'a pas, au niveau de la muqueuse, dépassé l'origine du pylore, s'infiltre dans la sous-muqueuse jusqu'à 1 centimètre et demi de cette origine. A ce niveau le néoplasme cesse très brusquement. De cette couche sous-muqueuse partent des traînées néoplasiques qui s'enfoncent dans les interstices du sphincter pylorique. Ces traînées cessent en général avant d'atteindre la sous-séreuse. Cependant dans un lymphatique de cette couche, on trouve quelques cellules atypiques de cancer. Ces cellules n'atteignent pas la section duodénale.

Le noyau épiploïque reproduit la structure typique du cancer. C'est un noyau purement néoplasique et non un ganglion.

Dans le reste de la nappe épiploïque on trouve plusieurs noyaux cancéreux de la grosseur d'un pois. Quant aux parties en apparence saines de cette nappe, elles sont littéralement farcies de cellules cancéreuses. Il est légitime d'admettre qu'une partie de l'épiploon laissé dans le ventre présentait les mêmes lésions. (*A suivre.*)

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(13 février 1900)

Les tristes événements qui viennent de se passer au lycée Saint-Louis ont rappelé l'attention, malheureusement un peu trop tardive, sur les **dangers d'eaux impures au point de vue de la fièvre typhoïde.** Aussi l'Académie a-t-elle écouté avec intérêt l'importante communication de M. Thoinot sur les sources de la craie ou *sources vauclusiennes* et la fièvre typhoïde. En voici les conclusions :

« Il est temps d'en venir aux déductions pratiques de cette étude. Et d'abord je ne voudrais pas être accusé de faire le procès des sources de la craie qui constituent la majorité dans notre pays, celles auxquelles seules une ville comme Paris est obligée de s'adresser si elle ne veut pas subir l'eau de rivière.

Je ne voudrais pas surtout que cette modeste étude fût prise par quelques municipalités comme argument à l'appui de leur désir d'introduire ou de généraliser l'emploi des eaux de rivière filtrées. Nous ne connaissons pas actuellement un seul procédé de filtrage en grand qui donne des résultats excellents, et surtout excellents d'une façon permanente, et quand on m'annonce qu'une filtration en grand a réduit de 80 ou 90 p. 100 les bactéries d'une eau de rivière, je traduis ce brillant résultat en pensant qu'il pouvait exister dans mon verre 100 bactéries pathogènes, 100 bacilles d'Éberth, si vous voulez, avant filtration et qu'il en existe encore après 10 ou 20, ce qui ne me rassure guère. Je pense aussi que tous les principes solubles toxiques qu'avaient apportés à cette eau de rivière les matières fécales, les urines, les eaux de lavage, etc., qu'elle a nécessairement reçues, ont traversé le filtre, au moins partiellement, et sont représentés dans mon verre.

Je ne fais pas le procès non plus à l'hygiène de Paris et je n'ai jamais prononcé sans le plus grand respect le nom de Belgrand, d'Alphand qui, à une époque où nul ne soupçonnait les méfaits d'une eau souillée et les bienfaits d'une eau pure, ont projeté ou conduit ces amenées d'eau de source qui ont tant contribué à faire de Paris une ville saine entre toutes les capitales de l'Europe; l'eau de Paris, même telle qu'elle est aujourd'hui, n'a rien à envier, il s'en faut, aux eaux de Londres, Berlin, etc.

Nous avons conquis le premier rang, il faut le garder; il faut dire à ceux qui ont la charge de l'hygiène parisienne : Vous aviez dans la question des eaux devancé la science; il faut continuer votre œuvre. L'hygiène est science de progrès : à ce qui était bien hier, elle nous montre des défauts aujourd'hui. Ces défauts, nul n'en est responsable puisqu'ils étaient ignorés; mais vous en deviendriez responsables si vous vouliez fermer les yeux, vous illusionner vous-mêmes, chercher à illusionner la population et rester dans le *statu quo*. Améliorez vos eaux de source, vous le pouvez et vous le devez!

Ce n'est pas d'ailleurs Paris seul qui est intéressé par la question des sources vauclusiennes : c'est presque toute la France. Quelle conduite donc tenir avant l'amenée, et pour les villes déjà alimentées, quels moyens de sauvegarde?

Avant l'amenée, il faut étudier soigneusement la source, ses variations chimiques et biologiques, la qualité de ses affluents, bref tous les dangers qui la menacent, et il faut franchement renoncer au projet quand l'eau paraît trop compromise pour être sauvée. J'espère que la Ville de Paris, à laquelle on prête dans l'Eure des projets de dérivation de sources qui ne sont que la réapparition de l'Iton perdu, voudra bien, instruite par l'expérience, abandonner ce dangereux projet. Après l'amenée, quand le danger latent jusque-là vient à s'imposer, il faut, si cela se peut, reporter les captages en amont des *pertes* dangereuses; sinon il faut y parer par une étude minutieuse de tous les points faibles, par l'assainissement de ces points, l'aveuglement des *gouffres* et *bétoires* dans la mesure du possibe : je ne doute pas un instant que les travaux entrepris par les départements d'Eure-et-Loir et de l'Eure pour boucher les gouffres de l'Avre supérieure n'aient eu un résultat favorable pour nos sources de la Vigne : ils ont certainement paré le danger qui eût fatalement résulté pour elles de l'apport des produits pathogènes versés dans l'Avre supérieure par la petite commune de Chennebrun, qui a été durement frappée par la fièvre typhoïde en 1899. Chennebrun est disposé de telle façon que toutes ses eaux-vannes vont à l'Avre.

Mais pour entreprendre une œuvre de préservation radicale et fructueuse, il faut être plus armé que nous ne le sommes actuellement, et il faut réclamer du Parlement la loi sanitaire qui seule nous permettra de protéger efficacement ces sources de la craie que compromet de jour en jour davantage l'extension des lieux habités et les déplorables pratiques du jet à la rue, au ruisseau, de l'épandage rudimentaire, encore trop enracinées dans la population. »

M. Hervieux communique un travail intitulé **causes de l'affaiblissement de la virulence du vaccin dans les colonies et moyens d'y remédier.** L'auteur passe en revue les différentes causes sous l'influence desquelles peut s'atténuer la virulence du vaccin et cite au premier rang l'élévation de la température, cause démontrée par les expériences de M. Lemoine. Il signale l'action plus fâcheuse de la chaleur humide comparée à la chaleur sèche et appelle l'attention sur l'influence toujours nocive de l'état hygrométrique de l'air sur la virulence du vaccin. A ces causes, il faut joindre dans certaines régions, telles que la Tunisie, la prédominance de certains vents et notamment du sirocco, susceptibles d'enlever à la pulpe glycérinée ses qualités virulentes. A ces différentes causes ajoutons le vieillissement de la pulpe vaccinale.

M. Hervieux énumère les différentes colonies françaises dans lesquelles le vaccin peut perdre tout ou partie de ses propriétés sous l'influence de ces causes : la Tunisie, l'Algérie, l'Indo-Chine, le Sénégal, le Congo. Mais il indique en même temps les divers moyens à l'aide desquels on peut, sinon soustraire complètement le vaccin à l'action de ces causes, du moins atténuer cette action de manière à permettre la vaccination dans toutes les saisons de l'année. Ces moyens sont les suivants : placer la pulpe glycérinée dans une glacière aussitôt aprés sa préparation, l'y laisser jusqu'au moment où elle sera utilisée ou envoyée à sa destination; pour transporter le vaccin dans les colonies avoir recours à la glace et, à défaut de glace, envelopper les tubes d'une compresse constamment humide, dans un courant d'air et à l'ombre; dans la saison chaude utiliser le vaccin aussitôt après sa réception, ou tout au moins le plus rapidement possible.

M. Marey appelle l'attention de l'Académie sur l'application de la photographie radiographique à l'examen des fractures et signale les **dangers de la radiographie mal appliquée.**

M. Lucas-Championnière est heureux de voir confirmer par M. Marey l'opinion qu'il a déjà plusieurs fois émise à la Société de chirurgie sur les erreurs auxquelles peut donner lieu l'interprétation de certaines radiographies. M. Berger ajoute, à l'appui de cette opinion, que les mêmes erreurs peuvent se produire aussi bien pour les luxations que pour les fractures et les cals.

Signalons un vœu émis par l'Académie sur un rapport de M. Laveran, vœu tendant à ce que le captage et l'embouteillage de toutes les **eaux minérales** soient faits dans des conditions qui donnent au public toutes garanties contre la contamination par les microbes, et à ce que toutes les demandes d'approbation adressées à l'Académie pour toutes nouvelles sources soient dorénavant accompagnées par une analyse bactériologique en règle.

Les embryons de froment comme moyen de suralimentation et de rephosphatisation dans la tuberculose, tel est le titre d'une communication de M. Henri Barré. D'après Aimé Girard, dit-il, les embryons de froment renferment 40 p. 100 de principes azotés, c'est-à-dire *deux fois* plus que la viande, et 6 p. 100 de principes phosphatés, soit douze fois plus que la substance nerveuse.

Le moyen qui paraît le plus pratique pour les utiliser consiste à en faire de petits biscuits dans lesquels on peut arriver à les faire entrer pour *moitié* du poids total.

Les biscuits ainsi préparés, étant aussi riches que la viande crue, peuvent donc la remplacer lorsqu'elle répugne aux tuberculeux ou provoque chez eux des troubles toxi-alimentaires.

Ils remplissent de plus le rôle d'une médication phosphatée, bien préférable aux phosphates artificiels qui sont inassimilables.

M. Courtois-Suffit a fait connaître, comme chaque année, la **statistique médicale relative aux ouvriers occupés à la fabrication des allumettes**. Il signale les progrès considérables obtenus dans cette fabrication.

M. Doyen a fait à l'Académie trois communications d'ordre très différent. La chirurgie humaine seule ne suffit plus à son activité et il nous présente un **nouveau procédé de castration des chevaux**, basée sur l'emploi de sa pince-clamps à levier. La technique est la suivante : le cheval fixé sur la table d'opération et la peau incisée, le testicule est attiré au dehors : immédiatement le cordon est saisi au-dessus du testicule avec une double pince en U qui est chargée d'un gros fil de catgut.

Cette pince est disposée de manière à pédiculiser le cordon et à permettre de l'écraser d'un seul coup de sa pince-clamps. Le fil est serré et noué, la pince en U est enlevée et le cordon est sectionné au delà de la ligature.

Les premières expériences de cette nouvelle méthode ont été faites à Chantilly, chez M. Chapart. Un cheval, opéré des deux côtés avec cet écraseur, est retourné à l'entraînement, complètement guéri, au bout de 7 jours.

M. Doyen présente ensuite une nouvelle poudre antiseptique à laquelle il a donné le nom de **protéol** qui est douée de propriétés anti-microbiennes très supérieures à celles de l'iodoforme, du salol et de tous les autres antiseptiques pulvérulents actuellement en usage. Ce nouveau produit, dont il dépose la composition chimique sous pli cacheté, entre les mains de M. le secrétaire général, donne les résultats suivants : 1° A la dose de 30 à 50 centigrammes dans un tube de bouillon stérilisé, il s'oppose à tout développement des cultures les plus virulentes de bacterium coli ou des liquides les plus septiques, tandis, que ces microbes se développent librement sur les tubes témoins, additionnés d'une égale quantité de salol, de glutol, d'iodoforme, etc.

2° A la dose de 1 gramme, le protéol stérilise complètement en vingt-quatre heures les mêmes cultures en plein développement.

Enfin, M. Doyen présente un nouveau produit, la **staphylase**, extrait de la levure de bière.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Procédé rapide de cure mécanique de l'anasarque. — On sait que, dans les cas d'œdèmes considérables d'origine cardiaque ou rénale, l'évacuation de la sérosité hydropique à travers des incisions ou des mouchetures pratiquées sur les membres inférieurs constitue souvent une condition absolue de succès de toute médication cardiotonique ou diurétique et parfois même une indication vitale. Il va de soi que le meilleur moyen à cet égard sera toujours celui qui permet d'évacuer l'anarsaque dans le plus bref délai. Tel est précisément le procédé employé par le docteur C. Bozzolo, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Turin, et son assistant, M. le docteur L. Fornaca, procédé qui ne représente qu'une modification heureuse de la méthode bien connue de Southey.

M. Bozzolo se sert pour le drainage sous-cutané de canules ayant un calibre de 1 millimètre et demi et une longueur de 3 centimètres, et munies à leur extrémité externe (celle qui reste hors de l'orifice de ponction) d'un renflement sphéroïdal plus accusé que dans les canules de Southey, de sorte qu'on peut y adapter facilement des tubes en caoutchouc. Ces derniers ont un diamètre intérieur de 2 millimètres, et leur paroi mesure 1 millimètre et demi d'épaisseur, ce qui leur permet de résister à la pression atmosphérique lorsqu'on fait le vide à l'intérieur. Il faut 4 tubes de ce genre de 60 à 80 centimètres de long et 4 canules pour chaque membre inférieur. On fixe les tubes en caoutchouc sur des branches métalliques creuses d'un diamètre intérieur de 2 millimètres et aboutissant toutes à une canule unique, de 4 centimètres et demi de long, qui communique avec un aspirateur de Potain.

Après avoir désinfecté le champ opératoire, on introduit sous la peau de l'extrémité inférieure les quatre canules devant servir de drains, de façon qu'elles soient situées à une certaine distance l'une de l'autre ; on adapte aux canules les tubes en caoutchouc communiquant avec l'aspirateur dans lequel on a préalablement fait le vide et qu'on maintient plus bas que le lit du malade. Le robinet de l'appareil une fois ouvert, la sérosité hydropique pénètre aussitôt dans le récipient, et cela d'une manière si rapide que souvent on en recueille près d'un litre en une demi-heure environ. Lorsque l'écoulement se ralentit ou quand il ne s'effectue d'emblée que par gouttes, il est facile de l'accélérer à volonté au moyen de quelques manœuvres d'aspiration. On parvient de la sorte, en l'espace de deux heures, à retirer jusqu'à trois litres de sérosité sans déplacer les canules.

L'évacuation étant terminée, on enlève les canules, on comprime pendant quelques instants les piqûres au moyen de petits tampons d'ouate, puis on les obture avec du coton chargé de collodion.

On peut, sans le moindre inconvénient, répéter la petite opération qui vient d'être décrite autant de fois que cela paraît nécessaire. (*Gaz. hebd. des sc. méd.* de Bordeaux, 11 février 1900.)

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Traitement de la syphilis par des sachets de mercure (procédé de Welander). — Il est aujourd'hui établi que, lorsque la peau est absolument intacte, les frictions mercurielles agissent par les vapeurs mercurielles qui se dégagent. Aussi Welander a-t-il cherché un mode d'application certain du mercure qui permît d'obtenir les mêmes effets que les frictions sans en présenter les inconvénients. Après de nombreux essais, il s'est arrêté au procédé suivant : on fait faire un sachet d'une étoffe quelconque, de 50 centimètres sur 40, et on en enduit la surface interne de pommade mercurielle. Des lacets fixés aux quatre angles du sachet permettent de le fixer sur la poitrine, mais de telle sorte que le sachet reste ouvert. Ce sachet est tous les jours enduit de 6 grammes de pommade grise. Les essais faits sur plus de 400 malades ont démontré à cet auteur que ce mode d'application est aussi actif que tous les autres; les intoxications n'y sont pas plus fréquentes que dans les autres modes d'administration du mercure.

M. Volfson a vérifié l'efficacité du procédé de Welander à la clinique du professeur Lang, à Vienne, sur 66 malades atteints de formes diverses de syphilis primaire, secondaire ou tertiaire. Ces expériences ont pleinement confirmé les assertions de Welander.

Dans tous les cas, sauf un (syphilide papulo-pustuleuse), la régression des manifestations cutanées se fit très rapidement : dix-sept jours (c'est-à-dire dix-sept sachets) pour la roséole, vingt-trois pour les papules, trente pour les autres syphilides. D'autre part, la recherche du mercure dans les urines a démontré qu'il y passait très rapidement.

Chez 10 des 66 malades soumis au traitement par les sachets, on a noté la stomatite; mais elle fut tenace chez trois d'entre eux seulement; chez les sept autres il suffit de supprimer pour quelques jours le port des sachets pour supprimer la stomatite. Trois fois M. Volfson a noté une entérite assez sérieuse.

Cependant, il faut noter un inconvénient du procédé en question : on a observé, quoique très rarement, l'influence toxique, sur l'entourage du malade, des vapeurs mercurielles qui se dégagent du sachet porté par ce dernier. (*Presse méd. belge*, 11 février 1900.)

TOXICOLOGIE

Empoisonnement aigu par la cocaïne. — M. L. Herz soignait une femme de vingt-deux ans, de constitution faible, anémique, qui fut soumise à l'anesthésie par la cocaïne pour l'extirpation d'un papillome laryngé. La malade absorbe en tout 30 centigrammes de cocaïne. Après l'opération qui dura une demi-heure apparurent les phénomènes d'empoisonnement (sensation du froid dans tout le corps, faiblesse générale, dilatation pupillaire, respiration courte et fréquente, rougeur du visage, agitation, anxiété, pouls fréquent). Après administration de nitrite d'amyle et de bromure de sodium les symptômes disparurent.

Herz fait remarquer à ce propos qu'il n'existe pas de véritable antidote de la cocaïne, encore bien que certains auteurs aient vanté la morphine, et que l'on est obligé de se contenter d'un traitement symptomatique (café, camphre, musc, nitrite d'amyle, chloral, atropine, etc.). (*Wien. med. Wochens.*, n° 3, 1900.) L. G.

THÉRAPEUTIQUE

Dyspepsie et nitrate d'argent. — M. Smithwick recommande le nitrate d'argent dans l'hyperchlorhydrie, traitement employé par Riegel. Dans deux cas le malade a pris 1 ou 2 centigrammes de nitrate d'argent dans 15 grammes d'eau distillée, dans un autre cas on a fait des lavages de l'estomac avec une solution au millième.

Le lavage de l'estomac est nécessaire quand la sécrétion du suc gastrique est continue. Si le lavage ne peut se faire, il ne faut pas faire prendre le nitrate d'argent, mais du sous-nitrate de bismuth et des alcalins; Smithwick a obtenu de bons résultats de son traitement.

La *Presse médicale belge* fait remarquer qu'il y a longtemps que feu le professeur Crocq (de Bruxelles) recommandait ce traitement dans ses remarquables cliniques. (*Boston med. and surg. Journ.*, 4 janvier 1900.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le mariage, nullité, divorce, grossesse, accouchement (1), par le professeur P. Brouardel.

Depuis la loi de 1884 sur le divorce, les médecins experts et les médecins traitants ont eu à débattre bien des questions relatives au mariage. Elles n'ont pas encore été étudiées dans leur ensemble, et les médecins que le hasard met en présence des nombreuses difficultés qui surgissent à l'improviste, au cours d'un procès, sont parfois singulièrement embarrassés.

Le professeur Brouardel a pensé qu'en groupant les cas à propos desquels son avis a été demandé il serait plus facile à ses confrères de se faire une théorie générale, guidant leur conduite et leur permettant d'apprécier dans quelles limites leur action peut s'exercer et celles qu'elle ne doit pas franchir.

Parmi ces diverses questions les unes se présentent dans les conditions des expertises ordinaires. Telles sont celles qui concernent les malformations des organes génitaux.

Pour les autres l'expert se trouve en présence d'affirmations absolues formulées par les parties et il sera le plus souvent obligé de donner des conclusions qui seront moins précises que ne le désirent les intéressés et les juges ; il est condamné *au relatif*.

Le législateur français a écarté l'impuissance comme cause de nullité et de divorce. Mais si en droit l'impuissance seule n'entraîne pas le divorce, c'est un argument qui se joint à ceux qui sont invoqués par la demanderesse, surtout quand le mari impuissant vis-à-vis d'elle a montré qu'il ne l'était pas vis-à-vis d'autres.

De plus, le droit canon admet la dissolution du mariage en cas d'impuissance, et le médecin est appelé à faire les constatations prouvant que le mariage a été ou non *consummatum*.

Ici le médecin traitant doit être très circonspect. Sa cliente entraînée par l'ardeur inséparable des procès en divorce, dans lesquels tout est injure, sévice, etc., peut lui demander de constater qu'il y a eu non-consommation, qu'il y a eu des actes contre nature. Que le médecin constate ce qui est certain, indiscutable, mais qu'il n'aille pas au delà.

La seconde partie de ce volume est consacrée à l'*étude médico-légale de la grossesse et de l'accouchement*. Dans les affaires qui mettent en jeu la responsabilité médicale, les erreurs médicales sur le diagnostic de la grossesse, les appréciations sur l'opportunité des interventions, sur leurs résultats fâcheux, ont de tout temps soulevé bien des débats passionnés.

M. Brouardel a indiqué les espèces les plus fréquentes, et a le plus souvent pu donner les jugements ou les arrêts rendus. Le médecin se rendra compte, en les lisant, des opinions professées par les magistrats et le public ; il verra facilement quelles différences séparent les appréciations des médecins et des personnes étrangères à la pratique médicale.

---

(1) In-8°. Prix : 9 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Tableaux synoptiques de médecine opératoire (1), par le docteur Lavarède.

Les *Tableaux synoptiques de médecine opératoire* sont calqués sur le même modèle que les précédents volumes de la collection Villeroy.

L'auteur a suivi le plan et les procédés préconisés par les maîtres de la médecine opératoire en France : il a choisi celui que la clinique montre le meilleur, celui qu'on exige dans les examens.

Ces tableaux sont illustrés de figures : on a cherché à les rendre démonstratives. Elles seront utiles, car le tracé d'un lambeau, par exemple, se comprend plus facilement et se fixe mieux dans la mémoire, par la vue d'un dessin que par la lecture d'une description. Elles ont été dessinées d'après les croquis de l'auteur, par M. G. Devy, dont la compétence scientifique et le talent artistique sont bien connus.

L'auteur étudie d'abord les *ligatures artérielles*.

Les notions anatomiques qui commencent chaque article sont importantes à connaître, car elles montrent où est l'artère à lier, quels tissus la couvrent, quels organes il faut éviter de léser ; le membre est mis ensuite en position ; les points de repère sont fixés ; à leur aide, on dessine la ligne d'incision et l'opération commence.

La pratique des *amputations* exige des notions anatomiques précises de la région à opérer, soit dans la contiguité soit dans la continuité du membre. Le membre, l'opérateur, les aides sont en position ; le choix du procédé est guidé par la connaissance des services qu'on exigera du moignon ; les points de repère étant établis, on mesure et on marque au crayon le contour du ou des lambeaux ; puis l'opération proprement dite commence.

Pour les *résections*, la ligne de conduite est la même.

Une large place est donnée aux *opérations* qui se pratiquent *sur les tissus et les organes*. Cette partie sera utile à l'élève qui voudra comprendre et suivre avec fruit les différents temps de l'opération qu'il voit pratiquer à l'hôpital ; au praticien qui aura à pratiquer lui-même quelques-uns de ces actes chirurgicaux et voudra se remettre en mémoire les règles opératoires qui les régissent ; au chirurgien enfin qui, ayant quitté l'école, voudra se tenir au courant des progrès de la chirurgie contemporaine.

Notions de laryngoscopie utiles aux médecins (2), par le docteur F.-J. Collet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Ce petit volume est exclusivement consacré au diagnostic et au traitement des maladies du larynx susceptibles d'intéresser le médecin. Il contient un court exposé de la technique laryngoscopique et trachéoscopique, accompagné de conseils utiles, et la description de deux nouvelles méthodes d'investigation encore peu connues et appelées à rendre de grands services : la laryngoscopie directe de Kirstein et la laryngoscopie chez l'enfant par le procédé d'Escat.

Puis vient l'exposé des différentes affections du larynx : bien qu'elles y figurent à peu près toutes, l'auteur a étudié avec plus de developpements celles que le médecin a le plus souvent l'occasion d'observer : œdème laryngé, laryngites chroniques, phtisie, syphilis, cancer, hémorragies, etc. Deux importants chapitres sont consacrés aux paralysies du larynx et aux troubles laryngés des affections nerveuses : la paralysie du récurrent dont la valeur diagnostique est si considérable en pathologie thoracique est étudiée avec détails.

Toutes ces notions sont exposées d'une façon très élémentaire, aussi simplement que possible et avec un caractère pratique.

(1) Gr. in-8°. Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8°, 54 fig. Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Droits du médecin et de la personne non diplômée associés pour l'exploitation d'une maison de santé.

Le tribunal de commerce a décidé récemment (décembre 1899) : 1° Que si une société a été formée entre un docteur en médecine et une personne non diplômée pour l'exploitation d'une maison de santé dans laquelle les malades trouvent, d'une part, les consultations de l'associé médecin et, d'autre part, les soins à donner, par suite d'une organisation toute spéciale dirigée par l'associé non diplômé, est licite la convention intervenue à la dissolution de la société, par laquelle l'associé médecin cède ses droits sociaux à son co-associé l'organisation hospitalière de la maison constituant une exploitation commerciale absolument distincte de l'exercice de la profession médicale et pouvant, à ce titre, faire l'objet d'une cession à une personne non diplômée ;

2° Que la cession des droits sociaux comprenant celle de la clientèle attachée à l'exploitation commerciale, l'associé non diplômé devient légitimement propriétaire de ladite clientèle ;

3° Que l'associé médecin commet un acte de concurrence déloyale lorsque, après la cession de ses droits, il établit une maison de santé similaire et cherche, au moyen de la publicité, à détourner une partie de la clientèle cédée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

28. M. Roux. Traitement chirurgical et orthopédique de la maladie de Little. — 29. M. Martinot. Considérations cliniques et thérapeutiques sur le traitement des ulcères. — 30. M. Debuchy. Des kystes dermoïdes de l'ovaire et de leur dégénérescence maligne. — 31. M. Boisramé. Contribution à l'étude de l'artérite aiguë au cours de la grippe. — 32. M. Marchand. La péritonite aiguë par perforation au cours de l'entérite tuberculeuse. — 33. M. Asselineau. Contribution à l'étude de l'aphasie dans la fièvre typhoïde. — 34. M. Gatian de Clerambault. Contribution à l'étude de l'othématome. — 35 M. Deverre. Étude sur les complications hépatiques de la grippe. — 36. M. Cohen. Le traitement des lochies fétides par l'hypochlorite de soude (liqueur de Labarraque). — 37. M. Jacq. La radiographie dans les fractures du calcaneum. — 38. M. Ducatte. Les ptoses du gros intestin et leurs complications chirurgicales (étude anatomique et critique). — 39. M. Jamart. Des dystrophies arthropathiques et leur traitement. — 40. M. Husson. Des éléments symptomatiques établissant le diagnostic différentiel entre le lupus, la syphilis et le cancer de la face. — 41. M. Rambaud. Contribution à l'étude des anomalies des organes génitaux de la femme, — 42. M. Béchérel. Etude de quelques causes de mortalité infantile dans le département des Côtes-du-Nord. — 43. M. Warin. De la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire. — 44. M. Murer. De la levure de bière dans le traitement de la vaginite. — 45. M. Germain de Saligny. Contribution à la néphropexie sans sutures par enclavement cicatriciel du rein. — 46. M. Boissière. De l'application du forceps au détroit supérieur de l'excavation. — 47. M. Perrin. De la névrite optique dans l'albuminurie légère. — 48. M. Brantot. Forges-les-Eaux, autrefois et aujourd'hui. — 49. M. Gautret. Les pneumonies à scories. — 50. M. Lesage. De la possibilité de quelques mycoses dans la cavité respiratoire basée sur l'hygrométrie de cette cavité. — 51. M. Fernique. Dégénérescences secondaires de la moelle consécutives aux lésions d'un hémisphère. — 52. M. Lorot. Les combinaisons de la créosote dans la tuberculose pulmonaire. — 53. M. Bluzat. Contribution à l'étude de l'empyème double chez l'enfant. — 54. M. Deligné. De l'état du facial supérieur dans les hémiplégies cérébrales de l'adulte. — 55. M. George. Considérations sur les exhibitionnistes impulsifs. — 56. M. Le Clech. Contribution à

l'étude de l'exclusion. — 57. M. Jouany. Contribution à l'étude de l'hystérectomie abdominale supravaginale dans le traitement des gros fibromes de l'utérus. — 58. M. Guilaine. Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie chez l'enfant. — 59. M. Bautigny. Contribution à l'étude de l'acné ponctuée chez les enfants. — 60. M. Mesley. Étude graphologique sur les variations de l'écriture des aliénés. — 61. M. Delpeut. Contribution à l'étude de certaines malformations d'origine congénitale, par arrêt de développement de l'amnios. — 62. M. Malécot. Sur le traitement de la hernie gangrénée. — 63. M. Fleys. Contribution à l'étude des ruptures spontanées des voies biliaires. — 64. M. Jouannic. Septicémie à staphylocoque. — 65. M. Lefeuvre. Étude myographique de la contraction musculaire de l'insecte. — 66. M. Maurel de Lapomarède. Baudelocque; sa vie, son œuvre. — 67. M. Daniel. Des arrêts de développement consécutifs aux lésions locales datant de l'enfance. Atrophie numérique de Klippel. — 68. M. A. Gadreau. Étude sur la docimasie hépatique. — 69. M. Boulaud. Considérations cliniques sur une série de cas de fièvre typhoïde. — 70. M. Callier. Alcool et phtisie. — 71. M. Sappin-Trouffy. De la spermatogénèse dans un testicule tuberculeux chez l'homme. — 72. M. Coulomb. Contribution à l'étude des lésions de l'appendice dans la fièvre typhoïde. — 73. M. Grépinet. Étude sur la maladie de Little. — 74. M. Robert. Contribution à l'étude des kystes du vagin (paroi postérieure). — 75. M. Roger. Étude clinique sur le phénomène de l'entrée de l'air par les sinus utérins dans l'état puerpéral. — 76. M. Pineau. Les hémorragies gastro-intestinales d'origine urémique. — 77. M. Besson. De l'influence pathogénique des épanchements pleuraux sur la circulation intra-cardiaque, particulièrement dans les affections chroniques du cœur. — 78. M. Lubetzki. Recherches cliniques et expérimentales sur la cause de la céphalée neurasthénique. — 79. M. Bonnet. Contribution à l'étude des psoriasis anormaux. — 80. M. Gilbert. Disjonction épiphysaire des nouveau-nés syphilitiques. — 81. M. Mézangeau. Contribution à l'étude des hernies de l'appendice iléo-cæcal. — 82. M. Véron. Traitement chirurgical de la cure sanglante des hémorroïdes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 22 au 24 février 1900)

Examens de doctorat.

JEUDI 22 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Guyon, Thiéry et Faure.

2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 3* : MM. Gautier, Gley et Launois; — (2e partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Mathias-Duval, Weiss et Chassevant.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Quénu, Albarran et Wallich.

4e, *Petit amphithéâtre* : MM. Proust, André et Teissier; — M. Marfan, suppléant.

VENDREDI 23 FÉVRIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salles nos 2 et 3* : MM. Ch. Richet, Retterer et Desgrez.

4e, *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Brissaud et Thoinot; — M. Weiss, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Walther et Legueu — (2e série) : MM. Delens, Tuffier et Broca (Aug.); — (2e partie) : MM. Dejerine, Gaucher et Teissier; — M. Widal, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 24 FÉVRIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Ch. Richet, Rémy et Weiss; — (2e partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Mathias-Duval, Blanchard et André.

3e (2e partie, 1re série) : MM. Hutinel, Ballet et Marfan; — *Petit amphithéâtre* (2e série) : MM. Debove, Chantemesse, et Dupré; — M. Retterer, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Brun, Bonnaire et Wallich.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de la façon suivante :

MM. Le Gendre, Hayem, Hutinel, Debove, Duflocq, Josias, Muselier, Mauriac, Variot, Giraudeau, Brissaud, Humbert.

Concours supplémentaire de l'Internat. — *Lecture des copies.* — *Pathologie.* — 12 février. — MM. Bonnet, 13; Fouquet et Gardner, 12; Brelet et Gennet, 11; Braillon et Cauzard, 10; Petit et Rauet, 9; Jarvis, 8; Marsoo, 5.

13 février. — MM. Aubertin, 14; Aubourg, Cathala, Denis, Dionis du Séjour et Jamet, 12; Viteman, 11; Preciado et Trastour, 10; Guillaume, 9.

Anatomie. — 12 février. — MM. Mahar, 13; Tessier et Tridon, 11; Hulleu et Landowsky, 10; Guillemin, 9; Guillemet, 8; Bouffier et Rousseau, 7; Gougis, 6; Fabre, 5.

13 février. — MM. Lecène, 13; Levassor, 12; Berton et Gernez, 10; Housselot, 9; Dennecé, Thiollier et Verbeck, 8; Tabary, 6; Barbier, 5.

Les prochaines séances d'anatomie auront lieu le jeudi 15 février, à neuf heures et demie, à l'Administration centrale; le samedi 16 février, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Hospices civils de Marseille. — Un concours pour une place de médecin-adjoint s'ouvrira le lundi 14 mai 1900 à trois heures à l'Hôtel-Dieu.

S'inscrire au secrétariat de la commission administrative, huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

Écoles de médecine. — *Rennes.* — Un concours s'ouvrira, le 17 septembre 1900, devant l'École de médecine de Rennes, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite école.

Marine. — M. Cairon, médecin de première classe, est désigné pour servir au 11e régiment d'infanterie de marine en Cochinchine au lieu et place de M. le docteur Thieffer.

M. Bailly, médecin de première classe, est désigné pour remplacer sur le *Formidable* M. le docteur Fousseau.

Ont été nommés à l'emploi de médecin stagiaire des colonies les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine dont les noms suivent : MM. Bourges, Chanaud et Gallet de Santerre.

M. Battier, médecin de première classe du cadre de Lorient, est désigné pour remplacer, sur la défense mobile de Corse, M. le docteur Lacarrière.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés chevaliers du Mérite agricole : MM. les docteurs Châtelain, Damain et Morin (de Paris), Force (de Nemours), Géhé (de Toulouse), Gimié (de Quarante), Hommey (de Séez) et Jean (de Couffiac).

Le Congrès international de l'éducation physique a constitué son bureau comme suit : président, M. Léon Bourgeois; — vice-présidents, MM. le général Bonnal; le docteur Bouchard, membre de l'Institut; Buisson, professeur à la Faculté des lettres de Paris; le baron Pierre de Coubertin, président du Comité international des jeux olympiques; — secrétaire général, M. Georges Demeny, professeur du cours supérieur d'éducation physique de la ville de Paris; — secrétaires : MM. Crinon, professeur au collège Sainte-Barbe et aux écoles primaires; Lhermitte, professeur, rédacteur en chef du *Stand*; — secrétaires-adjoints, Mlle Billoud; M. Bocquilion, professeur, étudiant en médecine; — trésorier, M. Passerieu (Asthou), commissaires aux fêtes de 1900.

Le Congrès se tiendra à Paris, au palais des Congrès, du 30 août au 7 septembre, et sera fort important. M. Demeny, secrétaire général, recevra jusqu'au 15 juin les manuscrits, avenue de Versailles, 95, Paris.

L'incinération des gadoues. — L'opinion publique était violemment surexcitée il y a quelque temps par le projet qu'avaient formé certains industriels d'établir à Bondy une usine pour l'incinération des gadoues de Paris.

Repoussés à Bondy, ils viennent d'adresser, au préfet de la Seine et au préfet de police une demande tendant à installer le même établissement à Pantin, rue Victor-Hugo.

Ce nouveau projet a soulevé une vive émotion parmi la population de cette localité.

Les conseils municipaux de Pantin et du Pré Saint-Gervais se sont mis à la tête des protestations unanimes des habitants, et plusieurs milliers de signatures recouvrent déjà les pétitions qui vont être adressées au Conseil d'État.

La lèpre en Crète. — Nous avons déjà annoncé que le prince Georges de Grèce, commissaire général en Crète, avait invité le docteur E. Ehlers (de Copenhague) à venir étudier les moyens de combattre cette terrible maladie si fréquente dans l'île.

L'illustre dermatologue, dont la sympathie pour la France est bien connue, va se mettre en route à la fin du mois.

Les mesures sanitaires en Italie. — Une ordonnance du service sanitaire intérieur, arrête que les personnes provenant de Marseille, voyageant par groupes par terre, seront soumises, en arrivant à la première gare italienne, à la visite médicale. Si les fonctionnaires du service sanitaire le jugent nécessaire, il sera procédé à la désinfection des vêtements qui ne seront pas parfaitement propres.

En outre, les malades suspects seront isolés et vaccinés, s'ils ne portent plus les signes d'une vaccination récente.

Les wagons dans lesquels les malades auront voyagé seront désinfectés.

De Marseille à Paris. — *Simple histoire d'un cas de variole.* — Dans une note parue en 1829, la *Gazette des hôpitaux* rapportait le fait suivant : un jeune homme de vingt-sept ans visite à Marseille un varioleux. Il part le lendemain pour Paris; à Lyon, premiers symptômes d'invasion, fièvre; le malade continue son voyage. Arrivé à Paris, il présente une éruption confluente. Mort le vingt et unième jour de la maladie.

Dans cette fin de siècle, où les distances ne comptent plus, cette incubation de variole en diligence ne manque pas de saveur.

Les médecins militaires en Allemagne. — Le duel est toujours maintenu obligatoirement dans l'armée comme une véritable institution. Un incident tout récent en est une preuve nouvelle. Un médecin très connu, qui dirige à Triberg un établissement thermal, avait eu avec un de ses confrères une altercation. Provoqué par ce dernier, il avait refusé de se battre, alléguant ses principes religieux. Comme les deux médecins se trouvent être médecins-majors de la réserve, l'autorité militaire a évoqué l'incident, bien qu'il ait eu lieu en dehors du service. Et le docteur qui avait refusé de se battre a reçu un ordre du cabinet de l'empereur, ainsi conçu : « Vous êtes révoqué de votre grade de médecin-major de la réserve, parce que, malgré les invitations réitérées qui vous ont été faites, de demander, conformément à l'honneur, réparation d'une injure, vous vous êtes abstenu de provoquer votre adversaire. »

Singulière suture. — Un vagabond atteint de rupture traumatique de l'urètre et n'ayant pas uriné depuis douze jours entre à l'hospice de Pont-l'Évêque. Délire violent. La vessie forme une tumeur remontant jusqu'à l'appendice xyphoïde. Infiltration sanguine considérable du périnée et du scrotum.

M. Chevillot trouve, en sondant le blessé, une rupture de la portion périnéale antérieure de l'urètre et parvient à passer une sonde qu'il fixe à demeure; puis il incise largement le périnée.

Le sondage amena une évacuation de quatre litres d'urine; il en sortit autant dans l'après-midi et dans les vingt-quatre heures qui suivirent. Il s'écoula, par l'incision périnéale, environ deux grands verres de sang coagulé. Les suites furent bonnes. Au bout de trois semaines, il n'existait plus qu'une fistule périnéale lorsque le malade voulut sortir.

Trois mois après il venait se faire hospitaliser pour l'hiver. La fistule avait disparu et voici comment. Le blessé, aussitôt rentré chez lui, avait prié la mégère avec laquelle il vivait, de prendre une aiguille et de lui coudre sa fistule. C'est ce qu'elle avait fait et, comme les chairs étaient alors en plein bourgeonnement, ils avaient obtenu une réunion immédiate par seconde intention! (*Année méd. de Caen*, 15 nov. 1899).

Comment Berlioz faillit devenir médecin. — Le docteur Cabanès, dont on connaît les amusantes études d'histoire anecdotique, raconte, dans la *Revue des Revues*, « comment Berlioz faillit devenir médecin. » L'auteur de la *Prise de Troie* était le fils d'un brave médecin de campagne qui fut couronné en 1810 pour un travail sur les maladies chroniques par la société médicale de Montpellier. Le docteur Louis Berlioz envoya son fils à l'Ecole de médecine de Paris, dont les registres portent la signature d'Hector Berlioz, en 1821 et 1822, années pendant lesquelles il prit cinq inscriptions. Après quoi, la vocation musicale l'emporta.

On trouve des traces de ses premières études dans plusieurs de ses ouvrages de musicographie, comme, par exemple, lorsqu'il écrit cette phrase remarquable chez un révolutionnaire de l'art : « Il n'y a que le bourreau qui puisse couper le poing à un malheureux sans tenir compte des articulations, des attaches musculaires, des filets nerveux et des vaisseaux sanguins. » D'autre part, certaines de ses premières œuvres musicales, notamment la *Symphonie fantastique*, portent bien la marque de l'imagination macabre d'un carabin romantique.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Milne-Edwards, membre de l'Institut, professeur de zoologie, commencera ce cours le vendredi 2 mars 1900, à deux heures.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — A l'occasion du Carnaval de Nice (du 15 au 27 février 1900), des Régates internationales de Cannes (3 au 20 mars 1900) et de Nice (2 au 16 avril 1900), des vacances de Pâques, du tir aux pigeons de Monaco, la Compagnie délivrera jusqu'au 30 avril 1900, des billets d'aller et retour, 1re classe, valables pendant vingt jours, et dont le prix au départ de Paris sera de 177 fr. 40 pour Cannes, 182 fr. 60 pour Nice, 186 fr. 80 pour Menton.

On trouvera ces billets et des prospectus détaillés aux gares de Paris-Lyon et Paris-Nord, ainsi que dans les bureaux de ville de la Compagnie P.-L.-M. et dans les agences spéciales.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les maladies de l'urètre et de la vessie chez la femme, par le docteur G. Kolischer, traduit de l'allemand par le docteur O. Beuttner. Un vol. in-12 de la *Collection médicale*, cartonné à l'anglaise. — Prix : 4 francs. — Paris, Félix Alcan.

Les eaux minérales en Roumanie. Stations balnéaires et climatériques, par le docteur M. S. Diamant-Berger, directeur des archives orientales de médecine et de chirurgie. Un fascicule de 20 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, *Archives or. de méd. et de chir.*, 34, rue Maubeuge.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 20. — SAMEDI 17 FÉVRIER 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 17 FÉVRIER 1900. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. La tuberculose des amygdales, par MM. Marcel LABBÉ et Ch. LEVI-SIRUGUE. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — FORMULAIRE. Les préparations mercurielles en injections sous-cutanées; — Pommade contre les hémorroïdes; — Pulvérisations dans le traitement de l'érysipèle. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — THÈSES DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

La tuberculose des amygdales.

Par Marcel LABBÉ et Ch. LEVI-SIRUGUE.

I

La tuberculose des amygdales a longtemps été confondue avec la tuberculose du pharynx et dans les traités classiques on ne trouve pas en général de chapitre consacré à l'étude de cette affection. Cependant il est utile d'étudier à part ces deux localisations de la tuberculose et de rapprocher au contraire la tuberculose des amygdales palatines de celle des amygdales pharyngées et des végétations adénoïdes.

L'amygdale étant un organe lymphoïde comparable par sa structure aux ganglions lymphatiques, à la rate, aux follicules clos de l'intestin, la tuberculose de cet organe participe des caractères généraux qui ont été attribués à la tuberculose des organes lymphoïdes. Cette tuberculose est habituellement bénigne, évolue lentement, sans bruit, et guérit assez facilement. Telles sont par exemple les lésions tuberculeuses atténuées des ganglions lymphatiques désignées communément sous le nom de scrofule; telles sont encore ces infections tuberculeuses des ganglions absolument latentes, étudiées par Loomis et Pizzini. Les mêmes allures bénignes s'observent dans la tuberculose des amygdales. Quelle que soit la cause de cette bénignité, qu'elle soit due à la faible virulence des bacilles qui se localisent dans les organes lymphoïdes, ou à l'atténuation du pouvoir pathogène résultant du séjour des microbes dans les ganglions, ainsi que les travaux de Perez (1), F. Bezançon et M. Labbé (2), Manfredi (3), semblent le démontrer, il faut reconnaître que les tuberculoses des organes lymphoïdes sont en général bénignes, faiblement virulentes.

La tuberculose des organes lymphoïdes présente une certaine tendance à rester cantonnée dans le système lymphatique. Dans la tuberculose ganglionnaire, les ganglions s'infectent souvent de proche en proche sans que la tuberculose atteigne d'autres organes; de même la tuberculose de l'amygdale se propage facilement aux ganglions du cou, grâce à la similitude de structure de ces organes et aux rapports anatomiques directs qui les unissent. Mais elle y reste cantonnée et n'envahit que rarement les viscères. Ainsi, l'amygdale, lorsqu'elle sert de porte d'entrée à la tuberculose, semble lui imprimer, dès l'origine, un caractère spécial qui règle sa virulence et ses localisations ultérieures; la tuberculose à localisations lymphatiques d'emblée est habituellement bénigne, a peu de tendance à se généraliser et reste le plus souvent une tuberculose lymphatique pendant toute la durée de son évolution.

(1) PEREZ. *Annali d'ig. speriment.*, 1897.
(2) F. BEZANÇON et M. LABBÉ. *Arch. de méd. expérim.*, mai 1898.
(3) MANFREDI et VIOLA. Palermo, 1898.

II

Historique. — Les auteurs se sont surtout occupés du point de vue clinique et anatomo-pathologique. Isambert, Peter, Laboulbène avaient déjà signalé la tuberculose des amygdales. On trouve dans la thèse de Barth (thèse de doctorat, Paris, 1880) une description des formes de la tuberculose pharyngée et parmi celles-ci de la tuberculose amygdalienne.

MM. Cornil et Ranvier ont décrit les lésions histologiques des amygdales atteintes de tuberculose. Sous l'inspiration de M. Cornil, un certain nombre détudes ont été poursuivies sur ce sujet par Chassagnette, Romane (thèse de Paris, 1891) Stchastny (1), etc.

L'étude de la tuberculose primitive des amygdales a donné lieu en France à un certain nombre de publications de MM. Lermoyez (2), Dieulafoy (3), Sacaze (4), etc.

A l'étranger, on s'est surtout occupé du mode d'infection de l'amygdale et du rôle de cet organe comme porte d'entrée de la tuberculose. La question a donné lieu à une bibliographie extrêmement riche, dont nous pouvons extraire les travaux de Conheim et Weigert (1884), de Strassmann (5), Dmochowski (6), Schlenker (7), Cruckmann (8), Schlesinger (9), Ruge (10), Gottstein (11), Wright (12), Oppenhei-

(1) SCHASTNY. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1889.
(2) LERMOYEZ. Soc. méd. des hôpit., 1891.
(3) DIEULAFOY. Acad. de méd., 1895.
(4) SACAZE. *Arch. de méd.*, janv. 1894.
(5) STRASSMANN. *Virchow's Archiv*, 1884, Bd. XCVI.
(6) DMOCHOWSKI. *Ziegler's Beitr. z. anat. Path.*, Bd. XVI.
(7) SCHLENKER. *Virchow's Archiv*, Bd. CXXXIV.
(8) CRUCKMANN. *Virchow's Archiv*, Bd. CXXXVIII.
(9) SCHLESINGER. *Berlin. klin. Woch.*, 1896, n° 9.
(10) RUGE. *Virchow's Archiv*, Bd. CXLIV, 1896.
(11) GOTTSTEIN. *Berlin. klin. Wochens.*, août 1896.
(12) WRIGHT. *New-York med. Journ.*, 26 sept. 1896.

mer (1), Pluder et Fischer (2), Otto Pfiffl (3), Scheibner (4), etc.

III

Étiologie. — La tuberculose des amygdales peut être *secondaire* à un foyer antérieur de tuberculose; cette forme, qui est de beaucoup la plus fréquente, est connue depuis longtemps.

Par contre, la forme *primitive*, dans laquelle l'amygdale constitue la porte d'entrée de l'infection tuberculeuse, est beaucoup plus rare.

I. Tuberculose secondaire. — La tuberculose secondaire des amygdales est particulièrement fréquente chez les sujets atteints de tuberculose pulmonaire ouverte, à évolution chronique. Strassmann, sur 21 autopsies de phtisiques, a trouvé 13 fois la tuberculose amygdalienne. Schlenker, dans 13 autopsies de phtisiques, a toujours trouvé les amygdales tuberculeuses; Schlesinger donne une proportion analogue 12 fois sur 13 cas; Oppenheimer donne la proportion de 80 p. 100.

L'amygdale peut être également infectée au cours de la tuberculose miliaire, ou au cours de la tuberculose des ganglions du cou, mais avec une fréquence beaucoup moindre.

Un certain nombre de causes banales prédisposent à la localisation du bacille de Koch dans les amygdales, ce sont les irritations, les infections répétées de cet organe, la présence de cryptes et d'anfractuosités profondes, l'hypertrophie simple.

L'âge du malade a une importance beaucoup plus considérable. Tandis que l'amygdale s'infecte presque toujours chez les phtisiques adultes, elle est souvent respectée dans la tuberculose infantile, même lorsque celle-ci est généralisée.

Schlenker avait déjà noté cette différence. M. Labbé et Ch. Lévi-Sirugue (5), sur 13 cas de tuberculose infantile pulmonaire ou généralisée, n'ont trouvé que 3 fois les amygdales tuberculeuses à l'examen histologique; tandis que sur 3 tuberculoses pulmonaires de l'adulte, les amygdales étaient, dans tous les cas, tuberculeuses.

La raison de cette différence est facile à comprendre, lorsqu'on étudie le mode d'infection de l'amygdale chez les phtisiques. Celle-ci peut être infectée par les crachats, par la voie lymphatique ou par la voie sanguine.

1° C'est, en règle générale, par les crachats que le bacille tuberculeux est apporté à l'amygdale (Schlenker, Schlesinger).

Or, les enfants, avant l'âge de sept ans, n'expectorent pas et déglutissent leurs crachats. De sorte que les amygdales ne sont pas en contact direct avec les produits bacillifères ou ne le sont que durant un espace de temps fort court.

2° L'hypothèse de l'infection rétrograde de l'amygdale par la *voie lymphatique* a été discutée par Schlenker. Les ganglions bronchiques en rapport avec une lésion pulmonaire deviendraient tuberculeux, la tuberculose se propagerait par voie ascendante aux ganglions du cou et atteindrait ensuite par voie rétrograde les amygdales. L'existence des courants lymphatiques rétrogrades a été en effet démontrée par Recklinghausen, Kossel, etc. Toutefois ce mode d'infection doit être considéré comme rare. Schlenker, Ruge mettent même en doute sa réalité.

3° Le bacille tuberculeux peut être apporté à l'amygdale par les *vaisseaux sanguins* au cours de la tuberculose miliaire. Cornil et Ranvier, Cruckmann citent des exemples de cette infection. Cependant elle doit être aussi considérée comme rare, beaucoup d'auteurs ne l'ont pas observée; Scheibner ayant examiné les amygdales dans deux cas de granulie les a trouvées indemnes de tuberculose.

II. Tuberculose primitive. — Tandis que la tuberculose secondaire est très fréquente et se rencontre d'une façon à peu près constante chez les phtisiques pulmonaires, la tuberculose primitive des amygdales doit être au contraire considérée comme une rareté. Pendant longtemps, elle a passé inaperçue; les premiers auteurs qui l'aient mentionnée sont Schlenker qui en a publié deux cas en 1893, M. Lermoyez (1894) et le professeur Dieulafoy qui en fit en 1895 une première étude générale. Cet auteur inoculant à des cobayes des fragments d'amygdales hypertrophiées et de végétations adénoïdes, obtint les résultats suivants : sur 61 cobayes inoculés avec des amygdales, 8 devinrent tuberculeux; sur 35 cobayes inoculés avec des végétations adénoïdes, 7 devinrent tuberculeux. La proportion de la tuberculose était donc de 12 p. 100 dans les amygdales hypertrophiées et de 20 p. 100 dans les végétations adénoïdes.

A la communication de M. Dieulafoy, M. Cornil objecta que l'inoculation de fragments de tissu amygdalien à des cobayes ne donnait pas une preuve absolue de la nature tuberculeuse des hypertrophies amygdaliennes. Le bacille de Koch peut en effet se trouver à la surface de l'amygdale sans avoir pénétré dans son intérieur; les recherches de Straus qui ont montré sa présence fréquente dans le mucus nasal des individus sains prouvent que le bacille peut végéter à la surface d'une muqueuse sans pour cela y pénétrer.

Pour affirmer la tuberculose d'un organe, l'inoculation est insuffisante; il faut y joindre l'examen histologique qui montre l'existence des follicules tuberculeux et des bacilles de Koch; ces deux éléments sont nécessaires; l'un d'eux isolé ne suffirait pas à entraîner la conviction. En effet, on peut trouver dans les amygdales des cellules géantes qui représentent un processus de réaction banale destinée à l'englobement de corps étrangers inorganiques ou de microbes vulgaires. Wright a vu quelquefois, dans des amygdales atteintes d'inflammation récente, des cellules géantes atypiques sans nécrose de coagulation, sans couronne de cellules épithélioïdes qu'il se refuse à attribuer à la tuberculose. Ces faits enlèvent un peu de leur valeur aux constatations de Gottstein qui a rencontré cinq fois de la tuberculose primitive des amygdales, mais qui fonde son diagnostic sur la seule présence des cellules géantes sans bacilles de Koch. Pour que la nature tuberculeuse des cellules géantes soit admise sans conteste, il faut que les procédés de coloration montrent l'existence de bacilles de Koch à leur intérieur ou dans leur voisinage.

Se fondant sur ces notions, plusieurs auteurs ont essayé de contrôler les résultats obtenus par le professeur Dieulafoy en recherchant la tuberculose dans les amygdales hypertrophiées à la fois par l'inoculation et l'examen histologique. Wright fit des examens histologiques dans 60 cas d'hypertrophie amygdalienne et de végétations adénoïdes et ne rencontra pas une seule fois de lésions tuberculeuses;

(1) Oppenheimer. *New-York med. News*, 15 janv. 1898.
(2) Pluder et Fischer. *Arch. f. Laryngol.*, Bd. IV.
(3) Otto Pfiffl. *Prager med. Wochens.*, 11 mai 1899.
(4) Scheibner. *Deuts. med. Wochens.*, 25 mai 1899.
(5) M. Labbé et Ch. Levi-Sirugue. Soc. anat., nov. 1899.

en inoculant à des cobayes 5 amygdales hypertrophiées, 87 végétations adénoïdes, il n'a pas obtenu de tuberculose. Ricardo Botey (1), sur une série de 90 amygdales hypertrophiées, n'a pas constaté un seul cas de tuberculose. D'après ces auteurs la tuberculose primitive de l'amygdale serait donc un fait extrêmement rare et l'on pourrait même douter de sa réalité.

Cependant, il en existe des exemples bien certains. Scheibner, sur 28 amygdales hypertrophiées enlevées à l'amygdalotome chez des sujets indemnes de tuberculose pulmonaire, a constaté deux fois des lésions tuberculeuses. Brindel (2) a vu, sur 64 cas de végétations adénoïdes, 8 fois de la tuberculose. D'autres auteurs ont signalé des faits de tuberculose primitive des amygdales. Pluder, Chappell (3), Raymond Petit (4), Lermoyez et Macaigne (5) en ont publié des observations. Si donc la tuberculose primitive des amygdales est incontestablement plus rare que la tuberculose secondaire et si certains faits publiés sont passibles de critiques, il existe cependant des observations basées sur les examens histologiques et bactériologiques qui sont absolument probantes.

Cette notion étant admise, on peut même, dans certains cas, soupçonner, d'après la clinique, l'existence d'une infection primitive de l'amygdale. Tels sont les cas où l'on constate une tuberculose amygdalienne chez un sujet atteint d'adénite tuberculeuse du cou, les ganglions correspondant à l'amygdale étant les plus malades. L'amygdale peut donc servir de porte d'entrée au bacille de Koch. Les rapports anatomiques directs entre elle et les ganglions du cou expliquent la propagation facile de la tuberculose amygdalienne à ces organes. R. Petit admet la possibilité de cette pathogénie pour les adénites cervicales tuberculeuses. Crückmann l'a invoquée dans un cas où la tuberculose des ganglions du cou coïncidait avec une tuberculose amygdalienne sans qu'il y eût de lésion tuberculeuse en un autre point du corps. Nous avons observé un cas analogue. Dmochowski a vu, dans un cas, des bacilles tuberculeux dans les vaisseaux lymphatiques allant de l'amygdale aux ganglions du cou. Ce rapport entre la tuberculose des amydales et la tuberculose des ganglions cervicaux serait intéressant à vérifier chez les enfants; peut-être même lorsqu'on fait l'ablation chirurgicale des ganglions du cou, y aurait-il lieu d'examiner l'amygdale et de l'enlever en même temps pour qu'elle ne devienne point l'origine d'une nouvelle infection.

La tuberculose amygdalienne primitive pourrait aussi donner lieu à une tuberculose des vertèbres, ainsi que Ruge l'a observé dans deux cas. Peut-être même, après avoir franchi successivement les ganglions cervicaux et les ganglions bronchiques, peut-elle être l'origine d'une tuberculose pulmonaire, ainsi que Ruge et le professeur Dieulafoy l'ont soupçonné.

Marfan, Scheibner pensent que la tuberculose de l'amygdale hypertrophiée et des végétations adénoïdes peut être le point de départ de la tuberculose méningée et expliquer l'apparition de certaines méningites en apparence primitives. Gottstein admet enfin que l'oreille moyenne peut être infectée secondairement à une tuberculose amygdalienne.

Le bacille tuberculeux peut être apporté à l'amygdale par les *aliments*, par l'*air*, ou par un *objet contaminé*. Ce dernier mode d'infection est rare; Oppenheimer admet la possibilité d'une infection par le miroir laryngoscopique. L'alimentation par le lait, les viandes tuberculeuses, semble être la voie d'apport la plus fréquente. Dieulafoy, Schlenker, Scheibner admettent cette étiologie. Le peu de durée du contact entre les aliments bacillifères et les amygdales pourrait faire *a priori* douter de cette pathogénie, mais elle repose sur des expérimentations précises. Certains auteurs ont pu reproduire la tuberculose amygdalienne en nourrissant des animaux avec des aliments infectés par le bacille de Koch. Chauveau le premier a fait cette constatation; Orth, en gavant des lapins avec des aliments tuberculeux, a déterminé des ulcérations tuberculeuses de la bouche et des amygdales. Baumgarten a reproduit de la même façon la tuberculose de l'amygdale et des ganglions du cou. Cadéac a obtenu les mêmes résultats chez des cobayes.

Dans d'autres cas, le bacille est apporté aux amygdales par l'air respiré; de même qu'il pénètre dans les fosses nasales, il peut aussi pénétrer dans la gorge et s'arrêter dans les anfractuosités de l'amygdale (Roth, Dieulafoy, Oppenheimer). La tuberculose des végétations adénoïdes rétropharyngiennes ne peut s'expliquer que par une infection respiratoire, ces végétations ne se trouvant pas en contact avec les aliments. L'hypertrophie des amygdales et du tissu adénoïde pharyngien favorise cette infection en forçant les sujets à respirer par la bouche et en multipliant l'étendue des surfaces et des anfractuosités au niveau desquelles les poussières peuvent s'arrêter. Ainsi donc l'hypertrophie amygdalienne favorise l'infection par le bacille tuberculeux.

Les rapports entre l'hypertrophie des amygdales et les végétations adénoïdes d'une part, la tuberculose des amygdales palatines et pharyngées d'autre part, méritent d'être exposés d'une façon plus complète. Certains auteurs pensent que le bacille de Koch peut donner naissance à des hypertrophies amygdaliennes et à des végétations adénoïdes; ainsi l'hypertrophie des amygdales ne serait dans certains cas qu'une forme larvée de tuberculose. M. Lermoyez, sans l'affirmer absolument, semble pencher vers cette conception et décrit des végétations adénoïdes histologiquement tuberculeuses. Il restreint d'ailleurs la fréquence relative de ces adénoïdites tuberculeuses et, au lieu de la proportion de 1 cas sur 5 admise par Dieulafoy, il donne celle de 1 sur 27. D'autres statistiques que nous avons déjà citées, celle de Pfiffl entre autres, montrent que les adénoïdites tuberculeuses hypertrophiqnes sont rares relativement à la fréquence des hypertrophies simples de l'amygdale et du tissu adénoïde paralysé.

Ainsi la tuberculose du tissu adénoïde hypertrophié est rare. De plus, les cas où on la constate histologiquement peuvent être interprétés de deux façons. Le plus souvent il s'agit d'adénoïdes infectées secondairement par le bacille de Koch; mais dans les autres cas le bacille a pu être la cause primordiale de ces hypertrophies. On sait en effet que la tuberculose peut affecter dans les organes lymphoïdes une forme hypertrophique à laquelle se rattachent les lymphomes tuberculeux des ganglions étudiés par les auteurs allemands, par Duclion, Berger et F. Bezançon, et même certaines splénomégalies tuberculeuses étudiées par Rendu et Widal, Achard et Castaigne, etc.

(1) Ricardo Botey. *Arch. latinos de rinol.*, déc. 1895.
(2) Brindel. Soc. fr. de laryng., rhin., otol., in *Semaine méd.*, 9 mai 1896.
(3) Chappell. *New-York med. Journ.*, 19 sept. 1896.
(4) R. Petit. Th. de Paris, 1897.
(5) Lermoyez et Macaigne. Soc. anat., 18 juin 1897.

On peut donc admettre avec M. Lermoyez l'existence d'une sorte de tuberculose hypertrophique du tissu adénoïde pharyngien, mais tout en faisant remarquer la rareté de cette forme anatomique.

IV

Anatomie pathologique. — Examen macroscopique. — Lorsqu'on examine, sans le secours du microscope, les amygdales atteintes de tuberculose, on observe, dans quelques cas, des *ulcérations*. Ces ulcérations, qui sont taillées en cupules, peuvent occuper presque toute la surface externe ; elles sont recouvertes de débris épithéliaux. Elles peuvent être si profondes que le tissu amygdalien s'est, en grande partie, éliminé et qu'il ne reste plus que des vestiges de l'amygdale. Cette forme de lésions s'observe plus fréquemment chez l'adulte que chez le jeune enfant.

Que l'amygdale présente ou non des ulcérations, la coupe peut montrer un aspect qui révèle l'existence de lésions tuberculeuses. Il peut y avoir, en effet, des points jaunes en voie de ramollissement qui répondent à des tubercules caséeux, ou même la totalité de l'amydale peut être transformée en une masse vitreuse, indice d'une caséification diffuse.

L'examen histologique doit absolument être fait et la rareté autrefois admise de la tuberculose amygdalienne tenait à ce qu'on ne soumettait pas les amygdales à l'examen microscopique qui, dans des amygdales en apparence indemnes, peut seul révéler les lésions bacillaires.

Au microscope, on peut observer dans l'amygdale toutes les formes de la tuberculose (1). La plus fréquente est, ici comme dans les autres organes, la *tuberculose infiltro-ulcéreuse*.

Dans les coupes qui passent au niveau de l'*ulcération*, on voit que la couche épithéliale, qui va en s'amincissant près des bords de l'ulcération, est complètement détruite à ce niveau ; dans la cavité creusée par l'ulcération, on trouve des débris de l'épithélium desquamé et des leucocytes. Au voisinage, l'épithélium n'est pas normal ; il présente des traces d'une irritation prolongée ; il est infiltré de petites cellules rondes et traversé par des leucocytes polynucléaires.

Le fond de l'ulcère est constitué par le tissu propre de l'amygdale profondément modifié. La plupart des follicules lymphatiques de l'amygdale ont disparu ; ceux qui persistent présentent des modifications importantes : les centres germinatifs n'existent plus ; les cellules ont un protoplasma qui se colore mal, qui a l'aspect vitreux ; elles sont écartées par une espèce d'exsudat amorphe, hyalin.

En certains points de l'amygdale, il existe des *éléments tuberculeux*. Ce sont des follicules qui se présentent avec leur aspect habituel : cellule géante, entourée d'une double couronne de cellules épithélioïdes et de cellules embryonnaires.

La sclérose est plus ou moins développée suivant les cas : tantôt elle est peu marquée, tantôt elle prédomine sur les éléments spécifiques qu'elle étouffe, constituant ainsi une *forme fibreuse* de la tuberculose amygdalienne.

Parfois même, on ne trouve aucun élément tuberculeux, et l'amydale est réduite à une masse de tissu fibreux contenant de distance en distance quelques amas de leucocytes.

La nature tuberculeuse de ces altérations serait impossible à affirmer si l'on ne pouvait se fonder sur la coïncidence de manifestations tuberculeuses plus récentes.

On peut observer aussi de l'*infiltration tuberculeuse* diffuse, constituée par des cellules épithélioïdes sans cellules géantes et dont la nature est prouvée par la recherche du bacille de Koch.

La tuberculose peut aussi revêtir la *forme miliaire* ; dans ce cas, les lésions sont en rapport avec les vaisseaux sanguins et situées surtout dans la profondeur de l'amygdale.

Les *bacilles de Koch*, que l'on colorera dans ces amygdales par les méthodes ordinaires et de préférence par celle de Kühne-Borrel, sont en nombre variable selon la forme qu'on observe. Peu nombreux dans les formes caséeuses où on les trouve le plus souvent à l'intérieur des cellules géantes, ils sont, au contraire, très nombreux dans les formes d'infiltration diffuse. Dans ce cas, ils fourmillent entre les cellules épithélioïdes et, s'il existe une ulcération, on les voit prédominer au niveau de son fond.

Les microbes qui végètent ordinairement au fond des cryptes amygdaliennes peuvent, à la faveur des ulcérations, pénétrer dans le tissu amygdalien et donner lieu à des infections secondaires.

V

Symptomatologie. — Ce qui caractérise la tuberculose amygdalienne, c'est sa bénignité et son évolution latente. Lorsque la tuberculose est localisée à l'amygdale, il est rare qu'elle éveille l'attention ; les formes douloureuses sont dues à l'extension de la tuberculose, à toute la muqueuse du pharynx.

Qu'elle soit primitive ou secondaire la *forme latente* passe le plus souvent inaperçue ; pour la découvrir, il faut la rechercher systématiquement chez tous les tuberculeux adultes parvenus à un stade avancé de l'affection et expectorant abondamment ; il serait également utile d'examiner soigneusement les amygdales des enfants atteints d'adénite cervicale tuberculeuse, le bacille de Koch ayant pu, dans un certain nombre de cas, pénétrer par l'amygdale.

Même lorsqu'il existe de larges *ulcérations* à la surface de l'amygdale, la symptomatologie est à peu près nulle. Le malade n'accuse ni douleurs ni dysphagie, et la lésion n'est reconnue que si le médecin, examinant avec soin la gorge du malade, vient à constater la présence des ulcérations. Celles-ci débutent au niveau d'une plaque chagrinée légèrement saillante, dont la surface subit une érosion superficielle et se recouvre d'un exsudat gris jaunâtre. L'érosion se creuse ensuite et donne lieu à une véritable ulcération ovoïde ou irrégulière, plus ou moins profonde, pâle, et reposant sur une base rouge et granuleuse, quelquefois végétante. La muqueuse qui l'entoure et toute celle du pharynx est anémiée et remarquable par sa pâleur, sur laquelle se détache quelquefois une injection de petits vaisseaux sanguins.

Parfois, on voit au pourtour des ulcérations quelques tubercules jaunâtres ou rougeâtres. Ces ulcérations sont atones et ne présentent aucune tendance à s'accroître ni à se cicatriser. La douleur est nulle ou très légère et très localisée.

Dans certains cas, au contraire, la tuberculose des amygdales se révèle par des symptômes douloureux. Barth a particulièrement insisté sur cette *forme douloureuse*. La douleur est extrêmement vive, irradie vers l'oreille, augmente au moment de la déglutition. La dysphagie est intense ; le malade ne peut avaler les substances liquides

(1) M. Labbé et Ch. Levi-Sirugue. Soc. anat., nov. 1899.

ni les solides; les substances semi-liquides passent mieux. Dans les cas extrêmes, la nutrition est rendue impossible par la douleur. La déglutition de la salive est surtout extrêmement pénible. La parole est gênée, la voix nasonnée, indistincte.

L'examen de la gorge montre une infiltration généralisée de la muqueuse et de la sous-muqueuse; la luette et le voile du palais sont épaissis, rouges. Le voile du palais peut être parésié et les liquides passent en partie dans les fosses nasales au moment de la déglutition; le nerf maxillaire inférieur lui-même peut subir un certain degré de parésie (Vallin). On voit un semis de granulations disséminées ou confluentes, puis les granulations s'ulcèrent, les ulcérations arrondies se réunissent, forment des ulcérations irrégulières, festonnées. La muqueuse est détruite par places, remplacée par une surface tomenteuse et pultacée; la luette est gonflée, les piliers sont déformés, les amygdales sont ravagées par des ulcérations. Cette forme a une évolution rapide, tend à envahir le larynx, amène une cachexie progressive et se termine plus ou moins vite par la mort. La durée en est de six semaines à quatre mois.

Mouret a décrit une *forme végétante*, sans ulcérations, caractérisée par des végétations coniques, aplaties, d'un centimètre de longueur, pâles, à sommet dentelé, contenant des tubercules.

Dans la *forme miliaire diffuse*, décrite par Julliard, Isambert, la tuberculose n'est jamais localisée à l'amygdale; c'est une variété de la phtisie aiguë rapidement mortelle.

VI

Marche. Durée. Terminaison. — La *marche* de la tuberculose amygdalienne est subordonnée à l'évolution générale de la tuberculose du malade.

Qu'elle soit primitive ou secondaire, qu'elle ait servi de porte d'entrée au bacille ou qu'elle résulte d'une inoculation de crachats venant du poumon, elle peut guérir grâce à un processus de sclérose. D'autres fois elle persiste jusqu'à la mort du malade, soit à l'état de lésion latente, soit en aggravant la situation par les douleurs qu'elle détermine. La forme aiguë a toujours une évolution fatale.

VII

Pronostic. — Ce que nous venons de dire montre que là tuberculose amygdalienne n'a pas de pronostic spécial. Toutefois, la tuberculose amygdalienne est une lésion dont il faut toujours tenir compte à cause de la possibilité des formes douloureuses qui contribuent à augmenter la dénutrition chez les tuberculeux, et surtout parce qu'elle est une des voies de pénétration du bacille de Koch dans les ganglions.

VIII

Diagnostic. — Lorsque la tuberculose amygdalienne ne donne pas lieu à des ulcérations, le diagnostic est fort difficile. Cependant, dans la forme aiguë douloureuse, l'aspect particulier de la gorge, la coexistence d'une tuberculose en un autre point de l'économie, permettront de la reconnaître.

Les ulcérations tuberculeuses de l'amygdale doivent être distinguées des *ulcérations syphilitiques*.

Le chancre de l'amygdale serait impossible à reconnaître par l'aspect seul de l'ulcération, mais l'existence d'une base indurée, d'un gros ganglion unique, en rapport direct avec l'amygdale et n'aboutissant plus à la suppuration, l'évolution, l'apparition des accidents secondaires font faire le diagnostic.

Les ulcérations de la période secondaire sont, en général, faciles à reconnaître par la coexistence d'autres accidents syphilitiques.

La gomme syphilitique a un aspect différent; l'ulcération se produit plus rapidement et est plus profonde, les bords sont taillés à pic, le fond est bourbillonneux. L'évolution apyrétique, l'absence d'adénopathies, l'action du traitement, viendront confirmer le diagnostic.

L'*épithélioma* peut aussi donner lieu à des ulcérations; mais elles sont plus profondes, leur coloration est progressive, rapide; l'âge du sujet, et au besoin l'excision d'un fragment d'amygdale qui sera examiné histologiquement, permettront le diagnostic.

Certaines *infections de l'amygdale*, à marche lente, produites par le bacille de Vincent, pourraient aussi donner lieu à des erreurs.

L'examen bactériologique qui montrera sur des lamelles un bacille fusiforme mêlé à des spirilles, permettra d'éviter ces erreurs. D'ailleurs, l'aspect de la gorge est différent dans ces cas : on voit un exsudat pseudo-membraneux sur une surface érodée, saignant facilement; la marche est plus aiguë.

Le *lupus de la gorge* est rare, et accompagne souvent un lupus de la face. La lésion ulcéreuse siège généralement à la base de la luette et atteint surtout la partie membraneuse du voile du palais.

Dans les cas où le diagnostic est difficile, on devra recourir à l'*examen bactériologique*, soit en faisant l'ablation d'une amygdale hypertrophiée qui sera inoculée à des cobayes et examinée histologiquement, soit en râclant la surface d'une ulcération et en cherchant à colorer des bacilles dans le produit du râclage.

IX

Traitement. — Le traitement *préventif* est banal et consiste à éviter toutes les causes d'irritation de la gorge qui peuvent diminuer la résistance locale, et à empêcher l'inoculation par les crachats, chez les tuberculeux qui expectorent, grâce à des gargarismes antiseptiques répétés.

Le traitement *curatif* doit s'adresser à l'état général (huile de foie de morue, préparations arsénicales, tannin, etc.) et à l'état local. Les pulvérisations de la gorge avec une solution phéniquée faible (à 1 p. 500) ou une solution de résorcine (à 4 p. 100).

Les attouchements avec l'acide lactique pur, le nitrate d'argent, le naphtol camphré, etc., devront être employés dans les formes ulcéreuses.

Mais souvent les ulcérations sont rebelles; on pourra alors recourir à l'ignipuncture et même au curetage (Oppenheimer).

Dans la forme douloureuse, le chlorhydrate de cocaïne sous forme de pastilles, de gargarisme ou d'attouchement, les insufflations de poudre d'orthoforme, les fragments de glace que le malade laissera fondre dans la bouche, soulageront la douleur : lorsque ces moyens sont insuffisants, l'injection de morphine peut encore calmer les souffrances.

Lorsque la douleur rend l'alimentation très difficile, on nourrira le patient avec des œufs, des gelées, du jus de viande glacé ; et même, dans certains cas, on pourra recourir aux lavements alimentaires.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(15 FÉVRIER 1900)

Dans les dernières séances il a été cité plusieurs faits de para, de péri et de pseudo-appendicites, qui sont devenus l'objet d'une nouvelle et importante discussion. M. Loison a rapporté un cas d'abcès du foie, consécutif à une appendicite; à propos de ce fait et d'autres analogues, M. Routier prend la parole et déclare que, pour lui, ces faits n'ont rien de surprenant. Il a cité un exemple d'abcès de la rate consécutif à une appendicite, il a cité de nombreux faits de salpingites, d'ovarites, de suppurations rétro-utérines survenues à la suite d'appendicites. Il a même fait observer que, dans les cas d'ovaro-salpingite avec appendicite, il était parfois bien difficile de savoir lequel avait commencé, de la trompe, de l'ovaire ou de l'appendice. M. Marchand a cité des exemples d'adénites; M. Routier a très souvent trouvé des ganglions enflammés qu'il a enlevés et il n'a trouvé à cela rien de surprenant. Enfin, M. Routier discute les faits cités par M. Quénu et sur lesquels s'appuie ce dernier pour soutenir sa théorie des para-appendicites; de ce que le summum des lésions existe sur l'iléon ou sur le cæcum, comme dans un cas de M. Quénu, il ne s'ensuit pas que l'appendice n'a pas été le point de départ de ces lésions.

Même observation de la part de M. Routier pour les cas cités par M. Albarran; même critique pour le retour que tente M. Bazy vers la typhlite et la péri-typhlite. Toutes ces lésions, ajoute M. Routier, sont des lésions consécutives à l'inflammation de l'appendice et la preuve c'est que, si vous l'enlevez, tout disparaît. C'est donc bien à l'appendicite que M. Routier rattache tous les faits qui ont été cités dans les dernières séances par MM. Quénu, Marchand, Albarran, Walther, etc.; il trouve qu'on a admis trop de divisions et il craint que ces divisions excessives ne compromettent les notions, aujourd'hui bien acquises, par les chirurgiens en matière d'appendicite, notions que les chirurgiens sont parvenus à faire adopter par la plupart des médecins.

M. Quénu s'élève contre cette opinion de M. Routier et il croit que le premier devoir du chirurgien est de rechercher la vérité. La question de l'appendicite, dit-il, est assez mûre pour qu'on puisse aujourd'hui s'occuper des cas particuliers, car à côté des lois générales, il y a des faits particuliers sur lesquels il est bon d'appeler l'attention. C'est pourquoi il a cru devoir décrire un syndrome composé de tous les signes de l'appendicite, l'appendice restant sain. C'est ce qu'il a décrit sous le nom de para-appendicite.

M. Bazy cite, de son côté, des faits qui viennent à l'appui de l'opinion soutenue par M. Quénu. Dans un de ces faits, il avait enlevé l'appendice, et les accidents ont continué. Il y a donc lieu de tenir compte des faits particuliers analogues à ceux que M. Bazy a cités lui-même il y a trois ans. Comme M. Quénu, comme M. Bazy, M. Reynier a relevé des faits dans lesquels existaient tous les symptômes classiques de l'appendicite et, le ventre ouvert, on voyait qu'il s'agissait de tout autre chose; dans un cas, c'était un paquet ganglionnaire allant jusqu'à la colonne vertébrale, dans un autre cas, c'était une uretérite blennorragique; et, dans tous ces cas, l'appendice était sain. Il est utile d'appeler l'attention sur ces faits particuliers et M. Quénu a eu raison de le faire.

M. Delbet nous paraît être dans le vrai quand il dit que, parmi tous ces faits, il y a bien réellement quelques raretés et quelques exceptions, mais il y a bien aussi des erreurs de diagnostic. La règle, c'est l'appendicite; mais à côté de cette appendicite il y a des lésions qui, cliniquement, sont encore de l'appendicite mais qui, anatomiquement, sont autre chose. On constate les symptômes d'une appendicite, on ouvre le ventre, on trouve l'appendice sain et c'est une salpingite que l'on rencontre : erreur de diagnostic.

L'uretérite blennorragique citée par M. Reynier : erreur de diagnostic.

Nous en avons tous à nous reprocher, s'empresse d'ajouter M. Delbet.

Abordant ensuite la question au point de vue de la nomenclature, M. Delbet, en appelant à Virchow, s'applique à démontrer que le mot « para-appendicite », créé par M. Quénu, n'est pas légitime, et ici M. Delbet entre dans de fort savantes considérations, dont il fait ressortir toute l'utilité en insistant sur la nécessité de bien s'entendre. Nous ne suivrons pas M. Delbet dans ces considérations, mais nous retiendrons de ses très justes réflexions ce fait très important, c'est qu'il existe dans la fosse iliaque droite des lésions inflammatoires et infectieuses qui n'ont pas l'appendice pour point de départ. Les plus fréquentes, parmi ces lésions, sont les salpingites. Cela est parfaitement exact. On a véritablement un peu trop abusé de l'appendicite dans ces derniers temps, de même qu'auparavant on avait un peu trop abusé de la salpingite. Il y a dans la fosse iliaque divers organes qui sont, chacun de leur côté, susceptibles de s'enflammer ou de s'infecter au même titre que l'appendice iléo-cæcal.

Arrivons aux présentations de pièces; c'est encore d'appendicite qu'il s'agit : M. Bazy montre un appendice malade, enlevé par lui à froid chez un homme qui avait été opéré trois fois à chaud, d'où il semble résulter qu'il est plus facile d'enlever l'appendice à froid qu'à chaud.

MM. Jalaguier et Walther engagent, à propos d'une présentation de M. Jalaguier, une petite discussion sur ces cas d'appendicites chroniques caractérisées surtout par des troubles dyspeptiques; si on est assez heureux pour faire le diagnostic, on enlève l'appendice et tous les troubles dyspeptiques disparaissent.

Signalons, parmi les présentations, un cas d'actinomycose temporo-maxillaire observé par M. Guinard, chez une jeune fille qui fabrique des brosses à dents et qui a l'habitude de tenir dans sa bouche les soies de porc qui servent à cette fabrication.

FORMULAIRE

Les préparations mercurielles en injections sous-cutanées.

De la très intéressante thèse de M. Guibert (1), nous extrayons les formules suivantes :

1° CALOMEL. — Recommandé par Scarenzio, Smirnoff, Neisser, Balzer, Guelpa. Voici la formule courante de Balzer :

Calomel....................	1g 50
Huile de vaseline.............	25 grammes.

Faire une injection de 0g 10 de calomel, par conséquent une seringue de Pravaz tous les dix jours.

2° OXYDE JAUNE. — Recommandé d'abord par Watraszewski sous la formule suivante :

Oxyde jaune................	1 gramme.
Gomme arabique............	0g25
Eau distillée................	30 grammes.

(1) Th. de Paris, 1899.

A injecter tous les huit jours.

Rosenthal employa la formule suivante :

Oxyde jaune	0g50
Huile d'olives	15 grammes.

On s'en tient maintenant à la formule suivante de Balzer :

Oxyde jaune d'hydrargyre	1g50
Huile de vaseline	15 grammes.

Injecter 0g05 tous les huit jours.

3° Huile grise. — Préconisée d'abord par Luton. Lang formule ainsi :

Mercure	} *ââ* 3 parties.
Lanoline	
Huile d'olives	4 —

A injecter tous les jours 1 dixième ou 1 dixième 1/2 de centimètre cube.

Neisser modifia ainsi cette formule :

Mercure purifié	20 grammes.
Teinture éthérée de benjoin	5 —
Vaseline	40 —

qui a été acceptée par M. Balzer. On injecte tous les 5 jours la dose de 5, 6 ou 10 centigr. de mercure, c'est-à-dire de 1 à 3 dixièmes (maxima) de seringue.

4° Salicylate de mercure. — Préconisé par Aranjo. Szadeck formule ainsi :

Salicylate de Hg	0g20
Mucilage de gomme arabique	0g30
Eau	60 grammes.

Cette préparation a été abandonnée, puis M. Hallopeau l'a remise en honneur sous la forme suivante :

Salicylate de mercure	4 grammes.
Huile de vaseline stérilisée	30 —

Deux injections par semaine de 0g06 à 0g12. Cette médication n'est cependant guère employée.

5° Sublimé. — Préconisé par Barkeley-Hill, Hebra et Hunter. Voici la formule de Liégeois :

Sublimé	0g20
Chlorhydrate de morphine	0g10
Eau distillée	90 grammes.

qui fut plus tard abandonnée. Depuis, on s'est arrêté à la formule suivante :

Bichlorure d'hydrargyre	0g10
NaCl chimiquement pur	0g05
Eau distillée bouillie	10 grammes.

On injecte 1 centimètre cube de la solution tous les jours ou tous les deux jours.

6° Albuminates de mercure. — Employés par Staub, Bamberger, Terrillon. Martineau préconise le modus faciendi suivant :

Peptone en poudre de Catillon	} *ââ* 9 grammes.
Chlorure d'ammonium	
Sublimé corrosif	6 —

Dissoudre cette peptone mercurique dans

Glycérine pure	72 grammes.
Eau distillée	24 —

Cinq grammes de cette solution normale filtrée contiennent 0g25 de sublimé qui, étendu de 25 grammes d'eau distillée, donnent une solution renfermant par seringue de 1g20, 10 milligr. de sublimé.

7° Cyanure de mercure. — Introduit dans la thérapeutique par Cullingworth. On formule ainsi :

Cyanure d'hydrargyre	} *ââ* 0g50
Chlorhydrate de cocaïne	
Eau distillée	50 grammes.

Injecter une seringue de Pravaz tous les deux jours, et s'arrêter à la dixième injection.

8° Benzoate de mercure. — Préconisé par Stoukewenkof.

Benzoate de mercure	0g25
NaCl chimiquement pur	} *ââ* 0g06
Chlorhydrate de cocaïne	
Eau distillée bouillie	30 grammes.

Faire une injection de 1 centimètre cube.

Bretonneau préfère la préparation suivante :

Benzoate de mercure	0g30
— d'ammoniaque	1g50
Eau distillée	30 grammes.

Injecter 2 centimètres cubes de cette solution par jour. (*Journal des Praticiens.*)

Ces préparations peuvent être encore remplacées par le thymol-acétate de mercure qui a donné d'excellents résultats à MM. A. Doyon et P. Spiellmann. La formule dont ils se sont servis est la suivante :

Thymol-acétate de Hg	1 gramme.
Huile de vaseline stérilisée	10 —
Chlorhydrate de cocaïne	0g10

Un centimètre cube contient dix centigrammes de sel.

Le thymol-acétate de mercure a cet avantage sur les autres sels insolubles de mercure qu'il est en bien plus fines particules, qu'il se tient par conséquent en suspension et qu'il est mieux toléré localement et mieux absorbé sans cependant l'être trop rapidement.

Pommade contre les hémorroïdes.

Chrysarobine	0,80 centigr.
Iodoforme	0,30 —
Extrait de belladone	0,60 —
Vaseline	25 grammes.

(Kosobudski).

Pulvérisations dans le traitement de l'érysipèle.

M. le professeur Concetti pulvérise sur la région malade une solution éthérée de sublimé corrosif, suivant la formule suivante :

Sublimé	0g20 centigr.
Ether	100 grammes.

Avec un léger tampon d'ouate, on opère une légère friction pendant quelques minutes sur le placard érysipélateux. On recouvre ensuite la région avec une feuille d'ouate.

Recommencer deux fois par jour.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel pratique d'hygiène à l'usage des médecins et des étudiants [2e édit.] (1), par le docteur Guiraud, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de l'Université de Toulouse.

Dans cette deuxième édition, M. Guiraud vient de remettre au point un manuel d'hygiène extrêmement complet et extrêmement clair, deux qualités qui l'ont fait grandement apprécier par les médecins.

Pour faire un exposé fidèle et exact des connaissances actuelles, l'auteur a dû remanier complètement certains chapitres, faire à d'autres d'importantes additions. C'est donc une œuvre entièrement nouvelle qui est présentée aujourd'hui au public médical.

Après une introduction où M. Guiraud montre l'importance d'une science qui permet actuellement d'appeler certaines maladies « évitables », l'auteur aborde son sujet.

Le sol, l'atmosphère, les climats, l'habitation, les villes,

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, Steinheil.

les eaux potables, l'alimentation, l'hygiène corporelle et l'hygiène professionnelle sont l'objet d'autant de chapitres.

M. Guiraud insiste particulièrement sur quelques points : sur le rôle de l'eau dans les maladies épidémiques, rôle si bien mis en évidence depuis quelques années ; sur l'assainissement des grands centres, des ateliers, etc.

Le dernier chapitre, et ce n'est pas le moins important, est consacré à la prophylaxie des maladies infectieuses.

Isolement, *désinfection*, en sont les principaux termes.

« Prévenir la contagion directe et la contamination du milieu extérieur par l'isolement du foyer primitif, par la destruction des germes qu'il dissémine autour de lui, protéger en même temps l'individu sain contre l'introduction de ces germes en préservant de toute souillure l'air qu'il respire, les aliments et les boissons qu'il ingère, le sol qu'il foule, les habitations dans lesquelles il vit, rendre l'organisme réfractaire aux atteintes des agents infectieux, tels doivent être les objectifs de l'hygiène prophylactique. »

On lira avec beaucoup d'intérêt les pages consacrées aux mesures de défense internationale contre les maladies exotiques : peste, choléra, etc. Quelles que soient les résistances plus ou moins justifiées que certains États opposent à l'application de ces mesures, il n'est pas douteux, pour M. Guiraud, que les principes sur lesquels elles reposent, et que M. Proust a si heureusement définis, l'*orientation nouvelle de la politique sanitaire*, ne soient appelés à triompher dans un prochain avenir et à servir de base à une entente internationale unanime et définitive. C'est ce que souhaitent vivement tous les hygiénistes convaincus que c'est le plus sûr moyen de protéger l'Europe contre l'invasion des maladies exotiques.

F. R.

Les arthrites à pneumocoques (1), par L. Leroux.

On se rappelle que Chomel, Fournet, Andral signalèrent les premiers la coïncidence du *rhumatisme* et de la péripneumonie. Depuis ce temps les observations d'arthrites à pneumocoques se sont multipliées. M. Leroux les a réunies en une excellente étude qu'il vient de publier chez l'éditeur Rousset.

Après avoir rapidement esquissé l'historique de la question, M. Leroux donne les observations publiées jusqu'à ce jour. Celles qui sont antérieures à la thèse de Juvigny (1894) sont simplement résumées, les cas postérieurs sont pour la plupart donnés *in extenso*.

Si nous résumons au point de vue clinique cet excellent travail nous voyons que ces arthrites surviennent le plus souvent pendant ou après la pneumonie, ou en dehors de toute manifestation pulmonaire. L'épanchement, rarement séreux, est le plus souvent purulent ; l'arthrite est d'ordinaire unique et siège de préférence au membre supérieur ; elle évolue d'une manière aiguë ou subaiguë. Le diagnostic est, en général, assez facile, mais dans tous les cas où il y aura épanchement, la clinique devra s'aider de la bactériologie. Le pronostic de l'arthrite primitive est moins grave que celui de l'arthrite secondaire à une localisation pneumococcique. Dans ce cas, en effet, l'inflammation de la jointure indique l'existence d'une septicémie à pneumocoques, entraînant le plus souvent avec elle d'autres localisations infectieuses, notamment du côté des méninges et de l'endocarde. Ce qui explique l'insuccès fréquent de l'intervention chirurgicale.

A. L.

(1) In-8°, 140 p. — Paris, Jules Rousset, 36, r. Serpente.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

83. M. Dropet. De la nirvanine et de son emploi comme anesthésique local en chirurgie et en art dentaire. — 84. M. Petitjean. De la hernie inguinale étranglée chez l'enfant dans les deux premières années de sa vie. — 85. M. Laforgue. Calculs vésicaux chez la femme (contribution à l'étude de leur traitement). — 86. M. Noulleau. Ligamentopexie, procédé de C. Beek (de New-York). — 87. M. Willemetz. De quelques complications dues au double tamponnement des fosses nasales, et du traitement rationnel des épistaxis rebelles par le tamponnement antérieur. — 88. M. Jannot. De l'hémi-hyperesthésie neuro-musculaire dans la tuberculose pulmonaire (syndrome de Weill). — 89. M. Lafond. Le gomerol en thérapeutique et en particulier dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — 90. M. Sauvain. Contribution à l'étude des indications de la néphrectomie dans le traumatisme du rein. — 91. M. Bidault. Étude sur la galactorrée. — 92. M. Chevron. De l'asphyxie locale et de la gangrène des extrémités dans les maladies infectieuses. — 93. M. Berthérand. Diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez les jeunes enfants. — 94. M. Poinot. Complications articulaires consécutives à l'angine. — 95. M. Mekhdjian. Contribution à l'étude de la maladie de Ménière. — 96. M. Bougrier. Étude sur l'héroïne. — 97. M. Bessière. Étude sur quelques cas de fièvre typhoïde anormale ou compliquée. — 98. M. Lemoine. Étude sur les tumeurs de la trachée. — 99. Mlle Robineau. Etude sur les microbes de l'ozène. — 100. M. Maricot. La phlegmatia alba dolens chez les tuberculeux. — 101. M. Prevost-Maisonnay. Des ulcérations du gros intestin dans la fièvre typhoïde. — 102. M. Egret. Contribution à l'étude de la talalgie. — 103. M. Sichère. Considérations sur les bronchites albuminuriques. Diagnostic clinique avec la tuberculose pulmonaire. — 104. M. Bourlon. Les hémorragies menstruelles de l'oreille. — 105. M. Lebeuf. Traitement de la maladie de Little par le massage et la mobilisation. — 106. M. Viollet. Recherches sur les moyens de défense de l'organisme contre l'infection respiratoire au niveau des fosses nasales. — 107. M. Escoube. La jalousie morbide des alcooliques. — 108. M. Magnier. Observations cliniques sur quelques psychoses à début précoce chez la femme. — 109. M. Desvaulx. Contribution à l'étude du délire dans les maladies aiguës. — 110. M. Oriot. Contribution à l'étude de la syndactylie. — 111. M. Olivry. Grossesse dans l'utérus fibromateux. — 112. M. Malhéné. Des ruptures sus-rotuliennes du quadriceps fémoral. — 113. M. Pédebidou. Indication générale du traitement de la tuberculose du testicule. Exposé et choix des procédés. — 114. M. Cousin. Contribution à l'étude anatomique et critique du foie cardiaco-tuberculeux. — 115. M. Banteignie. Traitement de l'eczéma par les enveloppements humides permanents. — 116. M. Guichard. De la valeur de l'hyperthermie dans quelques cas d'urémie. — 117. M. Ansel. De l'étranglement secondaire après la kélotomie. — 118. M. Hanot. La tuberculose à la maison de Nanterre. — 119. M. Marmasse. Les varices gastro-œsophagiennes dans la cirrhose hépatique. — 120. M. Collard. Essai sur l'aortite pneumonique. — 121. M. Boutes. Du traitement de l'appendicite. — 122. M. Loiseau. Fistules éloignées d'origine appendiculaire. — 123. M. Noel. Essai sur la saccharine. — 124. M. Costes. Tuberculose et contagion dans la classe ouvrière. Étude statistique, étiologique et prophylactique. — 125. M. Sicard. Les injections sous-arachnoïdiennes et le liquide céphalo-rachidien. — 126. M. Bréard. Du myxœdème spontané et de son traitement. — 127. M. Calandraud. Des troubles nerveux dus à l'usage prolongé du chloral et, en particulier, du delirium tremens chloralique. — 128. M. Aubert. De la non-ligature du bout placentaire du premier cordon dans la grossesse gémellaire. — 129. M. Cailleux. Recherches sur le traitement des métrites par le protargol. — 130. M. Laurens. De l'eau oxygénée en chirurgie et en obstétrique. — 131. M. Lernout. L'orthoforme (étude critique). — 132. M. Vaslet de Fontaubert. Importance de l'enseignement et de l'étude de la psychiatrie au point de vue clinique et médico-légal. — 133. M. Daum. Traitement abortif de la blennorragie. — 134. M. Clermont. Thrombose de la veine centrale de la rétine. — 135. M. Fouque. Maladies mentales familiales. — 136. M. Farnarier. La psychose hallucinatoire aiguë. — 137. M. Blasart. Con-

tribution à l'étude des ruptures de l'utérus pendant l'accouchement, ruptures incomplètes. — 138. M. Halpern. De l'emploi de la méthode de Kaltembach dans les rétentions des membranes. — 139. M. Chassande-Baroz. Infection des glandes sous-maxillaires chez le nouveau-né.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement constitué de la manière suivante :

MM. Hayem, Debove, Josias, Mauriac et Variot qui ont accepté.

MM. Le Gendre, Millard, Duguet, Muselier, Würtz, Brissaud et Humbert qui n'ont pas fait connaître leur décision.

Concours supplémentaire de l'Internat. — *Anatomie.* — Séance du 14 février. — MM. Tillaye, 12; François-Dainville, 11; Courtellemont et Jarvis, 10; Beaujard et Martin, 9; Liné, Lobligeois et Vitry, 8; Brunschwig, Claude et Morlet, 7; Leenhardt, 6; Marsoo, 5; Crépin, 3.

Séance du 15 février. — MM. Aubertin 14 + 13 = 27; Aubourg, 12 + 13 = 25; Bonneau, 13 + 12 = 25; Cathala, 12 + 11 = 23; Denis, 12 + 11 = 23; Gardner, 12 + 11 = 23; Fouquet, 12 + 9 = 21; Braillon, 10 + 10 = 20; Brelet, 11 + 8 = 19; Gennet, 11 + 8 = 19; Petit, 9 + 9 = 18; Cauzard, 10 + 7 = 17; Rouet, 9 + 7 = 16; Guillaume (Louis), 9 + 6 = 15;

Prochaine séance, samedi 17 février, à dix heures, à l'Administration centrale.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Aubeau, Campenon, Caubet, Châtelain, Chauveau, Colin, Dantel, Delage, Dutremblay, Foveau, Garsaux, Jacquemart, Meng, E.-F. Richard, P.-G. Richard, Riocreux, Tissier et Vaillard (de Paris); Cohadon (de Vichy) ; Claudot et Sabatier (de Lyon); Couyba (de Sainte-Livrade); Didier (de Rouen); Farny (de Reboin); Girard (de Draguignan); Gautrez (de Clermont-Ferrand); Garnier (de Dijon); Lecler (de Rouillac); Leroy (de Constantine); Mendousse (de Sos); Meunier (de Pau); Pezet (de Montpellier); Pissot (de Cholet); Romieu (de Digne); Subert (de Nevers); Sutils (de la Chapelle-la-Seine); Tillot (de Rouen); Valcourt (de Cannes) et Vergne (de Tulle).

Officiers d'Académie : MM. les docteurs Alexandre, Anselmier, Audibert, Barbier, Bernheim, Boix, Cahon, Campion, Carra, Chauveau, Coizeau, Colombel, Destrem, Diamantberger, Duclos, Euvrard, Fège, Fouineau, Gazeau, Gesland, Grassard, Guillemonat, Huguenin, Josset, Lacroix, Laforgue, Lebas, Legras, Leroy, Levassort, Lochard, Longuet, Magnin, Mallet, Mareschal, Massany, Ménétrel, Mercier, Mesnard, Mounier, Nass, Peltier, Perregaux, Pessez, Petit (L.), Pilon, Planteau, Pottier, Ravanier, Renault, Royet, Saqui, Sauvez, Schrœder, Senac, Someil, Soulier, Thévenard, Tissier, Toutain et Weber (de Paris).

MM. les docteurs Alphant (de Pernes), Babilée (de Douera), Barbary (de Nice), Barral (de Tullins), Béal (de Saignes), Bernasconi (de Bourg), Borrello (de Saint-Paul de Fenouillet), Bossuet (de Margaux), Bouché de Vitray (de Boulogne-sur-Seine), Boulet (de Saint-Didier-le-Séauve), Boutleux (de Béthune), Brillaud (de Bressuire), Brun (de Chalamont), Cadenaude (de Saint-Ciers-la-Lande), Calliet (de Mortagne), Camous (de Nice), Cantrel (de Mouy), Carrière (d'Uzès), Cassoute (de Marseille), Castan (de Pignan), Cayla (de Bordeaux), Charon (de Mostaganem), Chavanon (de La Rochelle), Chesnel (de Chartres), Chevalier (de Macau), Chevrot (de Bletterans), Collin (de Sainte-Menehould), Conte (de Rivesaltes), Cornet (d'Aubière), Cornevin (de Breuvannes), Cotton (de Lyon), Courgey (d'Ivry), Creuzan (de Floirac), Darblade (d'Aire), Davezac (de Bordeaux), Deblangey (de Montchanin-les-Mines), Delahay (de Toulon), Delattre (de Roubaix), Desnot (de Brou), Dervin (de Tourcoing), Dolard (de Villeurbanne), Dorain (de Nantes), Dumont (de Mons-en-Barœul), Dunand (d'Esternay), Durand (de Bordeaux), Emonet (de Chambéry), Escalier (d'Alais), Filhiaud-Laverne (d'Abjat), Fontanille (de Gourdon), Fougerousse (de Montluel), Froidefond (de Thenon), Gassiolle (de Cazarilh-Montréjeau), Genton (d'Issoire), Girard (de Fontainebleau), Giraudier (de Castelnau-de-Médoc), Goumy (de Mézériat), Grallan (de Pleudihen), Gros (d'Auxon), Guyot (de Dammartin), Hacquart (de Saint-Martin-du-Bosc), Hirigoyen (de Bordeaux), Hamery (de Bourges), Honorat (de Marseille), Jay (de Sayat), Lafitte (de Bougue), Lasnon (des Grandes-Ventes), Legendre (de La Haye-Malherbe), Léo (médecin principal de la marine), Lescarret (d'Ychoux); Lévêque (de Montdidier), Lop (de Marseille), Magé (de Loudun), Maillard (de Danvillers), Marie (de Prades), Martin (de Mustapha), Masson (de Saint-Fargeau), Maurel (de Toulouse), Mélifeu (de Bubry), Monnier (d'Aigues-Mortes), Moutin (de Boulogne-sur-Seine), Niepce (d'Allevard), Muguet (de Luzy), Oursel (d'Évreux), Pacaud (d'Angles), Patey (de Saint Seine-sur-Vingeanne), Periès (de Montauban), Perry (de Bordeaux), Peschaud-Durand (de Murat), Peyneau (de Mios), Peyronnet (de Carcassonne), Peysonnié (de Saint-Mathurin), Pilatte (de Nice), Pillaud (de Saint-Hermine), Poizat (de Gérente de Marseille), Powilewicz (du Havre), Pradet (d'Eymoutiers), Prunet (de Jars), Rallières (d'Augerolles), Raynaud (d'Alger), Renard (de Bellegarde), Rey (d'Arles), Rigabert (de Marly-le-Roi), Rigollet-Ardillam (de Dissay), Rochefort (de Lassigny), Rouby-Fombeler (de Sainte-Fay-de-Longas), Ruet (de Monsols), Sarazin (de Mouchamps), Sauve (de Vidauban), Serpaggi (de Pierrefitte), Simeray (de Verdun), Symoneaux (de Begard), Thomas (de Toulon), Vallat de Vincennes), Vibert (de Châtel-Guyon), Viple (d'Ébreuil) et Wiet (de Reims).

Guerre. — M. Lejonne, médecin-major de deuxième classe, a été désigné pour être attaché aux troupes de l'armée de terre, détachées au Tonkin et en Annam.

Marine. — MM. Berger, médecin de deuxième classe du cadre de Lorient, et désigné pour continuer ses services au 3e régiment de tirailleurs tonkinois, et Abbatucci, médecin de deuxième classe du cadre de Toulon, sont autorisés à permuter.

M. Guillemain, médecin de deuxième classe du cadre de Brest, est désigné pour continuer ses services sur le *Vauban* (division navale de Cochinchine).

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 6e semaine, 1255 décès, chiffre qui dépasse sensiblement celui de la semaine précédente (1,104) et la moyenne ordinaire des semaines de février (1,083). Cet accroissement est dû presque tout entier aux maladies de l'appareil respiratoire.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 208 décès, au lieu de 166 pendant la semaine précédente et au lieu de 181, moyenne ordinaire. Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 97 décès (la moyenne est 65), dont 79 sont dus à la congestion pulmonaire.

En outre, 58 décès (au lieu de 38 pendant la semaine précédente) sont attribués à la grippe.

La fièvre typhoïde a causé 14 décès (au lieu de 4 pendant la semaine précédente, 11 pendant la 4e semaine et 9 antérieurement). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est en augmentation sur les semaines précédentes (45 pendant la 4e semaine, 93 pendant la 5e, 123 pendant la 6e).

La variole, qui n'avait causé que 4 décès pendant tout le cours de l'année 1899, *en a causé* 4 *pendant la* 6e *semaine* (2 *pendant la* 5e *et* 1 *pendant chacune des deux semaines précédentes). Cependant, le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins n'augmente pas* (12 *pendant la* 4e *semaine,* 15 *pendant la* 5e *et* 10 *pendant la* 6e). *On ne saurait trop engager les habitants de Paris à se faire revacciner.*

La rougeole a causé 11 décès (la moyenne est 17); la scarlatine, 5 (la moyenne est 3) ; la diphtérie, 3 (la moyenne est 10). La coqueluche n'a causé aucun décès.

Les tuberculeux et les asiles nationaux de Vincennes et du Vésinet. — Dans la séance du 26 janvier 1899, M. le sous-secrétaire d'État au ministère de l'Intérieur, répondant à une question de M. Jourde, donnait à la Chambre l'assurance qu'à

partir du 1er janvier 1900, il ne serait plus reçu de tuberculeux dans les asiles nationaux de Vincennes et du Vésinet. Ces asiles, réservés aux convalescents, ont reçu l'ordre de M. le président du conseil, ministre de l'Intérieur, de refuser tout malade dont le certificat médical ne portera pas la mention : « Ne présente aucun signe de tuberculose des voies respiratoires. »

Cette décision, si conforme aux lois de l'hygiène, constitue une excellente mesure de protection contre la propagation de la tuberculose. Il n'est pas douteux que les malheureux, encore affaiblis par la maladie et de longs jours de souffrance, constituent un excellent terrain pour le développement du bacille tuberculeux et qu'il était barbare et inhumain d'exposer à une contagion presque inévitable les convalescents envoyés à la campagne pour y respirer un air pur et non contaminé.

Nous ne pouvons donc qu'applaudir à la mesure prise par M. le ministre de l'Intérieur. Reste à savoir si elle ne rencontrera pas bien des difficultés dans la pratique.

Congrès de déontologie de 1900. — Nous rappelons le programme de ce Congrès qui doit particulièrement intéresser tous les médecins.

Première section. — *Des rapports du médecin avec les collectivités* (État ou collectivités autres que l'Etat). — Rapport : Relations des médecins avec les mutualités. (Rapporteur : M. Cuylits, Bruxelles.)

Questions proposées pour être plus spécialement traitées : I. Rapports avec l'État et les organismes dépendant directement de l'État. — 1° Des lois réglementant l'exercice de la médecine; 2° Des médecins de l'Assistance publique (hôpitaux, bureaux de bienfaisance, dispensaires, etc.); 3° La médecine sanitaire au point de vue économique; 4° Les rapports des médecins avec l'autorité judiciaire, expertises, etc. Secret médical, etc.

II. Rapports avec les collectivités autres que l'État : 1° Grandes compagnies : *a*. Compagnies d'assurances; *b*. Compagnies industrielles. Chemins de fer et transports maritimes. Sociétés d'exploitations industrielles (mines, usines, etc.); 2° Sociétés de prévoyance et de secours mutuels; 3° Œuvres de bienfaisance privées, etc.

Deuxième section. — *Des rapports du médecin avec les individualités.* — Rapport : De l'exercice illégal de la médecine. (Rapporteur : M. Descouts, Paris.)

Questions proposées pour être plus spécialement traitées : 1° Clients (honoraires, privilèges du médecin, etc.); 2° Auxiliaires du médecin : gardes-malades et infirmiers, bandagistes, fabricants d'appareils, etc.; 3° Guérisseurs. Répression de l'exercice illégal de la médecine, etc.

Troisième section. — *Des rapports du médecin avec ses confrères* (déontologie médicale). — Rapports : 1° Des principes fondamentaux de la déontologie médicale (Rapporteur : M. Grasset, Montpellier); 2° Organisation des chambres médicales et leurs résultats dans les pays où elles fonctionnent (Rapporteur : M. Pollak, Vienne); 3° Organisation de la Ligue des médecins de la Hongrie. (Rapporteur : M. Jendrassik, Budapest.)

Questions proposées pour être plus spécialement traitées : Consultations. Cliniques et institutions médicales. Remplacements. Cessions de clientèle. Rapports entre les médecins de nationalités différentes. Sociétés médicales professionnelles. Ordres et chambres de médecins, etc.

Quatrième section. — *Des œuvres professionnelles de prévoyance, de défense ou d'assistance médicale mutuelles.* — Rapports : 1° Des œuvres d'assistance et de prévoyance médicale (Rapporteur : M. Lande, Bordeaux); 2° Des œuvres de défense professionnelle. (Rapporteur : M. Porson, Nantes.)

Questions proposées pour être plus spécialement traitées : Assurances en cas de maladie ou d'infirmités; Caisse de retraites; Secours aux veuves et aux orphelins, etc.; Syndicats.

Le XIIe Congrès international d'anthropologie et d'archéologie préhistoriques se réunira, à Paris, du 20 au 25 août 1900.

A la suite du Congrès, auront lieu un certain nombre d'excursions en France.

Pour les communications et les excursions, s'adresser à M. le docteur Verneau, secrétaire général, 148, rue Broca, à Paris.

Pour les adhésions, s'adresser M. Henri Hubert, trésorier du Congrès, 74, rue Claude-Bernard, à Paris.

Le prix des cotisations est fixé à 15 francs.

Le premier distributeur automatique de timbres-poste vient de sortir des ateliers du boulevard Brune, et a été essayé pour la première fois.

L'Hôtel des Postes sera pourvu d'un quintuple distributeur de cartes-télégrammes à 30 centimes, de cartes-lettres, de cartes-postales et de timbres à 15 et 10 centimes.

Les bureaux de la Bourse, du Palais-Bourbon, du Grand-Hôtel, de la place de la République et du Théâtre-Français auront des distributeurs doubles pour les timbres à 15 centimes et les cartes postales.

Les échappés de la médecine. — Un journal de Bordeaux annonçait récemment que le nouveau préfet d'Agen était le Dr Bonnet. Ce n'est pas le seul médecin qui soit actuellement dans l'administration; nous pourrions encore citer le Dr Guillemaut, sous-préfet de Bourganeuf, descendant d'une longue lignée de médecins et fils de notre confrère M. Guillemaut, sénateur de Saône-et-Loire.

Quelles sont d'ailleurs les professions où on ne rencontre pas de médecins? On a cité récemment le médecin papetier, le médecin buffetier dans une gare du P.-L.-M. Il existe, paraît-il, un cocher de fiacre étudiant en médecine, le matin entre deux courses il fait son stage dans un de nos grands hôpitaux parisiens, l'après-midi on peut voir son « sapin » attendre dans la cour de l'école pendant que l'automédon dissèque.

Souhaitons-lui de pouvoir plus tard rouler carrosse pour son propre compte.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de la Société française des voyages Duchemin, diverses excursions permettant de visiter :

Les deux premières : l'*Italie et Nice*, au moment du Carnaval, du 21 février au 4 et au 22 mars. — Prix (tous frais compris) : 1re classe, 385 et 990 francs; 2e classe, 345 et 890 francs, suivant l'itinéraire choisi.

La troisième : l'*Algérie et la Tunisie*, du 5 mars au 4 avril. — Prix (tous frais compris) : 1re classe, 1100 francs; 2e classe, 1020 francs.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de la Société française des Voyages Duchemin, 20, rue de Grammont, à Paris.

— *Fêtes du carnaval.* — A l'occasion des fêtes du carnaval, les coupons de retour des billets d'aller et retour, délivrés à partir du 24 février 1900, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 28 février.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION	PRIX DE L'ABONNEMENT :	LES BUREAUX
49, rue St-André-des-Arts,	FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.	sont ouverts tous les jours,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE	UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.	DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
PARIS	Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.	TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — DE LA PYLORECTOMIE PAR LE PROCÉDÉ DE BILLROTH (PREMIÈRE MANIÈRE), par M. GUILLOT, interne des hôpitaux de Paris. — NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE. Sur le traitement de la tuberculose. La journée des tuberculeux, par M. COURTOIS-SUFFIT, médecin des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 19 février 1900.

La Faculté a délivré, dans la dernière année scolaire, 671 diplômes de docteur, dont 79 à titre étranger ne donnant pas droit d'exercer la médecine en France, et elle a créé 13 officiers de santé, soit 605 praticiens.

Les Facultés de province réunies ont fourni un chiffre inférieur d'une centaine environ, ce qui, pour l'année 1899, donne 1100 médecins admis à l'exercice de la profession.

Ce chiffre paraît être le chiffre normal des dernières années. Est-il excessif ou simplement suffisant? Il est difficile de le dire. D'après le travail de M. Henri Monod, le nombre des médecins a diminué en France depuis le milieu de ce siècle. En 1845, on comptait 17559 médecins; en 1896, il y en avait 15017 s'étant inscrits et payant patente, soit une diminution de 2500 praticiens.

La pléthore dont se plaint la profession médicale ne serait qu'apparente et tiendrait surtout au mode de groupement des médecins. Dans les départements, où domine l'élément rural, le nombre des praticiens a diminué de 42 p. 100, alors que dans les centres ou leurs environs, il a augmenté de près de 50 p. 100.

Comment trouver le remède à cette répartition défectueuse?

Il est certain que les médecins ont abandonné les postes où ils ne trouvaient pas à subvenir à leurs besoins, où la profession était dure et sans rémunération suffisante. Il n'est pas de loi qui puisse forcer le médecin à s'établir là où il ne trouverait pas à se nourrir lui et sa famille. Les campagnes se sont dépeuplées, le paysan s'est appauvri; le médecin, dans certaines contrées, avait une situation inférieure à celle du maître d'école, logé, payé et retraité par l'État. On comprend, dès lors, qu'il ait déserté ces contrées ingrates, pour se porter là où il pouvait espérer vivre. C'est là, la véritable cause de l'encombrement et de la pléthore dans certaines contrées.

Pour empêcher que le corps médical ne prenne une trop grande extension, le ministère de l'Instruction publique de Russie a limité le nombre des étudiants qui pourraient être inscrits en première année dans toutes les facultés de l'Empire.

Ce nombre, pour l'Université de Moscou, est fixé à 250, pour Kiew à 200, pour Cracovie 175, Iuriew 150, Varsovie 100, Tomsk 120 et Kasan 100; en tout 1095 auditeurs pour la première année de toutes les facultés de médecine russes, auxquels il faut cependant ajouter 250 étudiants de première année de l'Académie de médecine militaire de Pétersbourg.

En Hongrie, au contraire, le ministre de l'Instruction publique, pour remédier à la diminution des étudiants, leur donne des bourses en grand nombre.

En France, le problème ne nous paraît pas être facilement soluble. On ne trouvera guère la solution en modifiant le recrutement à l'entrée ou à la sortie des Facultés. On n'évitera pas ainsi que certaines régions soient délaissées, et d'autres soient encombrées. Il faudrait, dans les premières, favoriser la venue du médecin par des subventions communales, des dégrèvements d'impôts, au lieu d'accabler le praticien par des charges progressivement croissantes, au lieu de lui imposer l'assistance médicale gratuite, dans un pays où tout le monde est indigent et où le tarif officiel de la visite est parfois inférieur à cinquante centimes.

DE LA PYLORECTOMIE PAR LE PROCÉDÉ DE BILLROTH

[PREMIÈRE MANIÈRE (1)]

Par M. GUILLOT, interne des hôpitaux.

II

Technique opératoire. — Le manuel opératoire de la pylorectomie par anastomose termino-terminale a été décrit par divers auteurs : Rydygier (2), Jonnesco (3), Krönlein (4), etc.

Les modifications récentes de la technique chirurgicale, et l'expérience acquise dans une série de pylorectomies typiques, nous obligent à revenir sur cette question, en nous efforçant toutefois de glisser sur ce qui n'est pas essentiel et sur les points qui, depuis les descriptions antérieures, n'ont pas subi de modification.

A. SOINS PRÉLIMINAIRES. — On a beaucoup discuté sur l'utilité du lavage préliminaire de l'estomac. Aujourd'hui la

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 182.
(2) RYDYGIER. Ueber Pylorus resection, *Wolkmann's Sammlung*, 1882.
(3) JONNESCO. *Gaz. des hôpit.*, 1891.
(4) KRÖNLEIN. *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1896, XV, 2, p. 3, 111.

question semble jugée. Il est possible que, pratiqué dans les jours qui précèdent l'intervention, il rende le contenu stomacal moins septique. Toutefois l'avantage est minime, car des procédés très simples permettent de se garantir contre l'effusion des liquides gastriques.

Quant aux lavages que l'on a souvent pratiqués au moment même de l'intervention, ils doivent être proscrits, car on obtient difficilement l'évacuation totale du liquide injecté et de plus on fatigue les malades. Trendelenburg, Roux les ont abandonnés, Terrier et Hartmann ne les emploient que dans les cas où il en a été antérieurement fait usage.

Le même souci d'éviter toute cause d'affaiblissement doit faire abandonner les purgatifs, et pratiquer au contraire de nombreux lavements nutritifs et s'il y a lieu des injections sous-cutanées de sérum artificiel.

La paroi abdominale sera, comme avant toute laparotomie, traitée pendant trois jours consécutifs par le brossage à l'eau bouillie et au savon, et le dégraissage par l'alcool-éther. Entre chaque séance, on laissera un pansement aseptique, faiblement humide. L'ombilic sera fortement touché à la teinture d'iode.

B. Opération. — *Anesthésie.* — Le choix de l'anesthésique n'a pas l'importance que lui ont accordée quelques auteurs. Cependant, toutes les fois que cela est possible, il vaut mieux employer l'éther qui relève le pouls des malades au lieu de le déprimer.

Le matériel. Les aides. — Il est indispensable d'être uniquement aseptique. Les instruments seront laissés à sec dans leur boîte, et pour le rinçage des mains on n'emploiera que de l'eau stérilisée.

Les aides seront aussi peu nombreux que possible. Un seul peut à la rigueur suffire. Un second se tiendra prêt à couper les fils, à enfiler les aiguilles et à éviter à l'aide principal tous les mouvements qui pourraient détourner son attention du champ opératoire.

Le chirurgien se placera à droite du malade, pour bien voir à gauche, du côté du cardia où dans les gastrectomies larges siègent les principales difficultés.

Incision. — Elle sera absolument médiane selon la pratique de Czerny, de Kocher, de Krönlein, etc.

Il est inutile de faire, comme le conseille Hartmann, une incision juxta-médiane gauche, à cause de la veine ombilicale, car la présence de ce vaisseau ne crée ancune difficulté particulière. L'excision de l'ombilic, que préconise Kocher (1) par précaution aseptique, est également superflue.

L'incision sera longue, car il faut voir clair, et pouvoir manœuvrer facilement dans le ventre. On a vu plus haut que, dans la plupart des observations que nous avons rapportées, l'incision descendait au-dessous de l'ombilic.

Enfin, chacune des lèvres de la plaie abdominale sera saisie dans une seule forte pince qui y restera pendant toute la durée de l'opération et rendra facile et rapide la suture de la paroi.

Examen de la tumeur. — Le ventre ouvert et le diagnostic confirmé par la vue et par le toucher, il faut résoudre une première question : la tumeur est-elle extirpable?

Parfois, la réponse est instantanée, le pylore cancéreux se laisse, pour ainsi dire, énucléer en dehors du ventre. Souvent, au contraire, il faut procéder à une exploration méthodique : celle des diverses adhérences.

Sur la face antérieure, on ne peut trouver que des adhérences pariétales, rares et faciles à détruire en sacrifiant au besoin un fragment de la paroi, et des adhérences épiploïques toujours sans importance. Mais en haut, du côté du foie, en arrière et en bas, du côté du pancréas et du méso-côlon, sont les véritables difficultés. Les adhérences hépatiques ou cystiques sont rares, mais elles assombrissent singulièrement le pronostic des interventions.

Kocher, Billroth, Jaboulay perdirent chacun un malade à cause d'adhérences hépatiques étendues. Bagejewsky vit mourir un opéré qui présentait des adhérences à la vésicule, et nous avons nous-même eu à combattre une hémorragie des plus sérieuses, au cours d'une libération identique (Obs. V).

Ces difficultés n'impliquent pas qu'il faille renoncer à traiter les adhérences hépato-cystiques, car Alsberg put, en 1896, traiter avec succès ces deux variétés d'adhérences sur le même malade, et ici même nous en rapportons une guérison. Mais il faut, suivant le conseil de U. Guinard, savoir distinguer entre les adhérences avec la face inférieure du foie que l'on ne doit détacher qu'autant que la chose est très aisée, et celles qui, n'intéressant que le bord, permettent de se montrer plus hardi.

Les autres connexions de la tumeur seront explorées en introduisant le doigt dans l'arrière-cavité à travers un espace avasculaire, soit du grand, soit du petit épiploon. En procédant ainsi, nous avons trouvé dans un cas une propagation, par greffe, à la paroi postérieure de l'arrière-cavité, ce qui contre-indiqua l'opération.

Le plus généralement, on a à se préoccuper du degré de propagation à la tête du pancréas, du volume des masses ganglionnaires sous-pyloriques et sus-pancréatiques, des adhérences avec le méso-côlon transverse. Si les ganglions sont absents ou mobiles, si le méso-côlon est à peu près indemne, si l'implantation du pylore cancéreux sur le pancréas est peu large, on peut pratiquer l'extirpation.

Ici on pose une question que *pour le moment* nous ne prétendons pas résoudre : dans quelle mesure est-on autorisé à faire une pylorectomie, alors que la totalité des tissus cancéreux n'est pas extirpable? Nous dirons seulement que l'observation V a trait à une opération qui fut simplement palliative, et que les avantages d'une bonne bouche duodénale nous paraissent tels pour les suites immédiates, que dans tous les cas où, malgré l'étendue des lésions, la pylorectomie paraît très aisée et très facile, l'extirpation du pylore avec anastomose termino-terminale nous semble défendable.

L'examen étant fait, et l'extirpation étant résolue, il faut la pratiquer sans se préoccuper aucunement du mode de réunion : les procédés de Billroth (première et deuxième manières) permettent de résoudre tous les problèmes que pose l'exérèse.

Mobilisation de la tumeur. — Le doigt, après avoir effondré l'épiploon gastro-hépatique dans sa partie mince, sortira à travers le grand épiploon en deçà et au delà de la tumeur. Dès ce moment, il est souvent possible de mettre les pinces d'occlusion. Dans le cas d'adhérence pancréatique, la pose des pinces du côté duodénal ne pourra être faite qu'après la section gastique, en faisant basculer la tumeur autour du pylore.

L'occlusion sera faite du côté sain avec les pinces à mors souples de Doyen qui sont incontestablement les meilleures et qui, contrairement à l'assertion de U. Guinard (1), ne

(1) U. Guinard. Loc. cit., p. 147.

(1) U. Guinard. Loc. cit., p. 121.

gênent en rien l'anastomose gastro-duodénale. Du côté de la tumeur, l'occlusion sera faite avec des clamps qui peuvent impunément contusionner les tissus.

C'est seulement alors qu'on complétera la libération des deux courbures. Du côté de la petite, le doigt suffit et l'on a rarement des ligatures à faire. Il est indispensable cependant, dans les résections larges, de penser au ligament profond de l'estomac et de pincer à part son bord libre pour mettre une bonne ligature sur la coronaire stomachique. Au niveau de la grande courbure, l'épiploon sera ramassé en plusieurs paquets étreints du côté stomacal par des pinces, du côté distal par du catgut. Les pinces démontables de Kurz (de Florence) sont inutiles, il en est de même de la précaution des Anglais qui font toujours, dit-on, la ligature en chaîne (Rawdon). Krönlein (1) isole les courbures avant de poser les pinces d'occlusion, c'est là une technique qui expose à priver trop largement l'estomac de ses connexions vasculaires. Terrier et Hartmann (2), par un excès contraire, laissent les vaisseaux coronaires déborder, de 1 centimètre, la tranche de la portion saine. La pratique de nombreux chirurgiens montre l'inutilité de cette précaution. Il est probablement plus important de couper, comme le conseille Doyen, perpendiculairement au grand axe du viscère, parce que c'est dans ce sens que cheminent les branches des coronaires.

Extirpation de la tumeur. — La tumeur étant libérée, il faut protéger la cavité péritonéale contre l'infection par les tranches muqueuses. A cet effet, des compresses entoureront étroitement le néoplasme, et seront glissées puis étalées derrière l'organe de manière à bien protéger l'arrière-cavité des épiploons.

Avant de couper une nouvelle question se pose :

A quelle distance du bord induré doit-on couper dans les tissus sains? Czerny avait fait dans deux cas la section à 1 centimètre; l'examen montra que la tranche stomacale était infiltrée, d'où le conseil de faire l'incision à 3 centimètres. U. Guinard (3), rappelant que le duodénum jouit en général d'une immunité remarquable, estime qu'on peut se montrer plus économe à son égard, bien que dans une observation de Carle on ait trouvé le duodénum infiltré au delà du bord du néoplasme sur une longueur de 2 centimètres. S'inspirant de la même idée, Mickulicz (4) conseille de se contenter du côté duodénal d'une section faite à 5 ou 10 millimètres au delà du point malade.

Si nous rappelons que, dans notre observation V, les cellules cancéreuses s'étendaient dans la nappe lymphatique sous-séreuse jusqu'à la section duodénale distante de 3 centimètres de la limite macroscopique du cancer, on se trouvera amené à penser que les sections économiques du duodénum ne sont peut-être pas l'idéal. Le malheur est que tous les procédés d'anastomose duodéno-gastrique, aussi bien celui de Kocher que celui de Billroth (première manière), portent à limiter l'exérèse du côté duodénal. C'est pourquoi, au moment de l'extirpation du néoplasme, il ne faut avoir aucune vue précise sur le mode de restauration que l'on emploiera.

Du côté du cardia, Mickulicz estime que la résection doit comprendre 5 à 10 centimètres du tissu sain. C'est un chiffre qu'il n'est pas toujours aisé d'atteindre mais vers lequel on doit tendre pour faire une ablation utile.

Certains auteurs attachent de l'importance à débuter par une section plutôt que par une autre. Kocher et Lauenstein veulent que l'on commence par le côté duodénal. Billroth agissait de même dans les cancers étendus. Krönlein débute par la section gastrique, puis fait tout de suite la partie occlusive de sa suture, ce qui est malaisé dans un champ opératoire encombré par la tumeur et ses pinces. Enfin Terrier et Hartmann (page 232) estiment « que, d'une manière générale, il faut commencer les sections par la partie la plus accessible, c'est-à-dire l'estomac, s'il s'agit d'un cancer du pylore ».

Pour nous, la règle sera de commencer par le côté le plus commode qui, dans la plupart des cas, s'est trouvé être le côté duodénal, mais qui, dans une autre série, pourrait être l'extrémité gastrique.

Cette première section faite, on fera basculer la tumeur autour de son autre extrémité, pour en achever la libération et pour la diviser aussi rapidement que possible. Il suffit alors, pour se protéger contre l'infection par les tranches muqueuses, de les essuyer avec un tampon sec et de les recouvrir pendant les manœuvres accessoires avec des compresses. Pour beaucoup de chirurgiens, cette précaution très simple n'est pas suffisante. Krönlein conseille l'emploi du sublimé, ce qui ne donne pas plus de garantie que le simple essuyage aseptique et a l'inconvénient de traumatiser la muqueuse et les parties voisines. Billroth, Wölfler vont plus loin puisqu'ils ont lavé l'estomac avec de l'eau tiède. Chaput (1) aspire le contenu stomacal et essuie avec des compresses montées. Ce sont là des manœuvres que l'on tend à considérer de plus en plus comme dangereuses et inutiles.

Adhérences. — L'ablation de la tumeur pylorique ne peut pas toujours s'exécuter avec cette simplicité schématique. Nous avons dit plus haut qu'avant l'extirpation on a souvent à détruire des adhérences pariétales ou épiploïques. Après l'extirpation ou au cours de celle-ci, il reste parfois à traiter des adhérences hépatiques, pancréatiques ou mésocoliques.

Du côté du foie, de la vésicule biliaire et du pancréas on peut être relativement hardi et nous avons dit ailleurs dans quelle limite on peut chercher à traiter ces adhérences. Mais du côté du mésocôlon il faut, semble-t-il, se montrer d'une prudence extrême. Trois cas de mort (Mickulicz, Kappeler, Kocher) montrent combien la libération de ces adhérences expose à la gangrène du côlon.

Adénopathies. — La propagation lymphatique se fait vers les groupes ganglionnaires décrits par Sappey. Il faut, en conséquence, chercher les ganglions dégénérés le long des deux courbures, sur le bord supérieur du pancréas, enfin derrière la première portion du duodénum. D'après la plupart des auteurs et notamment Mickulicz (2) et Most (3) le groupe le plus rapidement et le plus fréquemment pris est celui de la petite courbure (4), aussi doit-on explorer méthodiquement celle-ci jusqu'au cardia et enlever les ganglions dès qu'ils sont appréciables.

L'extirpation des masses sus-pancréatiques et rétro-duodénales présente des difficultés particulières. L'artère splénique peut être blessée, et dans un cas, Mickulicz, au cours d'une hémostase pénible, pinça et lia le cholédoque.

(1) Krönlein. In Th. U. Guinard, p. 142.
(2) Terrier et Hartmann. Loc. cit., p. 221.
(3) U. Guinard. Loc. cit., p. 126.
(4) Mickulicz. XXVIIe Cong. allem. de chir.

(1) Chaput. De la pylorectomie, *Flandre méd.*, Gand 1894, t. I, p. 241.
(2) Mickulicz. Loc. cit.
(3) Most. XXVIIIe Cong. allem. de chir.
(4) Cf. les Obs. II, III, IV, VII du présent mémoire.

Il est bon de noter que les voies lymphatiques suivies par les néoplasies pyloriques sont variables suivant les cas. Kader [de Breslau (1)], dans huit gastrostomies, n'a pas trouvé les nombreux ganglions que l'on décrit le long de la petite courbure. En revanche il a trouvé d'une façon constante un groupe ganglionnaire envahi dans l'angle inférieur du pylore. Rappelons, d'autre part, que dans un cas (Obs. VII), nous avons trouvé les lymphatiques du grand épiploon envahis très loin du néoplasme, bien que l'épiploon fût libre dans le ventre et non adhérent à la tumeur.

Sutures. — La toilette ganglionnaire étant faite, il reste à rétablir le cours des matières. La suture en raquette sera possible si, les pinces étant tordues, on peut adosser *sans traction* les faces postérieures de l'estomac et du duodénum.

On emploiera de petites aiguilles courbes à chas ouvert tenues avec les doigts ou avec une pince à forcipressure quelconque. La soie fine ou le fil à coudre ordinaire pourront être indifféremment employés. Il est rapide et simple de faire des surjets arrêtés tous les trois ou quatre points et de suturer en deux plans : un premier pour toute l'épaisseur des tuniques, et un second séro-séreux (suture d'Albert). On ne doit pas être trop systématique dans le nombre de ses plans de sutures, un bon enfouissement en demande parfois trois.

La suture d'occlusion de la partie supérieure de la tranche gastrique est facile. Le temps délicat est la suture séro-séreuse postérieure d'abouchement. On doit commencer par elle et la faire parfaite dès le début, car il est souvent impossible de la compléter plus tard en faisant basculer la bouche gastro-duodénale.

On terminera en enfouissant le point d'union des sutures d'occlusion et d'abouchement dans un bon pli séreux fait avec deux ou trois points séparés. Il n'y a là, d'ailleurs, aucune difficulté particulière.

Drainage. — On doit drainer aussi rarement que possible. Toutefois l'observation V montre qu'un suintement sanguin, dû à des adhérences hépato-cystiques, nécessita l'emploi d'une mèche. La même conduite a été tenue à la suite d'une gastrectomie totale (2), au cours de laquelle une large plaie pancréatique avait été faite.

Fermeture de la paroi. — L'abdomen sera fermé en un plan au fil d'argent; suture excellente puisqu'elle ne donne jamais d'éventration, et rapide puisqu'elle demande seulement trois ou quatre minutes.

Soins post-opératoires. — Dès la fin de l'opération, on fera une injection sous-cutanée de sérum et le malade sera enveloppé de linges chauds.

Douze heures plus tard on commencera les lavements nutritifs et l'on donnera quelques cuillerées d'eau bouillie additionnée d'alcool.

Le lendemain on continuera le sérum, les lavements nutritifs, et l'on administrera, par cuillerées régulièrement espacées, du grog et du lait. Roux n'hésite pas à donner à ce moment tout ce que les malades désirent (vin blanc, bifteck, choucroute, etc.). Sans aller aussi loin, on peut tenir pour certain qu'au bout de vingt-quatre heures, les sutures tiennent ou ne tiendront jamais.

Dans le cas de vomissements répétés, on se trouvera bien de pratiquer, à partir du deuxième jour, des lavages de l'estomac.

(1) Kader. XXVIIIe Cong. allem. de chir.
(2) Ricard. Soc. de chir., 1899.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE (1)

Sur le traitement de la tuberculose. — La journée des tuberculeux.

Par M. Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux.

Nous ne voulons pas fatiguer l'attention du lecteur en l'entretenant trop longtemps d'un même sujet. Aussi bien, terminerons-nous là, pour le moment, ces notes sur le traitement de la phtisie pulmonaire. Mais nous croyons utile de montrer quelle doit être la vie du phtisique et, pour ce faire, nous reproduirons les excellentes pages consacrées par Daremberg (2) à *la journée des tuberculeux*.

1° *Journée du tuberculeux sans fièvre au début de la maladie.* — Cesser toute occupation fixe.

Habiter, selon ses préférences ou commodités, pendant l'hiver le Midi ou les altitudes; pendant l'été, la montagne ou une plage peu ventilée.

Se lever entre huit heures et demie et neuf heures du matin; déjeuner avec un œuf ou un peu de viande froide, du café au lait, du chocolat ou du thé avec du pain et du beurre.

Se promener, en flânant, de dix heures à onze heures et demie. Se reposer une demi-heure avant le déjeuner. Pendant ce repos, être étendu sur une chaise longue ou assis sur un bon fauteuil et être plus couvert que pendant la marche.

Au déjeuner de midi, absorber un repas ordinaire auquel on joindra 100 à 200 grammes de viande crue, ou deux à trois cuillerées de poudre de viande.

De une heure à quatre heures et demie, rester étendu à l'air sous un abri ou dans une chambre dont la fenêtre sera ouverte. Pendant ce temps, on peut lire. A quatre heures et demie, absorber un ou deux œufs ou du lait.

De cinq heures à six heures, faire une petite promenade en voiture ou à pied.

Pendant l'été, repos à l'air jusqu'à sept heures et demie.

Prendre la température buccale tous les jours, entre quatre heures et demie et six heures, et, si elle dépasse 37°3, ne pas marcher pendant vingt-quatre heures. Cette règle sera applicable au cas suivant.

Dîner ordinaire et se coucher à neuf heures.

Pendant la nuit on peut absorber une tasse de lait.

2° *Journée du tuberculeux qui est convalescent d'une poussée aiguë mais n'a plus de fièvre.* — Mêmes résidences que dans le cas précédent.

Se lever vers neuf heures et demie du matin.

Déjeuner à huit heures et demie avec du café au lait, thé ou potage, un œuf ou bien du pain et du beurre selon les préférences.

De dix heures et demie à onze heures et demie, petite promenade à pied ou en voiture, ou bien s'étendre dans un jardin de dix heures et demie à midi.

Au déjeuner de midi: deux œufs, 200 grammes de viande crue, légumes et dessert selon les goûts; pas de café, pas de liqueurs, pas de vin pur, vin avec eau, bière légère, cidre non mousseux.

Repos de une heure à quatre heures et demie comme dans le cas précédent et mêmes occupations jusqu'à sept heures et demie.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôp.*, 1900, p. 25, 60, 87, 119, 147 et 176.
(2) Daremberg. Préface au livre de Chuquet : *L'hygiène des tuberculeux.*

Au dîner, volaille, poisson ou jambon; deux œufs ou des légumes. Pas de dessert. Même boisson qu'au déjeuner.

Se coucher à huit heures et demie. Boire une tasse de lait pendant la nuit.

3° *Journée du tuberculeux qui a une fièvre légère, d'une durée quotidienne plus ou moins longue, donnant un écart de plus d'un degré entre le maximum et le mimimum, soit* 36°2-37°2.— Mêmes résidences que dans les deux premiers cas.

A huit heures et demie, déjeuner avec du lait ou du chocolat, avec du pain, sans beurre.

Lever à neuf heures et demie; vers dix heures et demie, quand le temps n'est ni humide, ni venteux, ni trop chaud, faire deux fois par semaine une promenade en voiture d'une heure; se reposer un quart d'heure avant le déjeuner. Pendant la promenade, le malade peut descendre s'asseoir sur un pliant ou sur un banc à l'abri du vent et du soleil. Être plus couvert le matin que l'après-midi, parce qu'à ce moment le malade, sans avoir de vrais frissons, a la sensation de fraîcheur précédant l'éclosion de la fièvre qui se manifestera après son déjeuner.

Déjeuner entre midi et quart et midi et demi; faire un bon repas composé de bifteck, côtelettes, gigot, rostbeef, purée de légumes, artichauts, choux-fleurs, pommes de terre bouillies, fromage. Eau rougie ou bière légère.

Sieste de une heure et demie à quatre heures et demie, deux œufs ou deux cuillerées à soupe de viande crue, ou de poudre de viande, avec un peu de thé ou de grog.

De cinq heures à sept heures, lectures ou causeries.

A sept heures et demie ou huit heures, dîner. Viande blanche, poisson ou jambon, un légume ou une compote. Se coucher immédiatement après le dîner.

Si c'est possible, boire une tasse de lait pendant la nuit.

4° *Journée du tuberculeux dont la fièvre dépasse* 38 *degrés.* — Même petit déjeuner que dans le cas précédent. Ne pas marcher, ne pas sortir en voiture. S'installer autant que possible dehors, sous un abri, depuis dix heures du matin jusque une heure avant le coucher du soleil. Puis repos à la chambre. Alimentation comme dans le cas précédent. Pour pouvoir faire cette cure à l'air, il importe à de tels malades d'aller l'été dans les montagnes et l'hiver dans le Midi, d'octobre à fin mai. Pour eux, il est urgent de fuir l'humidité, surtout celle du soir. Ils devront être complètement à l'abri du soleil. Quand ils seront étendus sur leur chaise longue, leurs pieds ne devront même pas être frôlés par les rayons du soleil. Ils craindront le vent fort, mais pourront supporter quelquefois avec avantage une brise fraîche. Toutes ces précautions nécessiteront une orientation et une disposition spéciale des guérites, tentes ou kiosques qui les abriteront. Les guérites devront être facilement mobiles. Dans les tentes les quatre pans de toile pourront être tirés, relevés ou abaissés alternativement. Il en sera de même des kiosques, ou bien ils devront être mobiles, sur pivot. Le tuberculeux doit pouvoir éviter le soleil ou le grand vent sans être obligé de se fatiguer en se déplaçant.

Ces malades, après avoir passé l'hiver dans le Midi méditerranéen, pourront maintenant passer l'été dans la montagne sans être contraints de subir les fatigues d'un long voyage. A cinq heures de Cannes, de Nice et de Menton, existent deux stations alpestres, dans lesquelles les malades trouveront des installations confortables, et ces deux stations sont Saint-Martin-Vesubie et Thorenc.

5° *Journée du tuberculeux dont la fièvre dépasse* 39 *degrés.* — Repos jour et nuit dans le lit, la fenêtre ouverte.

Lait, grogs, hachis, quenelles, viande crue ou poudre de viande, œufs, confitures en trois ou quatre repas pendant les vingt-quatre heures.

Ne pas se déplacer, même si on habite une ville.

Attendre une accalmie pour partir l'hiver dans le Midi, l'été dans la montagne.

6° *Journée du phtisique guéri.* — Pendant les deux premières années qui suivent la guérison, il devra prendre tous les matins quatre cuillerées à soupe d'huile de foie de morue, ou une bouteille de koumys, lait de jument fermenté.

Faire deux autres bons repas.

Se coucher à dix heures et se lever à huit heures. Dîner rarement en ville et aller très rarement au théâtre, jamais au bal.

Continuer à passer, pendant ces années, l'hiver dans le Midi et l'été à la campagne.

Bien se garder de hâter la guérison par des injections sous-cutanées d'antiseptiques et même de sérum artificiel.

Après ces deux années de noviciat, le tuberculeux, définitivement guéri, pourra reprendre ses occupations. Mais il devra chaque année se reposer au grand air au moins pendant deux mois, soit en hiver, soit en été. Il évitera toujours le surmenage.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(16 FÉVRIER 1900)

La communication fort importante de M. Huchard sur les **caractères cliniques des douleurs anévrismatiques** a occupé une grande partie de la séance.

Pour bien faire comprendre, dit l'auteur, la physionomie clinique des anévrismes de l'aorte thoracique, il faut les diviser en trois zones :

1° Anévrysmes de la portion ascendante ou intra-péricardique de l'aorte, formant la zone des compressions vasculaires ou cardiaques.

2° Anévrismes de la portion transverse ou crosse de l'aorte, de la limite du péricarde à la bronche gauche, zone des compressions nerveuses et laryngo-trachéo-bronchique.

3° Anévrismes de l'aorte thoracique descendante (de la bronche gauche au niveau des corps de la quatrième vertèbre dorsale jusqu'à l'anneau fibreux du draphragme et au niveau de la dixième vertèbre dorsale). C'est la zone latente des anévrismes méconnus, des erreurs de diagnostic. Ici, pas de rapports immédiats ou importants avec les divers organes. Donc, peu de signes de compression et de troubles fonctionnels. Cependant la latence n'est pas absolue, et les douleurs de compression permettent assez souvent de découvrir des anévrismes situés plus ou moins profondément dans la cavité thoracique et méconnus pendant de longues années en raison même de cette situation profonde.

A ce propos, l'auteur rapporte une très intéressante observation qui prouve que les douleurs provoquées par l'anévrisme de l'aorte thoracique peuvent simuler des névralgies intercostales rebelles à tout traitement, lesquelles siègent habituellement en arrière du thorax, à quatre ou cinq travers de doigt de la colonne vertébrale, au niveau des neuvième et dixième espaces intercostaux. Point capital : elles augmentent dans les changements d'attitude du malade, lorsqu'il se lève, lorsqu'il se couche sur le dos; elles se calment, au contraire, lorsque le malade s'assied, le corps étant penché en avant.

M. Vaquez lit un mémoire ayant trait à l'**alimentation des typhiques**. Voici le régime qu'il a institué : la base de l'alimentation est toujours le lait. Il le prescrit par tasse de deux en deux heures, mais les prises de huit heures, de midi et de six heures étaient remplacées par des repas diversement composés. Le matin, c'était une grande tasse de thé ou de café au lait ou bien une assiette de soupe à la farine (racahout, par exemple). La soupe à la farine d'avoine peut être laxative, comme le fait remarquer Ewald, et n'est pas toujours bien supportée. La soupe à la farine de riz peut être recommandée en cas de diarrhée trop abondante. A midi, le menu était le suivant : potage au lait avec un jaune d'œuf et une demi-cuillerée ou une cuillerée à café de somatose, un verre à bordeaux de gelée de viande ou bien de jus de viande frais.

A six heures, on donnait un autre repas composé de façon à peu près identique, ou bien le potage au lait était remplacé par un bouillon dégraissé avec jaune d'œuf.

Dans tous les cas où ce régime a été institué, la guérison et la convalescence ont paru se faire plus rapidement et dans de meilleures conditions.

M. H. Papillon rapporte un **cas d'intoxication alimentaire** accompagnée de lésions rénales et hépatiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 26 FÉVRIER AU 3 MARS 1900)

Examens de doctorat.

MERCREDI 28 FÉVRIER, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Tuffier, Poirier et Sébileau.

2e (nouveau régime) *Faculté, salle n° 1* (1re série) : MM. Gley, Desgrez et Launois ; — *Faculté, salle n° 2* (2e série) : MM. Broca, (André), Retterer et Weiss.

3e (oral, 1re partie), *Petit amphithéâtre* : MM. Lannelongue, Walther et Varnier ; — M. Hanriot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Kirmisson, Lejars et Delbet ; — (2e série) : MM. Delens, Jalaguier et Legueu ; — M. Teissier, suppléant.

JEUDI 1er MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Schwartz et Thiéry.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Blanchard et Letulle.

2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Gautier, Retterer et Weiss ; — (2e partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Chantemesse Launois et Chassevant.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 3* : MM. Poirier, Bonnaire et Albarran.

3e (oral, 1re partie), *Petit amphithéâtre* : MM. Brun, Rémy et Wallich.

3e (2e partie) : MM. Debove, Marfan et Ménétrier.

4e : MM. Hanriot, Thoinot et Tessier ; — M. Dupré, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours supplémentaire de l'Internat. — *Pathologie.* — 14 février. — MM. Georget, 12 ; Perpère, 11 ; Barthélemy et Nathan, 10 ; Barcat, Mircouche, Pélicier, Pied, 9 ; Barbin et Renoult, 7.

16 février. — MM. Brocard, 11 ; Aribat, 9 ; Algret et Bloch (Ed.), 5.

MM. Mahar, 13 + 14 = 27 ; Tessier, 11 + 12 = 23 ; Tridon, 11 + 12 = 23 ; Hulleu, 10 + 11 = 21 ; Guillemin, 9 + 10 = 19 ; Guillemet, 8 + 11 = 19 ; Dennecé, 8 + 10 = 18 ; Landowsky, 10 + 5 = 15 ; Rousseau, 7 + 6 = 13.

17 février. — MM. Lecène, 13 + 13 = 26 ; Tillaye, 12 + 12 = 24 ; Berton, 10 + 11 = 21 ; Levassor, 12 + 9 = 21 ; Beaujard, 9 + 11 = 20 ; Gernez, 10 + 10 = 20 ; Housselot, 9 + 11 = 20 ; Martin, 9 + 10 = 19 ; Thiollier, 8 + 10 = 18 ; Leenhardt, 6 + 10 = 16 ; Vitry, 8 + 8 + 16 ; Barbier, 5 + 9 = 14.

La dernière séance de lecture, qui devait avoir lieu dimanche, est remise à une date ultérieure à cause de l'indisposition de l'un des juges.

Anatomie. — 17 février. — MM. Brocard, 11 + 10 = 21 ; Nathan, 10 + 10 = 20 ; Georget, 12 + 7 = 19 ; Perpère, 11 + 8 = 19 ; Aribat, 9 + 9 = 18 ; Barcat, 9 + 8 = 17 ; Pélicier, 9 + 8 = 17 ; Bloch (Ed.), 5 + 10 = 15 ; Renoult, 7 + 7 = 14.

Répartition dans les services hospitaliers pour 1900. — Le classement général et la répartition de MM. les élèves actuellement en fonctions ou qui seront nommés à la suite des derniers concours aura lieu :

Pour MM. les internes de deuxième, troisième et quatrième année, le vendredi 23 février à deux heures ; de première année et pour MM. les internes provisoires le lundi 26 février à dix heures du matin.

Pour MM. les externes de troisième année, le lundi 26 février à une heure et demie ; de deuxième année, le mardi 27 février à neuf heures et demie du matin.

De première année, première moitié de la liste, le mardi 27 février à deux heures, deuxième moitié de la liste, le mercredi 28 février à neuf heures et demie du matin.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours ; les externes ayant reconcouru seront appelés à leur numéro de classement dans la nouvelle promotion dont ils font partie.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur A. Monprofit, chirurgien en chef de l'hôpital d'Angers, professeur de clinique chirurgicale, est nommé officier de l'Instruction publique.

Une médaille d'or a été décernée à Mme Sophie Faure (sœur Marie-Joseph), religieuse de Saint-Joseph de l'Apparition (hôpital militaire du Belvédère, à Tunis) : a fait preuve, depuis dix-neuf ans, d'un zèle et d'un dévouement sans bornes pour les malades.

Des médailles d'argent ont été décernées à Mme Marie La Grégam (sœur Saint-Anicet), de l'ordre des Filles de la Sagesse (hospice mixte de Vendôme), et Mme Clara Martin (sœur Marie), religieuse de la Charité (hospice mixte de Tarbes), pour le dévouement dont elles ont fait preuve depuis de longues années, notamment au cours de maladies épidémiques.

L'état sanitaire de Marseille. — M. Lenoir, directeur du service de santé du 15e corps, vient d'adresser au ministre un rapport concluant à lever l'interdiction de venir en permission à Marseille aux soldats étrangers à la garnison. Cette mesure avait été prise il y a trois mois, en raison de l'épidémie de variole qui sévissait alors à Marseille.

Contre l'alcoolisme. — Le général Donop, commandant le 10e corps d'armée, a donné des ordres pour que la vente des alcools soit interdite dans toutes les cantines de sa région à partir du 1er mars.

Pareille mesure avait déjà été prise il y a quelques années dans le XVIe corps... alllemand (Alsace-Lorraine) par le général Von Hæseler.

D'autre part, le préfet de Meurthe-et-Moselle vient de faire placarder dans son département un avis où sont exposés les dangers de l'alcoolisme.

L'affiche se termine ainsi :

« Il est bon que tous ceux qui peuvent exercer une influence morale sur leurs concitoyens réunissent leurs efforts pour lutter contre l'alcoolisme. Ils aideront ainsi à délivrer notre pays du mal qui le ronge ; ils feront œuvre de relèvement moral et de régénération sociale. »

Espérons que ces bons exemples seront suivis.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — MAIGREUR ET AMAIGRISSEMENT. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine* : Troubles mentaux dans la grippe ; — *Chirurgie :* Transplantation périphérique d'un nerf; — Réduction des hernies étranglées à l'aide du collodion et de l'éther; — *Gynécologie :* Recherches bactériologiques sur les trompes saines et malades ; — *Voies urinaires* : La goutte militaire et le salicylate de méthyle ; — *Laryngologie et rhinologie :* État du sang chez les adénoïdiens; — *Anatomie pathologique :* Anatomie pathologique de la paralysie agitante ; — *Hygiène :* Moyen de destruction des rats à bord des bateaux, surtout en temps d'épidémie de peste. — FORMULAIRE. Stomatite ulcéro-membraneuse. — VARIÉTÉS. Les bains dans les couvents. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

MAIGREUR ET AMAIGRISSEMENT

A une époque où l'attention est vivement attirée sur les maladies de la nutrition, il semble qu'il ne soit pas sans intérêt d'envisager la maigreur en tant que symptôme morbide, d'en réaliser en quelque sorte la synthèse, et de grouper autour d'elle les conditions étiologiques qui s'y rattachent. C'est à l'étude de la maigreur ainsi comprise, que M. Le Roy vient de consacrer sa thèse inaugurale (1).

Il serait oiseux de chercher à *définir* la maigreur : il est plus important, peut-être, de savoir *où* et *quand* elle commence : « Le seul examen du facies ou de l'habitus extérieur ne suffit pas pour décider si un individu doit appartenir à la classe des maigres : la forme plus ou moins anguleuse du visage, la gracilité des membres ou de la taille ne fournissent que des renseignements erronés ou tout au moins inexacts. » Il faut donc, de toute nécessité, recourir à des méthodes plus précises. L'une des meilleures d'entre elles consiste à diviser le poids du corps, exprimé en kilogrammes, par la taille, exprimée en décimètres ; le quotient ainsi obtenu sert à comparer les individus au point de vue de l'embonpoint ; il est égal, d'après M. Bouchard, à 4,2 chez l'homme normal, à 3,9 chez la femme normale. Quételet fournit des chiffres sensiblement plus faibles : 3,80 chez l'homme moyen de quarante ans, 3,5 chez la femme du même âge. Bien que ce ne soit là qu'une donnée très approximative, elle peut cependant suffire dans la pratique comme terme de comparaison. Cet *indice de corpulence* augmente jusqu'à trente ans chez l'homme, jusqu'à cinquante chez la femme, puis redescend rapidement. Il ne diminue pas, comme on pourrait le croire, avec l'élévation de la taille, mais augmente au contraire avec elle, en suivant une progression régulière ; c'est ce qui résulte des recherches de Quételet, confirmées par celles, plus récentes, de M. Rigal. Ses oscillations sont peu considérables : aussi peut-on admettre avec M. Bouchard, que l'homme ne devient maigre qu'au-dessous de 3,5, et la femme au-dessous de 3,1.

La définition anatomique de la maigreur est plus facile à donner : « Elle consiste essentiellement dans une dystrophie générale du tissu adipeux. » Cette dystrophie frappe d'abord le tissu sous-cutané, particulièrement au niveau des joues, du cou, de la région sous-mentonnière, de l'abdomen et des hanches. Les muscles et le péritoine ne sont pris que consécutivement. Quant aux régions très riches en tissu cellulaire, elles gardent, en général, toujours un peu de graisse, même chez les individus très émaciés.

La pathogénie de la maigreur est encore loin d'être élucidée à l'heure actuelle. Tout ce que l'on sait d'une façon certaine, c'est qu'elle relève d'une perversion dans les actes de la nutrition, et que son mécanisme est fort complexe. L'amaigrissement peut résulter, en effet, aussi bien de l'insuffisance qualitative ou quantitative des apports alimentaires, de la diminution de l'absorption, d'une assimilation défectueuse des graisses que de l'excès de leur destruction sous l'influence de combustions plus actives. Dans la plupart des maladies, ces divers facteurs pathogéniques s'associent pour déterminer la dystrophie du tissu adipeux.

Les conditions étiologiques de la maigreur commencent à être mieux connues. Parmi les causes *physiologiques*, l'influence des climats, comme celle des saisons, est peu importante. Aussi n'y a-t-il pas entre les races de différences bien appréciables à ce point de vue. « Slaves et Germains, Anglo-Saxons et Latins ont sensiblement le même indice de corpulence. On ne trouve pas davantage de différences sensibles si l'on compare la race blanche avec les races extra-européennes, les peuples modernes, avec les peuples de l'antiquité, et, en ne s'appuyant que sur les documents artistiques et littéraires, on peut affirmer qu'il y avait des maigres et des obèses à Memphis comme en Chaldée, en Grèce comme à Rome. » La maigreur est donc un caractère isolé, individuel, indépendant des influences ethniques ou climatologiques.

Les aliments jouent un rôle plus considérable dans l'étiologie de l'amaigrissement : la ration d'entretien tombe-t-elle au-dessous de la moyenne normale, l'individu maigrit, car l'apport quotidien ne compense plus les pertes de l'organisme. Les aliments sont-ils complètement supprimés :

(1) Th. de Paris, 1899.

l'individu se nourrit entièrement aux dépens de ses réserves, l'amaigrissement est alors très rapide. La qualité des aliments importe au moins autant que leur quantité : la suppression des aliments ternaires produit d'ordinaire l'amaigrissement. La privation de sel aboutit au même résultat, en troublant le chimisme gastrique. Faut-il rappeler enfin, que le fonctionnement musculaire exagéré, l'activité cérébrale, et, d'une manière plus générale, les altérations du système nerveux précipitent les phénomènes de désassimilation?

L'influence des *états pathologiques* sur l'amaigrissement est surtout évidente dans les infections, la fièvre qui les accompagne le plus souvent déterminant alors une diminution des phénomènes anaboliques et une augmentation des processus de catabolisme. L'inanition intervient elle aussi, mais dans des proportions beaucoup moins considérables, dans la genèse de cet amaigrissement. C'est ce que montre M. Le Roy, par des exemples nombreux empruntés aux différentes maladies infectieuses, et en particulier à la tuberculose pulmonaire. Les intoxications ont un effet variable sur la nutrition : le phosphore et l'arsenic déterminent un embonpoint rapide; au contraire le suc thyroïdien favorise la désassimilation, d'où son emploi fréquent dans la thérapeutique de l'obésité. Les maladies de la nutrition, enfin, présentent ce caractère commun du ralentissement de la désassimilation; aussi l'obésité est-elle fréquente dans l'arthritisme et dans les maladies qui sont l'apanage de cette diathèse.

Les causes de maigreur étant extrêmement nombreuses et souvent peu évidentes, on a pu parler, dans certains cas, de *maigreur essentielle*. M. Le Roy conteste l'existence de cette forme : lorsqu'on a éliminé toutes les maigreurs secondaires, « il reste, en effet, un très petit nombre de sujets dont la maigreur semble constituer l'état habituel et, pour ainsi dire, le tempérament. Mais, à un examen attentif, on peut découvrir chez eux des tares morbides, souvent compatibles avec une santé générale relativement bonne, mais qui n'en impriment pas moins à la nutrition des déviations pathologiques : il n'y a donc aucun individu dont la maigreur puisse être dégagée de toute tare morbide; la maigreur n'est qu'un symptôme; elle ne constitue jamais, à elle seule, un tempérament. »

La thérapeutique devra d'abord et surtout être causale. Mais au symptôme maigreur il convient aussi d'opposer une médication symptomatique sévère. Une hygiène bien comprise (repos physique et cérébral, air de la campagne, hydrothérapie) constituera la base du traitement. Mais c'est surtout en réglementant soigneusement l'alimentation que l'on peut obtenir de bons résultats. Tout d'abord il faudra se préoccuper de régulariser les fonctions digestives et de les améliorer si possible; il est bien évident que du bon fonctionnement de l'estomac et de l'intestin dépendent les succès obtenus.

La viande sous toutes ses formes sera indiquée, de préférence la viande grasse. Rôtie ou grillée, elle sera peu cuite. Dans nos régions tempérées, à un adulte de taille moyenne, 300 grammes par jour est une ration très suffisante.

Les graisses de porc, de volaille, l'huile d'olives, le beurre, sont bien absorbés. Le lait et les œufs sont également recommandés.

M. Le Roy conseille encore la croûte de pain, les pâtisseries, les graines de légumineuses (haricots, pois, lentilles, etc.), surtout en purée.

« La pomme de terre, sous un volume considérable, contient peu de substances utiles.

On conseillera l'usage de tous les fruits, et surtout des fruits riches en graisse et en féculents (noix, amandes, châtaignes, etc.).

Les légumes verts seront mangés cuits de préférence. On évitera l'usage des légumes acides (oseille, épinards, tomates, etc.). La salade, à cause du vinaigre qui y est employé, sera défendue. De même certains légumes (choux, navets, etc.), d'une digestion difficile et peu nourrissants.

Les sucres et tous les aliments qui en contiennent, miel, fruits, crêmes, etc., doivent être ordonnés; en ce cas, la seule limite est le goût du malade.

Le sel, seul entre tous les condiments, doit être prescrit à cause de ses propriétés eupeptiques. »

Parmi les boissons, outre le lait, il faut recommander la bière, tolérer les vins rouges, interdire le café et le thé, et en général toutes les boissons chaudes qui amènent plus vite la satisfaction de la soif.

Le tabac sera proscrit.

En dehors de ce régime, les alcalins ont une action très nette, en particulier sous forme d'eaux minérales.

Mais, parmi les agents thérapeutiques, on doit mettre en première ligne l'arsenic, sous forme de liqueur de Fowler, par exemple. On ordonnera IV gouttes le premier jour, en augmentant chaque jour de II gouttes jusqu'à concurrence de XV à XX gouttes au maximum, puis on redescendra graduellement jusqu'à IV gouttes pour cesser le traitement pendant une huitaine de jours. On peut alterner avec de la valériane sous forme d'extrait, en pilules de 0g25 centigrammes, à la dose de quatre à douze pilules par jour.

Il vaut mieux ne pas associer l'opium, qui cause de l'anorexie.

Enfin, les amers, la gentiane, le quassia, le colombo, et surtout la noix vomique peuvent être de précieux adjuvants.

« En résumé, augmenter les apports nutritifs, favoriser les échanges organiques, et quelquefois essayer de les ralentir, telle doit être la thérapeutique rationnelle du symptôme maigreur. » J. B.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(20 FÉVRIER 1900)

Ce ne sera pas sans quelque étonnement qu'on apprendra que de toutes les maladies infectieuses, autres que la tuberculose, celle qui donne la plus grande mortalité, c'est la rougeole. Voilà, du moins, ce que démontrent les chiffres qui ont été fournis à l'Académie par M. Vallin. Ainsi en 1899, la mortalité par la rougeole a été de 785 décès, tandis que la fièvre typhoïde a donné 354 décès, la diphtérie 368, la variole 12.

Autre particularité bien digne de remarque : depuis cinq ans, le nombre des décès par maladies infectieuses va toujours décroissant, tandis que le nombre des décès par rougeole va toujours augmentant. A quoi cela tient-il? Cela tient à ce que la rougeole n'est pas inscrite sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire et que, conséquemment, on ne prend pas à l'égard de la rougeole les mêmes précautions de désinfection que pour les autres maladies transmissibles. En 1895, il a été fait 38000 désinfections; en 1899, il en a été fait 64000. Or, tandis que le nombre des désinfections pour les autres maladies infec-

tieuses s'est accru dans cette proportion, le nombre des désinfections pour la rougeole diminue chaque année.

Ces chiffres et ces statistiques ont été empruntés au service d'assainissement et de désinfection de la préfecture de la Seine, dirigé avec tant de zèle par notre distingué confrère, M. le docteur Martin. Ils sont évidemment très probants et démontrent, ainsi que le fait observer M. Vallin, qu'on a eu tort de ne pas faire inscrire la rougeole sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire.

Partant de ce principe que la contagiosité de la rougeole est extrêmement précoce et qu'il devient dès lors inutile de prendre les mêmes mesures que pour les autres maladies transmissibles, on en vient à n'en plus prendre aucune et les familles ne demandent pas la désinfection après la rougeole et vont même jusqu'à la refuser quand on la leur propose.

Sans doute, nous partageons complètement l'avis de M. Vallin, quand il exprime le regret, très justifié par ces statistiques, que l'on ne prenne pas à l'égard de la rougeole les mêmes mesures qu'à l'égard des autres maladies infectieuses.

Mais ce n'est pas, selon nous, la déclaration obligatoire de la rougeole qui changerait beaucoup les choses et notre distingué collègue, M. Vallin, nous semble se faire illusion s'il pense que la déclaration des autres maladies transmissibles se fait beaucoup plus exactement que celle de la rougeole. On sait comme cette loi est peu exécutée, mais les mesures de désinfection ou d'isolement n'en sont pas moins bien prises par les familles et par les médecins et ici nous sommes complètement de l'avis de M. Vallin, il n'y a aucune raison pour ne pas prendre ces mêmes mesures à l'égard de la rougeole qui, si elle n'est pas très dangereuse par elle-même, le devient surtout par les complications qu'elle entraîne trop souvent.

M. Hallopeau a donné lecture d'un travail de M. Pétrini (de Galatz) sur le **traitement du psoriasis par l'extrait de glande thyroïde.** L'auteur rapporte une observation de psoriasis vulgaire à peu près généralisé, chez un sujet de vingt-deux ans, et qui a guéri, autant qu'on peut prononcer le mot de guérison pour le psoriasis vulgaire, par l'emploi *exclusif* de capsules de corps thyroïde. Le malade en prit en tout 543 contenant chacune 0gr10 centigrammes de corps thyroïde. On commença par deux capsules par jour pour arriver progressivement à dix. Il n'y eut ni vertiges, ni nausées, ni frissons, ni fièvre, ni tachycardie.

Enfin, citons un travail de M. Matignon, attaché à la légation de France à Pékin, lu par M. Laveran, sur l'existence de nouveaux **foyers de peste** en Mandchourie et en Mongolie.

Le plus important est le port de Moutchan, situé au fond du golfe du Petchili, port ouvert qui entretient des relations suivies notamment avec le Japon et avec Tien-Tsin, et qui pourrait par conséquent être un centre de dissémination de la peste.

M. Merle a rapporté une observation relative à une jeune femme de vingt-quatre ans, qui était atteinte de **vomissements incoercibles** et qui était arrivée à un tel degré de faiblesse à la fin de sa grossesse qu'il a fallu provoquer l'avortement pour la sauver.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Troubles mentaux dans la grippe. — MM. Combemale et Dorion (de Lille) rapportent l'observation d'une femme qui, dès le début d'une attaque d'influenza, fut atteinte de troubles mentaux : insomnie presque absolue, agitation nocturne. Pendant le jour tendance à la mélancolie, crises de larmes. La malade était persuadée qu'elle ne pouvait guérir.

Pas d'idées de suicide, pas d'hallucinations de l'ouïe ou de la vue.

Au bout d'un mois la malade est guérie de son influenza, mais elle présente toujours des troubles mentaux qui forcent à l'interner dans un asile d'aliénés.

Notons que cette femme ne présentait aucun antécédent héréditaire ou personnel spécial. Une de ses tantes a présenté de l'aliénation mentale.

Les troubles mentaux de ce genre ne sont pas absolument rares, nombreux sont les auteurs qui en ont rapporté. M. Combemale en cite un certain nombre. Il pense que, dans le cas spécial, la grippe a joué le rôle de cause déterminante des troubles mentaux, comme l'aurait joué peut-être la puerpéralité à un autre moment de la vie de cette femme. (*Echo méd. du Nord*, 18 février 1900.) A. L.

CHIRURGIE

Transplantation périphérique d'un nerf, par M. Peterson. — Un jeune homme de vingt-cinq ans avait eu les tendons du côté cubital de la région radio-carpienne coupés par une scie circulaire, en même temps que l'artère et le nerf cubital et le nerf médian.

Six mois après l'accident, M. Peterson intervint chirurgicalement. Après avoir appliqué la bande d'Esmarch, il dénuda l'extrémité dégénérée des nerfs coupés. Après la résection, l'intervalle entre les deux bouts du nerf était de 3 centimètres et demi; pour les réunir, M. Peterson interposa entre eux un fragment de nerf sciatique de jeune chien.

Le résultat final, en ce qui concerne la sensibilité, fut excellent, mais la mobilité resta très compromise.

De sa propre observation et de 20 observations de cas analogues déjà enregistrés dans la littérature médicale, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° La transplantation d'un fragment de nerf suivant la méthode indiquée est une opération justifiée;

2° Dans des conditions favorables, la sensibilité et la mobilité peuvent être rétablies partiellement ou même totalement;

3° La régénération a lieu par un prolongement en bas du cylindraxe du bout central;

4° La sensibilité réapparaît toujours plus vite que la mobilité;

5° Dans certains cas, la réapparition très rapide de la mobilité doit être attribuée à des mouvements vicariants des autres muscles et non à la régénération des muscles paralysés. (*Centralbl. f. Chir.*, 1899, n° 29.) F. R.

Réduction des hernies étranglées à l'aide du collodion et de l'éther. — D'après M. le docteur Schliep (de Stettin), les applications de collodion constitueraient un bon moyen pour réduire une hernie étranglée et réussiraient souvent même dans le cas où l'éther, répandu à profusion sur la tumeur herniaire, reste sans effet. Après avoir versé 50 grammes environ de collodion dans une soucoupe, on y plonge une mince couche de ouate large comme la main; on l'applique ensuite sur la hernie (la région ayant été préalablement rasée) et on l'arrose avec le restant du liquide. Sous l'influence de la compression uniforme exercée par le collodion, associée à l'action réfrigérante due à l'éther qu'il contient, la réduction s'obtiendrait presque toujours très facilement.

Ce procédé, que rapporte la *Semaine médicale*, est à rapprocher d'un récent article de M. Fiessinger. Cet auteur ayant eu recours, comme bien d'autres praticiens, à l'emploi de compresses d'éther dans une hernie étranglée depuis quarante-huit heures, a obtenu la réduction, sans taxis, par l'application prolongée de compresses d'éther pendant trois quarts d'heure. Il a été assez heureux pour sauver sa malade malgré la durée de l'étranglement. (*Journ. des praticiens*, février 1900.)

GYNÉCOLOGIE

Recherches bactériologiques sur les trompes saines et malades, par le docteur Giuseppe Bellei. — Les expériences de l'auteur lui ont permis d'affirmer que les trompes saines ne sont jamais stériles. Le micro-organisme qui, le plus habituellement, cause la salpingite purulente est le staphylococcus pyogenes albus; d'autres germes (gonocoque, streptocoque, bacterium coli, etc.) peuvent donner naissance à des suppurations salpingiennes.

L'association de microbes pathogènes n'a jamais été constatée par M. Bellei dans les salpingites purulentes; très rarement même, un germe pathogène était associé à un saprophyte.

Dans les salpingites chroniques observées par l'auteur, il n'y avait aucun micro-organisme.

Enfin, les saprophytes que l'on peut trouver dans les trompes, ou qui en sont les hôtes habituels, acquièrent des caractères propres dépendant du milieu ambiant dans lequel ils se sont développés. (*Il Policlinico*, 1900, n° 2.)

VOIES URINAIRES

La goutte militaire et le salicylate de méthyle. — M. le docteur Duquaire (de Lyon) a eu l'idée fort ingénieuse de mettre à profit l'action toxique pour les gonocoques du salicylate de méthyle, et tenté de les asphyxier à distance et jusqu'au fond des glandes par les émanations très subtiles et très pénétrantes de cet agent.

L'injection conseillée par M. Duquaire est de la vaseline additionnée de salicylate de méthyle, dans la proportion de 2 p. 100, et de sous-nitrate de bismuth, dans la proportion de 20 p. 100. Le malade doit se placer dans le décubitus dorsal et garder le liquide huileux pendant un quart d'heure. Ce temps suffit pour que le médicament chemine dans la vessie en anéantissant le gonocoque sur son passage. M. Jullien, chirurgien de Saint-Lazare, affirme que ce programme est souvent réalisé. Après de nombreuses expériences, il tient ce remède pour aussi efficace que rationnel, et il est peu de cas où il n'ait eu l'occasion de le mettre à profit. (*Form. de thérap. et de pharm.*, janv. 1900.)

LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

État du sang chez les adénoïdiens. — MM. L. Lichtwitz et Sabrazès (de Bordeaux) ont eu l'heureuse idée de pratiquer l'examen du sang chez des enfants porteurs de végétations adénoïdes.

L'examen du sang de sept enfants normaux, âgés de quatre à quinze ans, leur a permis d'établir tout d'abord une formule de comparaison; ils ont trouvé chez eux un nombre moyen de 5073800 globules rouges, 8490 globules blancs par millimètre cube, le taux de l'hémoglobine étant de 82 p. 100 en moyenne.

Un total de seize examens du sang, chez des sujets porteurs de végétations adénoïdes, leur a fourni les chiffres moyens suivants : 3929505 globules rouges, 9487 globules blancs; taux de l'hémoglobine, 74 p. 100.

L'examen comparé des différents types de globules blancs portant sur 400 leucocytes environ, dans chaque cas leur a permis d'établir que l'augmentation de leur nombre, chez les adénoïdiens, porte sur les grands mononucléaires et surtout les lymphocytes et les éosinophiles; les leucocytes polynucléaires sont, au contraire, diminués de nombre.

Les auteurs ont l'intention de rechercher si le léger degré d'anémie et de leucocytose qu'ils ont constaté, est spécial aux adénoïdiens ou s'observe dans les obstructions des fosses nasales quelle que soit leur cause, si cet état se modifie après l'ablation des végétations adénoïdes. Le résultat de ces recherches sera très intéressant à connaître. (*Arch. intern. de laryng.*, 1899, n. 6, p. 494.) P. V.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Anatomie pathologique de la paralysie agitante. — A propos d'un cas de paralysie agitante qui fut suivi d'autopsie, Dana conclut que cette affection est parfaitement caractérisée, qu'elle a une base anatomique, et n'est pas seulement constituée par les attributs d'une sénilité précoce. L'observation d'un grand nombre de cas a fourni des résultats à peu près uniformes. La lésion principale semble être l'épaississement des parois vasculaires. Autour des vaisseaux on trouve des zones de sclérose névroglique avec pigmentation, dégénérescence, atrophie des cellules et des fibres nerveuses. D'une façon constante, la moelle est atteinte et le maximum des lésions s'observe dans la substance grise, dans les cordons latéraux et postérieurs, surtout au niveau des renflements cervical et lombaire. Les altérations qu'un examen attentif peut révéler dans les cellules des cornes antérieures et des noyaux des nerfs craniens, les troubles légers de l'écorce cérébrale semblent secondaires à la dénutrition progressive qui résulte des lésions vasculaires. Le tremblement et la rigidité qui sont les symptômes typiques de la maladie semblent tenir à une même cause : l'irritation, par la sclérose névroglique, des fibres collatérales des racines postérieures qui irradient vers les cornes antérieures. (*Americ. Journ. of. med. Science*, nov. 1899, p. 503.) A. H.

HYGIÈNE

Moyen de destruction des rats à bord des bateaux, surtout en temps d'épidémie de peste, par M. P. Apéry (de Constantinople). — Les rats, par eux-mêmes ou par la vermine qu'ils portent, sont souvent les agents propagateurs de la peste. Nombreux sont les moyens qu'on a employés pour essayer de se débarrasser de ces rongeurs; ces moyens ont été généralement inapplicables ou inefficaces.

M. Apéry propose le dégagement d'acide carbonique, produit par la décomposition d'un carbonate au moyen d'un acide, ou par un générateur d'acide carbonique.

L'appareil serait placé dans la cale; l'acide carbonique, plus lourd que l'air, atteindrait d'abord les couches profondes et tuerait par asphyxie tous les êtres vivants qu'il y rencontrerait. Ce procédé réussirait, sans doute, si la cale était vide; mais comme cette opération doit se faire alors que la cale est remplie de marchandises et souvent bondée jusqu'en haut, qu'elle contient souvent des sacs de grains, de riz, etc., dans lesquels les rats se sont réfugiés, il serait impossible de s'introduire dans la cale et l'on devrait placer les appareils au-dessus du tas de marchandises, il est alors bien douteux que le gaz produit arrive à destination et qu'il attaque les rats. Il faut noter aussi que la cale renferme de nombreux coins et recoins, parfois des compartiments inaccessibles quand le navire est chargé.

L'idée de M. Apéry semble donc être une vue purement théorique et ne pas devoir rendre pratiquement des services.

Si même son procédé réussissait à tuer les rats, il aurait laissé la marchandise contaminée, car les propriétés microbicides de l'acide carbonique sont certainement très limitées. L'idéal serait de trouver un moyen qui, tout en tuant les rats, désinfecterait en même temps leurs cadavres et la marchandise qu'ils auraient souillée. Ce procédé n'est pas encore trouvé. (Acad. roy. de méd. de Belgique, séance du 27 janv. 1900.)

FORMULAIRE

Stomatite ulcéro-membraneuse.

1° Prendre par cuillerées à soupe dans la journée, la potion suivante :

Chlorate de potasse	4	grammes.
Sirop de menthe	30	—
Eau bouillie	70	—

2° Faire des badigeonnages avec le collutoire suivant :

Glycérine neutre	40	grammes.
Chlorate de potasse	10	—
Chlorhydrate de cocaïne	0g15	centigr.

Si plusieurs ulcérations s'étaient réunies en plaques, il faudrait les cautériser avec du chlorure de chaux sec. (Laboune, *Comment on défend sa bouche*, Paris, 1900.)

VARIÉTÉS

Les bains dans les couvents.

Les bains ont été de tout temps en usage dans les couvents de femme pour une infinité de raisons que rappelle le docteur Bougon dans l'*Intermédiaire des chercheurs et des curieux* :

« 1° A cause de la rareté du linge, qui obligeait à se laver tout le corps avec soin, faute de linge de rechange ; sans quoi on aurait eu du linge sale sur le corps, où la vermine se serait mise immédiatement, surtout chez les vieilles femmes et les jeunes enfants à la longue chevelure ;

2° A cause de la multitude de pauvres, de mendiants, d'infirmes, d'aveugles, d'estropiés et de vieillards, que l'on assistait, que l'on nettoyait, que l'on peignait avec une angélique déférence, dans les monastères. On les considérait comme Jésus-Christ lui-même (J'étais pauvre et vous m'avez secouru, j'étais nu et vous m'avez vêtu, vous êtes les bénis de mon Père !) ;

3° A cause de l'usage constant des monastères qui était de *laver les pieds* à toute personne, riche ou pauvre, évêque ou laïque, vieillard ou enfant, homme ou femme, qui se présentait au monastère. C'était à la fois un acte de politesse et d'affectueuse bienvenue et un acte d'humilité.

Sainte Radegonde regardait ce lavement des pieds des étrangers *comme un privilège* ! Elle ne le cédait qu'aux plus zélées de ses sœurs, quand il y avait encombrement et qu'elle ne pouvait y suffire à elle seule.

4° Avons-nous besoin de rappeler les époques menstruelles des femmes, qui duraient près d'une semaine sur quatre? Or, il suffirait d'une seule femme qui se néglige, pour empester une salle remplie de religieuses de tout âge ;

5° Il est superflu d'insister davantage sur ces points. Peut-on supposer, une seconde, que les religieuses ne prenaient pas de bains, au moins une fois par semaine, quand on saura que tous les pauvres et infirmes, assistés par le couvent, prenaient alternativement des bains le jeudi et le samedi de chaque semaine?

6° Médecin à Paris depuis trente ans, je puis affirmer qu'une quantité de jeunes filles à Paris *ont les pieds et les genoux sales* ; surtout celles qui viennent de certaines provinces où on ne prend pour ainsi dire jamais de bains ! Or, les religieuses qui lavaient les pieds de tous les étrangers qui les visitaient, qui donnaient des grands bains de propreté aux pauvres deux fois par semaine, étaient *les premières à leur en donner l'exemple* !

Sainte Radegonde *les avait prescrits dans sa règle du monastère*. Bien plus elle avait eu soin de défendre les *bains de complaisance*, par exemple, pour se délasser pendant les chaleurs de l'été. Elle les remplaçait alors, les autres jours de la semaine, par des applications de sachets d'herbes aromatiques, pour rafraîchir la poitrine et combattre la sueur sous les aisselles. Que de choses à dire à ce sujet !

Bien loin de reprocher l'absence de bains dans les monastères, *il y aurait lieu d'y aller prendre des leçons pour faire aussi bien* que ces humbles religieuses ! »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 2 au 3 mars 1900)

Examens de doctorat.

Vendredi 2 mars, à une heure. — 1re (oral), *Faculté, salles nos 2 et 3* : MM. Rémy, Poirier et Sébileau.

2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Broca (André), Retterer et Heim.

2e (1re partie, 1re série) : MM. Déjerine, Weiss et Desgrez ; — (2e série) : MM. Brissaud, Gley et André.

4e : MM. Pouchet, Gaucher et Wurtz ; — M. Walther, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Lannelongue, Delbet et Broca (Aug.) ; — (2e série) : MM. Delens, Jalaguier et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Hayem, Widal et Teissier ; — M. Lejars, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

Samedi 3 mars, à une heure. — 2e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Blanchard, Quénu et Thiéry ; — (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* (1re série) : MM. Mathias-Duval, Broca (André) et Langlois ; — *Faculté, salle n° 3* (2e série) : MM. Gley, Retterer et Chassevant ; — M. Weiss, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Cornil, Thiroloix et Dupré ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Achard et Vaquez ; — M. Méry, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Joffroy, Ballet et Roger ; — (2e série) : MM. Debove, Marfan et Ménétrier ; — M. Faure, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Rémy, Bonnaire et Wallich.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours pour six places de médecins des hôpitaux. — Le jury est composé actuellement de la façon suivante :

MM. Hayem, Debove, Achard, Faisans, Muselier, Würtz, Brissaud, Josias, Mauriac, Variot, qui ont accepté ;

MM. Reclus et Duguet, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

Concours supplémentaire de l'Internat. — *Pathologie*. — Dernière séance de lecture, 20 février. — MM. Courtellemont, 10 + 13 = 23 ; François-Dainville, 11 + 11 = 22 ; Lobligeois, 8 + 11 = 19 ; Liné, 8 + 10 = 18 ; Morlet, 7 + 10 = 17.

Légion d'honneur. — Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur, au titre étranger : MM. les docteurs Marmorek, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, sujet autrichien ; Benoît Cinimo, sujet italien.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Ernous et Malbec (de Paris), Anner (de Brest), Arlinson (d'Ozoir-la-Ferrière), Bardy (de Belfort), Beaufils (de Clamecy), Berthelot (de Saint-Laurent-en-Caux), Carcopino (de Verneuil), Cazaux (de Langoiran), Courret (de Marmande), Daviot (de Saint-Léger-d'Heune), Garnier (de Dijon), Le Bourdellès (de Pommerit-le-Vicomte), Martin-Dupont (de Monpellier), de Massonde Saint-Félix (de Ligniac), Mazade (de Marseille), Rioms (d'Emet).

Officiers d'Académie : MM. Bobier, Claude (de Massary), Sainton, Schrameck (de Paris), Beltrami (de Marseille), Blusson (de Larche), Canonne (d'Anzin), Cardeilhac (de Trébons), Casteil (de Palau del Vidre), Coudrin (de la Boissière de Montaigu), Cruciani (de Calenzena), Damalix (de Charenton), Demesse (de Villemeux), Deniau (d'Illiers), Dubujadoux (de Blida), Eymery (du Pizou), Febvré (de Ville-Évrard), Gairal (de Carignan), Galtier

(de Hautefort), Gernez (d'Acq), Godart (de Suippes), Gravollet-Leblanc (de Vincennes), Jouet (de Chauvigny), Le Toux (de Vannes), Magé (de Loudun), Pépin (de Montournais), Puygauthier (de Tocane-Saint-Apre), Salicetti (de Bastia), Thibault (de Saint-Flavier), Choux et Auber, médecins de la marine.

Guerre. — M. Mignon, médecin-major à l'hôpital militaire de Versailles, a été nommé professeur d'anatomie chiurgicale à l'école d'application de service de santé militaire, en remplacement de M. le médecin principal de première classe Robert.

— Le concours d'admission à l'École du service de santé s'ouvrira le 21 juin prochain.

Les aspirants pourront se faire inscrire dans les préfectures des départements à partir du 1er mai.

La date extrême d'inscription est fixée au 26 mai au soir.

Marine. — M. Denis, médecin de première classe du cadre de Lorient, est désigné pour remplacer au 3e régiment de tirailleurs tonkinois M. le docteur Estrade.

Ont été promus dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. Guérin, médecin principal des colonies, en remplacement de M. Rangé, promu.

Au grade de médecin principal. — MM. Angier et Camail, médecins de première classe des colonies, en remplacement de MM. Guérin, promu, et Sallebert, décédé.

Au grade de médecin de première classe. — MM. Vassal, Martinet, Séguin, Foutrein, Garde et Ortholan, médecins de deuxième classe des colonies, en remplacement de MM. Angier et Camail, promus ; — David, Ozanam, Cureau et Maclaud, démissionnaires.

Ont été nommés à l'emploi de médecin stagiaire des colonies les médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine dont les noms suivent : MM. Rousseau, Lorans, Ayraud, Caboureau, Lonjarret, Sibiril et Lucas.

M. le docteur Hervé, médecin de deuxième classe de la marine, vient d'être promu au grade de médecin de première classe, en remplacement de M. le docteur Fras, décédé.

Collège de France. — M. Henneguy est nommé directeur du laboratoire de cytologie créé à l'École pratique des hautes études et attaché à la chaire d'embryogénie comparée, dont il est le titulaire.

M. Lécaillon est nommé préparateur de la chaire d'embryogénie comparée.

La médecine militaire à la Chambre des députés. — Dans la séance de lundi, M. Gervaize s'est plaint, avec juste raison, du surmenage du service de santé. Dans les hôpitaux militaires, sauf au Val-de-Grâce, il n'y a plus d'aides-majors. Le médecin traitant n'a plus pour aides que les infirmiers. Bien heureux quand des médecins de réserve ou des médecins auxiliaires viennent pour un temps limité lui apporter leur concours. Le ministre de la Guerre a affirmé à M. Gervaize que les cadres des médecins militaires allaient être augmentés. Sera-ce dans des proportions suffisantes ?

Une note du service de santé prescrit les injections de sérum antitétanique à doses massives et répétées dans le cas de tétanos déclaré, l'expérience ayant démontré que ces injections exercent, dans beaucoup de cas, une action favorable.

La grippe continue à sévir un peu partout en France : au Mans, elle a pris un caractère particulièrement grave, au Bon-Pasteur.

Depuis le 15 février, sept religieuses sur douze malades ont succombé.

Il n'y a eu aucune victime parmi les pensionnaires qui ont été placées dès le début dans des pavillons spéciaux, complètement séparées des sœurs.

Le commerce de la quinine aux Indes néerlandaises. — Sait-on que Java est un des principaux centres de production de la quinine? Une note de l'*Office national du commerce extérieur* nous apprend que cette île produit environ les sept dixièmes de la quinine consommée dans le monde entier, et que Batavia est en train de devenir le marché principal pour la vente de ce produit.

Avec la façon dont on use et on abuse actuellement de la quinine, voilà un commerce qui a des chances de ne pas péricliter.

Les médecins anglais et la guerre du Transvaal. — On sait que trois chirurgiens anglais, MM. Mac-Cormac, Meckins et Treves ont été envoyés au Transvaal. Ils sont, paraît-il, engagés pour une année, et touchent chacun la maigre allocation de 125 000 francs !

Le beurre verni. — Depuis un certain temps, on voit chez les marchands de comestibles, et surtout en Angleterre, des mottes de beurre couvertes d'une légère couche d'un aspect particulier qui ressemble à la glace. Ce beurre est appelé beurre *verni*, beurre *laqué* ou beurre *glacé*.

Voici, d'après l'*Industrie laitière*, comment on arrive à ce glaçage qui assure plus longtemps la conservation du beurre.

La préparation du beurre verni se fait de la façon suivante : on lave d'abord parfaitement le beurre, puis on le façonne en livres, suivant les formes habituelles, et on le place dans un endroit très frais.

On dissout une cuillerée de sucre blanc dans de l'eau et on chauffe la solution. Le beurre, placé sur un linge, est ensuite enduit rapidement, au moyen d'un pinceau très doux, de la solution chaude du sucre. Par ce procédé, une légère couche de beurre est fondue à la surface, grâce à la chaleur de l'enduit, et forme avec celui-ci une sorte de vernis glacé et brillant. Tout naturellement, cette couche imperméable à l'air contribue à conserver le beurre frais plus longtemps et à lui donner un goût très apprécié.

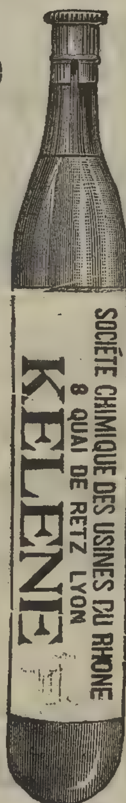
Emploi culinaire du speculum de Dupuytren. — Il y a quelques mois l'un des lecteurs de la *Province médicale*, appelé chez un propriétaire des Basses-Pyrénées, s'arrêta plein d'étonnement en face d'un speculum n° 0 en étain, admirablement astiqué, mais accroché entre deux superbes casseroles au râtelier d'une cuisine.

Se doutant que ce riche Basque ne savait pas la destination première de cet instrument, notre confrère lui demanda l'usage que sa cuisinière en faisait :

« C'est un entonnoir à saucisses, répondit-il : je l'ai trouvé dans une villa de Pau, dont j'ai acheté tout le mobilier. C'est le modèle que les gens du Nord emploient, paraît-il, pour faire leurs saucisses. Du reste, grâce à cette queue, il est d'un maniement plus commode que l'entonnoir du Midi. Ce qui lui assure une supériorité complète, c'est le mandrin de buis. » Et, ce disant, il montrait l'embout de Melier.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.


KÉLÈNE
SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE
8 QUAI DE RETZ LYON

N° 23. — SAMEDI 24 FÉVRIER 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 24 FÉVRIER 1900. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les règles de quinzaine, par M. Paul RUDAUX, chef de clinique à la Maternité de Beaujon. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. Le traitement de l'ophtalmie purulente; — Traitement de l'ulcère stomacal par le repos absolu de l'organe; — Procédé de massage dans la sténose du pylore due à un spasme réflexe; — Traitement médicamenteux de l'obésité; — Traitement des vieux eczémas. — MÉDICAMENTS NOUVEAUX. Le menthol-phénol; — Le glycosolvol; — Le chlorétone; — L'iodoformogène; — L'urosine contre la goutte; — L'acoïne; — Le dormiol; — La quinine uréo-sulfatée. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. Nominations du concours supplémentaire de l'Internat.

REVUE GÉNÉRALE

Les règles de quinzaine.

Par le docteur Paul RUDAUX, chef de clinique de la Faculté à la Maternité de Beaujon.

I

On donne le nom de *douleurs de quinzaine* ou encore de *règles de quinzaine* à des crises douloureuses s'accompagnant dans certains cas d'un écoulement hydrorréique ou sanguin, et survenant au milieu de l'espace intermenstruel. Ce phénomène a encore été décrit sous le nom de *douleurs du milieu du mois*, de *petite époque*, de *poussées congestives intermenstruelles* (Bouilly), de *période intermédiaire* (Stolz), de *molimen utérin intermenstruel* (Courty), de *règles surnuméraires* (Dubois et Pajot), de *menstruation rémittente* (Tilt), de *dysménorrée intermenstruelle*, d'*intermediate dysmenorrhœa* (Priestley), d'*intermenstrual pain* (Lyster), de *Mittelschmerz* (Fasbender);

HISTORIQUE. — L'étude de cette affection est de date récente, si l'on parcourt les ouvrages écrits au cours du siècle dernier et traitant des maladies des organes génitaux internes de la femme, non seulement on n'y rencontre aucune description de ces troubles, mais encore aucune allusion ne permet de croire que les cliniciens de cette époque les aient observés.

Il faut arriver à Lisfranc (1) [1836] pour en trouver la première ébauche, puis à Brierre de Boismont (2) [1842], qui cite des cas de règles surnuméraires apparaissant vers le milieu de l'espace intermenstruel.

En 1856, Négrier (3), puis Dubois et Pajot (4) donnent une description plus complète de cet état pathologique.

(1) *Maladies de l'utérus d'après les leçons cliniques de Lisfranc*, par Pauly, 1836.
(2) *De la menstruation considérée dans ses rapports physiologiques et pathologiques*, 1842.
(3) *Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hystériques de la femme.*
(4) *Traité complet de l'art des accouchements.*

A partir de Tilt [1862 (1)], les auteurs ne se contentent plus de signaler, ils cherchent à expliquer. Aussi voyons-nous en 1866 Courty (2) discuter les théories pathogéniques de ses devanciers. Priestley (3) en 1871, Depaul et Guéniot (4) en 1873, Frankenhauser (5) en 1874, Fasbender (6) en 1874, F. de Rayssac (7) en 1875, Robert Barnes (8) en 1876, Gaillard Thomas (9) en 1879, de Sinety (10) en 1879, Martineau (11) en 1879, Petit (12) en 1884 consacrent quelques lignes de leurs travaux à cette rareté gynécologique.

En 1886, M. Sorel (de Villers-Bretonneux) publie, dans la *Gazette médicale de Picardie*, une observation très détaillée.

En 1896, la Société obstétricale d'Édimbourg s'occupe de cette question.

En 1897, M. Bouilly (13) publie, dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, une étude fort complète.

A la suite d'observations présentées par Addinsel (14), la Société obstétricale de Londres, en 1898, cherche à fixer la pathogénie.

C'est en s'inspirant de ces travaux et des idées de notre maître, M. Campenon, que Fassina (15) en fait le sujet de sa thèse de doctorat.

Enfin, au Congrès d'Amsterdam, en août 1899, M. Brodier (16) fait une communication sur ce sujet à propos d'un cas observé par lui dans sa clientèle.

II

ÉTIOLOGIE. — Les cliniciens qui se sont occupés de cette question ne s'entendent guère sur les causes des phénomènes survenant au milieu de l'espace intermenstruel.

Deux points cependant semblent rallier presque tous les

(1) *On uterine and ovarian inflammation*, etc., 1862.
(2) *Maladies de l'utérus.*
(3) *Proceedings of Med. Chir. Soc.*, 1871.
(4) *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. MENSTRUATION, 1873.
(5) Soc. des sc. méd. de Zurich, 1874.
(6) *Berlin. klin. Wochens.*, 1874, et *Zeits. f. Geburt. und Fraukh.*, 1875.
(7) *Étude sur la menstruation dans ses rapports avec les hémorragies supplémentaires et complémentaires des règles*, Th. de Paris, 1875.
(8) *Traité clinique des maladies des femmes*, traduit par Cordes, 1876.
(9) *Traité clinique des maladies des femmes*, 1879.
(10) *Manuel de gynécologie et de maladies des femmes*, 1879.
(11) *Traité clinique des affections de l'utérus*, 1879.
(12) *Dict. encyclop. des sc. méd.*, art. DYSMÉNORRÉE, 1884.
(13) Des poussées congestives intermenstruelles, *Rev. de gyn. et de chir. abdom.*, 1897.
(14) *Brit. Med. Journ.*, 12 mars 1898.
(15) *Des douleurs intermittentes*, Th. de Paris, 1899.
(16) *Rev. de gyn.*, août-sept. 1899.

suffrages, ce sont, d'une part, l'existence d'une affection utéro-ovarienne et, d'autre part, un tempérament névropathique.

C'est en général vers le milieu de la vie sexuelle de la femme que l'affection apparaît; « il s'agit presque toujours de femmes encore jeunes, n'appartenant pas à la première jeunesse, mais gravitant autour de la trentaine » (Bouilly).

On a vu des cas où elle est survenue avant l'établissement de la menstruation, ou immédiatement après les premières règles (Lisfranc). On ne l'a jamais observée après la ménopause.

On la rencontre aussi bien chez les femmes qui ont eu des enfants que chez les nullipares; si on relève dans les antécédents des grossesses ou des avortements, on peut être à peu près certain que la gravidité n'a eu aucune influence sur l'établissement de ces douleurs ou des écoulements sanguins intermenstruels; dans certains cas la gravidité n'a agi qu'indirectement, en laissant sur les organes de la génération des lésions qui sont les causes réelles.

Dans toutes les observations, on trouve mentionnées des affections soit des ovaires, ovarites ou périovarites, soit de la trompe, salpingites, soit de l'utérus, métrites, soit plus rarement du péritoine qui entoure les organes génitaux internes, péri-métrite et péri-salpingite.

Examinons les différentes causes données par les auteurs. Négrier pense que ce retour de la menstruation tous les quinze jours est dû à ce que « le mouvement d'évolution est plus rapide dans les deux ovaires qui fonctionnent alternativement, tantôt le droit, tantôt le gauche ».

Tilt signale « une maladie de l'ovaire, une inflammation du col de la matrice ou une affection du système utéro-ovarien ».

Pour Courty, « cette turgescence et cet écoulement paraissent liés à un éréthisme nerveux, à un tempérament lymphatique sanguin, à une pléthore du système vasculaire et souvent à une débilité plus réelle qu'apparente. Ces conditions sont dominées par l'excitation qui caractérise probablement l'éveil d'une fonction encore non équilibrée.

Il est certain qu'au moment de la poussée de la puberté, le travail d'ovulation peut se faire plus fréquemment, pour se ralentir bientôt après, se régulariser et prendre son type normal. Mais pour les femmes qui conservent cette double menstruation chaque mois jusqu'au moment de la ménopause, cette explication est insuffisante. » Il n'admet pas le coït et l'excitation répétée de l'utérus, puisque des vierges ont présenté cette menstruation bi-mensuelle; il partage alors l'opinion de Tilt, reconnaissant que celle-ci est due « à une maladie organique ou nerveuse du système utéro-ovarien..., interprétation vers laquelle, dit-il, j'avoue que j'ai d'autant plus de tendance à m'incliner que j'observe plus de faits ».

Barnes, analysant les observations de Priestley, met sur le compte de la dysménorrée ovarienne, « dysootocie, » ces faits de dysménorrée intermédiaire.

De Sinety, qui fait rentrer ces règles douloureuses intermenstruelles dans la dysménorrée, pense qu'elles sont en rapport avec une métrite chronique, diminuant la capacité utérine ou amenant un spasme de l'orifice interne avec occlusion momentanée.

Martineau considère que l'on peut rencontrer chez certaines femmes des règles apparaissant « tous les quinze ou vingt jours, et cela normalement, sans affection utérine ».

Pour M. Bouilly, l'ovaire est le plus souvent le point de départ de ces poussées congestives intermenstruelles, mais on ne les rencontrerait que dans les affections légères de cet organe : « L'examen local ne révèle rien ou à peu près; quelquefois il fait constater un ovaire petit, adhérent, semblant atteint d'ovarite ou de périovarite. Jamais je n'ai observé, dit-il, cette crise intermenstruelle chez des malades atteintes de grosses lésions annexielles néoplasiques ou infectieuses ; on ne la voit qu'en l'absence de lésions manifestes ou en coïncidence avec de petites lésions. »

Il reconnaît aussi une affection inflammatoire pelvienne, péri ou para-métrite, survenue à la suite d'un accouchement ou d'un avortement ou sans cause appréciable.

M. Campenon, qui a attiré notre attention sur ces accidents, est d'avis qne l'utérus est toujours en jeu et que par l'examen on retrouve tous les symptômes de la métrite, compliquée souvent d'anté ou de rétroversion.

Brodier considère comme facteur occasionnel « le poids de l'utérus pesant sur l'organe vésical » et donnant naissance à la sensibilité que l'on ne constate que dans la région sus-pubienne.

Keiffer (de Bruxelles) revient aux idées primitives, c'est-à-dire à une ovulation en dehors de la menstruation, s'accompagnant d'un peu de congestion utérine.

Le deuxième élément qui a été mis en relief par tous les auteurs, c'est l'élément névropathique : la plupart des femmes atteintes de cette affection, « sans être des hystériques ni de grandes nerveuses, sont des impressionnables, des hyperesthésiques... Quelquefois des phénomènes se produisent chez de vrais hystériques et sont précédés ou accompagnés de désordres nerveux ou cérébraux absolument caractéristiques ; mais je me hâte d'ajouter que l'hystérie est l'exception en pareil cas et ne paraît pas être la cause des accidents, ceux-ci peuvent se produire chez une hystérique comme chez toute autre malade, mais ne paraissent pas plus fréquents chez ces grandes névrosées » (Bouilly).

Keiffer, dont nous avons déjà rapporté l'opinion, rejette le nervosisme et l'hystérie, il est à peu près le seul de son avis.

Si nous résumons ce long exposé étiologique nous dirons : deux facteurs interviennent toujours ou presque toujours pour expliquer les crises intermenstruelles : ce sont, d'une part, une lésion ovarienne ou utérine, d'autre part, un terrain nerveux, qu'on l'appelle nervosisme ou impressionnabilité.

III

Symptomatologie. — Le début de cette affection est assez variable, elle peut survenir avant l'établissement de la menstruation, le plus souvent, cependant, c'est au cours de la vie sexuelle qu'elle apparaît chez une femme, nullipare ou non, ayant dans son passé quelques troubles pelviens.

La crise est quelquefois précédée des prodromes habituels des périodes menstruelles, c'est-à-dire des phénomènes morbides nerveux sympathiques constituant le « molimen hemorrhagicum », trop bien connu pour que nous le décrivions.

Ce qui attire surtout l'attention c'est *la douleur*, qui survient tout d'un coup sans cause appréciable du dixième au douzième jour après la fin des dernières règles, mais pouvant varier du sixième au quinzième. Cette douleur siège en un point variable du petit bassin, « le plus souvent elle est unilatérale et sans une prédominance très marquée pour l'un ou l'autre côté, peut-être avec fréquence plus grande

pour le côté gauche. » Pour M. Bouilly, c'est donc dans la région ovarienne que siège la douleur, tandis que pour M. Campenon ce serait le plus souvent sur la ligne médiane, au niveau de l'hypogastre. Dans certains cas elle est plus profonde, on la trouve dans la région sacrée. M. Brodier insiste sur sa localisation sus-pubienne.

Ses irradiations sont rares, quand elles existent elles se font du côté des aines, du périnée ou des reins.

Tantôt peu accusée, gênant peu les femmes qui continuent à vaquer à leurs occupations, c'est une simple sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Tantôt elle se manifeste « par des élancements intermittents ou par une douleur sourde continue ». Elle peut devenir tellement violente qu'elle nécessite le repos sur la chaise longue ou au lit, et même l'usage de calmants.

Elle n'est réveillée ni par des pressions exercées au niveau des points d'émergence nerveuse, ni par la pression ou la décompression des régions salpingo-ovariennes comme dans les annexites.

En général, sa durée est de deux ou trois jours, quelquefois moins, quelques heures comme l'a noté Sorel, quelquefois plus, cinq ou six jours, elle peut même se prolonger jusqu'aux prochaines règles. Sa caractéristique, c'est la périodicité de son apparition et sa régularité.

Le symptôme le plus fréquemment observé après la douleur est l'*écoulement utérin*, auquel les malades donnent le nom de flueurs blanches. Le liquide qui s'écoule du vagin est variable comme aspect, il est tantôt glaireux opalin, tantôt glaireux mais teinté en rose par quelques stries sanguines, tantôt franchement sanguinolent, véritables menstrues, le sang peut s'échapper en telle quantité qu'il constitue une hémorragie nécessitant un traitement.

Dubois et Pajot ont observé « ces règles surnuméraires, écoulements sanguins en général moins abondants et moins prolongés que les règles, se manifestant régulièrement à peu près vers le milieu de l'époque menstruelle ».

Négrier, Brierre de Boismont, Tilt ont également noté cet écoulement apparaissant dans la période intercalaire. Tilt lui donne le nom de *menstruation rémittente.*

Gaillard Thomas, dans son chapitre sur la dysménorrée, la décrit ainsi : « Enfin dans des cas plus rares, elle survient entre deux époques menstruelles, ce dernier symptôme qui présente un grand intérêt n'est autre chose que la *dysménorrée intermédiaire* du docteur Priestley. Il survient quelquefois avec une grande régularité : dans un cas que j'ai observé, il se montrait invariablement le neuvième jour et, dans un autre, le quartorzième jour après la cessation des règles. »

L'écoulement utérin, qu'il soit glaireux ou sanguinolent, dure en moyenne deux ou trois jours, mais sa durée peut être plus longue et se prolonger jusqu'à l'époque des règles normales.

L'apparition de l'écoulement coïncide quelquefois avec la disparition de la douleur ou avec sa diminution.

Addinsel rapporte un cas où l'écoulement était muco-purulent. « Il s'agissait d'une femme atteinte d'antéflexion avec tuméfaction allongée du ligament large, tuméfaction qui disparaissait après l'écoulement d'un liquide muco-purulent épais. » Il s'agissait probablement d'un cas de salpingite à répétition se vidant avec régularité dans la cavité utérine.

L'*hydrorrée* n'est pas rare au cours de l'affection que nous décrivons, elle avait déjà attiré l'attention de Lisfranc : « Chez une femme affectée de l'engorgement de l'utérus, cinq, dix, quinze, vingt jours après ses règles, quelques prodromes se manifestent comme si elles voulaient reparaître sans cause appréciable. Bientôt elle est prise d'un écoulement séreux, tellement abondant qu'il irrite les grandes lèvres et la peau de la partie interne et supérieure des cuisses et y détermine des cuissons et des élancements douloureux. Tout disparaît au bout de deux ou trois jours et il reste seulement de la pesanteur dans le bassin. »

M. Bouilly a tracé de cette hydrorrée le tableau clinique suivant : « Tout à coup, et le début coïncidant toujours avec cette date de dix à douze jours après la fin des règles, les femmes se sentent mouillées, inondées par un écoulement vaginal chaud comme si elles venaient, sans le vouloir, d'uriner dans leur linge. Le plus souvent cet écoulement se reproduit dans la journée trois ou quatre fois par véritables crises d'inondation comme une décharge aqueuse, comme une éjaculation. Le liquide semble être tout à coup sécrété en abondance et rejeté hors des voies génitales. Dans d'autres cas, à ces crises hydrorréiques succède un suintement continu qui nécessite les mêmes précautions que l'écoulement des règles. Le repos au lit n'interrompt pas cette hydrorrée et même chez certaines femmes la décharge aqueuse se fait plus abondante au lit pendant la nuit que durant le jour. »

Cet écoulement peut se produire au cours de la crise douloureuse ou lui succéder immédiatement, semblant soulager l'utérus, il peut même remplacer la douleur ou la diminuer notablement.

Le liquide qui s'écoule est limpide, légèrement jaunâtre, n'empesant pas le linge, inodore mais très corrosif, irritant les organes génitaux ou la face interne des cuisses avec laquelle il entre en contact.

Comme pour l'écoulement muqueux, la durée est variable, elle ne dépasse généralement pas trois ou quatre jours.

Le suintement peut être continu ou intermittent.

Les auteurs qui ont constaté ce phénomène en ont cherché l'explication.

Les uns en faisaient une « hydropisie de la matrice », théorie réfutée par Lisfranc qui fit le cathétérisme de l'utérus. D'autres accusent l'hydropisie de la trompe, l'hydrops profluens, se vidant d'une façon régulière et intermittente. M. Bouilly, s'appuyant sur la clinique, rejette cette hypothèse. Il s'agit pour lui d'une « sécrétion exagérée des glandes utérines, fréquentes chez les névropathes et comparable à l'abondante sécrétion de larmes ou d'urine qui suit une crise nerveuse ».

A côté de ces symptômes principaux de l'affection, peuvent venir se greffer des symptômes secondaires dépendant à la fois des troubles de la menstruation et du terrain nerveux sur lequel évoluent ceux-ci. La douleur peut être excessive et tenace, forcer même la patiente à l'immobilisation pendant un temps plus ou moins long, elle peut exagérer la sensibilité générale, au point d'en faire de l'irritabilité. La persistance ou l'abondance de l'écoulement, qu'il soit muqueux ou sanguinolent, oblige les femmes à se garnir, à prendre des précautions, à abandonner certaines habitudes, à éviter les rapports conjugaux, d'où agacement, crises de nerfs, hypocondrie, neurasthénie.

Enfin nous avons déjà mentionné l'irritation produite par l'écoulement hydrorréique et pouvant amener au niveau de la vulve ou de la face interne des cuisses des plaques d'érythème très gênantes et très douloureuses.

M. Brodier signale également les envies fréquentes d'uriner qui persistent pendant toute la crise.

L'état général peut subir le contre-coup de tous ces accidents. Il est inutile de rappeler les rapports fréquents entre les affections utérines et les troubles gastriques ; l'appétit disparaît, les digestions sont pénibles, c'est bientôt le tableau de la dyspepsie avec toutes ses conséquences.

Il est excessivement rare de constater de la fièvre.

Fixer la durée de cette affection est chose impossible ; elle peut disparaître après quelques mois, soit spontanément, soit à la suite d'une intervention souvent légère ; une grossesse a été dans un cas le point de départ de la guérison. Ce qui fait que l'on ignore souvent l'évolution de la maladie, c'est que les personnes changent de médecin ou se lassent de se faire soigner en constatant le peu de résultats obtenus par la thérapeutique employée.

A côté de la forme que nous venons de décrire, il en existe une autre plus atténuée, qu'il faut savoir dépister dans les interrogatoires cliniques, car elle attire peu l'attention des femmes. Nons devons à notre maître, M. Campenon, l'idée de l'avoir recherchée et de l'avoir constatée assez souvent. Il s'agit de malades venant consulter pour « douleurs dans le bas ventre », « pertes blanches, » « règles douloureuses et abondantes. » Si on interroge avec soin ces femmes, on apprend que la douleur précède l'écoulement sanguin, qu'elle s'exagère au moment où l'utérus expulse des caillots plus ou moins volumineux, qu'au milieu de l'espace intermenstruel la douleur apparaît de nouveau ou devient plus forte, en même temps que les pertes blanches, souvent plus abondantes, prennent une teinte rosée ou rouge.

C'est la reproduction, mais atténuée, de la période menstruelle chez des femmes ayant, soit de la métrite, soit une déviation utérine.

IV

Pathogénie. — Dès que l'observation eut mis sur la voie de cette affection, les cliniciens en cherchèrent le point de départ et l'explication. A défaut d'anatomie pathologique, qui seule permet des conclusions scientifiques, on dût se rabattre sur des hypothèses, aussi ne serons-nous pas étonnés de trouver autant de théories que d'auteurs.

Brierre de Boismont pense qu'une femme sur cent environ a normalement ses règles tous les quinze jours.

D'après Négrier la menstruation bi-mensuelle serait due « à ce que le mouvement d'évolution est plus rapide dans les deux ovaires qui fonctionnent alternativement, tantôt le droit, tantôt le gauche ».

M. E. J. Tilt croit que l'altération du « type habituel » tient toujours à une maladie organique ou nerveuse du système utéro-ovarien, il donne le nom de « menstruation rémittente » à cette variété de désordres menstruels.

Courty, avec Dubois et Pajot, considère que la fluxion peut seule amener ces troubles : « Chez certaines femmes, sans que les règles se rapprochent, sans qu'elles viennent deux fois par mois, on observe à une certaine époque, habituellement vers la fin de l'espace intermenstruel, des signes de molimen ou de fluxion interne et ovarienne rappelant par leur caractère, la durée, les complications, la réaction générale, le tableau de l'époque menstruelle. Seulement ce tableau est raccourci ; il est incomplet ; la fluxion peut amener la congestion, mais elle n'aboutit pas à l'hémorragie : il manque la crise, c'est-à-dire le flux sanguin.

Des trois éléments caractéristiques de la menstruation, la fluxion paraît seule bien marquée, peut-être la congestion se produit-elle en plein, mais l'évacuation manque.

Dans ce moment on voit la coloration rouge des muqueuses de l'utérus et du vagin devenir plus foncée ; la sécrétion muqueuse utérine apparaître ou s'accroître ; la température, le poids, le volume de l'utérus et des ovaires constatés par le toucher, le palper, manifestement augmentés comme à la veille ou au moment d'une vraie menstruation, la chaleur, la tension de l'hypogastre, les tiraillements lombaires, surtout l'éréthisme nerveux et les phénomènes hystériques se développent.

Dans un petit nombre de cas, ce molimen est aussi accompagné d'hémorragie et constitue ainsi de véritables règles surnuméraires. »

Cette turgescence et cet écoulement sont liés, dit-il, « à un éréthisme nerveux, à un tempérament lymphatique sanguin, à une pléthore du système vasculaire et souvent à une débilité plus réelle qu'apparente. »

Pour Priestley c'est une ovulation lente et difficile dans un organe dont la couche externe est épaissie.

Fasbender, Depaul et Guéniot admettent la menstruation intermédiaire avec les idées de Courty.

Barnes admet la dysménorrée ovarique : « Le travail de l'ovulation comme celui de la grossesse augmente l'irritabilité cérébro-spinale et la tension vasculaire ; enfin si la tunique ovarienne ou le follicule lui-même présente un obstacle à la rupture de l'ovaire, s'il existe quelque état morbide comme une inflammation subaiguë de l'ovaire, l'ovulation étant gênée et troublée, il peut se produire de l'irritation. La réunion de ces conditions amène souvent ce qu'on appelle l'*hystérie.* »

Croom revient à la théorie de Priesley et conclut qu'un trouble de l'ovulation peut seul expliquer cette menstruation intercalaire.

M. Bouilly, s'appuyant sur « l'uniformité presque constante et la périodicité des accidents », est d'avis qu'il se fait « une poussée congestive intermenstruelle, se passant du côté de l'ovaire, s'y traduisant par de la douleur et modifiant la circulation vaso-motrice de l'utérus au point d'y provoquer une sécrétion, tantôt muqueuse, tantôt sanguine, tantôt hydrorréique. De ce côté se produit une fausse menstruation ou une menstruation intercalaire ; au lieu de se traduire comme à l'état véritable par un écoulement sanguin, le trouble vaso-moteur ne dépasse pas en général la sécrétion glandulaire visqueuse ou hydrorréique ». L'utérus étant tout entier « sous l'action immédiate de l'innervation vasomotrice », comme l'a dit Keiffer (de Bruxelles), « toute cause capable de modifier cette innervation peut se traduire par des troubles de sécrétion utérine. » Il fait de plus remarquer que la prédisposition nerveuse est nécessaire à l'éclosion de ces accidents, car elle exagère « la sensation d'ordre physiologique et pathologique ».

Addinsel met les cas d'hydrorrée avec douleur sur le compte de l'hydrosalpinx intermittente qui, arrivée à maturité dans la période intercalaire, vide son contenu dans l'utérus.

M. Campenon croit nécessaire l'endométrite pour produire l'écoulement sanguin intermenstruel. L'excitation partie de l'ovaire amène par voie réflexe une congestion de l'utérus dont la muqueuse malade permet l'écoulement sanguin.

M. Brodier, de l'étude des observations publiées, établit une théorie pathogénique reposant sur deux facteurs : « un pre-

mier, le grand, qui domine la scène, à savoir le nervosisme général ou l'impressionnabilité ; un second, le facteur occasionnel, tout mécanique, le poids de l'utérus pesant sur l'organe vésical... Pendant la grossesse, l'utérus, augmentant de volume, se redresse, se relève, remonte dans la cavité pelvi-abdominale, pèse moins sur la vessie, d'où la suppression des réflexes douloureux.

Pendant les règles l'utérus congestionné est un peu relevé dans la cavité abdominale. Après les règles il revient sur le fond vésical, mais il n'y bascule pas à fond d'une façon immédiate aussitôt les règles cessées, l'utérus met plusieurs jours à accomplir sa bascule complète, ce qui explique le début de la crise le sixième, septième, huitième jour après la fin des règles.

Au moment où l'utérus a basculé à fond, cette douleur énervante, agaçante, se fait sentir, puis l'organisme s'accoutume à la situation utérine, le système nerveux s'apaise et se calme jusqu'aux règles suivantes. Après les prochaines règles les mêmes phénomènes se reproduisent par les mêmes causes, d'où la périodicité. »

V

Diagnostic. — Périodicité dans les symptômes douleur et écoulements, voilà le point principal sur lequel doit être basé le diagnostic.

Si la douleur seule existe, on ne la confondra pas avec une *poussée de pelvi-péritonite* dont l'acuité est plus grande et qui s'accompagne de troubles généraux et locaux très accentués.

L'*hyperesthésie ovarienne des hystériques* ne se manifeste pas avec autant de régularité, elle est en général plus accusée à gauche, elle est exagérée par la pression, enfin il suffit d'y penser pour trouver d'autres stigmates de cette névrose.

La *névralgie lombo-abdominale* s'en distingue par la superficialité de la douleur et par la localisation anatomique de ses points douloureux correspondant à l'émergence des filets des nerfs de la paroi abdominale.

Au cours de la *salpingo-ovarite* les crises douloureuses sont fréquentes, surtout au moment des règles ; lorsqu'elles apparaissent en dehors de la période menstruelle, c'est irrégulièrement. L'examen local permet de faire le diagnostic.

Ce qui caractérise les différents écoulements que nous avons signalés, c'est leur apparition ou leur exagération subite, huit, dix, douze jours après la fin des règles, on ne les confondra donc pas avec les pertes nombreuses muqueuses, séreuses, muco-purulentes, muco-sanguinolentes, purulentes ou sanguines, qui surviennent chez toute femme dont les organes génitaux internes sont malades.

Des erreurs de diagnostic ne peuvent être faites que parce qu'on n'a pas présente à l'esprit cette affection relativement rare et peu connue. Très souvent la direction donnée à l'interrogatoire peut seule la dépister, surtout lorsqu'on est en face d'une forme atténuée.

VI

Traitement. — Pour bien traiter une affection, il faut en connaître la cause, or nous avons vu combien est obscure l'étiologie de celle que nous décrivons. Nous ne serons donc pas étonnés du grand nombre des moyens thérapeutiques employés souvent sans succès.

Contre la douleur, les narcotiques ont été ordonnés par la voie buccale ou rectale : bromure de potassium, chloral, antipyrine, laudanum.

Contre les phénomènes congestifs, on a donné l'hamamelis virginica, l'hydrastinine, l'ergot de seigle, l'aconit.

M. Bouilly « a également prescrit la révulsion locale au niveau de la région ovarienne douloureuse, soit par des applications de chloroforme, soit au moyen de la cautérisation superficielle au thermocautère ». Il a conseillé, dans ces derniers temps, des capsules de corps thyroïde.

On ne doit intervenir localement sur l'utérus qu'en présence d'une affection certaine de cet organe, « toute intervention ne pouvant donner à l'utérus qu'une sensibilité exagérée et provoquer des réflexes utérins ou ovariens. »

On combattra le deuxième facteur, c'est-à-dire l'impressionnabilité, le tempérament névropathique, par l'hydrothérapie, le massage, l'exercice, par des stations aux eaux de Luxeuil, Néris, Plombières, Spa, dont l'influence morale est aussi considérable que l'action physique.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(22 février 1900)

M. Le Dentu relate l'observation d'un jeune homme chez lequel avaient été constatés tous les signes les plus nets d'une **appendicite aiguë**. Il fit la laparotomie, trouva l'appendice absolument sain et une péritonite enkystée ayant eu pour point de départ une légère ulcération du côlon ascendant. Cet exemple, comme bien d'autres, prouve que l'erreur est facile en matière d'appendicite.

M. Schwartz analyse une observation de M. Humbert : il s'agit d'un homme qui portait, dans la région de l'hypocondre droit, une grosse tuméfaction fluctuante, rénitente, du volume d'une grosse tête. Comme il y avait eu un violent traumatisme dans cette région, M. Humbert avait diagnostiqué une **péritonite enkystée consécutive à la rupture de la vésicule ou des voies biliaires**. M. Humbert fit la laparotomie et trouva une poche, contenant deux litres de liquide séro-sanguinolent; il vida, nettoya et draina cette poche. Vingt-quatre heures après, ce malade fut pris de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite et présenta tous les signes d'une péritonite infectieuse généralisée à laquelle il succomba en quelques heures. L'autopsie montra qu'il n'y avait pas de pus dans la poche ; il n'y avait pas non plus d'occlusion intestinale. Il s'agissait bien, en effet, d'une péritonite septique, généralisée. Le microscope révéla l'existence d'un tissu fibreux, reste d'un caillot antérieur. Le point de départ des accidents avait bien été une péritonite enkystée produite par la rupture de la vésicule biliaire.

La discussion reprend sur le **traitement des kystes hydatiques**. M. Monod n'avait pas eu l'occasion de recourir au procédé de M. Delbet. Il avait traité, jusqu'ici, les kystes hydatiques par la marsupialisation. La guérison est très lente. Dans plusieurs cas, elle a demandé plus de six mois. Dans un de ces cas, il y eut une récidive; M. Monod recourut alors à la méthode de M. Delbet qui lui permit d'enlever complètement la membrane germinative et de guérir ce malade en vingt-cinq jours. Mais quelques jours après, la température s'éleva à 39 degrés; la cicatrice se rompit et il sortit du pus et deux autres poches hydatiques.

M. Schwartz relate un cas dans lequel il se proposait d'opérer par le procédé de M. Delbet; mais le foie recouvrait en partie la poche ; il fit une ponction qui donna lieu à une hémorragie très grave qu'il eut quelque peine à arrêter,

mais la guérison fut obtenue par cette seule ponction. Dans un autre cas, M. Schwartz a pu enlever toute la membrane germinative et guérir son malade en trois semaines par le procédé de M. Delbet. Il fait toutefois des réserves sur l'emploi de ce procédé dans les kystes très volumineux.

La parole a été donnée à M. Hennequin pour la lecture d'un très important mémoire sur l'**application de la radiographie et de la radioscopie à l'étude des fractures.**

M. Walther a présenté une **tumeur du sein avec kystes à contenu laiteux**, qu'il a enlevée chez une femme n'ayant jamais eu d'enfants.

A propos d'un nouvel exemple de **gastro-entérostomie par le procédé de Billroth première manière, suture termino-terminale**, M. Walther insiste sur les bons résultats que lui a donnés ce procédé. Il est appuyé en cela par M. Ricard qui, sur huit opérations pratiquées par ce procédé (1), n'a perdu qu'un malade qu'il a opéré dans un état cachectique.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement de l'ophtalmie purulente.

Le médecin n'a que l'embarras du choix entre les nombreux traitements de l'ophtalmie purulente. Le point important consiste dans l'application rigoureuse du traitement, et il faut convenir que cette application est souvent difficile.

Aussi faut-il s'en tenir au traitement le plus simple. Celui que rapporte M. Guiot, dans l'*Année médicale de Caen*, nous semble répondre à cette condition.

Comme son maître, M. Abadie, il préconise des cautérisations dès le début avec la solution de nitrate à 3 p. 100, cautérisations répétées toutes les douze heures et suivies de neutralisations, cautérisations faites avec un pinceau plutôt gros. Ce détail a son importance, car le salut des yeux peut en dépendre. C'est une erreur d'utiliser un pinceau fin qui se charge mal et couvre imparfaitement : un pinceau de grosseur moyenne atteint plus sûrement et mieux toute la surface des culs-de-sac; la même remarque s'applique au pinceau destiné à la neutralisation et qui devra porter un signe distinctif.

La solution de nitrate devra être surveillée de très près : être contenue dans une bouteille de verre coloré et non dans une bouteille de verre blanc, simplement entouré de papier, comme cela se fait trop souvent. La solution devra être fréquemment renouvelée. Jamais on ne devra pratiquer une cautérisation sans s'être assuré de sa limpidité parfaite.

Des lavages plus ou moins répétés, suivant l'abondance de la sécrétion, avec la solution de permanganate de potasse à 0,25 p. 1000 ou compresses glacées, complètent le traitement, et si la cornée est ulcérée, iodoforme et éserine.

Traitement de l'ulcère stomacal par le repos absolu de l'organe.

Ce traitement n'est pas nouveau. Les Allemands entre autres ont souvent montré que si on n'emploie pas la diète absolue, l'ulcère continue à évoluer. Tant qu'on introduit si peu que ce soit dans l'estomac, il se contracte et sécrète.

M. Lyonnet (de Lyon), ayant employé sans succès la diète lactée et le bicarbonate de soude dans le traitement d'un ulcère de l'estomac remontant à plus de deux ans, songea à la diète absolue pour obtenir un résultat meilleur.

Il mit sa malade à la diète absolue pendant huit jours, lui faisant administrer deux lavements d'eau, et trois lavements alimentaires par jour. Puis progressivement, la malade fut mise au lait et au bicarbonate de soude, puis alimentée; actuellement, elle mange de tout, sauf les mets trop grossiers. Elle a repris 8 kilogs et se considère comme guérie. Ce cas montre, une fois de plus, les heureux effets du traitement de l'ulcère par la mise au repos de l'estomac.

Procédé de massage dans la sténose du pylore due à un spasme réflexe.

La question du massage abdominal est de plus en plus à l'ordre du jour. Récemment, elle donnait lieu à une discussion à la Société de thérapeutique. Le procédé suivant, que rapporte M. Duchard, dans la *Bourgogne médicale*, est donc tout à fait d'actualité. L'auteur commence par un massage prolongé des intestins, dont le but est de réveiller les mouvements péristaltiques susceptibles d'effectuer, à la moindre sollicitation de la part de l'estomac, l'amorçage du spihon sous-pylorique. Ce résultat une fois obtenu, il suffit généralement d'une simple compression ou excitation de la région épigastrique, pour déterminer le passage du bol alimentaire à travers le pylore. Si l'on procède inversement, en débutant par le massage de l'estomac, en immobilisant le pylore à l'aide de la main gauche, pendant, qu'avec la main droite, on exerce des frictions et des pressions graduées le long de la grande courbure, on obtient la disparition momentanée des bruits de clapotement, en raison de la contraction des parois stomacales autour du contenu de ce viscère, mais l'évacuation de la cavité gastrique n'a pas lieu, comme le montre la réapparition du clapotement peu de temps après la séance de massage.

M. Duchard a obtenu d'excellents résultats dans les sténoses dues à un spasme avec ce procédé qui, naturellement, est contre-indiqué dans les sténoses cicatricielles ou néoplasiques.

Traitement médicamenteux de l'obésité.

Le professeur Kisch (de Prague), qui exerce en été à Marienbad, constate que l'hygiène élémentaire et l'activité musculaire forment la base du traitement de l'obésité; les traitements balnéaires ne forment qu'un appoint, et il en est de même du traitement médicamenteux. Ce dernier a beaucoup varié avec les doctrines médicales : la saignée, jadis en honneur, est aujourd'hui abandonnée, mais les purgatifs continuent à être en faveur auprès de beaucoup de praticiens. Or, les purgatifs (et dans l'espèce il s'agit surtout des drastiques) exercent de préférence leur action sur l'apport des albuminoïdes, en activant le péristaltisme et diminuant par conséquent la résorption intestinale. Il faut se borner à prescrire des pilules drastiques dans les cas où se manifestent des symptômes d'insuffisance consécutive à la surcharge graisseuse du cœur (stase veineuse intra-abdominale par exemple) : l'administration des purgatifs ne sera donc jamais prolongée.

Les alcalins, jadis préconisés par Trousseau qui espérait saponifier la graisse par leur entremise, n'ont pas donné de résultats probants. Quant au vinaigre, qui représente un médicament populaire depuis le moyen âge, il provoque indubitablement l'amaigrissement, mais en déprimant l'activité organique; il produit une sorte de cachexie acétique s'accompagnant de troubles dyspeptiques souvent graves.

Les iodures à l'intérieur agissent dans le même sens, même chez les pléthoriques non anémiques : il faut réserver leur emploi aux cas très avancés; ils serviront alors pour ainsi dire d'amorce au traitement diététique et leur usage ne devra pas être prolongé.

La question est tout autre, pour l'auteur, quand il s'agit de l'usage externe. Pour la surcharge graisseuse de la glande mammaire, l'emploi d'une pommade contenant : iodoforme 1, vaseline 10, lanoline 5, essence de menthe poivrée deux gouttes, ou encore : iodure de potassium 3, iode pur 0,3, vaseline 30, sera indiqué. Tous les soirs, on fait des onctions sur les seins et on recouvre ces derniers de compresses

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 173, 182 et 205.

chaudes imbibées du liquide suivant : albumine 1, acétate de plomb 5, eau distillée 100; par-dessus, une enveloppe de gutta-percha. Pour l'abdomen on frictionnera avec : vinaigre scillitique 200; iodure de potassium 10.

Les diaphorétiques (pilocarpine par exemple) doivent être maniés avec prudence, et sont avantageusement remplacés, quand on ne se trouve pas en présence d'artério-scléreux, par les bains très chauds, les bains turcs, etc.

Que dire des préparations thyroïdiennes, que leur maniement facile a fait adopter par le public avec un entraînement irréfléchi? Leur grand inconvénient, quand elles ne sont pas nuisibles, est l'inconstance de leur action et le fait que cette action ne s'exerce qu'aussi longtemps qu'on ingère ces préparations. Elles ne produisent pas non plus ce sentiment d'euphorie que l'on observe au cours du traitement hygiénique et diététique, et leur emploi demande une surveillance constante (1).

Traitement des vieux eczémas.

M. Gaucher remplace communément les applications de caoutchouc par l'enveloppement humide, dans le traitement des vieux eczémas avec épaississement de la peau.

On fait bouillir des compresses de tarlatane, on les refroidit dans une solution d'acide borique à 40 grammes par litre, et on les applique après expression. Par-dessus, du taffetas chiffon, une couche d'ouate, un tour de bande. Renouveler 4 à 5 fois par jour.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Le mentho-phénol.

On obtient ce produit en fondant ensemble :

Phénol........................ 1 partie.
Menthol....................... 3 parties.

Il se présente sous l'aspect d'un liquide transparent, aromatique, peu soluble dans l'eau et la glycérine, mais soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme.

Il est analgésique et antiseptique. Employé en solution peu étendue (xv gouttes pour un verre d'eau), il est un bon gargarisme. En solution forte, il peut être employé pour les plaies. La solution aqueuse chaude à 3 ou 6 p. 100 sert dans les petites opérations comme antiseptique et analgésique. (*Journ. de pharm. et chimie*, 1er février 1900.)

Le glycosolvol.

C'est un nouveau remède obtenu en faisant réagir l'acide oxypropionique ($C^3 H^6 O^3$) sur de la peptone chimiquement pure, et du théobrominate de sodium sur le zymogène de la trypsine extraite du pancréas du mouton du bœuf. D'après le docteur Schelder, qui a expérimenté le remède sur lui-même, le glycosovol serait un remède antidiabétique très efficace. (*Corresp. Blatt Schw. aertz.* et *Rev. méd.-pharm.*)

Chlorétone.

Ce composé prend naissance quand on fait réagir la potasse caustique sur un mélange à parties égales de chloroforme et d'acétone. C'est un composé blanchâtre, cristallin, à odeur camphrée, très soluble dans le chloroforme, l'alcool concentré, l'éther, la benzine, peu soluble dans l'eau. Le chlorétone serait un hypnotique, préconisé surtout pour combattre les insomnies des vieillards. (*L'Union pharm.*)

L'iodoformogène.

C'est une combinaison d'iodoforme avec l'albumine, contenant des traces d'iode libre, et d'iodures alcalins. Cette poudre d'un jaune clair, d'odeur très faible, qui n'est pas perçue à travers le pansement, présente encore l'avantage de ne pas se prendre en grumeaux, comme le fait l'iodoforme; il est trois fois moins lourd que ce dernier, et il en faut bien moins pour saupoudrer une plaie, ce qui fait qu'il revient bien meilleur marché. M. Joflé a expérimenté ce nouvel antiseptique dans vingt-cinq cas de plaies traumatiques, d'ulcérations tuberculeuses, de bubons, etc., et a toujours obtenu des résultats très satisfaisants. Aussi recommande-t-il l'iodoformogène de préférence à l'iodoforme, sur lequel il a les avantages que nous avons énumérés plus haut; *a priori*, son action doit être plus stable que celle de l'iodoforme, parce que, en se décomposant, il met continuellement en liberté l'iodoforme Avec l'iodoformogène, on court moins le risque de voir se produire un eczéma ou une intoxication en raison de la quantité trois fois moindre de poudre qu'il faut, grâce à son poids spécifique faible. (*Méd. moderne.*)

(1) *Therap. Monat.*, fév. 1900, et *Rev. de thér. méd.-chir.*

L'urosine contre la goutte.

On désigne sous ce nom une combinaison d'acide quinique avec la lithine. L'urosine a pour but d'empêcher la formation de la forme urique ou au moins de réduire cette formation et à ce titre est un médicament appelé à jouer un rôle considérable dans la thérapeutique de la diathèse urique et surtout de la goutte.

L'urosine dans son action participe des avantages de l'acide quinique, que son goût désagréable rend difficile à manier, et de la base lithine, dont l'action diurétique est bien connue.

L'urosine ou quinate de lithine s'emploie sous forme de tablettes dosées à 1/2 gramme de sel. On peut en prendre de 6 à 10 par jour pures ou dissoutes dans de l'eau. Elle se prend également en solution mère tirée à 50 p. 100. La dose de cette solution est de 6 à 10 grammes par jour.

Neumann (de Munich) vante beaucoup l'action palliative de l'urosine dans le traitement des goutteux. Wüss (de Bâle), a aussi mis en usage ce nouveau remède, auquel il attribue de sérieuses propriétés antiarthritiques.

L'acoïne.

L'acoïne est un composé chimique très complexe, qui aurait les propriétés anesthésiques de la cocaïne sans en avoir la toxicité.

Il aurait sur la cocaïne l'avantage de déterminer une anesthésie plus rapide, anesthésie qui pourrait durer de quarante à cinquante minutes avec des solutions plus faibles.

Les solutions pour injections hypodermiques se préparent avec :

Acoïne.................... 0g01 centigr.
Chlorure de sodium........ 0g80 —
Eau distillée............... 100 grammes.

Le dormiol.

Le dormiol est une combinaison d'hydrate de chloral et d'hydrate d'amylène.

C'est un liquide incolore, huileux, à odeur camphrée, densité : 1,24, difficilement soluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool, l'éther et les acides gras.

Le dormiol a été administré comme hypnotique à la dose de 0,50, mais cette dose peut être portée à 1 gramme et même à 2 grammes. On le prescrit dans l'huile ou en capsules.

Meltzer emploie la formule suivante :

Dormiol .... }
Mucilage de gomme arab. } *ââ* 10 grammes.
Sirop simple........... }
Eau distillée.............. 120 —

Agiter vigoureusement avant de s'en servir.

Une cuillerée à soupe contient 1 gramme de dormiol.

La quinine uréo-sulfatée.

La quinine uréo-sulfatée semble une combinaison de chlorhydrate d'urée et de chlorhydrate de quinine. Elle s'emploie à la dose de 0,60 centigrammes contre les fièvres d'origine palustre et les fièvres intermittentes.

(*Journ. de méd. de Paris.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire. Thérapeutique et prophylaxie des maladies des enfants (1), par le docteur Jules COMBY, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Le nouveau volume de M. Comby porte un titre trop modeste, ce n'est pas, en effet, un simple formulaire comme ceux que nous connaissions jusqu'ici, qu'il publie aujourd'hui, mais un véritable traité de thérapeutique infantile.

Avant d'exposer le traitement et les formules, il indique brièvement les caractères cliniques de l'affection et les éléments du diagnostic. Aussi ce formulaire se présente-t-il sous un aspect tout original et on ne saurait le comparer qu'aux célèbres cliniques thérapeutiques de Dujardin-Beaumetz, qui remportèrent jadis un si légitime succès.

M. Comby s'est rendu compte que le praticien et surtout l'étudiant sont souvent embarrassés quand ils se trouvent en présence d'une maladie de l'enfance. A l'heure actuelle bien peu nombreuses sont les maladies qui ont un remède spécifique. La plupart du temps il faut avoir recours à ces nombreux remèdes qui, s'ils ne font pas toujours du bien, peuvent faire souvent bien du mal lorsqu'ils sont donnés mal à propos. Aussi le traité de M. Comby est-il pour le médecin un guide sûr, savant et pratique tout à la fois, qui est appelé à lui rendre de grands services. Les formules sont extrêmement abondantes et variées, et permettront au praticien d'enrichir son arsenal thérapeutique et de changer ses armes dans les cas difficiles. C'est tout ce que l'on peut demander à un formulaire, aussi nous ne doutons pas que ce volume n'ait le même succès que les deux précédentes éditions. G.

Tableaux synoptiques de symptomatologie clinique et de thérapeutique (2), par le docteur GAUTIER.

Condenser sous le plus petit volume possible la somme des connaissances nécessaires et suffisantes à tout praticien, tel a été le but poursuivi par le docteur Villeroy, en publiant ces *Tableaux synoptiques* où tous les sujets de la science médicale se trouvent exposés sous une forme concise et claire.

La symptomatologie est la partie de la médecine qui traite des troubles fonctionnels qui révèlent les maladies. La première chose qui frappe le médecin au lit du malade, c'est le symptôme. Longtemps la thérapeutique n'a été que symptomatique avant de devenir physiologique et pathogénique; mais l'observation du symptôme reste toujours le point de départ du raisonnement qui conduit le médecin à établir la thérapeutique.

Les *Tableaux synoptiques de symptomatologie* ont pour but de mettre en regard de chacun des principaux symptômes ou syndromes cliniques le tableau des affections où il se rencontre, sa pathogénie et les indications qui en résultent, avec les moyens physiologiques de le combattre.

On y trouvera : la définition et la description de chaque symptôme; les maladies où on le rencontre; et pour chacune d'elles : sa pathogénie; sa physiologie pathologique; son traitement.

L'instinct sexuel, évolution et dissolution (3), par le docteur FÉRÉ.

L'instinct sexuel est caractérisé par une activité héréditaire définie : il a pour but la conservation de l'espèce. Il est en corrélation intime avec le développement de l'appareil génital.

Après en avoir soigneusement étudié les caractères et l'évolution, M. Féré en décrit les perversions et les anomalies et arrive à cette réconfortante conclusion que l'instinct sexuel n'est pas une force incoercible à laquelle tous seraient plus ou moins assujettis, mais qu'il peut et doit toujours être soumis au contrôle de l'intelligence. La chasteté s'impose absolument : dans le mariage, pour conserver intacte la famille, but supérieur de l'existence individuelle (Stark), dans les autres cas, parce que l'exercice extra-matrimonial des fonctions sexuelles constitue un danger social.

Tous les médecins liront avec intérêt le livre profondément pensé de M. Féré; l'on ne saurait reprocher à ce traité de constituer un danger pour la morale publique, car la « vérité et la science ne sont jamais immorales ». L. B.

(1) In-8°, 3e édit. Prix : 18 francs. — Paris, Rueff.
(2) Gr. in-8°, cart Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(3) 1 vol. in-12. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

Maladies de l'urètre et de la vessie chez la femme (1), par le docteur G. KOLISCHER.

En 1898, M. Beuthner ayant à préparer un cours sur les maladies de la vessie chez la femme, chercha quelles étaient les publications françaises sur ce sujet et fut fort étonné d'apprendre qu'aucun traité exclusif des maladies de la femme n'existait en France. C'est alors qu'il eut l'idée de combler cette lacune en traduisant en français l'ouvrage du docteur Kolischer (de Chicago).

Ce volume est la mise en lumière des théories de Schauta, qui voua dans sa clinique de Vienne une attention particulière aux maladies des organes urinaires de la femme. L'auteur débute par les règles générales de l'examen de l'urètre et de la vessie, puis il étudie les diverses maladies de ces organes. Il examine successivement l'incontinence et l'énurésis, cette forme spéciale d'incontinence dans laquelle la vessie n'est pas capable de retenir son contenu, quoique le besoin d'uriner ne soit pas augmenté, bien que la quantité d'urine ne dépasse pas la normale et que le sphincter soit anatomiquement intact.

Puis les uréthrites, les rétrécissements, calculs urétraux, catarrhes, œdèmes, inflammatoires, cystites gonorrhéiques et tuberculeuses, les hémorroïdes, les hernies, la pneumaturie, les ruptures sont passés en revue.

Sans négliger les procédés classiques M. Kolischer décrit surtout des procédés peu connus en France. On ne saurait le lui reprocher. R. M.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

140. M. VERGELY. Influence de l'utérus sur la vessie en dehors des néoplasmes et de l'état puerpéral. — 141. Mlle O. LATYCHEFF. Traitement du trachome et de quelques-unes de ses complications par la greffe de la muqueuse buccale. — 142. M. PINOY. Le sous-maxillaire et la tuberculose. — 143. M. ARRIVÉ. Influence de l'alcoolisme sur la dépopulation. — 144. M. TAPIE. Contribution à l'étude de la lipomatose symétrique à prédominance cervicale. — 145. M. PESQUEREL. Appendicites chroniques. — 146. M. LOISEL. Foie diphtérique. — 147. M. BÉRA. Du milieu souterrain et de son influence dans la pathologie des mineurs (Carvin-Meurchin). — 148. M. POURTIÉ. Contribution à l'étude des accès fébriles intermittents au décours de la dothiénentérie. — 149. M. HARDY. De la broncho-pneumonie apyrétique chez le vieillard. — 150. M. DEGORCE. Suture en un seul plan dans la laparotomie et dans la cure radicale des hernies inguinales. — 151. M. MESLANS. Contribution à l'étude des applications cliniques de l'orthoforme. — 152. M. SANQUIRICO. Quelques considérations sur les suites de l'œsophagotomie externe. — 153. M. PETIT. Contribution à l'étude thérapeutique du créosoforme en chirurgie. — 154. M. LAISNÉ. Contribution à l'étude de l'urétéro-cysto-néostomie et du traitement des fistules urétro-vaginales. — 155. M. BAILEY. De l'emploi de l'acide lactique comme antiseptique intestinal dans les diar-

(1) In-12. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

rhées des enfants et dans les dermatoses prurigineuses. — 156. M. Legrand. Les anesthésiques locaux en chirurgie générale, et stomatologie. — 157. M. Durand. Valeur diagnostique de l'insufflation stomacale. — 158. M. Houdé. Des différents traitements chirurgicaux de l'hydrocèle et, en particulier, du traitement par éversion de la vaginale. — 159. M. Magron. L'emphysème orbitaire et palpébral. — 160. M. Monod. De l'anémie syphilitique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours pour six places de médecin des hôpitaux. — Le jury est composé actuellement de la façon suivante :

MM. Achard, Hayem, Faisans, Debove, Josias, Muselier, Mauriac, Variot et Würtz, qui ont accepté ;

MM. Brissaud, Oulmont et Léon Labbé, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

Concours supplémentaire de l'Internat. — *Épreuves orales.* — 21 février. — Questions données : « Tiers inférieur du fémur ; — Corps étrangers articulaires. »

MM. Bonneau, 25 + 16 = 41 ; Aubourg, 25 + 12 = 37 ; — Courtellemont, 23 + 13 = 36 ; Tessier, 23 + 12 = 35 ; Fouquet, 21 + 13 = 34 ; Tillaye, 24 + 10 = 34 ; Denis, 23 + 10 = 33 ; Berton, 21 + 11 = 32 ; Beaujard, 20 + 11 = 31 ; Levassort, 21 + 9 = 30.

22 février. — Questions données : « Rapports des artères sous-clavières. — Zona. »

MM. Aubertin, 27 + 17 = 44 ; Gardner, 23 + 15 = 38 ; Cathala, 23 + 14 = 37 ; Tridon, 23 + 13 = 36 ; Trastour, 22 + 13 = 35 ; Hulleu, 21 + 13 = 34 ; Dionis du Séjour, 21 + 12 = 33 ; Nathan et Braillon, 20 + 10 = 30 ; Gennet, 19 + 10 = 29.

23 février. — Questions données : « Les nerfs du diaphragme. — Hémothorax traumatique. »

MM. Mahar, 27 + 16 = 43 ; Lecène, 26 + 16 = 42 ; Brocard, 21 + 13 = 34 ; François-Dainville et Jamin, 22 + 12 = 34 ; Gernez, 20 + 13 = 33 ; Houselot, 20 + 12 = 32 ; Barthélemy, 20 + 10 = 30 ; Mircouche, 19 + 11 = 30 ; Guillemin, 19 + 9 = 28.

— Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Aubertin, Mahar, Lecène, Bonneau, Gardner, Cathala, Aubourg, Tridon, Courtellemont et Trastour.

Internes provisoires. — MM. Tessier, François-Dainville, Hulleu, Brocard, Fouquet, Jamet, Tillaye, Dionis du Séjour, Denis et Gernez.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers d'Académie. — La sœur Fortunée, de l'ordre de Saint-Joseph, supérieure des sœurs infirmières du lycée Saint-Louis ; M. Blay, maître répétiteur, étudiant en médecine, interne à l'infirmerie du lycée Saint-Louis.

Par cette distinction, le ministre a voulu reconnaître le dévouement dont la supérieure et l'interne de l'infirmerie ont fait preuve pendant la récente épidémie de fivre typhoïde du lycée Saint-Louis.

Marine. — MM. Hennequin, médecin de première classe du cadre de Cherbourg, et Penon, médecin de deuxième classe du cadre de Rochefort, sont désignés pour continuer leurs services au port de Lorient.

Nouveau règlement pour les bourses de doctorat. — Voici le texte d'un arrêté du ministre de l'Instruction publique en date du 15 février 1900 :

Les bourses de doctorat en médecine sont données au concours pour une année.

Les candidats s'inscrivent au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Ils doivent être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus.

Ils désignent, en s'inscrivant, la Faculté à laquelle ils désirent être attachés et joignent à cette déclaration les pièces suivantes : 1° leur acte de naissance ; 2° le diplôme de bachelior de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ou des certificats de réception en tenant lieu ; 3° une note signée d'eux, indiquant la profession de leur père, la résidence de leur famille, l'établissement ou les établissements dans lesquels ils ont fait leurs études, le lieu ou les lieux qu'ils ont habités depuis leur sortie desdits établissements ; 4° une déclaration de situation de fortune conforme au modèle annexé au règlement du 31 mai 1886, relatif aux bourses dans les Facultés des sciences et des lettres.

Les épreuves du concours consistent en compositions écrites :

Sont admis à concourir :

1° Le candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année. — L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire. — Les épreuves sont : *a.* Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ; *b.* Une composition d'histologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le deuxième examen probatoire. — Les épreuves sont : *a.* Une composition de physiologie ; *b.* Une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le troisième examen probatoire. — Les épreuves sont : *a.* Une composition de médecine ; *b.* Une composition de chirurgie.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

La valeur de chacune des compositions est exprimée par un chiffre qui varie de 0 à 20.

Les candidats qui justifient de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de première année.

Les concours ont lieu annuellement, au siège des Facultés, dans la dernière semaine du mois d'octobre, au jour fixé par le ministre, qui détermine également les sujets des compositions.

Chaque jury se compose de trois membres désignés par le recteur, sur la proposition du doyen.

Dans un délai de quinze jours après la clôture du concours, le recteur transmet au ministre les propositions de la Faculté, en y joignant les compositions des candidats classées par ordre de mérite, les procès-verbaux des jurys et les dossiers des concurrents contenant les pièces ci-dessus énumérées.

Ces documents sont soumis à l'examen de la commission de médecine du Comité consultatif de l'enseignement public, qui dresse, pour chaque catégorie, une liste des candidats par ordre de mérite.

Tout boursier qui voudra obtenir une nouvelle bourse devra subir les épreuves du concours correspondant à l'année d'études dans laquelle il doit entrer.

Chaque boursier sera l'objet d'un rapport spécial sur son assiduité aux cours et aux exercices pratiques.

Faculté de Paris. — M. Fernand Bezançon, chef du laboratoire de bactériologie, commencera le mardi 6 mars 1900, une série d'exercices pratiques de diagnostic bactériologique.

Ces exercices auront lieu de deux à cinq heures, les mardis, jeudis et samedis. Les élèves seront exercés individuellement aux diverses manipulations.

Le droit à payer est de 50 francs. S'inscrire au secrétariat de la Faculté.

Programme du cours. — I. Technique de la coloration des microbes ; méthode de Gram.

II. Analyse bactériologique du pus ; examen, culture, inoculation.

III. Diagnostic des microbes pyogènes (aérobies).

IV. Analyse bactériologique des crachats (non tuberculeux).

V. Analyse bactériologique des crachats tuberculeux. Tuberculose et pseudo-tuberculose.

VI. Analyse bactériologique des sérosités pathologiques (pleurales, articulaires, cérébro-spinales, etc.). Diagnostic bactériologique de la peste.

VII. Analyse bactériologique des angines non diphtériques.

VIII. Diagnostic de la diphtérie.

IX. Analyse bactériologique de l'eau.

X. Analyse microscopique du sang (bactériologie et histologie).

XI. Séro-diagnostic.

XII. Analyse bactériologique des matières fécales.

XIII. Diagnostic des microbes anaérobies.

XIV. Diagnostic bactériologique des affections de l'appareil génito-urinaire.

XV. Diagnostic bactériologique des affections microbiennes et parasitaires de la peau.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 7e semaine, 1423 décès, chiffre très supérieur à celui de la semaine précédente (1,255) et à la moyenne ordinaire des semaines de février (1,083). La grippe, sous ses différentes formes, est cause de cette aggravation.

La fièvre typhoïde a causé 29 décès (au lieu de 14 pendant la semaine précédente). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins a un peu diminué (113 cas nouveaux au lieu de 123 pendant la semaine précédente). Les arrondissements de la périphérie sont beaucoup moins frappés que ceux du centre. Sur 113 cas nouveaux, 85 appartiennent aux onze premiers arrondissements (de même pendant la semaine précédente, sur 123 cas nouveaux, 87 appartenaient aux onze premiers arrondissements).

La variole, qui s'était montrée menaçante, n'a causé aucun décès; on ne signale que 7 cas nouveaux (au lieu de 10 pendant la semaine précédente et 15 antérieurement).

La rougeole a causé 21 décès (la moyenne est 17); la scarlatine, 1 décès; la coqueluche, 2 décès, et la diphtérie, 4 décès, restent rares.

Toutes les maladies de l'appareil respiratoire sont aggravées par la grippe.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 285 décès, au lieu de 208 pendant la semaine précédente et au lieu de 181, moyenne ordinaire de la saison; dans ce chiffre la pneumonie figure pour 114 décès, au lieu de la moyenne 60.

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 118 décès (la moyenne est 65), dont 94 sont dus à la congestion pulmonaire.

En outre, 78 décès ont été attribués à la grippe.

Il y a eu 8 suicides et 9 autres morts violentes.

Les recherches de la paternité ou de la filiation. — M. Brouardel, dans son récent ouvrage sur le mariage, résume la législation admise sur ce point en France et dans les pays voisins.

En France, la recherche de la paternité est interdite, sauf dans un cas, d'après l'article 340 du Code civil :

« Art. 340. — La recherche de la paternité est interdite. Dans le cas d'enlèvement, lorsque l'époque de cet enlèvement se rapportera à celle de la conception, le ravisseur pourra être, sur la demande des parties intéressées, déclaré le père de l'enfant. »

En Autriche, d'après l'article 103 du Code civil :

« S'il est prouvé, ou si quelqu'un a avoué, même en dehors de la justice, qu'il a cohabité avec la mère d'un enfant dans un temps depuis lequel il ne s'est pas écoulé moins de sept mois, ni plus de dix mois avant l'accouchement, il peut être déclaré le père de l'enfant. »

En Allemagne, il existe dans le Code une disposition analogue :

« *Allg. Landrecht*, partie II, titre I, § 1077. — L'accouchée, non mariée, ne peut réclamer toutes les indemnités légales que si l'accouchement a eu lieu entre le deux cent dixième et le deux cent quatre-vingt-cinquième jours après le coït. »

En Italie, la recherche de la paternité est interdite (Code civil, art. 193).

En Angleterre, la recherche de la paternité est admise et nombre de procès scandaleux se sont déroulés à ce sujet.

Les boîtes à ordures parisiennes. — Les chiffonniers de Paris sont dans la consternation. Le préfet de la Seine aurait, nous apprend le *Mémorial de la librairie*, l'intention de substituer à la boîte ordinaire, *la Poubelle*, dans laquelle chaque maison dépose ses ordures ménagères, une boîte plus hygiénique, hermétiquement fermée, qui permettrait de transporter directement aux usines chargées de les convertir en engrais ces détritus, qui contiennent, souvent, les germes d'une foule d'affections microbiennes. Avec ce nouveau système, les chiffonniers seraient dans l'impossibilité d'exercer leur métier. Espérons que la commission d'hygiène de la Préfecture trouvera un moyen terme qui, en respectant les intérêts des chiffonniers, saura satisfaire aux conditions hygiéniques les plus recommandables.

L'hygiène au Japon. — Le peuple japonais, déjà si avancé en civilisation, vient de montrer qu'il détient d'une façon incontestable le record de l'hygiène. Le gouvernement a décidé, rapporte la *Revue scientifique*, la destruction de la ville de Teckham (dans l'île Formose), parce que les médecins experts consultés ont déclaré cette ville inhabitable et insalubre à cause de son substratum de marais. Un autre emplacement a été choisi pour la nouvelle ville, et la disposition future des habitations sera aussi conforme que possible à ce qu'elle était dans la ville condamnée. Le gouvernement se charge des frais de transport des matériaux et de reconstruction des locaux de la nouvelle cité.

D'autre part, et dans un ordre d'idées non moins intéressant, le même gouvernement vient de décréter la vaccination obligatoire dans tout le pays. Tous les enfants doivent être vaccinés avant l'âge de dix mois, et la revaccination sera opérée à six ans et à douze ans. Il sera intéressant de voir les résultats fournis par cette grande expérience, qui n'a encore été tentée nulle part ailleurs dans ces conditions.

Nouvelles allumettes. — Les allumettes en papier vont bientôt, paraît-il, faire leur apparition. Voici, nous dit la *Papeterie*, comment on les fabrique :

Un morceau de papier est roulé en spirale. Ce morceau est plongé dans une dissolution de cire ou de stéarine. Il ne se déroule plus, devient rigide et donne une flamme gaie et brillante. On découpe alors de grandeur voulue ces allumettes, dont une des extrémités est finalement enduite d'une composition phosphorée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La peste et son microbe, sérothérapie et vaccination, par le docteur Netter, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Un vol. in-8° couronne de 124 p. avec 5 pl. hors texte et 2 tracés en couleurs, cartonné à l'anglaise — Prix : 4 francs. — Paris, Georges Carré et C. Naud, 3, rue Racine.

Comment on défend sa bouche. La lutte pour la conservation des dents, par le docteur Henry Labonne, licencié ès sciences, officier de l'Instruction publique. Deux figures dans le texte. — Prix : 1 franc. — Paris, Société d'éditions scient.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 24. — MARDI 27 FÉVRIER 1900. 73e ANNÉE. MARDI 27 FÉVRIER 1900. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — A PROPOS DE L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — DU TRAITEMENT DE L'EMBARRAS GASTRIQUE CHEZ LES ENFANTS. — VARIÉTÉS. « En Démence », par M. Paul BRU. — THÈSES ET ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 26 février 1900.

Quelques internes des hôpitaux, de nombreux externes avaient pris la regrettable habitude de retenir, pour chaque année, deux et même trois places, auprès de chefs différents. Cette façon de faire, incorrecte par excellence, leur donnait la liberté de choisir le moment venu. Un élève, nous dit-on, avait retenu chaque année sa place dans un service de médecine, dans un service de chirurgie et dans un service d'accouchement. De la sorte, il pouvait à volonté, chaque année, diriger ses études suivant ses idées du moment.

Il en résultait qu'un grand nombre d'internes et d'externes en exercice restaient évincés et demeuraient jusqu'au dernier jour sans place, ignorants de ce qui les attendait, la veille même du classement général.

Tel interne risquait de finir sa quatrième année dans un hôpital de chroniques ou dans un service peu favorable pour le bon couronnement de ses études et le perfectionnement de ses connaissances acquises.

D'autre part, les chefs de service se sont vus dans l'obligation de refuser certains élèves dont ils connaissaient la valeur et la bonne volonté, engagés par leur parole donnée, par l'inscription prise dès la première heure, par un de ces « arrivistes » qui, aussitôt leur note donnée, se sont précipités sur les places. A la dernière minute, les chefs se trouvent sans interne, sans externes connus; les titulaires sur lesquels ils comptaient ayant déchiré leur engagement, sans avoir même la politesse de les prévenir.

Les Sociétés des médecins et des chirurgiens des hôpitaux ont déjà protesté contre un tel état de choses et ont demandé que la liste des élèves ayant retenu leurs places fût rendue publique par les soins de l'Administration. Ce vœu est resté sans écho.

Cette année, toutefois, l'Administration prit une mesure qui, pour être insuffisante, n'en a pas moins donné quelques résultats. L'élève qui avait retenu indûment plusieurs places a reçu une lettre autographiée dans laquelle on l'avertissait qu'il était réclamé par plusieurs chefs de service et qu'il eût à faire son choix dans les quarante-huit heures. La réponse parvenue, les chefs dédaignés furent prévenus que leur élève les avait quittés pour un autre plus en faveur.

Quelques chefs de service prirent la peine d'avertir le collègue, dont la place était gardée, de la conduite de leur futur élève, et n'hésitèrent pas à demander une radiation qui, en général, ne se fit pas attendre.

De la sorte, certains élèves, détenteurs de plusieurs places, se sont trouvés remerciés par tous, le jour du placement général, et ce fut justice.

L'Administration serait mieux inspirée, si, en présence d'un élève pourvu de places multiples, elle avertissait non le coupable dont la conduite n'est ni à encourager, ni même à tolérer, mais prévenait directement les chefs de service. Ceux-ci bifferaient l'intrus, et cette leçon suffirait pour faire rentrer dans le droit chemin ceux qui tenteraient de s'en écarter.

A PROPOS DE L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE

Il est intéressant de constater combien les épidémies de grippe se reproduisent à quelques années de distance avec la même échelle de gravité et les mêmes formes cliniques. Ces rapports se rencontrent plus particulièrement entre l'épidémie de 1895 et celle qui frappe actuellement Paris, après avoir sévi avec une extrême violence sur toute la France, en particulier sur les départements de l'Ouest.

M. Chédevergne, directeur de l'Ecole de médecine de Poitiers, veut bien nous rappeler une communication qu'il fit à ce sujet au Congrès de Bordeaux de 1895. L'analogie entre les formes décrites alors, et celle qu'on observe aujourd'hui, est très nette.

Il nous montre, en effet, que la forme, qui a dominé dans sa région, est la *forme abdominale*, non plus avec diarrhée, ainsi qu'on l'a souvent observé, mais, au contraire, avec une constipation opiniâtre, persistante, exigeant pour être vaincue l'emploi répété de moyens laxatifs actifs. Il est à remarquer que la constipation a été alors en raison directe de la gravité de la maladie. « Tous ceux qui ont été sérieusement ou longtemps atteints, qu'ils aient eu ou non, en même temps, d'autres complications, présentaient cette variété abdominale. Il y avait une telle tendance à ce que les voies digestives soient le lieu de prédilection de l'affection que presque tous les patients ont eu une angine pharyngienne ou tonsillaire de plus ou moins longue durée, mais sans gravité. Parmi eux, quelques-uns même ne s'en plaignaient pas, et ils ne la reconnaissaient que quand on leur avait dit qu'ils avaient la gorge très rouge.

Répétons, pour ne laisser aucun doute sur la marche de la maladie, que l'état aigu, fébrile, a été de très courte durée — deux ou trois jours — et que la convalescence est arrivée très vite chez ceux dont le rétablissement des fonctions de l'intestin avait lieu promptement.

Cependant, ce qui n'a pas été moins général, c'est que cette convalescence a été rarement franche, en ce sens que les grippés reprenaient lentement leurs forces et qu'ils avaient des rechutes, très légères, il est vrai, avec une facilité étonnante : le moindre courant d'air suffisait pour amener une reprise vers la gorge, faire tousser un peu, entretenir une toux légère, indéfiniment ou produire des douleurs de courbature. »

Une autre particularité de cette grippe est la suivante, c'est la façon sévère dont elle a frappé par ses manifestations diverses, et rarement par des complications sérieuses, les *arthritiques*.

Et, à ce propos, M. Chedevergne a pu faire la comparaison suivante : « On a répété partout et tout le monde a observé autrefois que la grippe était une maladie grave pour les tuberculeux et qu'elle hâtait la marche envahissante de la phtisie pulmonaire, qu'elle la faisait fréquemment passer à l'état aigu. Eh bien! cette année (1895) j'ai vu plusieurs caverneux avancés très fortement atteints de grippe, avec fièvre intense, pendant sept ou huit jours, chez lesquels j'avais craint logiquement une terminaison fâcheuse peu éloignée, se remettre promptement, et leurs poumons rester absolument dans le même état qu'avant la maladie épidémique. » Ces faits sont anciens, il s'agit par conséquent d'une chose jugée.

Les *arthritiques* au contraire conservent longtemps après « des douleurs vagues ou bien définies, soit dans les muscles, soit dans les articulations, qui ne se sentent que quand ils se meuvent, qui disparaissent certains jours, et qui se reproduisent sous l'action du moindre changement de température ».

Pendant l'état aigu, « il y a eu *des souffrances atroces dans les membres inférieurs* que rien ne pouvait calmer, et il était souvent difficile de déterminer exactement quel en était le siège anatomique ; on arrivait à conclure qu'elles existaient dans tous les tissus. »

En même temps que ces douleurs, M. Chédevergne a pu observer plusieurs cas d'éruptions carlatiniforme. Il a porté le diagnostic de dengue.

« Un cas très tranché d'influence arthritique est celui-ci : Une jeune fille de quinze ans, élève dans un pensionnat, qui avait eu autrefois un rhumatisme articulaire aigu, est prise d'élancements dans toutes les grandes articulations, avec fièvre et mal à la gorge. Je diagnostique d'emblée la grippe. Deux jours après, les douleurs avaient disparu d'elles-mêmes par le séjour au lit, et la convalescence s'établissait.

Un jeune garçon de cinq ans avait eu la grippe avec une toux incessante qui dura beaucoup plus longtemps que chez les autres malades. Quand on le leva, après quatre semaines, on s'aperçut qu'il fléchissait d'un côté en marchant. Il était atteint d'une coxalgie à droite, qui a été vue par Jules Simon et de Saint-Germain, et qui a nécessité l'application d'un appareil de Bonnet.

Une dame de soixante-dix ans, que j'avais, et d'autres avec moi, auscultée bien souvent, car elle a été très fréquemment malade, et chez laquelle nous n'avions jamais rien trouvé au cœur, est prise brusquement la nuit d'un accès de suffocation qui fut considéré, non sans raison, par le médecin qui la vit le premier, comme un accès d'angine de poitrine. L'auscultation révéla cette fois un bruit de souffle assez fort au premier temps, dont le maximum était sur la partie latérale gauche du tronc. A la suite, fièvre, courbature, râles dans les bronches, et variations dans l'intensité, le siège et l'étendue du bruit de souffle, selon les jours ; l'augmentation coïncidant avec des étouffements et des battements irréguliers du cœur. Il s'agissait d'une endocardite avec poussées successives.

Je n'insiste pas. Je me contente de répéter que cette année, autour de nous, la grippe a sévi avec beaucoup plus de sévérité sur les tempéraments arthritiques que sur les autres; qu'elle n'a pas entraîné, d'ailleurs, de mortalité, mais qu'elle a amené une prolongation indéfinie de malaise, d'affaiblissement, et parfois pourtant aussi des complications sérieuses : qu'elle a surtout frappé l'intestin.

Malheureusement, je regrette de ne pouvoir tirer de mes observations de conclusions thérapeutiques et surtout prophylactiques pratiques. Il y a lieu cependant de donner quelques conseils hygiéniques, souvent difficiles à appliquer : éviter le contact des malades et employer comme préventifs les moyens antiseptiques. »

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(23 FÉVRIER 1900)

La **médication cacodylique** est à la mode. Depuis les communications de Renaut, de Danlos, depuis les récents travaux du professeur Gautier, elle commence à entrer dans la pratique courante. Aussi bien est-il indispensable que chacun s'efforce d'en préciser les indications et d'en observer les dangers. Il ne peut pas exister de médication infaillible, et l'heure est venue, après l'enthousiasme du premier moment, d'en connaître exactement et le bon et le mauvais côté. M. Dalché a traité un certain nombre de malades par la médication cacodylique. Il a, tour à tour, employé le cacodylate de soude en pilules, en injections sous-cutanées et en injections rectales. Les pilules étaient de 0g025 chacune. Au début, il fut ordonné une pilule, puis deux pilules au bout de quatre jours et enfin trois pilules. Les injections sous-cutanées étaient de 0g025 ; les injections rectales contenaient 0g025 à 0g05 de cacodylate de soude.

Cette médication fut ordonnée à des malades tuberculeux et à des malades non tuberculeux.

M. Dalché a obtenu des résultats très bons, des résultats assez bons, des résultats sans aucun changement, des résultats avec aggravation.

Les résultats exceptionnellement heureux sont au nombre de trois. Les deux premiers concernent des malades atteints de phtisie fibreuse, sclérose pulmonaire avec emphysème; le troisième concerne un homme de vingt-trois ans atteint de tuberculose peu avancée, mais accompagnée d'hémoptysies.

Sous le titre de « résultats assez bons », M. Dalché réunit des cas où le mieux n'a pas été aussi complet ni aussi général que pour les précédents. A côté de symptômes améliorés, un ou plusieurs points demeurèrent inquiétants; il persiste une certaine discordance entre les modifications favorables et la gravité d'autres signes.

Dans le groupe « résultats sans aucun changement », la maladie continue à évoluer, le poids reste le même, aucune modification dans l'état général ou local; enfin, dans une dernière catégorie, rentrent des malades dont la tuberculose

était déjà, le plus souvent au moins, au deuxième degré et qui a continué à évoluer.

En résumé, le cacodylate de soude est appelé à rendre de réels services dans beaucoup de cas, surtout lorsque les circonstances permettent de le faire rentrer dans un traitement où l'on peut observer avec rigueur les règles d'hygiène et de thérapeutique dont on connaît l'efficacité contre la tuberculose pulmonaire. M. Merklen fait fort judicieusement remarquer que, pour éviter les accidents, il ne faut donner cette médication qu'à des sujets dont les émonctoires, particulièrement le foie et le rein, fonctionnent régulièrement. Dans un cas, une intolérance absolue survint après deux jours de traitement; il s'agissait d'un cancer du foie méconnu.

L'aspect **laiteux ou lactescent de certains épanchements de l'abdomen** (1) a depuis longtemps frappé l'attention des observateurs. La nature de ces ascites d'apparence si spéciale a été l'objet de nombreuses controverses. La plupart des auteurs se rallient aujourd'hui à une opinion éclectique et admettent que si, le plus souvent, les ascites laiteuses sont d'origine chyleuse, elles peuvent exister parfois en dehors de toute intervention du chyle.

MM. Widal et Prosper Merklen pensent que l'étude précise de la variété des leucocytes constatés dans le liquide, la recherche, en un mot, de la formule leucocytaire de l'épanchement, peut trahir l'origine lymphatique de certaines ascites chyleuses. Leur communication démontre la véracité de cette assertion. Le fait d'avoir constaté, dans un liquide ascitique lactescent, des leucocytes à un seul noyau, et cela à l'exclusion des globules rouges et de toute autre variété de globules blancs, est le point intéressant de leur observation. Les globules blancs à un seul noyau sont les seuls charriés par la lymphe et de tels leucocytes accumulés dans le liquide ascitique d'un malade ne peuvent provenir que de vaisseaux lymphatiques.

L'examen histologique donc, basé sur la différenciation des divers leucocytes contenus dans le liquide, nous permet d'affirmer la nature lymphatique de l'ascite, et cela malgré l'absence de lésions apparentes des vaisseaux de la lymphe.

MM. Soupault et Guillemot lisent une note sur **deux cas d'abcès gazeux consécutifs à des injections hypodermiques et terminés par la guérison.**

Dans le pus de ces deux abcès, les auteurs ont constaté la présence d'un bacille anaérobie gazogène, tuant le cobaye avec production, au point d'inoculation, d'un phlegmon contenant d'abondantes quantités de gaz. Ce microbe est le *bacillus perfringens* de Veillon et Zuber. Les observations de ce genre sont peu connues. Le mode d'introduction du microbe sous la peau n'est pas toujours le même. Il est probable que souvent le microbe a été introduit directement sous la peau par la piqûre.

Dans certains cas, cependant, on peut admettre qu'il existait dans l'organisme et qu'il est venu se fixer dans le tissu sous-cutané à la faveur de l'irritation causée par l'injection médicamenteuse. Les auteurs croient, en effet, devoir attribuer un rôle important dans la question des abcès gazeux, d'une part, à l'irritation ou à la nécrobiose du tissu cellulaire sous-cutané par un liquide irritant ou caustique; d'autre part, à l'état général grave des malades.

M. Barbier communique une observation d'un malade âgé de vingt-huit ans, atteint depuis peu de temps d'une **syphilis acquise** et chez lequel on trouva une **dextrocardie** consécutive sans doute à une sclérose pulmonaire tuberculeuse. A ce propos, M. Barbier fait remarquer d'abord l'extrême tolérance des malades vis-à-vis de ce déplacement. Au point de vue des signes physiques, il a noté, comme dans la plupart des cas, un choc apparent de la pointe du cœur pouvant faire supposer une inversion complète de l'axe du cœur, dirigé alors à droite et en bas.

L'examen radiographique a démontré qu'il n'en était rien.

M. Launois présente une série d'**estomacs de chien** opérés par M. Frémont. Ces estomacs sont complètement isolés du tube digestif, mais, fait capital, la conservation des branches nerveuses est parfaite. M. Laborde avait déjà insisté sur ce fait, dans des communications à l'Académie de médecine en 1895. De plus, la musculature de l'estomac reste intacte, ce qui peut paraître anormal puisque cet organe ne fonctionne plus.

LE TRAITEMENT DE L'EMBARRAS GASTRIQUE
CHEZ LES ENFANTS

Par M. Comby, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades (1).

L'embarras gastrique, commun à tous les âges de la vie, se caractérise par l'état saburral de la langue, l'anorexie, la fièvre, la courbature générale. Cet état dure une semaine en moyenne : il est sujet à récidive.

Le diagnostic au début est d'autant plus difficile que la plupart des maladies aiguës se compliquent d'embarras gastrique. On pensera tour à tour à la fièvre typhoïde, à la grippe, aux fièvres éruptives. En prenant la température, matin et soir, on constatera que la courbe s'élève très haut le soir, pour retomber à la normale le matin. Ces intermissions ou rémissions sont propres à l'embarras gastrique.

L'embarras gastrique est une sorte d'auto-intoxication ayant pour siège initial l'estomac. Il est donc indiqué de nettoyer, d'évacuer cet organe. On peut le faire à l'aide de l'ipéca :

Poudre d'ipéca fraîche........	0g50 centigr.
Eau sucrée..................	50 grammes.

Prendre en une ou deux fois, en buvant ensuite quelques gorgées d'eau chaude.

Si l'enfant tolère mal les vomitifs, s'il en éprouve de l'abattement, on donnera un purgatif :

Sulfate de soude............	10 grammes.
Eau.........................	50 —
Sirop de groseilles...........	50 —

Prendre le matin à jeun.

Ou bien :

Huile de ricin...............	10 grammes.
Lait sucré..................	100 —

Ou encore :

Scammonée.................	0g30 centigr.
Jalap.......................	0g30 —

A prendre dans un peu de lait.

Ces doses moyennes sont pour des enfants de cinq à six ans; on les augmentera ou diminuera suivant les circonstances d'âge, de tempérament, etc.

---

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, Rev. gén. : « Ascites laiteuses », 1899, p. 1113.

(1) *Formulaire*, Rueff 1900.

Si l'embarras gastrique résiste à la médication évacuante, on fera l'antisepsie des voies digestives :

Bétol	0g10 centigr.
Magnésie	0g10 —
Sucre en poudre	0g50 —

Pour un paquet; en prendre 5 ou six dans la journée.

Ou bien :

Benzo-naphtol	0g10 centigr.
Bicarbonate de soude	0g10 —
Sucre en poudre	0g50 —

Même mode d'administration.

S'il y a persistance de la fièvre on prescrira la quinine, sous forme de chlorhydro-sulfate, à la dose de 20, 30, 40 et 50 centigrammes suivant l'âge (trois, cinq, sept et dix ans).

Ce sel sera donné dans une potion gommeuse, le lait sucré, le jus de réglisse, le café sucré, ou en suppositoire.

Comme régime, on prescrira la diète mitigée : lait et bouillon dégraissé, tisanes acidulées (limonade); repos au lit, ou tout au moins à la chambre.

VARIÉTÉS

« En Démence », par M. Paul Bru.

Après le fougueux et fantaisiste réquisitoire de M. Bruyerre contre les médecins aliénistes dans *En Paix*, voici une nouvelle attaque contre la loi de 1838. Cette fois, c'est surtout l'administration que l'auteur de *En Démence* a voulu viser, cette toute-puissante administration qui peut actuellement envoyer un homme à l'asile bien plus facilement qu'une lettre de cachet conduisait autrefois à la Bastille!

M. Bru nous raconte la simple et navrante histoire d'un homme sain de corps et d'esprit qu'un drame passionnel fait arrêter, conduire *par faveur* à l'infirmerie du Dépôt, puis de là à Sainte-Anne et à Bicêtre.

Tel est le point de départ du drame que M. Bru place dans ce milieu spécial de Bicêtre, qu'il a pu étudier de très près et dont il nous donne une description souvent saisissante.

A peine arrivé à l'hospice, le héros est immatriculé, enregistré, baigné, habillé et désigné pour la 6e section des aliénés de Bicêtre.

« A mon arrivée dans la cour, écrit-il dans son journal, les malades qui se promenaient s'arrêtèrent. Des groupes se formèrent. On chuchota : « Voilà le nouveau!... »

Un petit homme, gras, replet, portant à la boutonnière un ruban de laine rouge, ayant à la bouche une pipe veuve de tabac, coiffé d'un béret alpin, vint le premier à moi, me prit familièrement le bras et m'entraîna en me disant :

— Vous êtes une nouvelle recrue pour la section. Permettez-moi de ne pas vous en féliciter... A votre allure, j'ai jugé de suite que vous êtes une victime de la loi qui permet d'enfermer ici de braves citoyens qui ne demandaient à la société que le droit de vivre tranquilles. Est-ce vrai?

— Pardon, fis-je défiant, à qui ai-je l'honneur de parler?

— A monsieur le ministre du Commerce et de l'Industrie... Saluez, signor!... Je suis en ce moment en villégiature!... Ça vous étonne que j'aie choisi cet endroit; que voulez-vous?... Chacun ses idées... Je suis venu ici pour étudier l'influence de la musique sur les cerveaux faibles... C'est très curieux!...

Sur ces entrefaites, un grand diable d'idiot s'avança vers nous en courant, ouvrant dans un rire colossal une bouche énorme, laissant voir deux mâchoires édentées :

— Comment que ça va?... glapit-il en me tendant la main!...

— El señor caballero, dit mon premier interlocuteur, j'ai l'insigne honneur de vous présenter Dutonneau, le seul, l'unique Dutonneau!... N'est-ce pas?...

— Voui!... fit l'idiot.

— Quel âge as-tu? demanda le pseudo-ministre.

— Vingt-cinq ans!...

— Et ton père?

— Treize!...

— Et ta mère?

— Dix-huit!...

— Quand te maries-tu?

— Dimanche!...

— Avec qui?

— Avec la chienne du commandant de place!...

La cloche du souper interrompit heureusement cette conversation. Dutonneau se précipita vers le réfectoire en poussant de formidables : Ah! Ah!... et en faisant mille gambades.

Mon interlocuteur ne me lâcha point. Très cérémonieusement, il m'invita à le suivre « à la salle à manger, pour prendre part aux hospitalières agapes »...

En route, ensuite, pour le dortoir...

Oh! cette première nuit, dans cette salle d'hôpital, qu'elle fut longue!... La tête cachée sous le drap, j'ai longuement pleuré sur mon bonheur disparu, sur ma vie brisée... Combien de temps serai-je condamné à vivre au milieu de ces pauvres êtres qui n'ont plus leur raison? combien de temps me faudra-t-il coudoyer des Dutonneau, avoir pour compagnons ce ministre en villégiature et tant d'autres que je n'ai qu'entrevus aujourd'hui et dont il me faudra demain écouter la lamentable histoire?

Ma raison ne sombrera-t-elle pas, elle aussi, au contact de ces malheureux? Si j'allais à mon tour devenir fou? »

Et en effet telle est la fin du malheureux après une série d'aventures racontées avec une réelle émotion.

En Démence fourmille de types extrêmement curieux et sur chacun desquels tout le monde voudra *naturellement* mettre un nom.

Parmi ces portraits qui ont quelque ressemblance avec ceux tracés par M. Léon Daudet dans les *Morticoles*, le médecin-chef, le docteur Bertinaud, occupe une place importante. Ce n'est pas un méchant homme, mais son horizon semble singulièrement limité, et son moindre défaut est de voir partout la folie.

L'auteur lui a attribué un certain nombre de naïvetés qui sont classiques. Ecoutez-le plutôt parlant à son interne : « Comment voulez-vous que je croie à vos microbes de la grippe? L'autre jour, pour un malade, vous me les avez montrés rouges. Ce matin pour le 7 de la salle Archambault ils étaient violets. Il s'agirait de s'entendre!... »

A côté il convient de placer le procureur de la République qui, pour satisfaire à la loi de 1838, article 4, visite deux fois par an les asiles placés sous sa juridiction sans avoir d'ailleurs aucun moyen de voir ce qui s'y passe.

Après avoir décrit une série de types de fous très curieux, l'auteur ne pouvait terminer son roman sans faire intervenir une des célèbres fêtes de la salle de garde de Bicêtre.

Il n'y a pas manqué, et le dénouement de son drame se produit au cours d'une fête où l'interne Manteau, au trans-

parent pseudonyme, dirige avec maestria la fameuse fanfare de Bicêtre.

Quelles que soient les exagérations, quelles que soient les inexactitudes de ce livre où l'on sent un peut trop le polémiste, nos confrères le liront avec intérêt.

Mais arrivés à la dernière page ils ne pourront s'empêcher de penser qu'une loi qui prête à toutes les attaques dont a été l'objet la loi de 1838 est vraiment une loi bien mal faite!

Dr E. RENAUD.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

161. M. KHORASSANDJI. Cirrhose biliaire hypertrophique avec splénomégalie (type Gilbert Fournier). — 162. M. OMBREDANNE. Les lames vasculaires dans l'abdomen, le bassin et le périnée. — 163. M. COUDRAY. Des indications de l'interruption de la grossesse chez les femmes enceintes albuminuriques. — 164. M. DUBOIS. Appendicite et hystérie. — 165. M. DELISLE. Transformation maligne des nœvi. — 166. M. NAVARRE. La scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades, en 1899. — 167. Mlle ENTZ. Consultations des nourrissons et allaitement. — 168. M. LAROCHE. Comment traiter la péritonite tuberculeuse. — 169. M. CHALON. Contribution à l'étude de l'orchite typhoïdique. — 170. M. BRISARD. La méralgie paresthésique (névralgie du fémoro-cutané). — 171. M. AVIAT. La question des établissements spéciaux pour la cure de l'alcoolisme. — 172. M. CARCASSONNE. Des amyotrophies scapulo-thoraciques au cours de la tuberculose pulmonaire. — 173. M. OMNÈS. Sur le traitement de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie. — 174. M. FRAPPIER. Nouvelle suture de la paroi abdominale. — 175. M. P. BENOIST. Des pneumopathies rhumatismales. — 176. M. LINGET. Contribution à l'étude du diagnostic clinique des tubercules de la couche optique. — 177. M. J. RICHARD. Essai sur les crustacés considérés dans leurs rapports avec l'hygiène, la médecine et la parasitologie. — 178. M. PICQUENARD. La végétation de la Bretagne étudiée dans ses rapports avec l'atmosphère et avec le sol. — 179. M. PASCAL. Fistules vésico-intestinales acquises chez l'homme et la femme. — 180. M. CUNÉO. Infection du système lymphatique dans le cancer de l'estomac, et de ses conséquences chirurgicales. — 181. M. FURBURY. Étude sur les ruptures traumatiques de la vessie et leur traitement. — 182. M. PHALIP. Du pneumothorax accidentel survenant au cours de la thoracentèse. — 183. M. LUCAS. Des indications de l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement des fibromes. — 184. M. OGÉ. Des hernies de l'utérus et des annexes. — 185. M. ARAGO. La Vanne, l'Avre et la Dhuis. Étude d'hygiène parisienne. — 186. M. LAMARLE. Du régime alimentaire dans la fièvre typhoïde. — 187. M. GOSSET. Étude sur les pyonéphroses. — 188. M. THIBAULT. De l'épidémie de l'appendicite. — 189. M. CHAUVIN. De l'épididymite ourlienne. — 190. M. CARILLON. Troubles de l'oreille dans l'air comprimé. — 191. M. BLACKBURN. De la péritonite à pneumocoque. — 192. M. NICOLAS. De l'anus préliminaire dans le traitement du cancer du rectum et en particulier de sa fermeture. — 193. M. PICAUD. Lumbago et rhumatisme spinal. — 194. M. COULOMB. Sur la transmission intra-utérine de l'immunité vaccinale. — 195. Mme KRITCHEVSKY-GOCHBAUM. Sur un cas d'ankylose articulaire progressive et généralisée (synarthrophyse). — 196. M. MARAIS. Délire salicylique dans le rhumatisme articulaire aigu. — 197. M. MÉRESSE. Du zona dans les intoxications et en particulier dans l'urémie. — 198. M. CARNUS. Du traitement des affections aiguës du poumon par les enveloppements humides permanents du thorax. — 199. M. BOUCHET. Traitement de la luxation sus-acromiale de la clavicule. — 200. M. GRIFFON. L'agglutination du pneumocoque. — 201. M. RELIQUET. Recherches sur l'étiologie de l'hypertrophie sénile de la prostate. — 202. M. LAQUERRIÈRE. Étude clinique sur le traitement des fibromes utérins par la méthode Apostoli et en particulier sur ses résultats éloignés. — 203. M. LACOUR. Le corps jaune et la cause déterminante de l'accouchement. — 204. M. COURGENOU. Contribution à l'étude de l'accouchement chez les primipares âgées. 205. M. MADRU. La glande salivaire des diabétiques. — 206. M. LE CONIAT. Sur le principe actif de la noix de kola. — 207. M. ATCHAM. Contribution à l'étude de l'ostéomyélite du maxillaire inférieur. — 208. M. HERBOUT. Valeur diagnostique des stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 5 AU 10 MARS 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 5 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Lejars et Walther.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salles nos 3 et 1* : MM. Lannelongue, Broca (Aug.) et Varnier ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Gaucher et Gilles de la Tourette; — M. Weiss, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Tuffier et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Terrier, Delbet et Legueu; — (2e partie) : MM. Hayem, Teissier et Launois; — M. Sébileau, suppléant.

MARDI 6 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Schwartz, Quénu et Thiéry.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Rémy, Bonnaire et Faure.

4e, *Faculté, salle no 1* : MM. Proust, Debove et André ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Brun et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Charrin et Ménétrier; — (2e série): MM. Ballet, Marfan et Méry; — M. Thiroloix, suppléant.

MERCREDI 7 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Delens, Sébileau et Mauclaire.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle no 3* : MM. Pinard, Poirier et Legueu.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salles nos 2 et 1* : MM. Terrier, Jalaguier et Lepage; — (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine et Gilles de la Tourette; — M. André, suppléant.

JEUDI 8 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Guyon, Brun et Poirier.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Hanriot et Méry.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salles nos 1 et 2* (1re série) : MM. Le Dentu, Albarran et Wallich ; — (2e série) : MM. Quénu, Schwartz et Bonnaire ; — (2e partie) : MM. Grancher, Letulle et Achard.

4e, *Petit amphithéâtre* : MM. Chantemesse, Thoinot et Vaquez ; — M. Thiéry, suppléant.

VENDREDI 9 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Lannelongue, Broca (Aug.) et Delbet.

4e, *Faculté, salle no 3* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Kirmisson et Lejars ; — (2e série) : MM. Tuffier, Jalaguier et Walther; — (2e partie) : MM. Grancher, Déjerine et Widal ; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 10 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Poirier et Faure.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Faculté, salle no 3* : MM. Debove, Blanchard et Ballet; — M. Langlois, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Roger et Marfan ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Letulle et Dupré ; — Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Berger, Bonnaire et Wallich.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours pour six places de médecin des hôpitaux. — Le jury est composé actuellement de la façon suivante :

MM. Achard, Hayem, Faisans, Debove, Josias, Muselier, Mauriac, Variot, Würtz et Léon Labbé, qui ont accepté;

MM. Oulmont et Gouguenheim, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Notre confrère M. le professeur Masse, rédacteur en chef de la *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, qui avait eu la douleur de perdre son petit-fils il y a quelques jours, vient d'être frappé par un nouveau malheur : samedi dernier sa petite-fille, âgée de deux ans, succombait. Nous envoyons à notre malheureux confrère l'assurance de notre profonde sympathie.

Légion d'honneur. — Sont promu ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Au grade d'officier. — M. le docteur Parinaud.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bar, de Molènes-Mahon, Cavasse, Clopin, Gage, Duchamp, Houradon, Galup.

Marine. — MM. Rousseau et Nouaille-Degorce, médecins de deuxième classe du cadre de Rochefort, sont autorisés à prendre part au concours qui s'ouvrira dans ce port le 26 février courant pour l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'École annexe de médecine navale de Rochefort.

— M. Grognier, médecin de première classe du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer sur le *D'Estaing* (division de l'Océan indien) M. le docteur Le Franc.

M. Moussoir, médecin de première classe du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer, à la prévôté de l'hôpital de Saint-Mandrier, M. le docteur de Biran.

M. Dumas, médecin de première classe du cadre de Rochefort, est désigné pour continuer ses services au port de Lorient, au lieu et place de M. le docteur Hennequin.

Ier Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale. — Le comité du Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale, qui se tiendra à Paris, du 23 au 28 juillet, a l'honneur de porter à la connaissance du corps médical ce qui suit :

Une réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer français et de 30 p. 100 sur la Compagnie transatlantique sera accordée à tous les adhérents au Congrès, qui auront versé leur cotisatisation avant le 20 juin 1900.

Les pièces nécessaires pour obtenir cette réduction seront adressées en même temps que la carte de membre du Congrès, etc.

La durée de validité du billet de chemin de fer sera d'un mois, du 20 juillet au 20 août.

En ce qui concerne les logements à Paris, le comité s'est préoccupé d'obtenir de différentes agences des conditions spéciales. Des circulaires très explicites et documentées, relatives aux propositions de ces agences, sont actuellement entre les mains des présidents et secrétaires des comités de patronage français et des comités nationaux étrangers auxquels les congressistes désireux d'avoir à ce sujet des détails peuvent dès maintenant s'adresser.

Pour adhérer au Congrès, envoyer la cotisation de 15 francs (membres titulaires) ou de 10 francs (membres participants) et sa carte de visite au trésorier du Congrès : M. Pierre Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les membres participants (étudiants en médecine, femmes des congressistes) peuvent bénéficier de la réduction sur les chemins de fer. Ces membres participants n'auront pas droit aux publications du Congrès.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Eugène Bœckel, ancien agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, chevalier de la Légion d'honneur; Charles Masse, médecin principal de première classe en retraite, commandeur de la Légion d'honneur; Messéant (de Faches-Thumesnil); A. Picard, médecin-inspecteur des Enfants assistés à Paris.

Les antivaccinateurs et le traitement de la variole. — Le docteur J. Vindevogel publie dans le *Médecin*, l'organe des antivaccinateurs belges, un mode de traitement de la variole dont il affirme l'infaillibilité :

« J'affirme la GUÉRISON sans décès ou à décès *très rare* (je parle ici d'expérience acquise, de pratique confirmative) pour la *variole* comme pour la *scarlatine*, la *rougeole* et autres états aigus à contages, moyennant la médication sévère, calculée avec exactitude et minutieusement appliquée. Celle-ci repose sur l'emploi à doses filées, graduées, des *alcaloïdes défervescents*, avec — en plus — l'obscurité du local ou l'interception des rayons du faisceau lumineux solaire, autres que les rouges.

Filez l'aconitine cristallisée par 1/4 milligramme, l'hydroferrocyanate de quinine par 2 milligrammes, l'arséniate de strychnine par 1/4 de milligramme, le sulfure de Mg ou de calcium par 5 milligrammes — jusqu'à effet *défervescent*, chute de la fièvre (en quatre heures, en moyenne, le résultat est obtenu, avec des prises de vingt en vingt minutes); maintenez durant deux à quatre jours la défervescence par un dosage atténué; tâtez la situation, observez et réglez la médication sur les *indications*, *les reprises offensives*, soyez *médecin* et *stratège* accompli, et *vous jugulerez le mal et la mort* — JE L'AFFIRME ET M'AVANCE A LE PROUVER PARTOUT. — Est-ce assez de conviction et de certitude? Dois-je être plus assuré et plus confirmatif? J'ajoute que tout praticien est apte à faire ces cures rapides et sûres. J'ai dit les moyens.

Après cela lavez les intestins et purifiez le sang par une dose de poudre saline dépurative; nourrissez par le *lait pur*, additionné de sel et d'un peu de sucre blanc.

C'est la cure radicale, rapide, sans écho sur la constitution, sans décès aucun, sans insuccès.

Et nunc erudimini et judicate. »

Berthollet et l'alcool. — L'alcool a gardé longtemps, dans l'armée, la réputation de susciter les courages et d'engendrer, pour un coup d'audace, les ardentes volontés : flambée factice, feu de paille, sur lesquels un chef militaire ne doit point compter. Voici, à ce propos, une anecdote peu connue que rapporte l'*Echo médical du Nord* sur le grand chimiste français. Peu de temps avant le neuf thermidor, lorsqu' on en était venu à voir partout des conspirations, un dépôt sableux trouvé dans des barriques d'eau-de-vie destinées à l'armée fit avancer qu'on avait voulu faire périr les soldats, et déjà nombre d'individus étaient dans les fers et attendaient leur sentence. Berthollet, chargé d'analyser cette eau-de-vie, prouva dans un rapport qu'elle ne contenait rien de nuisible. Le comité de salut public, dont ce rapport dérangeait les plans, fit venir l'auteur : « Comment oses-tu soutenir, lui dit Robespierre que cette eau-de-vie ne contient pas de poison? » — Pour toute réponse, Berthollet en avale un verre en disant : « Je n'en ai jamais tant bu. — « Tu as bien du courage, » s'écria le féroce dictateur. — Le chimiste répliqua : « J'en ai eu davantage lorsque j'ai écrit mon rapport. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tableaux synoptiques de symptomatologie clinique et thérapeutique, par le docteur GAUTIER. Un vol. gr. in-8 de 200 pages, cartonné. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 25. — JEUDI 1er MARS 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 1er MARS 1900. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Deux cas de tuberculose mammaire, par M. H. Morestin, chirurgien des hôpitaux de Paris. — Un cas de diabète insipide dépendant d'un glio-sarcome du quatrième ventricule, par M. G. Marinesco, professeur à la Faculté de médecine de Bucarest. — Séance de l'Académie de médecine. — Revue de la Presse. *Médecine* : La transmission de la malaria par les moustiques ; — Oreillons à début testiculaire ; — *Anatomie pathologique* : Les lésions histologiques de la rage chez les animaux et chez l'homme ; — *Dermatologie* : Traitement de l'iodoformisme cutané par contact ; — L'unguentum domesticum ; — *Thérapeutique* : Le mercure dans les affections cardiaques ; — L'orthoforme dans les crevasses du sein ; — Les onctions à l'eau oxygénée glycérinée pour diminuer la durée de la desquamation dans la scarlatine. — Chronique et nouvelles scientifiques.

DEUX CAS DE TUBERCULOSE MAMMAIRE

Par H. Morestin,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

I

La tuberculose mammaire, dont l'existence n'était pas démontrée il y a vingt ans, est actuellement peut-être la plus complètement étudiée de toutes les maladies du sein.

Il nous serait agréable de rappeler par quelle succession d'excellents travaux s'est rapidement constituée l'histoire de cette affection, désormais classique et connue dans tous ses éléments essentiels ; mais beaucoup de ces mémoires sont certainement entre les mains de nos lecteurs, et toutes les indications concernant ce sujet sont contenues dans les articles récents de nos traités (Delbet, in Duplay et Reclus ; Binaud et Braquehaye, in Le Dentu-Delbet), dans le travail de Sabrazès et Binaud (*Arch. de méd. expér.*, 1896), celui de Mermet (*Arch. de méd.*, 1896), la thèse d'Argellier (Lyon, 1898), une revue récente de Carrel (*Gaz. des hôp.*, 1899). Nous nous abstiendrons donc de répéter ici ce qu'on trouvera fort bien détaillé, en se reportant à ces travaux, où la bibliographie tient une place importante. Aussi bien notre projet n'est pas de reprendre la question sous sa forme globale.

Sans doute, elle est loin d'être épuisée, mais pour l'instant, il n'y a pas lieu d'en modifier les grandes lignes, et les deux observations que nous voulons présenter aujourd'hui n'autorisent aucun bouleversement.

Elles permettent simplement de discuter un certain nombre de points secondaires et contribuent à montrer que la tuberculose mammaire n'est pas une, mais variée dans ses formes et dans sa marche.

II

L'un de ces cas surtout présente de l'intérêt, car il s'agit d'une forme considérée comme très rare, d'une tuberculose à foyers multiples et disséminés.

Une femme de trente ans, Mme Lucie M..., vient nous consulter au mois d'août 1899 pour une tumeur du sein droit. Fatiguée par quatre grossesses successives, et s'occupant d'un commerce assez pénible d'épicerie au détail, elle est mince, maigre, et d'une santé médiocre. Pendant sa dernière grossesse, au mois de novembre 1898, elle a eu une pleurésie du côté droit. L'épanchement pleural s'est résorbé rapidement, mais elle a conservé sans doute quelques adhérences, car elle est tourmentée par des douleurs intercostales, qui reviennent très fréquemment. Quoique délicate et frêle, elle ne tousse point. Elle n'a allaité que son premier enfant ; elle avait peu de lait et ses seins ont toujours été d'un volume très médiocre. Elle n'a jamais eu d'accident de la lactation, ni abcès, ni gonflement douloureux.

Six mois après son dernier accouchement, c'est-à-dire vers le mois de juin, elle a constaté, dans l'épaisseur du sein, un noyau dur, mais elle laissa passer plusieurs semaines avant d'y prêter attention.

Elle se décida à s'en occuper, quand apparurent, du côté du sein et de l'aisselle, des sensations de tiraillement, de lancinement et de gêne, tout cela dans des proportions suffisantes pour l'inquiéter, mais pas assez pour la faire réellement souffrir. Elle entre à Saint-Louis le 2 septembre. La lésion est unilatérale, le sein gauche étant parfaitement souple et normal. Le sein droit, au premier abord, ne présente rien qui le distingue de son congénère, car il n'est ni augmenté de volume, ni modifié dans sa forme ou son apparence extérieure. Pourtant le mamelon est légèrement rétracté et rentré dans sa moitié supérieure. C'est une rétraction partielle, le mamelon est attiré et incliné en haut et un peu en dehors. Mais il se laisse étirer par la traction.

A la palpation on constate tout de suite l'existence d'une tumeur arrondie, ou plutôt ovoïde, occupant la partie interne du sein. Cette tumeur, indépendante des téguments souples et sains, se laisse aisément déplacer sur les parties profondes.

Elle paraît nettement circonscrite, et donne l'impression d'une tumeur énucléable, tant elle se laisse bien isoler du reste de la glande. Sa consistance est assez ferme, mais on peut néanmoins constater avec netteté l'existence de la fluctuation.

Cette exploration est d'ailleurs complètement indolente.

L'examen du reste de la glande montre qu'elle contient encore plusieurs tumeurs plus petites dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'un pois. Les deux plus grosses, arrondies, lisses, paraissent mobiles au milieu des

tissus ambiants ; elles occupent le côté externe de la glande et pour l'une d'elles la fluctuation est évidente.

D'autres plus petites sont semées au pourtour des deux précédentes, et se présentent comme des grains durs, prédominant surtout dans le segment externe. De la mamelle à l'aisselle il est possible de sentir une sorte de cordon, peu distinct cependant, suivant, puis contournant le bord inférieur du grand pectoral. Dans l'angle antéro-interne du creux axillaire est un petit paquet ganglionnaire, formé de deux ou trois ganglions à peine augmentés de volume, au voisinage du bord inférieur des pectoraux.

La malade n'avait jamais remarqué qu'elle eût un écoulement par le mamelon. Cependant la pression exercée sur le sein, et en particulier sur la tumeur occupant sa partie interne, a fait, sous nos yeux, sourdre, par un des orifices galactophores du pus jaunâtre en petite quantité.

Cette constatation indiquait que la collection était en communication plus ou moins directe avec un conduit excréteur. D'ailleurs une ponction exploratrice pratiquée dans la tumeur ramena une pleine seringue de Pravaz de pus d'un jaune clair, absolument semblable à celui qui s'écoulait par le mamelon.

Il était donc évident qu'il s'agissait d'une mammite chronique à plusieurs foyers, dont l'un au moins était suppuré. En l'absence de toute inflammation aiguë puerpérale ayant frappé antérieurement la mamelle, cette mastite échappait à l'étiologie commune des mastites suppurées chroniques. D'ailleurs ce n'était pas du tout l'aspect ordinaire de ces vieux abcès torpides, qui entourés d'une coque dure, adhérente à tous les tissus environnants, simulent les carcinomes. Ce n'était pas non plus, certes, le tableau que nous offre habituellement la tuberculose mammaire. Cependant nous pensions à cette forme de tuberculose, dite disséminée, où les bacilles et les tubercules prennent naissance simultanément en divers points de la glande, formant des noyaux distincts dont l'évolution est parallèle. En raison des antécédents légèrement suspects, du teint pâle de la malade, indiquant un état général médiocre, de l'évolution lente, indolente et froide, cette opinion nous parut plausible, et ce fut notre diagnostic, réserve faite cependant sur la nécessité de l'appuyer d'une constatation bactériologique et histologique.

Nous pensions d'abord qu'on pourrait peut-être éviter à cette femme encore jeune l'amputation du sein, et qu'on pouvait tenter l'extirpation des parties malades qui paraissaient occuper deux territoires distincts, l'un interne, l'autre externe. En haut et en bas, la mamelle, d'une exploration facile, en raison de son faible volume, paraissait souple et saine.

La malade fut donc opérée le 6 septembre 1899. Il fallut changer de programme. Les noyaux étaient bien moins limités qu'on n'aurait pu le croire ; tous étaient suppurés, et ces collections formées d'un pus jaune remarquablement crémeux. Autour d'elles il y avait une quantité de petits foyers caséeux à divers états de ramollissement. Chaque coup de bistouri entamait un ou plusieurs de ces noyaux, et quand on essayait de passer à une distance plus grande, on en rencontrait de nouveaux. La mamelle entière était ainsi remplie de foyers caséeux, la plupart ramollis et abcédés. Il n'y avait donc qu'à en faire le sacrifice total. C'est ce qui fut fait, et l'opération complétée par l'extirpation des ganglions axillaires suspects.

La malade eut un hématome dans sa plaie, mais il fut évacué au premier pansement le cinquième jour, et ce léger incident n'empêcha pas l'opérée de guérir rapidement et de quitter l'hôpital au bout d'une quinzaine de jours.

Depuis, nous l'avons revue à plusieurs reprises et localement la guérison se maintient parfaitement. C'est l'état général qui laisse toujours un peu à désirer, sans qu'il y ait, pour le présent, aucun indice d'une lésion évoluant dans un organe quelconque.

Le contrôle bactériologique aurait pu paraître presque inutile, tant la nature tuberculeuse des lésions semblait évidente, puisqu'on trouvait sur la coupe tous les intermédiaires entre les noyaux crus jaunâtres et les abcès froids résultant de leur extrême ramollissement. Mais tout d'abord dans un cas présentant une symptomatologie anormale, cette vérification n'est jamais superflue. En outre, d'intéressantes questions sur le siège primitif, le mode de développement des lésions sont encore à l'étude et ne peuvent être éclaircies que par des examens microscopiques répétés sur une série de pièces. Or, chez cette femme, l'examen bactériologique a donné un premier résultat intéressant. Le pus recueilli avec une seringue stérilisée dans un des abcès ensemencé sur un des milieux appropriés, contenait du staphylocoque blanc et doré. D'autre part en examinant des préparations obtenues par frottis de lamelles, M. Deguy a pu reconnaître d'une manière certaine la présence de bacilles. Ceux-ci n'ont pu être retrouvés ultérieurement sur les coupes. Ce fait n'a rien de très surprenant. La tuberculose mammaire est habituellement pauvre en bacilles, et il arrive qu'on passe en revue un nombre énorme de préparations avant d'en rencontrer.

Deux cobayes ont été inoculés sous la peau du ventre, l'un avec du pus recueilli dans un des abcès, l'autre avec un fragment de la glande contenant un noyau caséeux.

Sacrifiés au trente et unième jour, ils présentaient tous deux, dans les deux aines de volumineux ganglions, nettement tuberculeux.

Quant aux préparations histologiques elles reproduisent, d'une manière presque rigoureuse, les figures de Dubar et du traité de chirurgie.

On y retrouve sans peine les amas de cellules embryonnaires accumulées au pourtour des acini, dont l'épithélium est lui-même plus ou moins modifié, les acini envahis par les cellules embryonnaires et enfin les cellules géantes d'un volume énorme qui, d'après Dubar, dérivent des acini, et sont, néanmoins, pour lui, de véritables cellules géantes, tandis qne Sabrazès et Binaud ne voient là qu'une apparence et en font de fausses cellules géantes. Ce qu'il y a d'intéressant surtout sur ces prépararations, c'est que le tissu conjonctif intestitiel de la mamelle est presque complètement respecté. Les lésions sont, pour ainsi dire, systématisées, et frappent principalement l'appareil glandulaire, occupent les conduits excréteurs, les acini ou leur voisinage immédiat. Il semble donc que, dans ce cas particulier, on puisse admettre, sinon l'origine glandulaire, du moins l'évolution glandulaire de la maladie. M. Cornil, qui a bien voulu examiner et contrôler les préparations de M. Deguy, pense que les cellules géantes, dont un certain nombre lui paraissent être d'indiscutables et authentiques cellules géantes, peuvent bien avoir pour origine l'épithélium des acini et non fatalement une origine méso-dermique. Quant au point de départ des lésions, il semble, en examinant certains points où les acini encore non modifiés sont entourés d'une zone abondante de cellules

embryonnaires que le début puisse être péri-acineux.

Les lésions si abondantes des voies d'excrétion, aussi bien que l'écoulement constaté par le mamelon, pourraient faire songer à une infection ascendante par les conduits galactophores. On sait que ce mode d'envahissement, admis autrefois par Verneuil et Verchère, est considéré aujourd'hui comme particulièrement rare. Rien n'autorise formellement à l'accepter dans le cas particulier. Cela est possible toutefois, sans qu'on en puisse fournir d'autre preuve que le groupement et la distribution des lésions.

On remarquera qu'il existait ici une association microbienne, que le staphylocoque et le bacille ont été reconnus dans le pus du même abcès.

Les agents vulgaires de la suppuration ont dû certainement parvenir jusqu'à l'abcès en remontant les voies galactophores.

On peut se demander si cette infection est contemporaine de l'envahissement par la tuberculose, si elle l'a précédé ou suivi. Tout porte à croire qu'elle est postérieure et qu'il s'agit d'une infection secondaire. C'est là un fait qui paraît rare dans la tuberculose du sein. Les foyers tuberculeux s'ouvrent habituellement à la peau, quand on les laisse à leur évolution spontanée; ils n'ont guère tendance à se mettre en communication avec l'extérieur par l'intermédiaire des conduits galactophores, et l'on compte les cas où l'on a pu noter un écoulement par le mamelon de pus plus ou moins caractérisé. Cependant, il y aurait quelques recherches à faire dans cette voie. Ce phénomène est peut-être plus fréquent que ne l'accusent les observations. Sa constatation serait tout d'abord un signe clinique dont l'importance ne saurait être méconnu, et en outre, si, dans un certain nombre de faits, on arrivait à établir un rapprochement entre cet écoulement et la forme que nous avons observée, il y aurait là certainement un élément important à faire intervenir dans la pathogénie et l'étiologie.

Comme il arrive dans beaucoup d'organes, il se peut que l'infection secondaire ait accéléré le ramollissement de lésions bacillaires à marche jusque-là torpide et lente, et favorisé la production des abcès. Cette notion d'infection secondaire ascendante dans la tuberculose du sein, est nouvelle. Peut-être pourra-t-elle être appliquée à d'autres cas, dont le caractère est anormal.

On nous permettra de revenir encore sur l'importance de cet écoulement par le mamelon au point de vue du diagnostic. Il a suffi de le constater pour éliminer d'emblée des affections qui, chez notre malade, auraient dû, sans cela, nous arrêter longuement. Rappelons que l'exploration de la mamelle avait fait constater dans son épaisseur : plusieurs tumeurs arrondies, de volume variable, en apparence bien circonscrites et mobiles au milieu des tissus avoisinants, indolentes, sans altération des téguments, et sans grosse adénopathie. On pouvait penser à des adénomes du sein, à une mastite noueuse, à une maladie kystique. Un écoulement de pus par le mamelon, augmenté par la pression sur une des tumeurs, ne permettant pas le moindre doute sur la présence d'un abcès en communication avec les conduits galactophores, rendait inutile la discussion des kystes, des adénomes et de la simple mammite noueuse.

L'examen du pus recueilli par expression ou par ponction, pour avoir une valeur diagnostique bien démonstrative, doit être fait d'une manière très complète. On aurait pu, par exemple, en prendre une idée inexacte, en se bornant à un examen sommaire. On sait que les bacilles sont rares, ils pourraient passer inaperçus, et les microbes de la suppuration seuls être mis en évidence.

Cette remarque peut paraître banale. Cependant elle n'est pas inutile, car précisément c'est ce qui est arrivé pour notre malade. Le pus, prélevé une première fois dans un des abcès, fut remis à deux laboratoires. Dans l'un on ne vit que les staphylocoques, et dans l'autre on ne trouva que les bacilles.

La rétraction du mamelon est un signe fréquemment noté dans la tuberculose du sein. Ici, elle était à peine ébauchée, la moitié supérieure du mamelon était inclinée et rentrée. Or, précisément chez cette femme, les lésions étaient très étendues, généralisées à toute la glande et à tous les conduits. Il semble *a priori* qu'au contraire ce symptôme aurait dû se montrer sous sa forme la plus nette. C'est que dans sa pathogénie, le seul facteur est la sclérose et la rétraction du tissu conjonctif interstitiel.

La sclérose est plus ou moins accentuée suivant les cas, sans que d'ailleurs on puisse dire que la rétraction plus ou moins grande du mamelon en donne l'exacte mesure. Nous avons vu que, sur la pièce, on pouvait noter précisément une intégrité relative du tissu conjonctif interstitiel. Cette constatation vient encore à l'appui de l'idée d'une évolution glandulaire des lésions.

Les classiques insistent avec raison sur les caractères de l'adénopathie axillaire dans la tuberculose du sein. Les ganglions envahis prennent rapidement un gros volume. Leur évolution est si précoce et se fait en si peu de temps que parfois on passe à côté de la lésion mammaire, cause première de leur engorgement. Ou bien en présence d'un noyau mammaire peu volumineux, coïncidant avec une adénopathie considérable, on est tenté de renverser les rôles et d'admettre que la mamelle s'est prise secondairement.

Il est possible, et nous y viendrons tout à l'heure à propos de notre deuxième cas, que les choses se passent ainsi dans des circonstances exceptionnelles, mais dans l'immense majorité des cas, c'est le sein qui est affecté en premier lieu, et selon les règles ordinaires de la pathologie, les ganglions sont envahis consécutivement. Mais ceux-ci constituent un terrain autrement favorable au développement du tubercule et la lésion secondaire paraît hors de proportion avec le noyau originel.

Ces faits bien établis constituent la règle habituelle. Or, chez notre malade, c'est le contraire qui s'est produit. La lésion glandulaire est énorme, et disséminée dans tout l'organe. On peut même deviner un cordon lymphatique qui sert de trait d'union entre la glande malade et les ganglions dont elle est tributaire et pourtant ces ganglions sont à peine tuméfiés, leurs dimensions n'excèdent pas celles d'une noisette, et chez une personne un peu mieux partagée sous le rapport du tissu adipeux, leur présence aurait peut-être passé inaperçue.

Il était bon de signaler ce détail, car la disproportion entre les ganglions engorgés et la tumeur mammaire est invoquée précisément, non seulement comme un signe de la tuberculose du sein, mais comme un élément important du diagnostic parfois délicat avec le squirrhe.

Bien qu'on n'ait jamais donné ce signe comme absolu, et qu'un diagnostic soit basé non sur un symptôme, mais sur le rapprochement de toutes les données que fournit l'examen du malade, il est utile d'indiquer les variations cliniques des signes qui sont usuels, dont l'appréciation

nous est familière et auxquels nous avons l'habitude de nous rapporter.

A propos d'adénopathies axillaires, et de lésion mammaire pouvant passer inaperçues, ou d'un volume comparativement très médiocre, notons en passant une cause d'erreur dans l'appréciation de ces lésions. Elles peuvent exister, sans que la palpation puisse en révéler la présence, elles peuvent être déjà étendues sans que l'œil ni la main les soupçonnent. Autour de la lésion tangible, la glande peut être malade à distance, sans qu'on puisse être fixé sur les limites exactes du processus morbide. Nous en avons ici une preuve. La palpation nous avait révélé des masses tellement circonscrites en apparence, qu'on aurait pu croire qu'elles étaient énucléables. Les parties supérieures et inférieures du sein étaient souples et n'ayant rien trouvé d'anormal en ces points, nous avions admis qu'elles étaient probablement saines. Or, il n'en était rien, et cette intégrité était apparente. La glande, malgré le résultat négatif de la palpation, était malade et très malade. Ce qui avait attiré l'attention, c'étaient les abcès, c'est-à-dire des accidents de la maladie, celle-ci évoluant silencieusement, sans signes extérieurs dans la plus grande partie de la mamelle. On conçoit donc fort bien que de pareilles lésions puissent être méconnues, tant leur symptomatologie est obscure et fruste à leurs premiers stades et donner lieu à des adénopathies axillaires, dont on cherche vainement l'origine, ou qu'on trouvera bien grosses pour la lésion appréciable à la main.

Maintenant pourquoi notre malade ayant tant de raisons d'avoir une adénopathie bien typique et bien volumineuse, n'a présenté que des ganglions à peine engorgés, c'est ce qu'il est fort difficile d'expliquer, à moins qu'on ne veuille admettre que le faible envahissement du tissu conjonctif soit dans une certaine mesure la raison du peu de retentissement axillaire.

Ce cas présente en définitive une physionomie à part, et à bien des points de vue diffère du type commun. La distribution des lésions dans toute la glande ou presque toute la glande en constitue la caractéristique dominante. Dubar, autrefois, avait divisé la tuberculose du sein en deux variétés : la forme confluente et la forme disséminée. La première sans être banale est relativement fréquente et c'est à elle que s'appliquent proprement les descriptions classiques. L'autre a été contestée, à tort, car elle existe réellement. Mais elle est rare. C'est, il nous semble, à cette variété que doit être rapportée notre première observation.

III

Très différente de celle qui précède, la deuxième peut à son tour être utilisée pour la discussion de certains points intéressants de clinique et d'anatomie pathologique.

D'une manière presque constante, la tuberculose frappe le sein, sinon dans l'âge adulte, du moins après le complet développement de cet organe, selon une loi générale des déterminations de la tuberculose qui veut que l'activité fonctionnelle soit une cause prédisposante et que les organes dont l'activité est temporaire soient particulièrement exposés pendant cette période active. Il y a des exceptions, rares il est vrai, et les faits observés chez l'homme sont à ce point de vue particulièrement remarquables. La malade dont nous allons maintenant rapporter l'histoire rentre dans ces cas un peu anormaux, par l'âge auquel a débuté la maladie. Il s'agit d'une toute jeune fille, presque d'une enfant, chez laquelle la tuberculose du sein a pris naissance au moment même de la puberté.

Jeanne C..., âgée de quinze ans, est entrée le 26 juillet 1899 à l'hôpital Saint-Louis, isolement n° 20. Elle est petite, chétive, anémiée, pâle, avec le teint un peu jaune verdâtre des chlorotiques. Apprentie couturière, elle est enfermée tout le jour. Elle ne tousse point, et il n'y a jamais eu aucun cas de tuberculose reconnue dans sa famille.

L'affection du sein a débuté il y a à peu près un an, au moment des premières règles, mais la mamelle n'a pas été le siège des premiers accidents.

Depuis longtemps déjà une lésion évoluait dans une région voisine. A une date que la malade ne peut préciser exactement, mais qui était bien antérieure de dix-huit mois à deux ans, il s'était produit un abcès au niveau du sillon delto-pectoral.

Un noyau sous-cutané, d'abord arrondi, dur et mobile, s'était ramolli peu à peu et finalement la collection s'était ouverte spontanément. Abandonnée à elle-même, elle s'était à plusieurs reprises ouverte et refermée. Au moment de l'entrée de Jeanne C... à Saint-Louis, cette lésion paraissait éteinte. Une cicatrice irrégulière, étalée et chéloïdienne en marquait la place. Elle répondait à l'interstice delto-pectoral et était située tout entière au-dessous du creux sous-claviculaire. Exactement située sur le trajet de la céphalique, et entre les deux muscles, elle nous parut représenter la trace d'une ancienne adénite suppurée tuberculeuse, développée aux dépens d'un ganglion qu'on observe parfois dans cet interstice musculaire (1).

Plusieurs mois après cet abcès delto-pectoral, des glandes s'étaient montrées dans l'aisselle. Elles augmentèrent d'abord assez lentement de volume, puis elles prirent un accroissement plus rapide. L'une d'elles se ramollit ; un abcès devint manifeste, fut ouvert d'un coup de bistouri, et demeura fistuleux. Un second se forma, puis un troisième, l'un et l'autre eurent le même sort. Les choses durèrent ainsi encore pendant des mois : les fistules se fermaient et se rouvraient saus troubler l'indifférence de la famille ni celle de l'enfant.

Les seins commençaient à se développer. A un moment donné on remarqua à la partie externe de la mamelle à droite une grosseur qui, comme les précédentes, s'abcéda et fut incisée. L'incision ne se ferma point. Dès lors il se produisit une série d'autres abcès, qu'on laissa évoluer tranquillement. Chacun d'eux se termina par une fistule. Il en fallut une dizaine pour triompher de l'incurie des parents. Quand la jeune fille fut conduite à Saint-Louis, les lésions étaient donc anciennes et compliquées. Le sein droit était criblé de fistules qui toutes occupaient le quadrant inféro-externe. Deux d'entre elles s'ouvraient sur l'aréole, au voisinage immédiat du mamelon, les autres étaient d'autant plus nombreuses qu'on se rapprochait davantage de la périphérie, vers l'aisselle.

Il y en avait encore trois ou quatre au niveau du creux axillaire, derrière le bord inférieur des pectoraux et contre la paroi thoracique. Chacune d'elles fournissait du pus d'un jaune clair, peu abondant. Quelques-unes s'ouvraient au niveau d'un mamelon fongueux, d'autres plus larges et creusées en entonnoir ou en cavité anfractueuse, avaient

(1) La cicatrice s'étant rouverte, il fallut plus tard faire l'extirpation de ce foyer, reliquat d'une adénite delto-pectorale. (Voir MORESTIN, Soc. anat., janvier 1900.)

leur paroi tapissée d'un enduit gris jaunâtre. Le stylet y pénétrait à des profondeurs variables.

Celles de l'aréole s'enfonçaient perpendiculairement, traversant la glande dans presque toute son épaisseur. Aucune d'elles ne conduisait sur le squelette de la paroi thoracique.

La palpation montrait que toute la moitié interne du sein était ou paraissait normale ; la région qui correspondait aux fistules était au contraire occupée par une masse dure, formant une sorte de tumeur, de consistance très ferme, mal limitée, faiblement adhérente à la peau, sauf au niveau des fistules et ne donnant pas lieu à la formation de la peau d'orange. Il y avait une adhérence profonde qui, au premier abord, n'était pas évidente, car elle unissait la partie externe de la glande à la partie correspondante du grand pectoral, et lui laissait toute sa mobilité, quand ce muscle était dans le relâchement. L'aisselle était occupée par une sorte de gangue scléreuse, diffuse, formant une plaque non dépressible, irrégulière et adhérente aux parois de cette cavité.

D'ailleurs, indolence complète.

L'auscultation demeurait négative, et l'on ne pouvait relever aucun indice d'une autre localisation ni du côté de l'autre sein, ni dans aucun autre organe. Il ne nous parut pas douteux que cette affection ne fût une tuberculose. On pouvait par contre hésiter sur son point de départ. Était-ce une adénopathie axillaire avec abcès ayant fusé plus ou moins loin vers la mamelle, lésion para-mammaire, ou fallait-il appeler cela une tuberculose mammaire avec adénopathie axillaire?

Il nous sembla qu'on devait considérer la petite malade comme atteinte d'une tuberculose du sein, consécutive à une tuberculose ganglionnaire, les termes du diagnostic indiquant un des côtés les plus intéressants du cas que nous avions sous les yeux.

Les téguments étaient en si mauvais état à la partie externe que nous redoutions d'avoir à en sacrifier une notable étendue. Cependant, nous désirions absolument non seulement conserver à cette jeune fille la plus grande partie du sein, mais encore en modifier le moins possible l'apparence extérieure. Nous avons pu y parvenir, mais au prix d'une opération patiente, délicate et minutieuse. L'extirpation des glandes de l'aisselle en constitua le premier temps. Il fut très laborieux. Une partie des téguments dut être sacrifiée et la dissection du creux de l'aisselle, qu'il fallut faire très complète, présenta de notables difficultés en raison des adhérences anciennes et solides qui unissaient les ganglions fistuleux aux parois de cette cavité. On put heureusement respecter le paquet vasculo-nerveux. Puis l'incision fut prolongée en bas et en avant de manière à décrire une courbe entourant le sein dans la partie inférieure et externe de sa circonférence. Les parties molles intermédiaires au sein et aux ganglions contenaient plusieurs petits noyaux caséeux plus ou moins ramollis sur le trajet des lymphatiques, et la tumeur mammaire elle-même adhérait au grand pectoral. Les téguments furent d'abord disséqués et relevés, ils formaient un véritable crible tant ils étaient troués de fistules. Chacun de ces orifices fut cureté, et les bords de quelques-uns excisés. Puis, un large segment de la glande comprenant la tumeur, fut détaché par deux incisions menées comme deux rayons du centre à la périphérie de la mamelle. Enfin la partie profonde fut détachée du grand pectoral par une dissection qui mit à nu les fibres de ce muscle auquel tout ce groupe de lésions, constituées par la tumeur mammaire et les foyers caséeux abcédés qui la reliaient à l'aisselle, et les ganglions eux-mêmes, adhéraient très solidement. Puis la plaie, purifiée par un attouchement au chlorure de zinc, fut réunie et plusieurs des petites plaies résultant de l'avivement des fistules, furent aussi fermées par des sutures. Deux drains furent laissés en place. Les téguments, détachés en un vaste lambeau allant de l'aisselle à la mamelle, et comprenant une grande étendue de la peau du sein, furent ramenés dans leur situation actuelle, et la région reprit un aspect presque normal.

Les suites furent très simples, la réunion fut obtenue en huit jours, sans aucun incident. L'orifice du drain axillaire persista quelque temps, ses bords devinrent fongueux, et il semblait vouloir devenir fistuleux, mais nettoyé d'un coup de curette, il s'oblitéra d'une manière définitive. Quelques mois plus tard la malade est revenue à Saint-Louis pour une autre petite lésion. La cicatrice qu'elle portait dans le sillon delto-pectoral s'était rouverte, et il fallut en faire l'éradication. Du côté du sein, la guérison se maintient parfaite. La mamelle droite est sans doute un peu diminuée par rapport à l'autre, mais elle a conservé son aspect et sa forme, et l'on ne voit presque plus trace des anciennes fistules. La cicatrice de l'incision opératoire est linéaire et discrète, et c'est à peine si son extrémité inférieure se montre à la partie antérieure de la poitrine. Un moulage conservé au musée de l'hôpital Saint-Louis, montre ce résultat.

La pièce a été étudiée par M. Roche, dont les préparations ont été soumises à M. Brault et à M. Cornil. Elles montrent d'une manière indubitable et la nature tuberculeuse des lésions, et l'envahissement d'une grande partie de la mamelle. On y voit des tubercules absolument caractéristiques et un nombre considérable de cellules géantes. Mais, et en cela cette pièce diffère considérablement de la précédente, l'évolution est surtout conjonctive. Les cellules géantes, moins volumineuses que celles observées sur cette dernière, sont réparties avec une abondance extrême dans les espaces cellulaires, au milieu d'amas de cellules embryonnaires. Les acini sont en grande partie respectés, et quand ils sont envahis leurs lésions sont manifestement secondaires. Les lymphatiques et les vaisseaux sanguins présentent des lésions inflammatoires, qui manquent sur les préparations du premier cas. Il fallait s'attendre en somme à rencontrer des lésions de cet ordre, chez une malade de cet âge. A cette période de la vie le sein est très imparfaitement développé, les acini rudimentaires, et les tissus conjonctif et adipeux entrent comme éléments prédominants dans la constitution de l'organe. Il est donc tout naturel que la tuberculose, évoluant sur un pareil terrain, occupe primitivement les espaces conjonctifs, y progresse, s'y développe et n'envahisse que d'une façon tardive, accessoire et secondaire, les éléments glandulaires, inactifs, incomplets et silencieux. Il n'y a donc pas de doute dans ce cas sur le siège des lésions, et l'origine mésodermique des cellules géantes est ici indiscutable.

La glande rudimentaire a subi passivement l'infiltration et l'envahissement de proche et proche et un certain nombre de ses lobules ou lobes se sont trouvés entourés, séparés, pénétrés par l'invasion du processus de tuberculisation, procédant de la périphérie au centre. Si donc dans le deuxième cas l'évolution était principalement glandulaire

ici elle est surtout conjonctive, interstitielle, les lésions sont donc bien différentes dans leur répartition.

On peut invoquer la légère poussée qui se produit vers les seins au moment de la puberté, à titre de cause déterminante, mais à coup sûr il est superflu de discuter la possibilité d'une infection ascendante par les conduits galactophores. Le mode d'infection n'est pourtant pas ici le mode vulgaire, qui paraît être l'infection par la voie sanguine. Toute l'histoire de la malade vient, au contraire, rendre probable jusqu'à l'évidence le rôle du système lymphatique dans ce cas particulier de tuberculose du sein.

Nous avons plus haut, à propos de notre première malade, insisté sur les raisons qui permettent de croire que dans l'immense majorité des cas les ganglions axillaires sont pris secondairement; et qu'en dépit de leur volume proportionnellement énorme, ils sont sous la dépendance de la localisation mammaire, primitive, même quand ses dimensions exiguës, misérables, portaient à ne voir là qu'une détermination consécutive. Or si constante que soit cette règle, il est certainement des cas où les lésions suivent une marche inverse, et celui-ci en est précisément un exemple. Beaucoup de cas peuvent prêter à la discussion, mais celui-ci établit d'une manière péremptoire la réalité de cette ordre de succession. La tuberculose mammaire est ici consécutive et l'infection a suivi une marche récurrente. Le point frappé en premier lieu était un territoire annexe des groupes ganglionnaires de l'aisselle, le ganglion delto-pectoral, inconstant, qui précisément existait sur ce sujet. Il reçoit un lymphatique qui, cheminant le long de la veine céphalique, prend ses origines dans la face dorsale de la main. Il est donc possible qu'il y ait eu une porte d'entrée cutanée, au niveau de la main, mais on n'en trouve actuellement aucun vestige ni sur les téguments ni dans les souvenirs de l'enfant. Bref, le mal se montre tout d'abord au niveau du sillon delto-pectoral, il s'y cantonne longtemps, puis les glandes de l'aisselle se prennent, et pendant des mois la tuberculose s'y arrête encore. Tardivement la mamelle est envahie. La simple dissection montre des lésions intermédiaires sur le trajet des lymphatiques. L'examen des préparations microscopiques montre ces vaisseaux altérés jusque dans la glande. Il ne saurait faire de doute que c'est bien là la voie suivie par les lésions. Sans doute il peut paraître étrange que l'infection remonte le cours de la lymphe. Mais nous ne sommes plus dans les conditions de la circulation normale. Des ganglions dans un pareil état, à peu près détruits, ou complétement détruits et noyés dans une gangue scléreuse, constituent un obstacle infranchissable au courant lymphatique qui reflue vers ses sources et cherche une autre voie par les anastomoses des réseaux d'origine. Les germes peuvent être ainsi transportés dans un sens rétrograde et cette apparente contradiction trouve une explication aussi simple que plausible dans la nécessité où se trouvent les organes de s'adapter à des conditions nouvelles.

IV

Nos observations prouvent qne l'état des ganglions est assurément très variable, que leur volume peut demeurer très médiocre malgré des lésions glandulaires étendues, enfin que si leur envahissement est ordinairement secondaire et consécutif, il peut par exception marquer le début des accidents.

Les infections secondaires par les microbes vulgaires de la suppuration d'une mamelle déjà infiltrée de tubercules nous paraissent devoir modifier dans une certaine mesure la marche de l'affection, et à l'occasion jouer un rôle dans l'évolution des formes anormales.

Un écoulement de pus par le mamelon pourrait quelquefois constituer un signe des plus utiles pour le diagnostic.

Aux formes disséminées, dont les lésions sont encore plus étendues qu'elles ne paraissent, convient l'extirpation de la glande entière; une tuberculose confluente au contraire comporte une opération partielle, conservatrice, si modifiée que soit la région qu'elle occupe.

UN CAS DE DIABÈTE INSIPIDE

DÉPENDANT D'UN GLIOSARCOME DU PLANCHER DU QUATRIÈME VENTRICULE

Par M. G. Marinesco (1).
Professeur à la Faculté de médecine de Bucarest.

Il s'agit d'un jeune homme âgé de vingt-huit ans, dans les antécédents duquel on trouve un oncle aliéné, une tante démente, et dont le père, alcoolique, est mort de tuberculose pulmonaire. Au mois de juillet 1898, le malade a reçu un traumatisme de la colonne vertébrale, une lourde caisse lui est tombée sur le dos et l'a renversé par terre. Quelques jours après cet accident, il a ressenti des douleurs dans la région lombaire et, un peu plus tard, il a commencé à être dominé par une soif ardente, laquelle, naturellement, l'obligeait à boire beaucoup. Presque en même temps, il a éprouvé le besoin d'uriner souvent et abondamment une urine claire dont la quantité atteignait jusqu'à 12 litres par jour. Petit à petit il a perdu ses forces et le sommeil, en même temps il devenait morne et irascible. Il a ressenti encore de l'engourdissement aux doigts et des fourmillements dans les jambes, lesquelles ensuite se sont affaiblies. Malgré son âge, les fonctions génitales sont éteintes. Ayant été examiné tout d'abord par M. Stoïcesco, et ensuite par moi, nous avons constaté que le malade était très émacié, qu'il avait la musculature flasque, la langue sèche, l'estomac dilaté, l'appétit diminué, et une constipation habituelle. Il était en outre abattu, déprimé, son pouls donnant 60 pulsations à la minute était dépressible. Les différentes sensibilités ainsi que le réflexe rotulien ont d'abord été trouvés normaux, cependant à la face interne de la jambe droite, nous avons remarqué quelques plaques d'anesthésie. Les pupilles étaient dilatées, mais réagissaient à la lumière et à la distance. Le malade buvait à ce moment de 7 à 9 litres d'eau par jour et éliminait jusqu'à 9000 grammes d'urine ne contenant ni de l'albumine, ni du sucre. Pesé à plusieurs reprises, nous avons pu voir qu'il diminuait de poids. Au mois de décembre 1898, il s'est senti souffrant, son visage est devenu pâle, ses extrémités froides et les pouls imperceptibles. Plus tard, l'émaciation et la faiblesse se sont accentuées de même que la plupart des phénomènes indiqués, son corps s'est réduit à l'état de squelette et l'urine a contenu du sucre. Le malade est mort subitement. A l'autopsie, on est étonné de l'aspect tout particulier du bulbe. Il est en effet augmenté de volume, flasque, aplati et déformé. Le plancher du quatrième ventricule a disparu et à sa place on voit proéminer une néoformation d'aspect hémorragique qui s'étend de la pointe du calamus scriptorius jusqu'à l'extrémité supérieure du bulbe. Sur une section transversale, cette néoplasie a un aspect gélatineux, et sa partie antérieure est transformée en une véritable hémorragie. La tumeur est adhé-

(1) Communication à l'Académie de médecine.

rente aux parties latérales du plancher du quatrième ventricule, elle est libre sur la plus grande partie de sa circonférence et elle a détruit la partie supérieure du noyau du pneumogastrique, le faisceau longitudinal postérieur, la partie postérieure du ruban de Reil et sur le côté, une grande partie du noyau dorsal du pneumogastrique, ainsi qu'une partie de la substance réticulée. Les olives sont volumineuses, les pyramides aplaties. Les contours de la branche ascendante du trijumeau et de la substance gélatineuse de Rolando sont moins bien indiqués qu'à l'état normal.

Il est incontestable que c'est la tumeur qui est la cause des phénomènes que nous avons décrits chez notre malade. Depuis les célèbres expériences de Claude Bernard, on sait que la lésion de certaines régions du plancher du quatrième ventricule détermine la polyurie et la glycosurie. Un point qui entre autres mérite d'être rappelé, c'est que la tumeur — et il s'agit dans l'espèce d'un gliosarcome — a détruit le nœud vital de Flourens et cependant l'homme a vécu avec cette lésion. Il y a longtemps, d'ailleurs, que nous avons montré, avec le professeur Gad, qu'on peut le détruire chez les animaux sans que la respiration s'arrête irrémédiablement.

La mort subite de notre malade est due à une hémorragie intense qui s'est produite dans la tumeur, hémorragie qui a envahi l'aqueduc de Sylvius et le troisième ventricule. C'est fort probablement aussi à une hémorragie qu'on doit rapporter les phénomènes d'ictus bulbaire que le malade a présentés autrefois.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(27 février 1900)

L'épidémie de grippe, qui sévit en ce moment à Paris et ailleurs, occupe fortement l'attention; tout le monde en parle, chacun propose son remède, les journaux quotidiens discutent eux-mêmes les divers traitements et les formules, plus ou moins politiques, qui dispensent les familles de recourir à leur médecin. L'Académie de médecine, seule, était jusqu'ici restée étrangère à cette préoccupation générale. M. Huchard vient de combler cette lacune en faisant une communication sur les formes atténuées de la grippe. Il passe en revue certaines de ces formes : la forme caractérisée par l'asthénie générale, celle qui se traduit surtout par des poussées congestives du côté des poumons et qui donne lieu à des surprises d'auscultation; la grippe atténuée fébrile dans laquelle le malade est pris subitement d'une température de 40 degrés, chez lequel tout disparaît après trente-six ou quarante-huit heures, forme dans laquelle la fièvre seule constitue toute la maladie.

Arrivant au traitement, M. Huchard insiste surtout sur les précautions hygiéniques : ménager l'estomac, diminuer le plus possible les toxines alimentaires en supprimant dîners en ville et banquets, favoriser le bon fonctionnement des reins par le lait, le régime lacté, éviter tout surmenage. Comme médicaments, M. Huchard vante le bromhydrate de quinine à hautes doses, 1 gramme, 1gr25 les premiers jours; se méfier de l'antipyrine, dit-il, et soutenir les forces par la noix vomique; laisser de côté le naphtol, le bétol, le salol, et tous les médicaments en *ol* qu'on donne sous le fallacieux prétexte d'antisepsie intestinale. En résumé, de l'hygiène surtout, peu de médicaments et les bien choisir. Telle est la thérapeutique que M. Huchard conseille contre la grippe atténuée.

Cette communication de M. Huchard va servir de point de départ à une discussion qui ne manquera pas d'intérêt : M. Fernet s'est fait inscrire, ayant beaucoup d'observations à faire à propos de cette communication. M. Hayem déclare le problème des plus difficiles et n'en veut pour preuve que les contradictions qu'il relève dans l'exposé de M. Huchard : Ménagez l'estomac, dit M. Huchard, et il conseille l'emploi de la quinine à hautes doses et de la strychnine, médicaments bien propres à déterminer de la dyspepsie médicamenteuse; relevez les forces de votre malade, dit M. Huchard, et il donne du lait, alimentation absolument insuffisante; M. Hayem craint que M. Huchard ne se soit laissé entraîner par des idées un peu trop théoriques. M. Laborde, tout en s'excusant de prendre la parole sur ce sujet après des cliniciens de la valeur de MM. Huchard et Hayem, insiste sur un moyen préventif qui lui a toujours réussi, sur le lavage quotidien de la bouche et du nez avec une solution phéniquée un peu forte. Il pratique ainsi l'antisepsie naso-pharyngienne avec une solution au deux centième d'acide phénique. C'est là, suivant M. Laborde, un moyen sûr de se mettre à l'abri de la grippe. Quant à l'antipyrine, pourvu qu'elle soit pure et prise avec du café, M. Laborde la considère comme un moyen souverain contre la céphalalgie ou la migraine grippale.

M. Huchard répond à M. Hayem qu'il s'est sans doute mal exprimé; il se déclare, comme lui, ennemi des médicaments et c'est pourquoi il a surtout insisté sur les moyens hygiéniques. Quant à l'emploi de la quinine, il est bien entendu qu'il n'a pas voulu parler des dyspeptiques; d'ailleurs on aurait, dans ces cas, la ressource des injections sous-cutanées.

La discussion continuera dans les prochaines séances.

Au début de la séance, une discussion s'est élevée, à propos d'un rapport de M. Le Dentu sur un travail de M. Th. Anger, relativement à l'emploi des **injections coagulantes dans le traitement des tumeurs érectiles**. C'est là, dit M. Le Dentu, une méthode qui était tombée dans un discrédit absolu. Il est vrai que les injections de perchlorure de fer avaient donné lieu à des accidents fort graves. La méthode préconisée par M. Anger est certainement très bénigne, puisqu'elle ne lui a jamais donné d'accidents sur un grand nombre de cas.

A propos de ce travail, M. Le Dentu passe en revue les différentes méthodes de traitement des tumeurs érectiles : l'extirpation sanglante, l'ignipuncture, les injections coagulantes et l'électrolyse. L'extirpation sanglante n'est pas applicable à tous les cas, l'ignipuncture est une très bonne méthode, mais parfois insuffisante. Dans un cas cité par M. Anger, et qui a très bien guéri après cinq injections coagulantes, M. Verneuil avait vainement employé l'ignipuncture. L'électrolyse a pris une place considérable dans ce traitement, mais c'est un procédé fort long et assez douloureux. Quant aux injections coagulantes avec la liqueur de Pearson, telles que les fait M. Anger, elles donnent de bons résultats pourvu qu'on prenne quelques précautions, qu'on isole bien les parties voisines à l'aide d'un anneau compresseur limitant l'action du liquide coagulant, pourvu qu'on espace les injections.

M. Berger discute les divers modes de traitement rappelés par M. Le Dentu et ne partage pas son opinion relativement aux injections coagulantes dont l'effet, suivant lui, est trompeur.

M. Lucas-Championnière a essayé toutes les méthodes et préfère de beaucoup l'ignipuncture, comme plus efficace et moins dangereuse que les autres.

Signalons plusieurs communications intéressantes : un fort bel exemple de **rhinoplastie totale, restauration du nez sur une charpente métallique comprise entre deux plans de lambeaux**, par M. Berger; un cas fort intéressant de **diabète insipide dépendant d'un gliosarcome du plancher du quatrième ventricule**, observation de M. Marinesco dont M. Laveran a donné lecture (Voir plus haut, p. 246); enfin, la présentation par M. Chipault d'une enfant qui était atteinte d'**épilepsie généralisée consécutive à un traumatisme cranien considérable** et qui a très bien guéri après une intervention chirurgicale.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

La transmission de la malaria par les moustiques, par M. le docteur Verdun, agrégé à la Faculté de Lille. — Dans ce mémoire, qui est une revue critique complète et détaillée de la question de la transmission de l'impaludisme, l'auteur rappelle d'abord les différents arguments qui plaident en faveur du rôle joué par les moustiques dans l'étiologie de la malaria.

Laveran, King et d'autres ont remarqué, en effet, que toutes les causes favorables à la pullulation des moustiques provoquaient également l'éclosion et la propagation de l'impaludisme. Il restait à démontrer par le contrôle de l'expérience, la réalité de la « mosquito malaria theorie ». Les recherches de l'Anglais Ross, sur les parasites endoglobulaires du sang des oiseaux, ont été le point de départ de la découverte de l'évolution extérieure de l'hématozoaire de l'homme. Deux hématozoaires de l'alouette, l'halteridium et plus particulièrement le proteosoma, ont été étudiés dans leur cycle complet, par Ross, et les différentes transformations qu'ils subissent, tant dans le sang de l'oiseau que dans le corps de certains moustiques, sont suivies avec détail et bien exposées dans le travail de M. Verdun. On retrouve en effet dans les acini de la glande venimeuse, ainsi que dans la lumière du conduit sécréteur des formes évolutives du proteosoma, les « baguettes germinatives », qui seront entraînées par la salive du diptère et déposées en même temps que le liquide venimeux dans la plaie faite par la trompe de l'insecte. Si l'animal piqué se trouve être un moineau ou une alouette, les baguettes germinatives envahiront le sang et redonneront des proteosoma.

L'invasion de l'hématozoaire ne peut pas se faire par la voie buccale.

Il résulte donc des recherches de Ross que l'évolution des hématozoaires de certains oiseaux est à peu près connue, les notions peuvent-elles être transportées dans le domaine de la pathologie humaine et s'appliquer à l'hématozoaire de l'impaludisme? D'abord au point de vue morphologique, l'hématozoaire de Laveran a de grandes ressemblances avec l'halteridium des oiseaux, et on peut déjà conclure de là à la similitude des transformations exogènes.

C'est à Ross, à Grassi Bastianelli et à Bignami que revient le mérite d'avoir découvert l'hôte intermédiaire de l'impaludisme humain.

Ross ayant nourri un moustique, le « dapple winged mosquito », avec du sang d'un paludéen, remarqua dans les parois de l'estomac des cellules ovales, pigmentées, ayant une grande ressemblance avec celles qui, chez le proteosoma, donnent les baguettes germinatives. Ce sont évidemment ces éléments qui, par la suite, fourniront les corps reproducteurs, qui, dans le corps de l'homme, développeront l'impaludisme.

Les auteurs italiens, cités plus haut, ont pu cultiver les corps semi-lunaires chez une espèce de moustique « anopheles claviger » et ont assisté à la formation des cellules pigmentées. Poussant plus loin l'expérience, Bignami fait piquer un individu sain par un de ces moustiques nourris avec du sang de paludéen et voit apparaître, chez cet homme, les formes en croissant et tous les symptômes de la fièvre estivo-automnale.

Le problème est donc résolu; la transmission de la malaria par les moustiques ne fait plus de doute aujourd'hui. De ces découvertes très intéressantes, M. Verdun en déduit des explications au point de vue de la prophylaxie. Le dessèchement des terrains marécageux et palustres par le drainage et la culture s'impose dans toutes les régions contaminées, afin de supprimer les conditions, humidité et décomposition de végétaux, qui facilitent la pullulation des moustiques. L'usage des moustiquaires met les hommes à l'abri des piqûres des insectes, enfin l'emploi des substances insecticides dans les habitations, en détruisant les moustiques, diminuerait les chances d'infection. (Analysé par M. Deléarde in *Bull. de la Soc. centr. de méd. du Nord*, 26 janvier 1900.)

Oreillons à début testiculaire, par M. Edwards. — A Richmond, où les oreillons étaient à l'état endémique, M. Edwards a pu observer quatre cas dans lesquels le début s'est fait par l'orchite. Il s'agissait de trois étudiants en médecine, indemnes de toute affection locale, et d'un jeune homme qui habitait avec l'un de ces étudiants. Les symptômes furent identiques chez ces quatre sujets.

Le début fut marqué par de la fièvre, des frissons, de la céphalée, des nausées. L'orchite survint presque aussitôt, en moins de vingt-quatre heures dans l'un des cas. La fluxion parotidienne apparut de trois à quatre jours après le début de l'orchite; cependant, le gonflement testiculaire continuait à s'accroître, sans modification appréciable de l'épididyme. Vers le sixième jour, les symptômes généraux commencèrent à s'amender et leur disparition fut complète du huitième au neuvième jour. L'orchite disparut ensuite progressivement.

Il faut ajouter que ces faits furent observés au cours d'une épidémie dans laquelle la maladie présenta d'ailleurs son type normal. L'auteur n'a pas, dans cette circonstance, observé un seul cas où l'orchite ait constitué le seul signe de la maladie, la parotidite faisant défaut, — on sait, en effet, que de pareils cas ont été décrits en France, notamment par les médecins militaires. (*Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 14 oct. 1899.) A. H.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions histologiques de la rage chez les animaux et chez l'homme, par MM. Van Gehuchten et C. Nelis. — L'anatomie pathologique de la rage a passé par trois périodes nettement distinctes.

Dans la première, qui s'étend jusque vers l'année 1875, on ne signale, comme seules lésions constatées à l'autopsie, que l'hyperhémie du cerveau et l'hyperhémie des méninges.

La deuxième période commence par les travaux de Benedikt et de Kolesnikoff et s'étend jusque vers l'année 1890. Pendant toute cette période, l'idée s'accrédite que la rage n'est rien d'autre qu'une myélite et une encéphalite aiguës et diffuses, ayant son point de départ dans les vaisseaux et le tissu interstitiel, et déterminant la formation de petits foyers miliaires constitués de cellules rondes, soit dans le voisinage immédiat des vaisseaux (Benedikt), soit autour des cellules nerveuses motrices de la moelle et du bulbe (Kolesnikoff).

A partir de l'année 1890, l'anatomie pathologique de la rage entre dans une voie nouvelle. Les auteurs signalent de tous côtés des lésions des cellules nerveuses elles-mêmes :

l'atrophie pigmenteuse de toutes les cellules motrices (Schaffer et Popoff), différentes formes de dégénérescence (Schaffer). Babès retrouve les foyers miliaires péricellulaires décrits par Kolesnikoff et Coats et leur donne le nom de « tubercules rabiques ». L'existence de ces tubercules, sous une partie quelconque du névraxe, serait suffisante pour établir le diagnostic. Golgi décrit des lésions nucléaires et des lésions cellulaires. Pour lui, les lésions déterminées par la rage ne sont caractéristiques que si l'on tient compte, non seulement de l'ensemble des modifications, mais encore de leur mode de succession et de leur enchaînement mutuel. Marinesco signale la chromatolyse des cellules de la corne antérieure et espère expliquer par là les symptômes moteurs.

Aucune de ces lésions n'est cependant caractéristique de l'infection rabique, aucune d'elles ne permet de comprendre la symptomatologie.

« L'anatomie pathologique de la rage en était là, lorsqu'un jour, par le plus grand des hasards, nous pratiquions, M. Nelis et moi, dit M. van Gehuchten, des coupes dans un ganglion spinal d'un lapin mort de la rage. Nous y avons trouvé des lésions profondes et tout à fait spéciales ayant entraîné la disparition d'un nombre considérable de cellules nerveuses et leur remplacement par un tissu de nouvelle formation. Ce fut là le point de départ de nombreuses recherches que l'un de nous a consignées dans un travail couronné par l'Académie. Il résulte de ces recherches que les lésions cellulaires, les lésions vasculaire et périvasculaire décrites par les auteurs existent en réalité, mais que ce sont là des lésions peu importantes et même peu constantes. *Les lésions essentielles de l'infection rabique se localisent dans les ganglions périphériques : cérébro-spinaux et sympathiques*. L'intensité de ces lésions varie quelque peu d'un animal à l'autre; elle varie aussi, chez un même animal, d'un ganglion à l'autre. Les ganglions cérébraux sont toujours plus profondément lésés que les ganglions spinaux : le ganglion noueux du nerf vague offre les lésions les plus intenses; chez le chien mort de la rage, toutes les cellules nerveuses y ont disparu.

Ces lésions des ganglions périphériques expliquent avec une étonnante simplicité les principaux symptômes de la rage : l'hyperexcitabilité cutanée et tendineuse du début, l'anesthésie et la paralysie finales.

Ces lésions sont tellement caractéristiques qu'elles peuvent servir à établir le diagnostic de la rage *post mortem*. Ce diagnostic peut se faire en moins de vingt-quatre heures.

Ces faits établis chez les animaux, nous avons voulu rechercher si les mêmes lésions se retrouveraient chez l'homme. Nous avons pu examiner les centres nerveux dans deux cas. Dans tout l'axe cérébro-spinal, depuis le cerveau jusqu'à la moelle épinière, on ne rencontre que des lésions banales, sans importance aucune. Seuls, les ganglions cérébro-spinaux présentent des lésions caractéristiques. Ce sont des lésions cellulaires et surtout péricellulaires. Ces dernières sont identiques à celles trouvées chez les animaux. Chez l'homme, comme chez les animaux, le virus rabique exerce donc son action délétère, principalement, si pas exclusivement, dans les ganglions périphériques. » (Acad. royale de Belgique, 27 janv. 1900.)

DERMATOLOGIE

Traitement de l'iodoformisme cutané par contact. — M. G. Albert a cherché expérimentalement une substance qui permît de guérir rapidement les éruptions bulleuses et prurigineuses qui se produisent au niveau des points où l'iodoforme a été appliqué. Ces éruptions, qui se produisent en raison de certaines idiosyncrasies, sont parfois des plus pénibles. Or, on peut les guérir très rapidement, ou les prévenir par des applications d'alun ou de sulfate de protoxyde de fer. Voici quel est ce mode d'application :

Tous les téguments atteints doivent être badigeonnés avec soin, au moyen d'un gros bourdonnet de coton hydrophile imbibé de la solution choisie.

Il ne suffit pas d'exprimer rapidement le tampon sur les parties malades; le liquide glisse sur la peau comme une gouttelette d'eau tombant sur un corps gras; il faut, si l'on peut s'exprimer ainsi, faire mordre le liquide. Par conséquent, il est indispensable de faire une friction assez vigoureuse et suffisamment prolongée.

La solution, saturée, d'alun à 10 ou 30 p. 100, suivant la gravité ou le siège des accidents, a un effet immédiat.

On voit, en quelques isntants, se circonscrire et rapidement disparaître tous les désordres. Le prurit, quelques minutes auparavant intolérable, cesse comme par enchantement; dans les cas exceptionnels où il reparaît une seconde application en a vite raison.

Après lui s'affaiblit progressivement la sensation de chaleur et de cuisson; les plaques cutanées pâlissent, les vésicules et les exsudats infiltrés se résorbent, se couvrent, vingt-quatre heures après, de quelques croûtes jaunâtres; la desquamation est à peu près nulle. (*Bull. gén. de thérap.* 23 fév. 1900.)

L'unguentum domesticum. — Ce n'est autre chose qu'un excipient dont voici la formule d'après Unna :

Jaune d'œuf..................	20 grammes.
Huile d'amandes douces ou d'arachides..................	30 —

On y ajoute 1 p. 100 de baume du Pérou pour éviter la putréfaction.

Suivant les indications on peut y ajouter : styrax 10 p. 100, huile de cade, 10 p. 100, ichtyol 10 p. 100, amidon 10 p. 100, soufre 10 p. 100, camphre 10 p. 100, vinaigre 33 p. 100, eau de chaux 10 p. 100, eau blanche 50 p. 100, sublimé 1 p. 1000, acétate de plomb 5 p. 100.

Incompatibilités : acide phénique, acide salicylique, résorcine, acide pyrogallique, oxyde de zinc, oxyde de mercure, sous-nitrate de bismuth, etc.

En étalant un mélange de jaune d'œuf et de substance active sur la peau, on recouvre celle-ci d'un vernis souple et séchant instantanément grâce à la vitelline que la préparation contient; en outre, on se trouve en possession d'une préparation soufrée moins irritante que les préparations classiques.

L'*unguentum domesticum* rendra service dans un grand nombre de cas, dans l'acné, l'eczéma, la gale, etc. (*Monats. f. p. Dermat.*, 1899.) F. R.

THÉRAPEUTIQUE

Le mercure dans les affections cardiaques, par M. Zum Busch. — Le calomel, que le professeur von Ziemssen emploie d'une façon méthodique pour provoquer la sécrétion urinaire, a donné à l'auteur les meilleurs résultats dans les affections cardiaques.

Ses bons effets s'observent alors même que la digitale a été impuissante. Une amélioration marquée survient d'ordinaire vers le troisième jour; l'augmentation de la diurèse cesse peu après l'ingestion de la dernière dose de calomel. Toutefois cette médication n'est pas exempte d'inconvénients et les quelques accidents auxquels elle peut donner lieu s'observent principalement dans les cas où la diurèse semble peu influencée : c'est alors de la salivation, de la stomatite, de la diarrhée parfois sanguinolente, et, si la cardiopathie est compliquée de néphrite et de dégénérescence du myocarde l'existence du malade peut se trouver compromise. C'est là heureusement une rare exception.

On doit administrer le calomel à la dose de 0,20 centigrammes, combinés à 0,01 centigramme d'extrait thébaïque (pour prévenir la diarrhée). On renouvelle cette dose deux

autres fois dans la journée et le traitement doit durer trois jours au moins, huit ou dix jours au plus. S'il survient des accidents, cesser immédiatement le traitement. Dans tous les cas pratiquer des lavages buccaux et donner du chlorate de potasse. Après la disparition des œdèmes, un peu de digitale ou de strophantus sera utilement employé pour éviter une rechute. Ce traitement a parfaitement réussi dans des cas où avaient échoué les médicaments cardiaques ordinaires. (*Lancet*, 1899, p 1333.) A. H.

L'orthoforme dans les crevasses du sein. — M. BARDET a employé avec succès, dans trois cas de crevasses extrêmement douloureuses du sein, le liniment suivant.

Orthoforme.............	5 grammes.
Ether sulfurique........	q. s. p. dissoudre.
Huile d'amandes douces..	20 grammes.

En badigeonnant le mamelon avec cette préparation, on obtient une cuisson assez vive pendant une ou deux minutes, mais l'anasthésique dissous pénètre dans la masse des plis et exerce alors son action après l'évaporation qui le dépose à l'état cristallin. Par ce moyen, l'anesthésie est obtenue, mais il est bien évident que l'orthoforme ne peut agir qu'à la condition de se trouver en contact avec l'excoriation douloureuse, c'est donc simplement une question de mode d'emploi.

Dans les fissures anales et les hémorroïdes sèches et douloureuses on peut employer la pommade suivante :

Oxyde de zinc.................	20 grammes.
Huiles d'amandes douces.......	20 —
Cérat blanc...................	20 —
Baume du Pérou................	x gouttes.

On pourrait remplacer le cérat blanc par de la vaseline, la composition de l'onguent gagnerait en homogénéité. (*Soc. de thérap.*, fév. 1900.) A. L.

Les onctions à l'eau oxygénée glycérinée pour diminuer la durée de la desquamation dans la scarlatine. — M. WILLIAMS a trouvé qu'il est possible de réduire sensiblement la durée de la période de desquamation scarlatineuse en pratiquant sur toute la surface du corps, sauf le cuir chevelu, des onctions avec un mélange composé de 1 partie de glycérine pour 9 parties d'eau oxygénée à quinze volumes et additionnée de 1 p. 100 d'acide chlorhydrique. On diminue ainsi le laps de temps pendant lequel les sujets atteints de scarlatine doivent rester isolés, ainsi que les chances d'infection pour l'entourage. (*Presse méd. belge*, 25 fév. 1900.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de Paris. — Un congé, du 1er mars au 31 octobre, est accordé, sur sa demande, à M. Brouardel, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris.

Facultés de province. — *Lyon.* — M. Rochet, agrégé, est chargé d'un cours de médecine opératoire en remplacement de M. Pollosson (en congé).

Nancy. — L'Université est autorisée à emprunter une somme de 660 000 francs pour la construction et l'aménagement d'une nouvelle Faculté de médecine.

Une récente décision ministérielle l'autorise également à délivrer un nouveau titre, le premier de ce genre, en France, le titre de *docteur ès sciences biologiques*. Seront seuls admis à se présenter à ce doctorat les candidats munis d'une *attestation de sciences biologiques* avec l'une des trois mentions : anatomie, physiologie, microbiologie.

Montpellier. — M. Rauzier, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de pathologie générale.

Guerre. — Par décret, en date du 21 février 1900, ont été promus dans le cadre des médecins de la réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Bordas, Dagincourt, Froger, Nollet, Duchastelet, Jeanton, Giorgi, Simonot, Nicolas.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Delassus, Delerse, Basset, Vanhoutte, Givre, Béhague, Wargnier, Delbreil, Marette, Douarre, Geeraert, Ladouce, Raynaud, Dedieu-Anglade, Frémicourt, Faidherbe, Adda, Corny, Lherbier, Delezenne, Triboulet, Joland, Angot, Daunic, Lallemand, Louviot, Guibert, Couvreur, Sombret, Neyra, Viallon, Salomon, Bompaire, Branthomme, Varangot, Tariel, Morange, Sesquès, Tortellier, Capela, Ardillaux, Cornebois, Peyré, Dunogier, Cathala, Bertrand, Ronzier-Joly, Neveux, Toy, Clément, Roussel, Chavannaz, Narjoux, Daguillon, Oppenot, Guilloz, Vitrac, Schwaab, Bodin, Fieux, Grivet, Bert, La Bonnardière, Jacqueau, Cornet, Barjon, Regaud, Dumarest.

Par décret en date du 22 février 1900, ont été promus dans le cadre des médecins de l'armée territoriale.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Picot et Lemaistre.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Rousset, Huber, Haushalter, Guinard, Lemoine et Josserand.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Fiaux, Labat, Laurans, Marié, Séné, Jacquot, Darier, Imbert, Feuilletaud, Debrand, Porquet, Ridel, Ernous, Blanchard, Boulland, Festal, Margerite, Charvet, Peyramaure-Duverdier, Chauveau, Malfilâtre, Béclère, Brunet, Guichard, Voituriez, Ansaloni, Méry, Dufestel, Séname, Harlet, Dameuve, Bourdel, Girod, Pignol, Guichard, Crousié, Demoulin, Frétin, Maturié, Coutray de Pradel.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Pangon, Gauch, Laffage, Peretti, Lefranc, Godot, Amanieux, Vigne, Sereins, Dubois, Lacaille, Marieux, Roché, Durand, Billaux, Galliot, de Montgolfier, Année, Hervéou, Mondan, Doit, Changarnier, Blache, Boyer, Dagonet, Goizet, Cassine, Bourgois, Bourdon, Lermoyez, Chanson, Dess, Joullié, de Barrau de Muratel, Dutard, Frémond, Brégeat, Perrenot, de Bonnière de la Luzellerie, Julia, Benoît-Jeannin, Amiel, Lavergne, Richard, Puig, Bonnaire, Clarou, Corriez, Aussenac, Grousset, Legros, Perchet, Payrau, Malpas, Forest-Defaye, Ceccaldi, Jacques, Mongin, Leriche, Lancial, Vincent, Brulant, Gilles, Martha, Pallier, Chibrac, Potocki, Vilcoq, Chalus, Guinon, Legrand, Denarié, Rigault, Dardel, Mollard, Prevot, Lartet, Hillemand, Aubert, de Fleury, Cator, Lancelin, Legueu, Dubois, Fourrier, Rossignol, Pantaloni, Macon, Rossigneux, Cassariny, Momont, Royet, Chapotot, Archambaud, Cuilleret, Dauphant, Delteil, Dubreil, Delangle, Piole, Lallier, Capony, Michon, Fabre, Chaumont, Croizat, Vergez-Honta, Morel, Lemelletier, Pezet, Quignard, Chatin, Héan, Marquet-Deschiens, Souplet, Lasserre, Sallé, Maupâte, Bourbon, Reblaud, Clément, Aubert, Renault, Camescasse, Mauclaire, Trouillet, Teissier, Repelin, Le Bayon, Escat, Bidault, Berger, Lecompte, Lebon, Appert, Barrié, Angerant, Frenkel, Lafourcade, Darras, Béchet, Daraignez, Berty, Manson, Rebière, Pau, Boury, Lefranc, Marie, Chassevant, Genouville, Bitot, Boix, Rochon-Duvigneaud, Sandras, Briquet, Pruvost, Courmont, Mesnard, Durand, Saint-Hilaire, Porte, Décès, Dailliez, Bossis, Caron, Codet, Compagnion, Nicolle, Levrat, Duval, Cadilhac, Huber, Dufour, Sergent.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bouchereau, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne; Raymond Helles (de Mazères); Philippe Salmon, sous-directeur de l'école d'anthropologie; Amédée Sarrantes (de Launaguet).

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 26. — SAMEDI 3 MARS 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 3 MARS 1900. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — UN CAS D'HYPERTROPHIE EN LONGUEUR DE LA LANGUE, par M. C. GIROD, interne des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS. Répartition et index alphabétique des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et des externes, à dater du 1er mars 1900. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

UN CAS D'HYPERTROPHIE EN LONGUEUR DE LA LANGUE

Par C. GIROD, interne des hôpitaux.

T..., âgée de quarante-trois ans, entrée à la Salpêtrière en 1885 pour imbécillité.

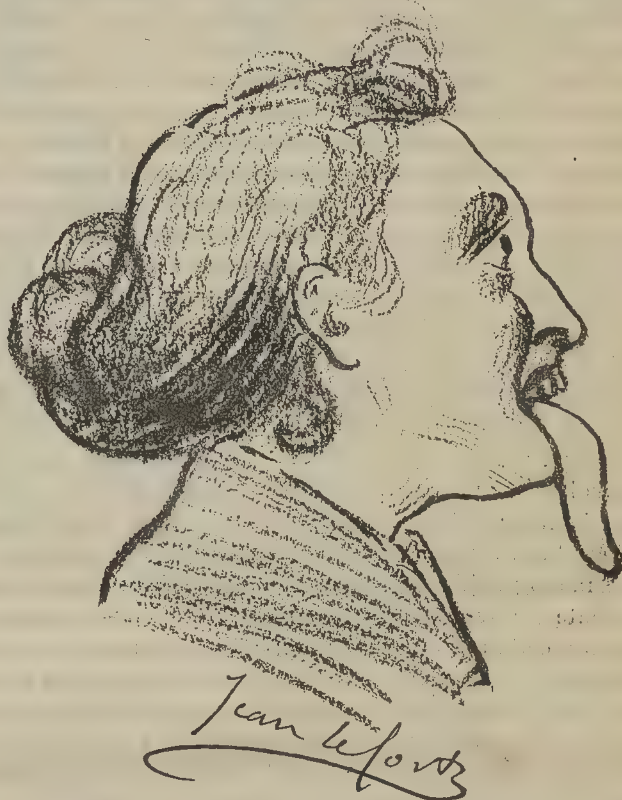
Manque absolu de renseignements sur les antécédents héréditaires; les antécédents personnels sont eux-mêmes fort difficiles à connaître, la malade a une intelligence assez bornée et se contredit souvent dans ses réponses.

Jusqu'à l'âge de dix ans il semble que son développement ait été normal : elle a appris à lire, à écrire, à compter; elle parlait sans difficulté ; elle avait cependant, dit-elle, une sorte de balbutiement, un bredouillement singulier. A dix ans serait survenue une fièvre cérébrale violente, intense, avec délire, qui aurait duré environ deux mois, mais sur la nature de laquelle il est impossible d'être fixé. C'est alors, dit-elle, que sa langue s'est mise à grandir et dès ce moment elle n'a plus pu parler. A partir de la même époque elle aurait commencé à avoir des crises nerveuses, avec aura, perte de connaissance, crises assez fréquentes à ce moment, mais qui auraient disparu totalement depuis une quinzaine d'années. Enfin, toujours à la suite de cette fièvre cérébrale, la malade prétend avoir eu une paralysie de tout le côté droit qui a peu à peu disparu et dont maintenant il ne reste aucune trace. Mentionnons encore une tumeur de la grosseur d'une mandarine, située dans la région sus-claviculaire gauche, tumeur diagnostiquée autrefois anévrysme de la sous-clavière ; il ne reste plus actuellement à cette place que quelques ganglions hypertrophiés.

Tels sont les antécédents, peu précis, de notre malade; voyons quel est son état actuel.

Signes psychiques. — Nous ne les développerons guère, car ce sont les symptômes classiques des petits idiots. T... est apathique et indifférente, n'aimant que le repos et l'immobilité et se refusant à toute espèce de travail. L'intelligence est peu développée et la malade répond mal et difficilement aux questions qu'on lui pose et cela parfois faute de mémoire.

Signes physiques. — La première chose qui frappe en examinant la malade est l'aspect spécial de la figure. D'abord un léger degré d'asymétrie : la moitié droite l'emporte sur la moitié gauche. Ensuite et surtout, on voit, à la partie inférieure de la face, devant le maxillaire inférieur à peu près sur la ligne médiane, une tumeur étalée dont le volume est variable, mais qui ne dépasse guère celui d'une petite noix. La nature de cette tumeur est immédiatement reconnue lorsqu'on prie la malade d'ouvrir la bouche. On voit en effet une langue énorme pelotonnée à l'intérieur de la bouche, mais qui, ne pouvant trouver assez de place en arrière des arcades dentaires, vient se loger dans le sillon alvéolo-labial.



Si l'on dit à la malade de tirer la langue, on voit sortir après beaucoup d'efforts un organe de longueur anormale. Bien étalée la langue dépasse les arcades dentaires de 7 centimètres environ et déborde ainsi l'extrémité du menton. Mais la malade ne peut pas d'elle-même allonger ainsi sa langue, la pointe en est toujours recourbée en arrière, cela tient à ce que sa motilité est bien diminuée; les mouvements de latéralité sont lents et peu étendus et c'est à peine si la malade peut toucher le bout de son nez. Cette diminution de la motilité est surtout nette, lorsqu'il s'agit de rentrer la langue; T... est alors obligée de presser avec sa main sur sa joue droite, prenant ainsi en quelque sorte un point d'appui.

Quant à l'épaisseur, à la largeur, à la consistance de la langue, elles sont absolument normales; de même pour la surface extérieure, qui n'est ni sèche, ni fissurée et dont les papilles ne sont pas hypertrophiées.

Cette longueur exagérée de la langue cause des troubles fonctionnels assez intenses. Cet organe en effet gêne la mastication par son volume; il est malhabile à ramener les aliments entre les dents, et parfois même, sortant de la bouche, il projette au dehors des débris alimentaires. Enfin la malade est incapable de prononcer le moindre mot; tout au plus peut-elle pousser quelques cris inarticulés. Il n'existe pas d'agraphie et T... répond à nos questions soit par signes, soit en écrivant ses réponses.

Ce volume de la langue a causé des déformations intéressantes du côté des dents et des os. La voûte palatine est fortement creusée, ogivale; les dents supérieures sont repoussées en avant et écartées les unes des autres. Elles manquent totalement à la mâchoire inférieure; elles sont successivement tombées, dit la malade, depuis sa fièvre cérébrale, alors que sa langue s'est mise à grandir plus rapidement. Cette absence de dents fait paraître le maxillaire inférieur très mince et comme atrophié, par suite d'une diminution considérable de hauteur.

Il n'existe pas de troubles dans les autres organes, pas de stigmates hystériques, pas de syphilis.

Telle est l'observation que nous avons cru devoir publier à cause de la rareté du fait. Il n'existe en effet, ainsi que le dit Broca (1), que les observations fort incomplètes de Fournier; aussi la plupart des classiques français et étrangers ne mentionnent pas cette anomalie dans leur chapitre des vices de conformation de la langue. Voici ce que dit Fournier (2): « Il y a des langues très volumineuses et surtout d'une longueur prodigieuse. J'ai vu un bateleur qui allongeait cet organe de six pouces hors de sa bouche. J'ai aussi remarqué chez une femme de Berlin une singulière conformation de la langue : elle était fort longue et plus mince que celle d'un chat, son épaisseur était à peine d'une demi-ligne et lorsque cette femme riait, sa langue tapissait toute sa bouche, simulant les plis d'une draperie, et recouvrait toutes ses dents. Cet organe était constamment privé de chaleur et, lorsqu'on le touchait, on éprouvait une impression de froid très sensible. Je connais une fort jolie personne, âgée de quinze à seize ans, qui, malgré que son cou soit fort long, peut porter sa langue sur sa poitrine sans incliner sa tête. » Telles sont les seules observations qui existent, les seules qui soient mentionnées dans quelques monographies ou traités spéciaux. W. F. Clarke (3) se contente de les reproduire. Butlin (4) consacre quelques lignes à cette affection et fait remarquer combien il serait important de connaître les troubles du langage. Il se pourrait d'ailleurs que quelques observations intitulées *macroglossie*, *lingua propendula*, etc., se rapportent à une longueur exagérée de la langue. C'est ainsi que Rosenberg (5), avant de citer les observations de Fournier, dit : Macroglossie, longueur exagérée de la langue.

Ce qui, en outre, est intéressant chez notre malade, ce sont les troubles du langage. Ceux-ci, en effet, pourraient faire prendre à première vue la malade pour une idiote complète ou pour une aphasique. Mais nous voyons que T... est fort affirmative lorsqu'elle dit que la perte de la parole a été parallèle à l'augmentation de croissance de la langue.

(1) BROCA. Art. LANGUE du *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, 2e édit., 1898, p. 197.

(2) FOURNIER. Art. CAS RARES, *Dict. des sc. méd.*, 1813.

(3) W. F. CLARKE. *A Treatise on the diseases of the tongue*, Londres 1873, p. 43.

(4) BUTLIN. *Diseases of the tongue*, Londres 1885, p. 27.

(5) ROSENBERG. *Die Krankheiten der Mundhoehle, des Rachens, und des Kehlkopfes*, Berlin 1899, 2e édit., p. 22.

Ainsi conclurons-nous en posant ce diagnostic : imbécillité; hypertrophie en longueur de la langue, probablement congénitale, et ayant causé des troubles du langage.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(28 FÉVRIER 1900)

La discussion sur l'application de **la radiographie à l'étude des fractures** suit son cours. Il ressort de cette discussion que les choses ne sont pas aussi simples qu'on l'avait cru d'abord. Si la radiographie peut rendre de grands services, elle peut aussi donner lieu à de graves erreurs et, à ce point de vue, la communication qu'a faite M. Reynier, est des plus intéressantes : si les uns, dit-il, attachent trop d'importance à la radiographie, les autres la condamnent d'une façon trop absolue. Il y a longtemps qu'on sait que la correction absolue, en matière de consolidation, est chose fort rare; on cherche à mettre les fragments, non pas bout à bout, mais en bonne position; pourvu que la consolidation se fasse dans l'axe normal du membre, que le bon fonctionnement de celui-ci soit assuré, c'est tout ce qu'on doit demander à la chirurgie et M. Reynier, fort en cela de sa conscience d'honnête chirurgien, se préoccupe fort peu de la mauvaise humeur des clients qui font radiographier leur membre consolidé et qui, à l'aide de cette radiographie, viennent se plaindre au chirurgien de la façon dont ils ont été traités, excellent prétexte à diminution et à suppression d'honoraires, voire même à poursuite devant les tribunaux.

La vérité est que la radiographie est un moyen de constatation encore trop nouveau, insuffisamment étudié et qui, s'il est appelé à rendre de grands services, peut donner lieu à des interprétations absolument erronées.

A l'appui de cette opinion, M. Reynier présente des épreuves radiographiques extraordinairement suggestives : après avoir immobilisé une fracture des deux os de la jambe dans un plâtre, il l'a fait radiographier en plaçant l'appareil dans diverses positions, tantôt en avant, tantôt en arrière, tantôt sur le côté du membre fracturé et il a obtenu les épreuves les plus dissemblables, les plus fantastiques qu'il soit possible d'imaginer; alors que sur l'une de ces épreuves on voit à peine le siège de la fracture, sur d'autres on constate un écartement de cinq ou six centimètres, on voit une série d'épreuves qui représentent une véritable danse des deux os de la jambe, ceux-ci se trouvent dans les positions et les rapports réciproques les plus inattendus. Allez donc, après cela, faire un diagnostic sur des épreuves radiographiques de fractures !

Au cours de cette communication, M. Reynier a fait une réflexion qui nous semble fort juste : Il est un peu vrai, a-t-il dit, que d'une façon générale les résultats du traitement des fractures dans nos services hospitaliers sont souvent moins brillants qu'autrefois. Cela tient à ce que le chirurgien, de nos jours, croit avoir mieux à faire qu'à appliquer lui-même les appareils à fracture et qu'il laisse ce soin aux internes, lesquels le laissent à leur tour aux externes, alors qu'autrefois le chef de service se donnait la peine d'appliquer lui-même ces appareils.

M. Kirmisson prend la parole pour soutenir la même opinion que M. Reynier sur la radiographie : ce serait un grand tort de la condamner, mais il ne faut pas oublier que la radiographie ne nous donne que des ombres et non des images et que ces ombres varient considérablement sui-

vant les cas. Il en donne pour preuve ce fait : un enfant qui avait été atteint d'une luxation de la hanche et qui était dans un appareil contenant une petite plaque métallique placée au-devant de l'articulation fut radiographié. Or la radiographie représenta cette attelle métallique deux fois plus longue qu'elle ne l'était en réalité. On aurait donc bien tort de se baser sur des épreuves radiographiques pour blâmer le chirurgien d'avoir obtenu une mauvaise coaptation. Il y a là un point de pratique médico-légale qui est des plus importants pour les chirurgiens.

MM. Félizet, Bazy et Guinard insistent pour que les épreuves si probantes présentées par M. Reynier soient reproduites daus les bulletins.

Au début de la séance, M. Delagénière (du Mans) a rapporté une observation de **kyste glandulaire du pancréas** traité par la marsupialisation et parfaitement guéri. Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans qui avait eu plusieurs poussées d'ictère, des douleurs fréquentes à l'épigastre, des vomissements incoercibles et qui portait, un peu à gauche de l'épigastre, une tumeur saillante, douloureuse à la pression, fixe, fluctuante, sans ganglions. Ce malade était arrivé à un état d'émaciation extrême et il était jaune bronzé. M. Delagénière l'opéra le 20 octobre ; laparotomie, ponction de la poche, et évacuation de trois litres de liquide brunâtre, poche épaisse, fixe, adhérente, décortication impossible, marsupialisation, guérison. Il s'agissait d'un kyste glandulaire du pancréas.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

Répartition des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et externes, à dater du 1er mars 1900.

A. Hôtel-Dieu. — 1. Médecin : M. le professeur Dieulafoy; chef de clinique : M. Kahn; chef de clinique adjoint : M. Apert; interne : M. Nattan-Larrier; externes : MM. Le Play, Barbier, Figueira, Galezowski, Mlle Delporte, MM. Poupardin, Herr, Aynaud, Devets de Lacrouzille, Debidour.

2. Médecin : M. Muselier; interne : M. Bourlot; externes : MM. Harvier, Mazuré, Uteau, Mlle Roussel, Philibert.

3. Médecin : M. le professeur Cornil; interne : M. Célos; externes : MM. Georges Lemaître, Zarzycki, Pron, Valatz, Fargin, Fayolle, Bouffier.

4. Médecin : M. Audhoui; interne : M. Benj. Weill; externes : MM. Maigrot, Rigaud, Jean.

5. Médecin : M. le professeur Brissaud ; interne : M. Monod (René); externes : MM. Crouzet, Lavenant, Guichard, Vassor.

6. Médecin : M. Faisans; interne : M. Levesque; externes : MM. Devé, Leduc, Vicq, Dramard, Auburtin.

7. Chirurgien : M. le professeur Duplay; chef de clinique : M. Marion; chef de clinique adjoint : M. Bigeard; internes : MM. Huguier, Minet, Le Roy des Barres, Assicot; externes : MM. de Martel, Roustan, Preciado, Bordenave, Canet, Roy, Clément, Jouvin.

8. Chirurgien : M. le professeur Panas; chef de clinique : M. Terrien; chef de clinique adjoint : M. Pley; internes : MM. Monthus, Leroux, Poulard; externes : MM. Labonette, Tarit, Giraud, Valery, Adda, Bouysson.

9. Chirurgien : M. Lucas-Championnière; internes : MM. Sauvage, Girod; externes : MM. Bosc, Feillard, Selleren, Pierre Dreyfus, Noé, Schlacher.

Consultations. — 10. Médecin : M. Legry; suppléant : M. Lantzenberg; interne provisoire : M. Sébilleau; externes : MM. Lagrange, Eloy, Amblard.

11. Chirurgien : M. Chevalier; suppléant : M. Robineau; externes : MM. Quillier, Cazeaux, Pamart.

B. Hôtel-Dieu Annexe. — 1. Médecin : M. Mosny; interne provisoire : M. Dardeau; externes : MM. Goulard, Beaujard, Pathaud, Darré.

2. Médecin : M. Klippel; interne provisoire : M. Boidin; externes : MM. Hervoit, Jarvis, Trénaunay, Friedel.

3. Accoucheur : M. Champetier de Ribes; interne : M. Delestre; externes : MM. Lemarchand, Lavergne, Haret.

C. Hôpital de la Pitié. — 1. Médecin : M. le professeur Jaccoud; chef de clinique : M. Gouget; chef de clinique adjoint : M. Mangin-Bocquet; interne : M. Percheron; externes : MM. Laurent, Bour, Læderich, Parrot, Demanche, Mlle Pascal.

2. Médecin : M. Robin; interne : M. Gouraud; externes : MM. Pierre Sée, Alfred Lévy, Bernheim, Boyer, Roche, Marciteau, David.

3. Médecin : M. Petit; interne : M. Rathery; externes : MM. Brizard, Rabant, Quillon, Sautelet, François.

4. Médecin : M. Babinski; interne : M. Bellin; externes : MM. Espitalier, Viteman, Bonamy, Brelet.

5. Médecin : M. Thibierge; interne : M. L. Le Sourd; externes : MM. Poirier, Méret, Baudoin, Gaudeau, Lerembourе, Ichard, Béguinot.

6. Médecin : M. Giraudeau; interne : M. Balthazard; externes : MM. Couzard, Gillot, Cottard, Caldagnes.

7. Chirurgien : M. le professeur Terrier; chef de clinique : M. Banzet; internes : MM. Veau (médaille d'or), A. Bernard, Mouchotte, Alexandre; externes : MM. Jacques Delage, Durozoy, Israël, Macé de Lépiney, Magni, Rabourdin, Sauné, Bidel.

8. Chirurgien : M. Chaput; internes : MM. Maurice Guillot, Katz, Lance; externes : MM. Ogé, Lesueur, Colombet, Bardon, Cormon, Lépine, Mahoudeau.

9. Accoucheur : M. Lepage ; interne : M. Grosse; externes : MM. Chomet, Sudaka.

Consultations. — 10. Médecin : M. Teissier; suppléant : M. Phulpin; externes : MM. Dubinet, Lebret, Lamoureux.

11. Chirurgien : M. Thiéry; suppléant : M. Barozzi; externes : MM. Dupouy, Cabanne, Fayon.

D. Hôpital de la Charité. — 1. Médecin : M. le professeur Potain; chef de clinique : M. Brodier; chef de clinique adjoint : M. Nobécourt; interne : M. Lefas; externes : MM. Dotses, Cochet, Emile Guérin, Dinet.

2. Médecin : M. Gouraud; interne : M. Roché; externes : MM. Bourcier, Séjournet, Le Gambier, Ehschbach, Baudry.

3. Médecin : M. le professeur Bouchard; interne : M. Camus; externes : MM. Brunschwig, Billaudet, Guilloire, Lequeux.

Service temporaire. — Externes : MM. Fournier, Dobrowitch.

4. Médecin : M. Moutard-Martin ; interne : M. Froussard ; externes : MM. Ferras, Robinet, Gabriel Petit, Vulliard.

5. Médecin : M. Labadie-Lagrave ; interne : M. Tissot; externes : MM. Lévy-Frænkel, Gosselin, Pastowe, Ambrosi.

6. Médecin : M. Oulmont; interne : M. Lamouroux ; externes : MM. Sigre, Trèves, Roniet, Alphonse Guérin.

7. Chirurgien : M. le professeur Tillaux; chef de clinique : M. Riche; internes : MM. Renon, Grenet, Piquand; externes : MM. Buisson, Haas, Hudelot, Mlle Renaud, MM. Moliniaux, Tixier, Villepelet.

8. Chirurgien : M. Campenon; internes : MM. Durand-Viel, Leuret; externes : MM. Gros-Dévaud, Claeys, Chalinet, Claret.

9. Accoucheur : M. Maygrier; interne : M. Jeannin; externes : MM. Lauvinerie, Vinaver, Savoye, Ch. Durand.

Consultations. — 10. Médecin : M. Triboulet; suppléant : M. Magdelaine; externes : MM. Carvington, Lestelle.

11 Chirurgien : M. Launay; suppléant, M. Savariaud; externes : MM. Budin, Delille.

E. Hôpital Saint-Antoine. — 1. Médecin : M. le professeur Hayem; chef de clinique : M. Thiercelin; interne : M. Hers-

cher; interne provisoire : M. Darcanne ; externes : Mlle Horovitz, MM. Norero, Duparc, Rabuel, de Cisternes, Giraudet, Jacobson.

2. Médecin : M. Ballet; interne : M. Meuriot; externes : MM. Massard, Coutelas, Gambier, Blum.

3. Médecin : M. Gaucher; interne : M. Henri Bernard; externes : MM. Georges Villaret, Maurice Villaret, Lacroix, Nathan, Barbarin.

4. Médecin : M. Siredey; interne : M. Louis Leroy ; externes : MM. Séguin, Robert Klein, Lemonnier, Mlle Martin, M. Escande.

5. Médecin : M. Lermoyez; assistant : M. Laurens; interne : M. Bourgeois; externes : MM. Coeylas, Depoutre, Albert Lévy, Aribat, Chevalier.

6. Médecin : M. Galliard; interne : M. Férouelle; externes : MM. Grelley, Ollier, Henry Lemaire, Mouras.

7. Médecin : M. Gilles de la Tourette ; interne : M. d'Herbécourt; externes : MM. Henriot, Dramard, Cléret, Lévy, Jouhaud.

8. Médecin : M. Béclère; interne : M. Laignel-Lavastine; externes : MM. Iscobesco, Wormser, Sequer, Toupet, Louis Bloch.

9. Médecin : M. Thoinot; interne : M. Raoul Labbé; externes : Ladevèze, Contet, Dignè, Deshayes.

10. Chirurgien : M. Monod ; internes : MM. Zadok, Bonnel, Mesnard; externes : MM. Tonnin, Lorenzo, Ledoux, Pallegoix, Gardanot, Monod.

11. Chirurgien : M. Blum ; internes : MM. Berthier, Grivot, Aguinet; externes : MM. Duval, Maussire, Pierrhugues, Morisson, Mignon, A. Rousseau.

12. Accoucheur : M. Bar ; interne : M. Michaut ; externes : MM. Roger, Fontanié, Picot, Vacquerie.

Consultations. — 13. Médecin : M. Hudelo; suppléant : M. Sergent; interne provisoire : M. Zacchiri ; externes : MM. Artaud, Jullich.

14. Chirurgien : M. Bouglé; externes : MM. Chadyinski, Duroisel, Bruder.

F. Hôpital Necker.— 1. Médecin : M. Rendu ; interne : M. Poulain; externes : MM. Merklen, Lebhard, Longin, Barthélemy, Theulet-Luzié.

2. Médecin : M. Huchard; interne : M. Chauveau ; externes : MM. Simon, Prunier, Lesauvage, Gros.

3. Médecin : M. Cuffer; interne : M. Courcoux ; externes : MM. Boudréaux, Roussy, Boisseau, Billard.

4. Médecin : M. Barth ; interne : M. Jalaguier; externes : MM. Courchet, Demarque, Griffond, Durieux, Boucher.

5. Chirurgien : M. le professeur Le Dentu ; chef de clinique : M. P. Delbet ; internes : MM. Guéniot, Hallopeau, Quiserne; externes : MM. Corlieu, Gy, Gaultier, Cubertafon, Oppenheim, Guérin, Dieuzeide, Saintive.

6. Chirurgien : M. le professeur Guyon ; chef de clinique : M. Michon; chef de clinique ad-joint : M. Pasteau ; internes : MM. Brécy, Alglave, Auffret ; externes : MM. Le Louet, Le Clech, Dénécheau, Berton, Paul Bourgeois, Flamencourt, Ch. Masson, André Thomas, Georges Martin.

7. Chirurgien : M. Routier; internes : MM. Degorce, Guisez; externes : MM. Dieuzaide, Benoît, Nandrot, L.-F. Thorel, Georges Claude, Ertzbischoff.

Consultations. — 8. Médecin : M. Aviragnet; suppléant : M. Lesné; externes : MM. Francoz, Dalmas, Hollande.

9. Chirurgien : M. Albarran; suppléant : M. Brodier; externes : MM. Rivet, Camus.

G. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. Chauffard ; internes : MM. Lejonne, Pagniez ; externes : MM. Onfray, R. Français, Royer, Mlle Stein, MM. Bourguignon, Fessard, Lhuillier.

2. Médecin : M. Delpeuch; interne : M. Pouliot; externes : MM. Gihaut-Lafont, Blanluet, Merry, Charpentier, Aïtoff, Tournay.

3. Chirurgien : M. Schwartz; internes : MM. Bufnoir, du Pasquier; externes : MM. Collin, Nivet, Hahn, Grélauet, Mauban, Guy.

4. Chirurgien : M. Quénu; internes : MM. Judet, Petit, Tesson : externes : MM. Houzel, Rottenstein, Vidal, Ét. Le Sourd, Borst, Gabail, Barnsby.

5. Chirurgien : M. Bouilly ; internes : MM. A. Mauger, Loewy; externes : MM. da Silva Paranhos, Landowski, Girod, Picot.

Service temporaire. — 6. Interne : M. Lecène; externes : MM. Ameuille, Delapchier.

Consultations. — 7. Médecin : M. Lesage; suppléant : M. Thomas ; interne provisoire : M. Paul Berthier; externe : M. Ribot.

8. Chirurgien : M. Rieffel ; suppléant : M. Cange ; externes : MM. André Martin, Bailleul, Daniel, Maugeret.

H. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. Fernet; interne : M. Lacapère ; externes : MM. Ducot, Duplessier, Perrody, Podevin.

2. Médecin : M. le professeur Debove ; internes : MM. Castaigne (médaille d'or), Jousset ; externes : MM. Ponroy, Brumpt, Rauzy, d'Heilly, Mlle Mouroux, M. Calvé.

3. Médecin : M. Troisier ; interne : M. Sabatié ; externes : MM. Taguet, Lemaistre, Contenau, Vermeil.

4. Médecin : M. Lacombe; interne : M. Herrenschmidt; externes : MM. Morisetti, Dohun, Causyn.

5. Chirurgien : M. B. Anger ; internes : MM. Stanculéanu, Lebreton, Tabary ; externes : MM. de la Volpillière, Dufour, Labastide, Sentex, Flourens.

6. Chirurgien : M. Bazy; internes : MM. Géraud, Deschamps ; externes : MM. Barret, Legros, Paul Guyot, Sempé, Tansard, Radiguer.

7. Chirurgien : M. le professeur Berger ; assistant : M. Rochard ; internes : MM. Barbarin, Guibé, Iselin ; externes : MM. Château, Dalimier, Schaefer, Labadie-Lagrave, Baumann, Legros, Lagleize, Rallion.

8. Chirurgie (chroniques). — Interne provisoire : M. Diel; externe : M. Wickersheimer.

9. Accoucheur : M. Ribemont-Dessaignes; chef de clinique : M. Rudeaux.

Consultations. — 10. Médecin : M. Toupet ; suppléant : M. Hulot; interne provisoire : M. Regnard ; externes : MM. Cruveilhier, Vaillant, Lutaud.

11. Chirurgien : M. Lyot; suppléant : M. Ravanier ; externes : MM. Lièvre, Henri Chevalier, Mlle Debains.

I. Hôpital Lariboisière. — 1. Médecin : M. Duguet ; interne : M. Géraudel; externes : MM. Paisseau, Deglos, Kauffmann, Deard, Bouchot, Bibet, Stepinski.

2. Médecin : M. Gouguenheim ; assistant spécial : M. Lombard; interne : M. Caboche; externes : MM. Compain, Astengo, Louis Lièvre, Boudinski.

3. Médecin : M. Landrieux ; interne : M. Mauté ; externes : MM. Camus, Memloch, Bourgeau, Hébert, Devraigne, Cabon.

4. Médecin : M. Dreyfus-Brisac; interne : M. Sicard; externes : MM. Chazet, Zwibel, Tribaudeau, Yaich, Michel Weill, Goyard, Patry.

5. Médecin : M. Tapret; interne : M. Voisin ; externes : MM. Balatre, A. Petit, Deniker, H. Dreyfus, Rouet.

6. Médecin : M. Brault; interne : M. Blandin ; externes : MM. Jacquemin, Braunberger, Robert Jamet, Senéchal, Vrain.

7. Chirurgien : M. Delens; assistant : M. Sauvineau; internes : MM. Vivier, Garrigues; externes : MM. de Clomesnil, Renoulh, Cassuto.

8. Chirurgien : M. Peyrot; assistant : M. Souligoux; internes : MM. Fossard, Mauger, Lippmann; externes : MM. Lambert, Grandjean, Legou, Hornus, Reinburg, Omiecinoky.

9. Chirurgie (chroniques). — Interne : M. Aubourg; externes : MM. Guillemet, Mougène de Saint-Avid.
10. Chirurgien : M. Reynier; internes : MM. Guibal, Audard, Tourlet; externes : MM. Cuqu, Kiéner, Cucherousset, Herbinet, Laborde, Rouhier.
11. Chirurgien : M. Tuffier; internes : MM. Neveu, Loubet; externes : MM. Roland, Dehérain, Lecoconnier, Lagardère, Meyger, Glatard.
12. Accoucheur : M. Bonnaire; interne : M. Maury; externes : MM. Métoz, Gascheau, Duflos, Dieu.
Consultations. — 13. Médecin : M. Lion; suppléant : M. Papillon; interne provisoire : M. Kahn; externes : MM. Halgan, Bertrand, Edmond Bloch.
14. Chirurgien : M. Beurnier; externes : MM. d'Abbadie, Burgaud, Renoult, Bazalgette.

J. Hôpital Tenon. — 1. Médecin : M. Martin-Roux; interne : M. Bruandet; externes : MM. Devouassoux, Gibert, René Lemaître, Batisse, Boulommier, Souilhé, Romanescu.
2. Médecin : M. Bourcy; interne : M. Salomon; externes : MM. Erlanger, Aupois, Brunat, Deireuse.
3. Médecin : M. Le Gendre; interne : M. Esmonet; externes : MM. Génévrier, Troller, Hubert, Le Jemtel.
4. Médecin : M. Achard; interne : M. Lœper; externes : MM. Cotar, Cailliau, Joseph Renaud, Tanon, André Cantonnet.
4 *bis. Service temporaire de médecine.* — Externes : MM. Monnamy, Carrayron.
5. Médecin : M. Ménétrier; interne : M. Legroux; externes : MM. Delhommeau, Brenot, Cauchoix, Lafosse.
6. Médecin : M. Duflocq; interne : M. Jomier; externes : MM. Albert Masson, Blavot, Loubier, Néal.
7. Médecin : M. Launois; interne : M. Paris; externes : MM. Magitot, Grosset, Antoine Dupret, Carnette, Cailleux.
8. Médecin : M. Morel-Lavallée; interne : M. Bergeron; externes : MM. Larier, Bordenave, Hautant, Roblot.
9. Chirurgien : M. Félizet; internes : MM. Léo, Beauvy, Le Lorier; externes : MM. Desmoulins, Matsoukis, Cailleton, Larré, Blanquinque, Capette.
10. Chirurgien : M. Poirier; internes : MM. Roche, Maubert, Prat; externes : MM. Barrier, Maurice Lemercier, Courtois, Chanu, Guérault, Chapon.
11. Chirurgien : M. Lejars; internes : MM. Cathelin, Poirier de Clisson, Nicaise; externes : MM. Dennecé, Alfred Jacquot, Jullien, Marmonteil, Jules Perrin, Vitry.
12. Accoucheur : M. Boissard; interne : M. Em. Coudert; externes : MM. Guihal, Robin, Apraillé.
Consultations. — 13. Médecin : M. Lamy; suppléant : M. Bodin; interne provisoire : M. Louste; externe : M. Thiellement.
14. Chirurgien : M. Brézard; suppléant : M. Longuet; externes : MM. Pélicier, Jouannin, Choutet.

K. Hôpital Laennec. — 1. Médecin : M. Landouzy; interne : M. Guillain; externes : MM. Roussel, Lucet, Chevassu, Roubaud, Mortier, Viau, Lejeune.
2. Médecin : M. Merklen; interne : M. Janot; externes : MM. André, Morel, Papin, Maurice Camus, Giffard, Chaix.
3. Médecin : M. Barié; interne : M. Lutier; externes : MM. Saintignon, Tixier, Monflier, Baillon, Stettiner.
4. Médecin : M. Hirtz; interne : M. Delamare; externes : MM. Lombard, Roques, Le Mau, Lavie, Mme Margouliès.
Service temporaire. — 5. Médecin : M. Rénon; interne provisoire : M. Latron; externes : MM. Gachet, Gratiot, Soullard, Lemercier, Violle.
6. Chirurgien : M. Reclus; internes : MM. Labey, Schwartz, Godineau; externes : MM. Oppert, Paul Fabre, Marsoo, Muret, Mlle Francillon, M. Heitz.
Consultations. — 7. Médecin : M. Claisse; suppléant : M. Rabé; externes : MM. Grabié, Maringer.
8. Chirurgien : M. Faure; suppléant : M. Courtillier; externes : MM. Chirié, Labarrière.
9. Médecin : M. Dupré; interne provisoire : M. Devaux; externes : MM. Riss, Toulzac, Reulos, André Picard, Cotonnec.

L. Hôpital Bichat. — 1. Médecin : M. Roques; interne : M. Calmels; externes : MM. Linard, Forest, Octave Claude, Bornait-Legueule, Ricou.
2. Médecin : M. Talamon; interne : M. Devé; externes : MM. Blondin, Breitel, Damotte, Paul Bachmann, de Saint-Mathieu.
3. Chirurgien : M. Picqué; internes : MM. Grégoire, Nollet (à titre temporaire); interne provisoire : M. Menet; externes : MM. Wapler, de Fourmestraux, Truelle, Eonnet, Cottard, Bréchat, Jacowski, Ernest Rivet.
Consultations. — 4. Médecin : M. Barbier; suppléant : M. Dufournier; interne provisoire : M. Touchard; externes : MM. Chazal, Poissenot, René Picard.
5. Chirurgien : M. Guillemain; suppléant : M. Baraduc; externes : MM. Bonhomme, Apte.

M. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. Gilbert; interne : M. Lereboullet; externes : MM. Bouchez, Mary, Delion, Barré, Rodocanachi.
2. Médecin : M. Œttinger; interne : M. Bluysen; externes : MM. Burgaud, Tipart, Maurice Renou, Tissot, Piérärt.
3. Chirurgien : M. Michaux; internes : MM. Bender, Heitz; externes : MM. Chapotin, Loin, Charles Chevalier, Saillant, Lesage, Pernot.
Consultations. — 4. Médecin : M. Caussade; suppléant : M. Fournier; externes : MM. Crépin, Tostivint.
5. Chirurgien : Assistant : M. Auvray; suppléant : M. Mayet; externes : MM. Tostaine, Édouard Roland.

N. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Letulle; interne : M. Oppenheim; externes : MM. Rabier, Papillon, Horteloup, Jacques Dupuy, Verliac, Sevray, Joseph Fabre, Berruyer.
2. Chirurgien : M. Gérard-Marchant; internes : MM. Jouon, Lenormant, Simon; externes : MM. Gaultry, Desmarest, Henri Petit, Georges Picard, Fileux, Tesseire.
3. Accoucheur : M. Doléris; interne : M. Malartic; externes : MM. Pillet, Lœwenhard, Guérin-Beaupré.
Consultations. — 4. Médecin : M. de Gennes; suppléant : M. Critzmann; interne provisoire : M. Maurice Bloch; externes : MM. Berthier, Émile Sée.
5. Chirurgien : M. Demoulin; suppléant : M. Collinet; externes : MM. Degris, Leh, Morlet, Legrand.

O. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le professeur Fournier; chef de clinique : M. Edmond Fournier; internes : MM. Detot, Sabaréanu; externes : M. Dabasse, Mlle Majérez, MM. Pétresco, Carel, Burty.
2. Médecin : M. Hallopeau; internes : MM. Lemierre, Trastour; externes : MM. Fumouge, Bredier, Petit, Acher-Dubois, Ardarit.
3. Médecin : M. Tenneson; interne : M. Ribadeau-Dumas; externes : Mlle Pissareff, MM. Dommartin, Carlotti, Guilly, Jacobsohn, Gustave Philippet.
4. Médecin : M. du Castel; internes : MM. Morichau-Beauchant, Courtellemont; externes : MM. Druelle, Saison, Athanasiu, Duc-Dodon, Rendu.
5. Médecin : M. Danlos; interne : M. Baumgartner; externes : MM. Thuilleux, Pelletier, Binet, Ciaudo, Morlat.
6. Médecin : M. Balzer; interne : M. Alquier; externes : MM. Bariat, Leculier, Joseph, Ducournau.
Service temporaire. — 7. Médecin : M. Méry; interne provisoire : M. Lacasse; externes : MM. Louis Rousseau, Courgeon, Gérard, Feuillet, Remoussenard, Cholet.
8. Chirurgien : M. Richelot; assistant : M. Morestin; internes : MM. Guéry, Gauchery, Marcou-Mützner; externes :

MM. Privat de Fortunié, Liné, Demargne, Maillard, Matry, Besnier.

9. Chirurgien : M. Nélaton; internes : MM. Theuveny, Sikora, Kendirdjy; externes : MM. Canton, Chiray, Mougeot, Dauchez, Buron, Manoussy, Lhermitte.

10. Chirurgien : M. Ricard; internes : MM. Cochemé, Pédeprade, Rastouil; externes : MM. Duclaux, Lardennois, Gaudemet, Robert Roux, Benéteau, Boileau.

11. Accoucheur : M. Auvard; interne : M. Gadaud; externes : MM. Eltchaninoff, Juy, Tassin, Degrais.

Consultations. — 12. Chirurgien : M. Legueu; suppléant : M. Batigne; externes : MM. Jousselin, Molinsky.

P. Hôpital Broca. — 1. Médecin : M. de Beurmann; interne : M. Wagon; externes : MM. Giroux, Dezarnaulds, Delange, Lecerf, Fruictier, Mourlhon, Mlle Volck.

2. Médecin : M. Brocq; interne : M. Laubry; externes : MM. Pied, Ayrignac, Zentler, Reulos, Darbois, Guyot, Favre, Steiner.

3. Chirurgien : M. Pozzi; internes : MM. Jacomet, Pestemalzoglu, Tournemelle; externes : MM. Mélin, Miquel, Monier, Janvier, Germain, Borne, Cantonnet, Gaston Durand.

R. Maison municipale de santé. — 1. Médecin : M. Widal; interne : M. Ravaut; externes : MM. Rigollot-Simonnot, Okinezye, Pfister.

2. Médecin : M. Vaquez; interne : M. Ribierre; externes : MM. Gauquelin, Jean Talon, Walter.

3. Chirurgien : M. Walther; internes : MM. Chalochet, Desjardins, Mahar; externes : MM. Cornélius, Durey, Paul Mathieu, Gourmand, Bonnefous, Aubin, Manet, Cointepas.

4. Chirurgien : M. Potherat; internes : MM. Guénard, Chevrier; externes : MM. Cistrier, Arrault, Sourdille, Rozier, Ortel, Houdeville.

S. Hôpital des Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le professeur Grancher; interne : M. Armand Delille; externes : MM. Ferreux, Leenhardt, Foisy, Camille Ferry, Mlle Volovatz.

2. Médecin : M. Descroizilles; interne : M. Georges Michaux; interne provisoire : M. Lecornu; externes : MM. Siégel, Gottschalk, Sineau, Habar, Justin Roux.

3. Médecin : M. Moizard; interne : M. Bacaloglu; externes : MM. André Ferrand, Vialle, Raoult, Hazard.

4. Médecin : M. Sevestre; interne : M. Girard; externes : MM. Edmond Mettey, Hamard, Fernand Jacquot, Rigoulet.

5. Médecin : M. Comby; internes : M. Civatte; externes : MM. Raynaud, Paulouch, Algret, Pierre Gilbert.

6. Médecin : M. Variot; interne : M. Bergouignan; externes : MM. Baudrand, Rondeau, Sayot, Duclos, Solacolu.

7. Chirurgien : M. Brun; internes : MM. Dambrin, Audistère; externes : MM. Mignardot, Mayer, Küss, Villandré, Pépin, Mme Grandjean.

8. Chirurgien : M. le professeur Lannelongue; assistant : M. Villemin; internes : MM. Duval, Caubet; externes : MM. Sari, Gaillard, Léon Durand, Tardif-Bardinel, Victor Baron, Crosse, Donat.

T. Hôpital Trousseau. — 1. Médecin : M. Josias; interne : M. Ball; externes : MM. Alquier, Poupault, Heller, Poujade, Lévy-Davicion.

2. Médecin : M. Netter; interne : M. Clerc; externes : M. Paul Bloch, Halbron, Paul Dubois, Dabout, Fildermann.

3. Médecin : M. Richardière; interne : M. Masbrenier; interne provisoire : M. Gimbal; externes : MM. Duvernoy, Georget, Gaston Maillard, Maurice Petit, Goujon.

4. Médecin : M Guinon; interne : M. Froin; externes : MM. Valentin, Édouard David, Lobligeois, Mathé.

5. Chirurgien : M. Kirmisson; internes : MM. Gasne, Chevé, Tridon; externes : MM. Honquet, Bazalgette, Louis David, Door, Cruet, Sebille, Schwarzchild, Guillemain.

6. Chirurgien : M. Broca; assistant (consult. spéc.) : M. Boulay; internes : MM. Chifoliau, Bisch; externes : MM. Beaufumé, Raymond Thorel, Dibos, Blairon, Juquelier de Lacombe.

U. Hospice des Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. le professeur Hutinel; internes : MM. Merklen, Leven; externes : MM. Levassort, Audy, Monraisse, Braillon, Gustave Philippet.

2. Chirurgien : M. Jalaguier; internes : MM. Croisier, Hivet; externes : MM. Pierre Moreau, Leroux, Delbos, Pignot, Yzattcheff.

V. Hôpital Andral. — 1. Médecin : M. Mathieu; adjoint : M. Soupault; internes : MM. Follet, Delherm; externes : MM. Janin, Merle, Cattier, Millon, Joseph Mathieu, Gillet.

Consultations. — 2. Médecin : M. Thiroloix; suppléant : M. Vermorel; externes : MM. Descombes, Verbeck.

W. Hospice de Bicêtre. — 1. Médecin : M. Marie; interne : M. Ferrand; interne provisoire : M. Pécharmant.

2. Chirurgien : M. Guinard; internes : MM. Chapotin, Belgrand, Gardner.

Service des aliénés. — 3. Médecin : M. Bourneville; internes : MM. Crouzon, Laurens; interne provisoire : M. Dionis du Séjour.

4. Médecin : M. Féré; interne : M. Mettey; interne provisoire : M. Gernez.

5. Médecin : M. Séglas; interne : M. Cahen; interne provisoire : M. Denis.

6. Médecin : M. Chaslin; interne : M. Périn; interne provisoire : M. Tillaye.

Y. Hospice des Incurables (Ivry). — 1. Médecin : M. Gombault; interne : MM. Guihal, Cathala; externe : M. Champ.

2. Chirurgien : M. Hartmann; interne : MM. Silhol, Bonneau; externe : M. Delaage.

Z. Hôpital de la Maternité. — 1. Médecin : M. Charrin; interne : M. Legros; externe : M. Cochonnet.

2. Accoucheur : M. Porak; adjoint : M. Potocki; internes : MM. Milhiet, Couvelaire.

Aa. Hôpital Ricord. — 1. Médecin : M. Renault; interne : M. Dupuy; externes : MM. Duprat, Panthès, Beaussenat.

2. Médecin : M. Queyrat; interne : M. Carton; externes : MM. Fautrier, Poisot, Ledoux-Lebart, Francina, Kresser.

3. Chirurgien : M. Humbert; interne : M. Cottu; externes : MM. Thiollier, Hechemann, Gautherin, Billon.

Ab. Hospice de la Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le professeur Raymond; chef de clinique : M. Cestan, internes : MM. Babonneix, Lenglet, Zimmern; externes : MM. de Frumerie, Brissy, Jeannel, Feuillié, Munch, Bodolec, Junès.

2. Médecin : M. Déjerine; internes : MM. Lortat-Jacob, Hauser; externes : MM. Loew, Censé, Perpère, Damaye, Mlle Gorovitz.

3. Chirurgien : M. Segond; interne : MM. de Font-Réaulx, Fresson; externes : MM. Bacaresse, Béclard, Morni, Inglessi.

Service des aliénés. — 4. Médecin : M. Voisin; interne : M. Bouchet; externes : MM. Phellipon, Levesque.

5. Médecin : M. Charpentier; interne : M. Chastenet de Géry; externe : M. Clermonthe.

6. Médecin : M. Deny; interne : M. Roy; externes : MM. Evrard, Maurer.

Consultations. — 7. Chirurgien : M. Lapointe; assistant : M. Wrait; externes : MM. Bouchaud, Bachmann.

Ac. Hôpital de la Clinique d'Accouchements. — 1. Accoucheur : M. le professeur Budin; chef de clinique : M. Schwabe; chef de clinique adjoint : M. Macé; externes : MM. Mirande, Bourrier, Barlerin, Hubert Legrand, Giroux, Roche.

Ad. Clinique Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. le pro-

fesseur Pinard; chef de clinique : M. Paquy; externes : MM. Barbin, Blanchet, Napiéralski, Boirivant, Boissier, Osty.

Ae. Hospice des Ménages (Issy) et Hospice Devillas. — 1. Médecin : M. Marfan; interne : M. Boricaud; interne provisoire : M. Méheut; externe : M. de Ribier.

Af. Hôpital d'Aubervilliers. — 1. Médecin : M. Roger; interne : M. E. Weil; interne provisoire : M. Aubertin; externes : MM. Pater, Bentz, Coussieu, Delom, Bouquet, Rivière.

Ag. Hospice Debrousse. — 1. Médecin : M. Würtz; interne : M. Léri.

Ah. Bastion 29. — 1. Médecin : M. le professeur Chantemesse; interne : M. Monsseaux; externe : M. Ducoudray.

Ai. Institution Sainte-Périne et Maisons de retraite Chardon-Lagache et Rossini. — 1. Médecin : M. Lebreton; internes : MM. Legay, Vinsonneau (Sainte-Périne et Rossini), Lafoy (Chardon-Lagache).

Aj. Maison de retraite de La Rochefoucauld. — 1. Médecin : M. Darier; interne : M. Langevin; externes : MM. Milanoff, Louis Guillaume.

Ak. Hôpital de Berck-sur-Mer. — 1. Chirurgien : M. Ménard; internes : MM. Andrieu, Nau, Cresson.

Al. Hospice de Brévannes. — 1. Médecin : M. Touche.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° chefs de service (médecins, chirurgiens, accoucheurs, service des consultations); 2° chefs de clinique (médecine, chirurgie, accouchements); 3° internes titulaires; 4° internes provisoires; 5° externes.

N.-B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : Bardon, C-8 = C. Hôpital de la Pitié, 8. Service de M. Chaput.

MÉDECINS

Achard, J-4.
Audhoui, A-4.
Babinsky, C-4.
Ballet, E-2.
Balzer, O-6.
Barié, K-3.
Barth, F-4.
Béclère, E-8.
Beurmann (de), P-1.
Bouchard, D-3.
Bourcy, J-2.
Bourneville, W-3.
Brissaud, A-5.
Brocq, P-2.
Budin, Ac-1.
Chantemesse, Ah-1.
Charpentier, Ab-5.
Charrin, Z-1.
Chaslin, W-6.
Chauffard, G-1.
Comby, S-5.
Cornil, A-3.
Cuffer, F-3.
Danlos, O-5.
Darier, Aj-1.
Debove, H-2.
Déjerine, Ab-2.
Delpeuch, G-2.
Deny, Ab-6.
Descroizilles, S-2.
Dieulafoy, A-1.
Dreyfus-Brisac, I-4.
Du Castel, O-4.
Duflocq, J-6.
Duguet, I-1.
Faisans, A-6.
Féré, W-4.
Fernet, H-1.
Fournier, O-1.
Galliard, E-6.
Gaucher, E-3.
Gilbert, M-1.
Gilles de la Tourette, E-7.
Giraudeau, C-6.
Gombault (A.), Y-1.
Gouguenheim, I-2.
Gouraud, D-2.
Grancher, S-1.
Hallopeau, O-2.
Hayem, E-1.
Hirtz, K-4.
Huchard, F-2.
Hutinel, U-1.
Jaccoud, C-1.
Jacquet, O-7.
Josias, T-1.
Klippel, B-2.
Labadie-Lagrave, D-5.
Lacombe, H-4.
Landouzy, K-1.
Landrieux, I-3.
Launois, J-7.
Lebreton, Ai-1.
Le Gendre, J-3
Lermoyez, E-5.
Letulle, N-1.
Marfan, Ae-1.
Marie, W-1.
Martin-Roux, J-1.
Mathieu (A.), V-1.
Ménétrier, J-5.
Merklen, K-2.
Méry, O-7.
Moizard, S-3.
Morel-Lavallée, J-8.
Mosny, B-1.
Moutard-Martin, D-4.
Muselier, B-1.
Netter, T-2.
Œttinger, M-2.
Oulmont, D-6.
Petit, C-3.
Potain, D-1.
Queyrat, Aa-2.
Raymond, Ab-1.
Renault, Aa-1.
Rendu, F-1.
Richardière, T-3.
Robin, C-2.
Roger, Af-1.
Roques, L-1.
Séglas, W-5.
Sevestre, S-4.
Siredey, E-4.
Talamon, L-2.
Tapret, I-5.
Tenneson, O-3.
Thibierge, C-5.
Thoinot, E-9.
Touche, Al-1.
Vaquez, R-2.
Variot, S-6.
Voisin (J.), Ab-4.
Widal, R-1.

CHIRURGIENS

Anger (Benjamin), H-5.
Bazy, H-6.
Berger, H-7.
Blum, E-11.
Bouilly, G-5.
Broca, T-6.
Brun, S-7.
Campenon, D-8.
Chaput, C-8.
Delens, I-7.
Duplay, A-7.
Félizet, J-9.
Gérard-Marchant, N-2.
Guinard, W-2.
Guyon, F-6.
Hartmann, Y-2.
Humbert, Aa-3.
Jalaguier, V-2.
Kirmisson, T-5.
Lannelongue, S-8.
Le Dentu, F-5.
Lejars, J-11.
Lucas-Championnière, A-9.
Ménard, Ak-1.
Michaux, M-3.
Monod, E-10.
Nélaton, O-9.
Panas, A-8.
Peyrot, I-8.
Picqué, L-3.
Poirier, J-10.
Potherat, R-4.
Pozzi, P-3.
Quénu, G-4
Reclus, K-6.
Reynier, I-10.
Ricard, O-10.
Richelot, O-8.
Routier, F-7.
Schwartz, G-3.
Segond, Ab-3.
Terrier, C-7.
Tillaux, D-7.
Tuffier, I-11.
Walther, R-3.

ACCOUCHEURS

Auvard, O-11.
Bar, E-12.
Boissard, J-12.
Bonnaire, I-12.
Budin, Ac-1.
Champetier de Ribes, B-3.
Doléris, N-3.
Lepage, C-9.
Maygrier, D-9.
Pinard, Ad-1.
Porak, Z-2.
Ribemont-Dessaignes, H-9.

ASSISTANTS DE MÉDECINE

Aviragnet, F-8.
Barbier, L-4.
Bodin, J-13.
Caussade, M-4.
Claisse, K-7.
Critzmann, N-4.
Dufournier, L-4.
Fournier, M-4.
Gennes (de), N-4.
Hudelo, E-13.
Hulot, H-10.
Lamy, J-13.
Lantzenberg, A-10.
Laurens, E-5.
Legry, A-10.
Lesage, G-7.
Lesné, 7-8.
Lion, H-9.
Lombard, I-2.
Lyon, I-13.
Magdelaine (Louis), D-10.
Papillon, I-13.
Phulpin, C-10.
Rabé, K-7.
Sergent, E-13.
Teissier, C-10.
Thomas, G-7.
Toupet, H-10.
Triboulet, D-10.

ASSISTANTS DE CHIRURGIE

Albarran, F-9.
Arrou, E-11.
Auvray, M-5.
Barozzi, C-11.
Batigne, O-12.
Baraduc, L-5.
Beurnier, I-14.
Bouglé, E-14.
Brézard, J-14.
Brodier, F-9.
Cange, G-8.
Chevalier, A-11.
Collinet, N-5.
Couttillier, K-8.
Demoulin, N-5.
Faure, K-8.
Guillemain, L-5.
Lapointe, Ab-7.
Launay, D-11.
Legueu, O-12.
Longuet, J-14.
Lyot, H-11.
Mayet, M-5.
Morestin, O-8.
Ravanier, H-11.
Rieffel, G-8.
Robineau, A-11.
Rochard, H-7.
Savariaud, D-11.
Souligoux, I-8.
Thierry, C-11.
Wrait, Ab-7.

CHEFS DE CLINIQUE

MÉDECINE

Brodier, D-1.
Cestan, Ab-1.
Fournier (Edmond), O-1.
Gouget, C-1.
Kahn, A-1.
Thiercelin, E-1.

Adjoints.

Apert, A-1.
Mangin-Bocquet, C-1.
Nobécourt, D-1.

CHIRURGIE

Banzet, C-7.
Delbet, F-5.
Marion, A-7.
Michon, F-6.
Riche, D-7.
Terrien, A-8.

Adjoints.

Bigeard, A-7.
Pasteau, F-6.
Pley, A-8.

ACCOUCHEMENTS

Paquy, Ad.-1.
Rudaux, H-9.
Schwabe, Ac-1.

Adjoint.

Macé, Ac-1.

INTERNES

Aguinet, E-11.
Alexandre, C-7.
Alglave, F-6.
Alquier, O-6.
Andrieu, Ak-1.
Assicot, A-7.
Aubertin, Af-1.
Aubourg, I-9.
Audistère, S-7.
Audard, I-10.
Auffret, F-6.
Babonneix, Ab-1.
Bacaloglu, S-3.
Ball, T-1.
Balthazar, C-6.
Barbarin, H-7.
Baumgartner, O-5.
Beauvy, J-9.
Belgrand, W-2.
Bellin, C-4.
Bender, M-3.
Bergeron, J-8.
Bergouignan, S-6.
Bernard (A.), C-7.
Bernard (Henri), E-4.
Bisch, T-6.
Blandin, I-6.
Bluysen, M-2.
Bonneau, Y-2.
Bonnel, E-10.
Boricaud, Ae-1.
Bouchet, Ab-4.
Bourgeois, E-5.
Brécy, F-6.
Bruandet, J-1.
Bufnoir, G-3.
Caboche, I-2.
Cahen, W-5.
Calmels, L-1.
Camus, D-3.
Carton, Aa-2.
Castaigne, H-2.
Cathala, Y-1.
Cathelin, J-11.
Caubet, S-8.
Célos, A-3.
Chalochet, R-3.
Chapotin, W-2.
Chastenet de Géry, Ab-5.
Chauveau, F-2.
Chevrier, R-4.
Chevé, T-5.
Chifoliau, T-6.
Civatte, S-5.
Clerc, T-.2
Cochemé, O-10.
Cottu, Aa-3.
Coudert (E.), J-12.
Courcoux, F-3.
Courtellemont, O-4.
Couvelaire, Z-2.
Croisier, U-2.
Cresson, Ak-1.
Crouzon, W-3.
Dambrin, S-7.
Degorce, F-7.
Delamare, K-4.
Delestre, B-3.
Delherm, V-1.
Delille (A.), S-1.
Deschamps, H-6.
Desjardins, R-3.
Detot, O-1.
Dévé, L-2.
Dupuy (Paul), Aa-1.
Durand-Viel, D-8.
Duval, S-8.
Esmonet, J-3.
Férouelle, E-6.
Ferrand, W-1.
Follet, V-1.
Font-Réaulx (de), Ab-3.

Fossard, I-8.
Fresson, Ab-3.
Froin, T-4.
Froussard, D-4.
Gadaud, O-11.
Gardner, W-2.
Garrigues, I-7.
Gasne, T-5.
Gauchery, O-8.
Géraud, H-6.
Géraudel, I-1.
Girard, S-4.
Girod, A-9.
Godineau, K-6.
Gouraud, C-2.
Grégoire, L-3.
Grenet, D-7.
Grivot, E-11.
Grosse, C-9.
Guénard, R-4.
Gueniot, F-5.
Guéry, O-8.
Guibal, I-10.
Guibé, H-7.
Guibal, Y-1.
Guillain, K-1.
Guillot, C-8.
Guisez, F-7.
Hallopeau, F-5.
Hauser, Ab-2.
Heitz, M-3.
Herbécourt (d'), E-7.
Herrenschmidt, H-4.
Herscher, E-1.
Hivet, U-2.
Huguier, A-7.
Iselin, H-7.
Jacomet, P-3.
Jalaguier, F-4.
Janot, K-2.
Jeannin, D-9.
Jomier, J-6.
Joüon, N-2.
Jousset, H-2.
Judet, G-4.
Katz, C-8.
Kendirdjy, O-9.
Labbé, E-9.
Labey, K-6.
Lacapère, H-1.
Laignel-Lavastine, E-8.
Lamouroux, D-6.
Lance, C-8.
Langevin, Aj-1.
Laubry, P-2.
Laurens, W-3.
Lebreton, H-5.
Lefas, D-1.
Legay, Ai-1.
Legros, Z-1.
Legroux, J-5.
Lejonne, G-1.
Le Lorier, J-9.
Lemierre, O-2.
Lenglet, Ab-1.
Lenormant, N-2.
Léo, J-9.
Lereboullet, M-1.
Leroy, E-4.
Le Roy des Barres, A-7.
Léri, Ag-1.
Le Roux, A-8.
Le Sourd (L.), C-5.
Leuret, D-8.
Leven, U-1.
Levesque, A-6.
Lippmann, I-8.
Lœper, J-4.
Loewy, G-5.
Lortat-Jacob, Ab-2.
Loubet, I-11.
Lutier, K-3.
Mahar, R-3.
Malartic, N-3.
Masbrenier, T-3.
Maubert, J-10.
Mauger (A.), G-5.
Mauger (N.), I-8.
Maury, I-12.
Mauté, I-3.
Merklen (Prosper), U-1.
Mesnard, E-10.
Mettey, W-4.
Meuriot, E-2.
Michaut, E-12.
Michaux, S-2.
Milhiet, Z-2.
Minet, A-7.
Monod (René), A-5.
Monsseaux, Ah-1.
Monthus, A-8.
Mouchotte, C-7.
Morichau-Beauchant, O-4.
Mutzner, O-8.
Nattan-Larrier, A-1.
Nau, Ak-1.
Neveu, I-11.
Nicaise, J-11.
Nollet, L-3.
Oppenheim, N-1.
Pagniez, G-1.
Paris, J-7.
Pasquier (du), G-3.
Pédeprade, O-10.
Percheron, C-1.
Périn, W-6.
Pestemalzoglu, P-3.
Petit, G-4.
Piquand, D-7.
Poirier de Clisson, J-11.
Poulain, F-1.
Poulard, A-8.
Pouliot, G-1.
Prat, J-10.
Quiserne, F-5.
Rathery, C-3.
Rastouil, O-10.
Ravaut, R-1.
Renon, D-7.
Ribadeau - Dumas, O-3.
Ribière, P-2.
Roche, J-10.
Roché (J.), D-2.
Roy, Ab-6.
Sabaréanu, O-1.
Sabatié, Ah-3.
Salomon, J-2
Sauvage, A-9.
Schwartz, K-6.
Sicard, I-4.
Sikora, O-9.
Silhol, Y-2.
Simon, N-2.
Stanculéanu, H-5.
Tabary, H-5.
Tesson, G-4.
Theuveny, O-9.
Tissot, D-5.
Tourlet, I-10.
Tournemelle, P-3.
Trastour, O-2.
Tridon, T-5.
Veau, C-7.
Vinsonneau, Ai-1.
Vivier, I-7.
Voisin, I-5.
Wagon, P-1.
Weill (Benjamin), A-4.
Weill (Emile), Af-1.
Zadoc, E-10.

INTERNES PROVISOIRES

Berthier (Paul), G-7.
Bloch (M.), N-4.
Boidin, B-2.
Darcanne, E-1.
Dardeau, B-1.
Denis, W-5.
Devaux, K-9.
Diel, H-8.
Dionis du Séjour, W-3.
Gernez, W-4.
Gimbal, T-3.
Kahn, I-13.
Lacasse, O-7.
Latron, K-5.
Lecornu, S-2.
Louste, J-13.
Méheut, Ae-1.
Menet, L-3.
Pécharmant, W-1.
Regnard, H-9.
Sébilleau, A-10.
Tillaye, W-6.
Touchard, L-4.
Zacchiri, E-13.

EXTERNES

Abbadie (d'), I-4.
Acher-Dubois, O-2.
Adda, A-8.
Aïtoff, G-2.
Algret, S-5.
Alphonse-Guérin, D-6.
Alquier, T-1.
Amblard, A-10.
Ambrosi, D-5.
Ameuille, G-6.
André, K-2.
Apraillé, J-12.
Apte, L-5.
Ardarit, O-2.
Aribat, E-5.
Arrault, R-4.
Artaud, E-13.
Astengo, I-2.
Athanasiu, O-4.
Aubin, R-3.
Auburtin, A-6.
Audy, V-1.
Aupoix, J-2.
Aynaud, A-1.
Ayrignac, P-2.
Bacaresse, Ab-3.
Bachmann, L-2.
Bachmann, Ab-7.
Bailleul, G-8.
Baillon, K-3.
Balatre, I-5.
Barbarin, E-3.
Barbier A-1.
Barbin, Ad-1.
Bardon, C-8.
Bariat, O-6.
Barlerin, Ac-1.
Barnsby, G-4.
Baron (Victor), S-8.
Barré, M-1.
Barret, H-6.
Barrier, J.-10.
Barthélemy, F-1.
Batisse, J-1.
Baudoin, C-5.
Baudrand, S-6.
Baudry, D-2.
Baumann, H-7.
Bazalgette, I-14.
Bazalgette, T-5.
Beaufumé, T.-5.
Beaujard, B-1.
Beaussenat, Aa-1.
Béclard, Ab-3.
Béguinot, C-5.
Benéteau, O-10.
Benoît, F-7.
Bentz, Af-1.
Bernheim, C-2.
Berruyer, N.-1.
Berthier, N-4.
Berton, F-6.
Bertrand, I-13.
Besnier, O-8.
Bibet, I-1.
Bidel, C-7.
Billard, F-3.
Billaudet, D-3.
Billon, Aa-3.
Binet, O-5.
Blairon, T-5.
Blanchet, Ad-1.
Blanquinque, J-9.
Blanluet, G-2.
Blayot, J-6.
Bloch (Edmond), I-13.
Bloch (Louis), E-8.
Bloch (Paul), T-2.
Blondin, L-2.
Blum, E-2.
Bodolec, Ab-1.
Boileau, O-10.
Boisrivant, Ad-1.
Boisseau, F-3.
Boissier, Ad-1.
Bonamy, C-4.
Bonhomme, L-5.
Bonnefous, R-3.
Bordenave, J-8.
Bordenave, A-7.
Bornait-Legueule, L-1.
Borne P-3.
Borst, G-4.
Bosc, A-9.
Bouchaud, Ab-7.
Boucher, F-4.
Bouchez, M-1.
Bouchot, I-1.
Boudinski, I-2.
Boudréaux, F-3.
Bouffier, A-3.
Boulommier, J-1.
Bouquet, Af-1.
Bour, C-1.
Bourcier, D-2.
Bourgeau, I-3.
Bourgeois (Paul), F-6.
Bourguignon, G-1.
Bourlot, A-2.
Bourrier, Ac-1.
Bouysson, A-8.
Boyer, C-2.
Braillon, V-1.
Braunberger, I-6.
Bréchard, L-3.
Bredier, O-2.
Breitel, L-2.
Brelet, C-4.
Brenot, J-5.
Brissy, Ab-1.
Brizar, C-3.
Bruder, E-14.
Brumpt, H-2.
Brunat, J-2.
Brunschwig, D-3.
Budin, D-9.
Buisson, D-7.
Burgaud, I-14.
Burgaud, M-2.
Buron, O-9.
Burty, O-1.
Cabanne, C-11.
Cabon, I-3.
Cailleton, J.-9.
Cailleux, J-7.
Cailliau, J-4.
Caldagnes, C-6.
Calvé, H-2.
Camus, I-3.
Camus, F-8.
Camus (Maurice, K-2.
Canet, A-7.
Canton, O-9.
Cantonnet, P-3.
Cantonnet (André), J-4.
Capette, J-9.
Carel, O-1.
Carlotti, O-3.
Carnette, J-7.
Carrayron, J-4 bis.
Carvington, D-9.
Cassuto, I-7.
Cattier, V-1.
Cauchoix, J-5.
Causyn, H-4.
Cazeaux, A-11.
Censé, Ab-2.
Chadyinski, E-14.
Chaix, K-2.
Chalinet, D-8.
Champ, Y-1.
Chanu, J-10.
Chapon, J-10.
Chapotin, M-3.
Charpentier, G-2.
Chateau, H-7.
Chazal, L-4.
Chazet, I-4.
Chevalier, E-5.
Chevalier (Charles), M-3.
Chevalier (Henri), H-11.
Chevassu, K-1.
Chiray, O-9.
Chirié, K-8.
Cholet, O-7.
Chomet, C-9.
Choutet, J-14.
Ciaudo, O-5.
Cisternes (de), E-1.
Cistrier, R-4.
Claeys, D-8.
Claret, D-8.
Claude (Georges), F-7.
Claude (Octave), L-1.
Clément, A-7.
Cléret, E-7.
Clermonthe, Ab-5.
Clomesnil (de), I-7.
Cochet, D-1.
Cochonnet, Z-1.
Coeylas, E-5.
Cointepas, R-3.
Collin, G-3.
Colombet, C-8.
Compain, I-2.
Contet, E-9.
Corlieu, F-5.
Cormon, C-8.
Cornélius, R-3.
Cotonnec, K-9.
Cottard, L-3.
Cottard, C-6.
Courtois, J-10.
Cotar, J-4.
Courchet, F-4.
Courgeon, O-7.
Coussieu, Af-1.
Coutelas, E-2.
Contenau, H-3.
Couzard, C-6.
Crépin, M-4.
Crosse, S-8.
Crouzet, A-5.
Cruveilhier, H-10.
Cubertafon, F-5.
Cucherousset, I-10.
Cuqu, I-10.
Dabasse, O-1.
Dabout, T-2.
Dalimier, H-7.
Dalmas, F-8.
Damaye, Ab-2.
Damotte, L-2.
Daniel, G-8.
Darbois, P-2.
Darré, B-1.
Dauchez, O-9.
David, C-2.
David (Edouard), T-4.
David (Louis), T-5.
Debains (Mlle), H-11.
Debidour, A-1.
Deglos, I-1.
Degris, N-5.
Dehérain, I-11.
Deireuse, J-2.
Delaage, Y-2.
Delage (Jacques), C-7.
Delange, P-1.
Delapchier, G-6.
Delbos, U-2.
Delhommeau, J-5.
Delille, D-9.
Delion, M-1.
Delom, Af-1.
Delporte (Mlle), A-1.
Demanche, C-1.
Demargue, O-8.
Demarque, F-4.
Dénécheau, F-6.
Deniker, I-5.
Dennecé, J-11.
Depoutre, E-5.
Descombes, V-2.
Deshayes, E-9.
Desmarest, N-2.
Desmoulins, J-9.
Devé, A-6.
Devets de Lacrouille, A-1.
Devouassoux, J-1.
Devraigne, I-3.
Dezarnaulds, P-1.
Diard, I-1.
Dibos, T-5.
Dieu, I-12.
Dieuzaide, F-7.
Dieuzeide, F-5.
Digne, E-9.
Dinet, D-1.
Dobrovitch, D-3.
Dohun, H-4.
Dommartin, O-3.
Donat, S-8.
Door, T-5.
Dotses, D-1.
Dramard, A-6.
Dramard, E-7.
Dreyfus (H.), I-5.
Dreyfus (Pierre), A-9.
Druelle, O-4.
Dubinet, C-10.
Dubois (Paul), T-2.
Duc-Dodon, O-4.
Duclaux, O-10.
Duclos, S-6.
Ducot, H-1.
Ducoudray, Ah-1.
Ducournau, O-6.
Duflos, I-12.
Dufour, H-5.
Duparc, E-1.
Duplessier, H-1.
Dupouy, C-11.
Duprat, Aa-1.
Dupret (Antoine), J-7.
Dupuy (Jacques), N-1.
Durand (Ch.), D-9.
Durand (Gaston), P-3.
Durand (Léon), S-8.
Durey, R-3.
Duroisel, E-14.
Durieux, F-4.
Durozoy, C-7.
Duval, E-11.
Duvernoy, T-3.
Ebschbach, D-2.
Eloy, A-10.

Eltchaninoff, O-11.
Eonnet, L-2.
Erlanger, J-2.
Ertzbischoff, F-7.
Escande, E-4.
Espitallier, C-4.
Evrard, Ab-6.
Fabre (Joseph), N-1.
Fabre (Paul), K-6.
Fargin, A-3.
Fautrier, Aa-2.
Favre, P-2.
Fayolle, A-3.
Fayon, C-11.
Feillard, A-9.
Ferrand, S-3.
Ferras, D-4.
Ferreux, S-1.
Ferry (Camille), S-1.
Fessard, G-1.
Figueira, A-1.
Feuillet, O-7.
Feuillié, Ab-1.
Fildermann, T-2.
Fileux, N-2.
Flamencourt, F-6.
Flourens, H-5
Foisy, S-1.
Fontanié, E-12.
Forest, L-1.
Fourmestraux, L-2.
Fournier, D-3.
Français (R.), G-1.
Francillon (Mlle), K-6.
Francina, Aa-2.
François, C-3.
Francoz, F-8.
Friedel, B-2.
Fruictier, P-1.
Frumerie, Ab-1.
Fumouge, O-2.
Gabail, G-4.
Gachet, K-5.
Gaillard, S-8.
Galezowski, A-1.
Gambier, E-2.
Gardanot, E-10.
Gascheau, I-12.
Gaudeau, C-5.
Gaudemet, O-10.
Gaultier, F-5.
Gaultry, N-2.
Gauquelin, R-2.
Gautherin, Aa-3.
Génévrier, J-3.
Georget, T-3.
Gérard, O-7.
Germain, P-3.
Gibert, J-1.
Giffard, K-2.
Gihaut-Lafont, G-2.
Gilbert (Pierre), S-5.
Gillet, V-1.
Gillot, C-6.
Giraud, A-8.
Giraudet, E-1.
Girod, G-5.
Giroux, P-1.
Giroux, AC-1.
Glatard, I-11.
Gorowitz (Mlle), Ab-2.
Gosselin, D-5.
Gottschalk, S-2.
Goujon, T-3.
Goulard, B-1.
Gourmand, R-3.
Goyard, I-4.
Grabier, K-7.
Granjean (Mme), S-7.
Grandjean, I-8.
Gratiot, K-5.
Grélauet, G-3.
Grelley, E-6.
Griffon, F-4.
Gros, F-2.
Gros-Dévaud, D-8.
Grosset, J-7.
Guérault, J-10.
Guérin (Emile), D-1.
Guérin-Beaupré, N-3.
Guichard, A-5.
Guibal, Z-12.
Guillaume (Louis), Aj-1.
Guillemain, T-5.
Guillemet, I-9.
Guilloire, D-3.
Guilly, O-3.
Guy, G-3.
Guyot, P-2.
Guyot (Paul), H-6.
Gy, F-5.
Haas, D-7.
Habar, S-2.
Hahn, G-3.
Halbron, T-2.
Halgan, I-13.
Hamard, S-4.
Haret, B-3.
Harvier,, A-2.
Hautant, J-8.
Hazard, S-3.
Hébert, I-3.
Hechemann, Aa-3.
Heilly (d'), H-2.
Heitz, K-6.
Heller, T-1.
Henriot, E-7.
Herbinet, I-10.
Herr, A-1.
Hervoit, B-2.
Hollande, F-8.
Houquet, T-5.
Hornus, I-8.
Horrowitz (Mlle), E-1.
Horteloup, N-1.
Houdeville, R-4.
Houzel, G-4.
Hubert, J-3.
Hudelot, D-7.
Ichard, C-5.
Inglessi, Ab-3.
Iscobesco, E-8.
Israël, C-7.
Jacquemin, I-6.
Jacquot (Alfred), G-11.
Jacquot (Fernand), S-4.
Jacobsohn, O-3.
Jacobson, E-1.
Jacowski, L-3.
Jamet (Robert), I-6.
Janin, V-1.
Janvier, P-3.
Jarvis, B 2.
Jean, A-4.
Jeannel, A-1.
Joseph, O-6.
Jouannin, J-14.
Jouhaud, E-7.
Jousselin, O-12.
Jouvin, A-7.
Jullich, E-13.
Jullien, J-11.
Junès, Ab-1.
Juquelier de Lacombe, T-6.
Juy, O-11.
Kauffmann, I-1.
Kiener, I-10.
Klein, (Robert), F-4.
Kresser, Aa-2.
Küss, S-7.
Labarrière, K-8.
Labadie-Lagrave, H-7.
Labastide, H-5.
Labonette, A-8.
Laborde, I-10.
Lacroix, E-3.
Ladevèze, R-2.
Lœderich, C-1.
Lafosse, J-5.
Lagardère, I-11.
Lagleize, H-7.
Lagrange, A-10.
Lambert, I-8.
Lamoureux, C-10.
Landowsky, G-5.
Lardennois, O-10.
Larier, J-8.
Larré, J-9.
Laurent, C-1.
Lauvinerie, D-9.
Lavenant, A-5.
Lavergne, B-3.
Lavie, K-4.
La Volpillière (de), H-5.
Lebhard, F-1.
Lebret, C-10.
Lecène, G-6.
Lecerf, P-1.
Le Clech, F-6.
Lecoconnier, D-3.
Léculier, O-6.
Ledoux, E-10.
Ledoux-Lebart, Aa-2.
Leduc, A-6.
Leenhardt, S-1.
Le Gambier, D-2.
Legou, I-8.
Legrand (L.), N-5.
Legrand (H), Ac-1.
Legros (J.), H-6.
Legros (V.), H-7.
Leh, N-5.
Le Jemtel, J 3.
Lejeune, K-1.
Lelong, O-9.
Lelouët, T-6.
Lemaire (H.), E-6.
Lemaistre, H-3.
Lemaitre (G.), A-3.
Lemaître (R.), J-1.
Lemarchand, B-3.
Lemercier, P-2.
Le Mau, K-4.
Lemercier, K-5.
Lemercier (M.), J-10.
Lemonnier, E-4.
Lépine, C-8.
Leplay, A-1.
Lequeux, D-3.
Lerembourе, C-5.
Leroux, U-2.
Lesage, M-3.
Lesauvage, F-2.
Le Sourd (Et.), G-4.
Lestelle, D-9.
Lesneur, C-8.
Levassort, U-1.
Levesque, Ab-4.
Lévy, E-7.
Lévy (A.), C-2.
Lévy (Albert), E-5.
Lévy-Davicion, T-1.
Lévy-Fraenkel, D-5.
Lhermitte, O-9.
Lhuillier, G-1.
Lièvre H-11.
Lièvre (L.), I-2.
Linard, L-1.
Liné, O-8.
Lobligeois, T-4.
Lœw, Ab-2.
Lœwenhard, N-3.
Loin, M-3.
Lombard K-4.
Longin, F-1.
Lorenzo, E-10.
Loubier, J-6.
Lucet, K-1.
Lutaud, H-10.
Macé de Lépiney, C-7.
Magitot, J-7.
Magni, C-7.
Mahoudeau, C-8.
Maigrot, A-4.
Maillard, O-8.
Maillard (Gaston), T 3.
Majérez (Mlle), O-1.
Manet, R-3.
Mannony, O-9.
Marciteau, C-2.
Margouliès (Mme), K-4.
Maringer, K-7.
Marmonteil, J-11.
Marsoo, K-6.
Martel (de), A-7.
Martin (Mlle), E-4.
Martin (André), G-8.
Martin (Georges), F-6.
Mary, M-1.
Massard, F-2.
Masson (Albert), J-6.
Masson (Ch.), F-6.
Mathé, T-4.
Mathieu (Paul), R-3.
Mathieu (J.), V-1.
Matry, O-8.
Matsoukis, J-9.
Mauban, G-3.
Maugeret, G-8.
Maurer, Ab-6.
Mayer, S-7.
Mazuré, A-2.
Melin, P-6.
Memloch, I-3.
Méret, C-5.
Merklen, F-1.
Merle, V-1.
Merry, G-2.
Métoz, I-12.
Mettey (Edmond), S-4.
Mezger, I-11.
Mignardot, S-7.
Milanoff, Aj-1.
Millon, V-1.
Miquel, P-3.
Mirande, Ac-1.
Moliniaux, D-7.
Molinsky, O-12.
Monflier, K-3.
Monier, P-3.
Monnamy, J-4 bis.
Monod E-10.
Monraisse, U-1.
Moreau (Pierre), V-2.
Morel, K-2.
Morisetti, H-4.
Morisson, E-11.
Morlat, O-5.
Morlet, N-5.
Morni, Ab-3.
Mortier, K-1.
Mougène de St-Avid, I-9.
Mougeot, O-9.
Mouras, E-6.
Mourlhon, P-1.
Mouroux (Mlle), H-2.
Munch, Ab 1.
Muret, K-6.
Nandrot, F-7.
Napiéralski, Ad-1.
Nathan, E-3.
Néal, J-6.
Nivet, G-3.
Noé, A-9.
Norero, E-1.
Ogé, C-8.
Okynczye, R-1.
Ollier, E-6.
Omiecinsky, I-8.
Onfray, G-7.
Oppenheim, F-5.
Oppert, K-6.
Ortel, R-4.
Osty, Ad-1.
Paisseau, I-1.
Pallegoix, E-10.
Pamart, A-11.
Panthès, Aa-1.
Papillon, N-1.
Papin K-2.
Parrot, C-1.
Pascal (Mlle), C-1.
Pastowe, D-5.
Pater, Af-1.
Pathault, B-1.
Patry, I-4.
Paulouch, T-5.
Pélicier, J-14.
Pelletier, O-5.
Pépin, S-7.
Pernot, M-3.
Perpère, Ab-2.
Perrin (Jules), J-11.
Perrody, H-1.
Petit, O-2.
Petit (A.), I-5.
Petit (Gabriel), D-4.
Petit (Henri), N-2.
Petit (Maurice), T-3.
Pétresco, O-1.
Pfister, R-1.
Philippet (Gustave), O-3.
Philippet (G.), V-1.
Phelippon, Ab-4.
Philibert, A-3.
Picard (André), K-9.
Picard (Georges), N-2.
Picard, (René), L-4.
Picot, E-12.
Picot, G-5.
Pied, P-2.
Piérart, M-2.
Pierrhugues, E-11.
Pignot, V-2.
Pillet, N-3.
Pissareff (Mlle), O-3.
Podevin, H-1.
Poirier, C-5.
Poisot, Aa-2.
Poissenot, L-4.
Ponroy, H-2.
Poujade, T-1.
Poupardin, A-1.
Poupault, T-1.
Préciado, A-7.
Privat de Fortunié, O-8.
Pron, A-3.
Prunier, F-2.
Quillier, A-11.
Quillon, C-3.
Rabant, C-3.
Rabier, N-1.
Rabourdin, C-7.
Rabuel, E-1.
Radiguer, H-6.
Rallion, H-7.
Raoult, S-3.
Rauzy, H-2.
Raynand, S.-5.
Reinweg, I-8.
Remoussenard, O-7.
Renaud, (Mlle) D-7.
Renaud (Joseph) J-4.
Renon (Maurice), M-2.
Renoulh, I-7.
Renoult, I-14.
Rendu, O-4.
Renlos, P-2.
Reulos, K-9.
Ribier (de), Ae-1.
Ribot, G-7.
Ricou, L-1.
Rigaud, A-4.
Rigollot-Simonnot, R.-1.
Ricoulet, S-4.
Riss, K-9.
Rivet, F-9.
Rivet (Ernest), L-3.
Rivière, Af-1.
Robin, J-12.
Robinet, D-4.
Roblot,. J-8.
Roche, Ac-1.
Roche C-2.
Rodocanachi, M-1.
Roger, E-12.
Roland, I-11.
Roland, (Edouard), M-5.
Romanescu, J-1.
Rondeau, S-6.
Roniet, D-6.
Rottenstein, G-4.
Roques, K-4.
Roubaud, K-1.
Rouhier, I-10.
Rouet, I-5.
Rousseau (A). E-11.
Rousseau (Louis), O-7.
Rousssel (Mlle), A-2.
Roussel, K-1.
Roussy, F-3.
Roustan, A-7.
Roux (Justin), S-2.
Roux (Robert), O-10.
Roy, A-7.
Royer, G-1.
Rozier, R-4.
Saillant, M-3.
Saintignon, K-3.
Saintive, F-5.
Saint-Mathieu (de), I-2.
Saison, O-4.
Santelet, C-3.
Sari, S-8.
Sauné, C-7.
Savoye, D-9.
Sagot, S-6.
Schæfer, H-7.
Schlæcher, A-9.
Schwarzchild, T-5.
Sébille, T-5.
Sée (Emile), N-4.
Sée (Pierre), C-2.
Seguin, E-4.
Séjournet, D-2.
Sellerin, A-9.
Sempé, H-6.
Sénéchal, I-6.
Sentex, H-5.
Sequer, E-8.
Sevray, N.
Siégel, S-2.
Sigre, D-6.
Silva-Paranhos (da), G-5.
Simon, F-2.
Sineau, S-2.
Solacolu, S-6.
Souilhé, J.
Soullard, K-5.
Sourdille, R-4.
Stein (Mlle), G-1.
Steiner, P-2.
Stepinski, I-1.
Stettiner, K-3.
Sudaka, C-9.
Taguet, H-3.
Talon (Jean), R-2.
Tanon, J-4.
Tansard, H-6.
Tardif-Bardinet, S 8.
Tarit, A-8.
Tassin, O-10.
Teisseire, N-2.
Theulet-Luzié, F-1.
Thiellement, J-13.

Thiollier, Aa-3.
Thomas (André), F-6.
Thorel (L-F.), F-7.
Thorel (Raymond),
Thuilleux, O-5.
Tissot, M-2.
Tixier, K-3.
Tixier, D-7.
Tonnin, E-10.
Tostaine, M-5.
Tostivint, M-4.
Toulzac, K-9.
Toupet, E-8.
Tournay, G-2.
Trénaunay, B-2.
Trèves, D-6.
Tribaudeau, I-4.
Tripart, M-2.
Troller, J-3.
Truelle, L-2.
Uteau, A-2.
Vacquerie, E-12.
Vaillant, H-10.
Valatz, A-3.
Valentin, T-4.
Valéry, A-8.
Vassor, A-5.
Verbeck, V-2.
Verliac, N-1.
Vermeil, H-3.
Vialle, S-3.
Viau, K-1.
Vicq, A-6.
Vidal, G-4.
Villandré, S-7.
Villaret (Georges), E-3.
Villaret (Maurice), E-3.
Villepelet, D-7.
Vinaver, D-9.
Violle, K-5.
Viteman, C-4.
Vitry, J-11.
Volk (Mlle), P-1.
Volovatz (Mlle), S-1.
Vrain, I-6.
Walter, R-2.
Wapler, L-2.
Weill (Michel), I-4.
Wickersheimer, H-8.
Wormser, E-8.
Yaich, I-4.
Yzattcheff, V-2.
Zarzycki, A-3.
Zentler, P-2.
Zimmern, Ab-1.
Zwibel, I-4.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Ont été promus dans le cadre des médecins de la réserve :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Corties, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Dessirier et Pégurier, médecins-majors de deuxième classe de l'armée active, démissionnaires.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. Arrufat, Bousquet, Joly et Michel, médecins aides-majors de l'armée active, démissionnaires.

Ont été promus dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Vautrin, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs d'Ayreux, Klein et Meunier.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 8e semaine, 1 385 décès, chiffre supérieur à la moyenne de la saison (1,083), mais inférieur à celui de la semaine précédente (1,423).

La grippe est la cause de l'élévation de ces chiffres.

La fièvre typhoïde a causé 26 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (29). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 148 (au lieu de 113 pendant la semaine précédente). De même que pendant les précédentes semaines, les arrondissements du centre paraissent plus frappés que ceux de la périphérie.

La rougeole a causé 26 décès (au lieu de 21 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 17); la scarlatine a causé 5 décès ; la coqueluche, 2, et la diphtérie, 6.

La variole n'a causé aucun décès depuis deux semaines. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est très faible et en diminution sur les semaines précédentes (8 cas nouveaux).

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 272 décès, au lieu de 285 pendant la semaine précédente et au lieu de 181, moyenne ordinaire de la saison.

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 139 décès (au lieu de la moyenne 65), dont 118 sont dus à la congestion pulmonaire; il n'est pas douteux que l'excès de ces chiffres sur la moyenne ne représente des décès dus à des formes diverses de la grippe.

En outre, cette maladie a été diagnostiquée pour 69 décès.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Simon, décédé subitement à Sainte-Menehould, à l'âge de soixante-deux ans. Le docteur Simon s'était fait recevoir docteur en Allemagne, à Leipzig, puis avait été médecin en chef d'un hôpital à Chicago. Pendant la guerre de 1870, il était revenu pour servir en France. On rappelle qu'à la bataille de Loigny, autour d'Orléans, il avait pris le commandement d'une batterie d'artillerie qui avait perdu tous ses officiers.

De l'emploi de l'automobile en chirurgie. — Nous nous en voudrions de ne pas reproduire l'amusante lettre ci-jointe que le docteur Montprofit (d'Angers) a transmise à la *Gazette médicale de Paris* :

« Monsieur le Directeur,

Puisque l'automobilisme semble intéresser quelques confrères, permettez-moi de vous conter une histoire qui vous prouvera jusqu'à quel point l'automobile peut être utile au médecin. Au mois de juillet 1898, j'allais faire une excursion aux environs de Sablé, avec ma voiture Peugeot, qui me sert depuis quatre ans, quand j'aperçois un attroupement de commères devant un chemineau se tordant sur un tas de pierres au milieu de ses vomissements. Je débraye et je m'arrête. Je crus d'abord à une attaque d'épilepsie, mais après avoir fait transporter le malade dans une ferme voisine, je constatai une hernie étranglée droite. Le malade me disait avoir ressenti les premières coliques la veille au soir. Il était deux heures de l'après-midi. J'essayai toutes les méthodes pour réduire la hernie, mais sans résultat. Il ne restait plus que l'opération.

Impossible de transporter le malade à cause de son état de faiblesse; retourner en arrière chercher chloroforme et antiseptiques me parut trop long; il ne fallait pas perdre une minute. Le pouls du malade était petit, les yeux enfoncés! Pour tout bagage, je n'avais que ma petite trousse de poche. Mais comment pratiquer l'antisepsie classique et obligatoire? Navré, je regardai mon automobile, quand une idée subite me vint. N'avait-elle pas tous les antiseptiques dans son sein? M'avait-elle jamais refusé quelque chose?

Je pris de l'essence et je lavai le champ opératoire, ce qui n'avait certainement pas été fait depuis de longues années : je puisai de l'eau bouillie dans ma voiture (l'eau sert au refroidissement des cylindres), je pris de l'alcool pour désinfecter mes mains et flamber mes instruments (l'alcool sert à allumer les brûleurs), et je fis l'incision de manière à procéder au débridement de l'endroit rétréci. Dès qu'il me fut possible d'introduire dans l'anneau le bout de mon doigt, je glissai avec précaution la lame du bistouri, la retournai pour faire quelques petites incisions, puis avec l'autre doigt je fis des essais de dilatation. Je pus facilement rentrer la hernie qui ne présentait heureusement aucune mauvaise teinte. Je fis les sutures avec du fil et une aiguille ordinaire trempés dans l'essence et passés dans l'alcool et je voulus procéder au pansement, après avoir encore lavé le tout avec de l'essence. Mais comment faire un pansement antiseptique? Tout en me lavant les mains au robinet d'eau de mon automobile, je jetai un regard désespéré sur mon moteur. Ce ne fut pas en vain! Pour réparer les joints de la circulation d'eau et de la tuyauterie des cylindres, il faut du carton et de la toile d'amiante. Je pris un morceau de toile d'amiante et je taillai un morceau de carton d'amiante afin de bien appliquer le tout sur la plaie; je trempai mon pansement dans l'essence et y mis le feu. Après refroidissement je le mis en place, en le maintenant au moyen de serviettes.

Deux jours après, je revis mon chemineau : il y avait réunion par première intention; j'ôtai les fils et cette fois lui mis un pansement complet en recommandant de porter dorénavant un bandage! Et... je n'ai plus revu mon chemineau!

Docteur P. Klein (Château-Gontier). »

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 27. — MARDI 6 MARS 1900. 73e ANNÉE. MARDI 6 MARS 1900. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de **10f** par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — PLAIES DU CÔLON TRANSVERSE PAR BALLE DE REVOLVER; LAPAROTOMIE, SUTURES DE L'INTESTIN; GUÉRISON, par M. P. LAUNAY, chirurgien des hôpitaux de Paris. — ACTION DES COURANTS DE HAUTE FRÉQUENCE ET DE HAUTE TENSION SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE, par M. E. DOUMER, professeur à la Faculté de médecine de Lille. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MÉDECINE PRATIQUE. Le glaucôme aigu et son traitement; — Les bains d'encre et les pansements à l'encre; — Les pulvérisations de chlorure d'éthyle dans le traitement du lupus. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Paris, le 5 mars 1900.

Parmi toutes les spécialités entre lesquelles nos jeunes confrères ont à choisir au sortir de l'École, il en est peu aujourd'hui qui ne soient absolument encombrées. Hâtons-nous donc de leur signaler un nouveau débouché qui paraît appelé à un grand avenir : c'est la profession de *médecin-pisteur*.

Voici en effet, dans toute sa saveur, la lettre qu'un de nos confrères vient de recevoir :

« X-sur-mer, 24 février 1900.

Monsieur le docteur,

La Faculté préconise de plus en plus les cures d'air, ce qui a donné naissance à plusieurs « sénatoriums » (*sic*) situés au bord de la mer.

Propriétaire du Grand-Hôtel de X-sur-Mer, je travaille trois mois l'été et ferme mon établissement l'hiver.

L'idée m'est venue que c'était une force perdue, et un capital immobilisé quand on pourrait si bien l'utiliser au profit général des malades et des travailleurs dont je fais partie.

Je prends donc la liberté, Docteur, de venir me recommander à votre bienveillance pour m'envoyer toute l'année des malades, à qui vous jugeriez que l'air salin peut aider la guérison ou une amélioration. La distraction, vous le savez, est un grand facteur de guérison et les environs de X sont riches en éléments, ainsi on peut à pied, ou en tramway, aller soit à Y, en bateau à Z.

Bref, les malades et convalescents peuvent trouver de nombreuses promenades saines et fortifiantes, sans fatigues et sans ennuis...

Je puis vous assurer que ma table ne laissera rien à désirer, et les clients ou clientes qu'il vous plaira de m'envoyer ne pourront que vous en faire compliments.

Voici le tarif que j'ai l'intention de pratiquer (du 1er octobre au 1er juillet), appartements, service et éclairage inclus.

Premier étage,	8 fr. 50 par jour et par personne.	
Deuxième étage,	7 fr. 50	— —
Troisième étage,	6 fr. 50	— —

Y compris trois repas dont suivent les menus... »

A cette lettre est jointe la note suivante :

« Monsieur le docteur,

Me conformant aux conditions de toutes les villes d'eaux, j'ai l'honneur de vous prévenir que je vous ferai les remises suivantes, qui seront envoyées chaque semaine.

Personnes payant :

6 fr. 50,	1 franc de remise par jour et par personne.	
7 fr. 50,	1 fr. 25	— — —
8 fr. 50,	1 fr. 50	— — — »

Nous avons dit trop souvent notre manière de penser sur les nouvelles mœurs médicales pour nous indigner encore une fois du cynisme de certains industriels.

Si quelques-uns d'entre nous n'avaient pas un trop perdu le souci de leur dignité, qui songerait à nous faire de semblables propositions?

« Médecins-pisteurs pour hôtels! » il ne manquait vraiment plus que cela pour rehausser le prestige de notre profession.

Hâtons-nous d'en rire de peur d'être obligés d'en pleurer.

PLAIES DU COLON TRANSVERSE

PAR BALLE DE REVOLVER; LAPAROTOMIE, SUTURES DE L'INTESTIN; GUÉRISON

Par P. LAUNAY, chirurgien des hôpitaux.

OBSERVATION. — Dans la nuit du 24 décembre 1899, vers onze heures du soir, je suis appelé comme chirurgien de garde, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Ricard, pour une jeune fille (G. B...), de dix-sept ans, qui, vers neuf heures du soir, a reçu dans le ventre une balle de revolver.

Je vois la malade à onze heures et demie, c'est-à-dire deux heures et demie après l'accident. Elle a eu, en arrivant à l'hôpital, un vomissement alimentaire abondant, ne contenant aucune trace de sang. Lorsque je l'examine, la malade est pâle et un peu abattue, les lèvres sont décolorées, mais le pouls est ample, fort, seulement un peu rapide.

L'abdomen n'est pas ballonné, n'est pas sensible au palper, la pression en différents points n'y provoque aucune douleur; il n'y a pas de contraction des muscles droits, la percussion ne montre de sonorité exagérée nulle part.

Au-dessous et à gauche de l'ombilic, à 4 ou 5 centimètres de ce dernier, existe une petite plaie ronde à bords déchiquetés. Une seule balle a été tirée; il n'y a pas d'orifice de sortie.

L'état général est bon. Du reste, la malade est venue elle-même et à pied à l'hôpital après l'accident.

Malgré ce bon aspect, malgré l'absence de signes abdominaux, en raison de l'existence certaine d'une plaie pénétrante de l'abdomen, ainsi qu'il est de règle aujourd'hui, la laparotomie est décidée.

La malade endormie à l'éther, je fais avec l'aide de l'interne de garde une laparotomie médiane, allant de l'ombilic à la symphyse. A l'ouverture du péritoine, un peu de sang s'écoule, il n'y a ni gaz, ni matières fécales, l'intestin apparaît normal, mais non recouvert d'épiploon.

Ne sachant où se trouve la plaie si elle existe, mais pensant qu'elle ne peut siéger sur l'estomac en raison du siège de la plaie cutanée et de l'absence de sang dans les vomissements, je dévide tout l'intestin grêle en prenant les précautions habituelles (enveloppement des anses sorties dans des compresses bouillies très chaudes).

Je dévide ainsi d'abord le bout inférieur jusqu'au cæcum, puis le bout supérieur jusqu'à l'origine du jéjunum, sans rien trouver; mais en arrivant à l'extrémité supérieure de l'intestin grêle, j'amène dans la plaie le grand épiploon recroquevillé sur lui-même, ecchymotique et sanguinolent.

L'épiploon déplié et étalé ne saigne pas et montre en son milieu un trou à bords contus et déchiquetés; je l'essuie soigneusement avec une compresse et le maintiens enveloppé à l'extérieur; alors apparaît une anse intestinale recourbée en Ω à courbure inférieure, formée par la portion moyenne du côlon transverse. Là existent trois perforations. Une siège au bord libre arrondi, une à la face antérieure, plus allongée; et enfin une à l'insertion du mésocôlon, entamant ce méso; rien ne s'échappe par ces orifices situés tous trois sur une ligne obliquement dirigée en haut et à droite.

L'anse maintenue au dehors et enveloppée de compresses, je nettoie à sec chacun des orifices par lesquels tendent à sortir des matières pâteuses et consistantes, mais qui n'ont pas souillé le péritoine voisin. Puis je suture successivement ces trois perforations par des points séparés à la Lembert et sur deux étages; les sutures sont faites dans le sens transversal, perpendiculairement à l'axe de l'intestin pour les deux premières plaies, et obliquement pour celle du bord mésentérique; aucun vaisseau ne saignant nulle part, je n'ai pas de ligature à appliquer.

Enveloppant enfin cette anse dans une compresse, après nouveau nettoyage à sec, j'explore le reste de l'abdomen en soulevant les parois, je m'assure qu'aucune autre plaie n'existe sur le gros intestin, qu'aucune hémorragie ne vient de la profondeur, que le cul de-sac de Douglas ne contient que très peu de sang, puis je remets l'anse à la place qu'elle occupait, la recouvre du grand épiploon, je place un drain enveloppé de gaze au contact du paquet et je ferme le reste de la plaie, sans toucher à l'orifice d'entrée de la balle.

Le pouls est un peu faible et un peu rapide, et l'on fait immédiatement une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel.

Les suites opératoires sont simples, le sérum est continué pendant quelques jours à la dose de 800 grammes. Mais la malade tousse et est atteinte pendant une quinzaine de jours d'une bronchite.

Le drain est enlevé au bout de quelques jours; le huitième jour les fils sont coupés, la plaie est réunie, sauf l'orifice du drain qui se ferme lentement; il n'y a jamais eu le moindre accident du côté de l'abdomen et la fonction intestinale reprend régulièrement à partir du lendemain de l'opération.

La malade est maintenue au lait pendant quatorze jours, puis reprend l'alimentation ordinaire.

Le 2 ou 3 janvier se déclare une légère phlébite de la jambe gauche qui nécessite l'immobilisation et l'enveloppement ouaté pendant le mois de janvier.

Enfin la malade quitte l'hôpital le 9 février, un mois et demi après l'accident, complètement guérie.

Cette observation n'est intéressante que parce qu'elle montre, une fois de plus, la nécessité absolue d'intervenir le plus vite possible après l'accident, lors de plaie pénétrante de l'abdomen; la guérison dépendant de l'état du péritoine au moment de l'intervention. Dans ce cas particulier notamment, quelques heures de plus auraient pu permettre l'issue des matières hors de l'intestin et la diffusion de l'infection.

Notons en passant la nécessité évidente d'une exploration soignée et étendue, les plaies intestinales pouvant siéger fort loin du point d'entrée du projectile.

ACTION DES COURANTS DE HAUTE FRÉQUENCE

ET DE HAUTE TENSION SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE

Par M. E. Doumer,

Professeur à la Faculté de médecine de Lille (1).

Depuis plus de quatre ans je poursuis l'étude de l'action que les courants de haute fréquence et de haute tension, introduits dans les sciences médicales par M. d'Arsonval, exercent sur la marche et sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire chronique. Mes recherches ont porté jusqu'à ce jour sur 17 malades des deux sexes, atteints de cette affection à des degrés divers; les résultats qu'elles m'ont donnés sont assez constants et assez nets pour qu'il ne soit pas à craindre que des observations ultérieures viennent modifier les conclusions générales que je crois pouvoir en tirer.

La plupart de ces malades étaient dans la période de crudité de la tuberculose pulmonaire; quelques-uns avaient déjà dépassé cette première période et présentaient des signes très nets de ramollissement; deux seulement en étaient encore à la période dite *prétuberculeuse*. Je ne crois pas inutile de dire que la plupart de ces malades, qui tous d'ailleurs étaient pris dans la classe ouvrière ou peu aisée, ont été soignés publiquement dans mon service de l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, sous les yeux de mes élèves. Beaucoup m'étaient envoyés par mon collègue de la Faculté, M. le docteur Lemoine, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lille, dans le service duquel ils se trouvaient; ces derniers étaient et sont encore attentivement suivis tant par M. Lemoine lui-même que par ses chefs de clinique, MM. Gallois et Huyghe, et par les nombreux élèves qui sont attachés à ce service.

Pour tous les malades, la technique opératoire a été à peu près la même : pour tous, en effet, je promenais l'effluve, provenant d'un puissant appareil, sur la surface du thorax correspondant aux lésions tuberculeuses constatées ou soupçonnées, tant en avant qu'en arrière, c'est-à-dire, dans la très grande majorité des cas, dans les fosses sous-claviculaires et dans les fosses sus et sous-épineuses. Les séances étaient le plus souvent quotidiennes, parfois elles n'avaient lieu que trois fois par semaine et duraient de cinq à douze minutes. Je ne cherchais nullement à éviter les étincelles

(1) Communication à l'Académie des sciences.

longues et grêles, qui d'ailleurs ne sont pas douloureuses, qui s'échappaient parfois entre l'électrode et le malade; parfois même je provoquais intentionnellement les étincelles.

Quoique la réaction à ce traitement ait varié dans d'assez grandes limites, en raison des conditions individuelles ou bien en raison du degré d'avancement des lésions et de l'état diathésique plus ou moins accusé, on peut cependant tirer quelques conclusions générales. Pour les exposer plus clairement, je prends comme type les réactions d'un malade atteint de tuberculose pulmonaire dans sa première période et présentant les signes habituels et les plus constants de cette affection.

Les divers symptômes ne cèdent pas avec la même rapidité à ces sortes d'applications; quelques-uns cèdent dès le commencement du traitement, c'est le cas de la transpiration et de la fièvre vespérale; d'autres sont plus lents à disparaître, comme l'*amaigrissement*, la *toux* et l'*expectoration*; d'autres, enfin, ne cédent qu'à un traitement longtemps prolongé, tels que les *signes sthétoscopiques;* quelquefois même ils persistent, quoique fort atténués, pendant des années après la fin du traitement.

Les premières applications ne produisent généralement aucune modification particulière, peut-être, cependant, dans des cas de particulière susceptibilité des voies respiratoires, elles augmentent momentanément les quintes de toux, elles les provoquent alors pendant leur durée même. Mais vers la cinquième ou la huitième application, les *transpirations nocturnes* commencent à diminuer et elles se tarissent complètement vers la quinzième séance. Cette disparition est complète et définitive, je n'ai observé de retour que dans deux cas, à l'occasion de rechutes dues à des refroidissements.

L'atténuation de la *fièvre vespérale* se fait à peu près dans le même temps; l'accès de fièvre est d'abord de durée moindre, puis il cesse complètement, et, comme pour les transpirations, cette disposition de la fièvre est définitive, il est très rare d'en constater le retour au cours du traitement.

Vers la quinzième séance, souvent plus tôt, l'*appétit* commence à devenir meilleur; il est capricieux encore et même inconstant, mais il ne tarde pas à s'affermir et à devenir non seulement normal mais encore impérieux. C'est là ce que l'on constate, en général, vers la fin du premier mois ou vers le milieu du second mois de traitement.

Tels sont les premiers effets que l'on constate, mais ils ne sont pas les seuls que l'on puisse attendre de ces applications. Vers le second mois du traitement, souvent plus tôt, rarement plus tard, la *toux* devient moins persistante et moins pénible. Il n'est pas rare de voir les malades dormir toute la nuit, d'un sommeil réparateur, non troublé, d'autant plus calme que, depuis longtemps déjà, ils n'ont plus de transpiration. Les quintes de toux ne reviennent que le soir et le matin, et encore durent-elles moins longtemps et sont-elles moins pénibles.

L'*expectoration* subit des modifications parallèles, tant au point de vue de l'abondance que de la nature des crachats. Elle devient, en effet, de moins en moins abondante, en même temps que, de purulents, les crachats deviennent hyalins et muqueux. Dans les cas où il a été possible de faire d'une façon régulière l'examen bactériologique des crachats, on a constaté une diminution très accusée des bacilles et parfois leur disparition complète.

Mais, contrairement à ce qui se passe pour la transpiration et pour la fièvre, on a de fréquents retours en arrière; il est habituel de constater, après une période d'absence complète de bacilles dans les crachats, une réapparition de ces microorganismes. Ils ne disparaissent complètement et d'une façon définitive que beaucoup plus tard et vers la fin du traitement.

Les *râles* et les *craquements* se raréfient et finissent par disparaître, comme si les lésions anatomiques qui les produisent disparaissaient elles-mêmes et laissaient à leur place un tissu pulmonaire sain et normal. Cette disparition des râles et des craquements est longue à se produire. Ce n'est guère que vers le troisième ou quatrième mois du traitement qu'on commence à la constater. Mais j'ajoute qu'elle est la règle et que rares sont les cas où elle n'est pas complète ou à peu près complète vers le sixième ou le huitième mois du traitement.

Enfin, comme il est facile de le prévoir d'après l'amélioration des signes que je viens d'énumérer, l'*état général* lui-même s'améliore dans de très grandes proportions. D'abord l'amaigrissement s'arrête, puis peu à peu le *poids* du corps commence à augmenter, et il le fait parfois d'une façon très rapide.

Je sais avec quelle prudence il faut parler de guérison dans une maladie aussi décevante que la tuberculose pulmonaire; ce ne sera que par une observation prolongée pendant des années que l'on pourra constater si les améliorations que l'on vient de décrire sont permanentes et peuvent être considérées comme définitives. Cependant si, des 17 cas sur lesquels je me suis basé pour voir les conclusions qui précèdent, je ne retiens que les 5 premiers cas dont le traitement est terminé depuis deux ans au moins, je puis dire que pour eux la guérison symptomatique s'est maintenue sans fléchir, malgré de graves maladies intercurrentes; je puis dire aussi que les lésions pulmonaires, dont on avait constaté la guérison ou une atténuation équivalente à une guérison, sont restées dans le même état qu'au moment de la cessation du travail.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(2 mars 1900)

La **médication cacodylique** a eu les honneurs de la séance. Même M. le professeur Armand Gautier a bien voulu apporter à la Société médicale l'appui de son autorité et de sa compétence spéciale en cette matière. Il faut faire une large place à sa communication.

Et d'abord, dit-il, il ne faut pas confondre le traitement cacodylique avec le traitement arsenical proprement dit. La matière médicamenteuse et surtout les effets ne sont pas les mêmes. Donner le cacodylate en pilules par la bouche ou en injections rectales, c'est transformer, déformer le traitement et le rendre plus ou moins inactif ou nuisible.

Rien n'est plus inoffensif que l'acide cacodylique quand il pénètre par la peau, mais rien n'est plus irritable que lui et plus facile à transformer partiellement en un produit extrêmement vénéneux quand il pénètre par le conduit gastro-intestinal; là, l'acide cacodylique trouve des matières réductrices en abondance qui le transforment partiellement en acide de cacodyle, produit toxique, que décèle l'odeur d'ail intense, très désagréable, fatigante, que prennent la peau et l'haleine; les urines des individus ainsi traités sont littéralement imprégnées de ce poison.

Si l'on donne le cacodylate par le rectum, ce sont alors

des sécrétions glaireuses, de la rectite, et toujours cette odeur d'ail écœurante et fatigante. Dans les deux cas, le médicament devenu poison a une action fort nuisible sur le rein dont la perméabilité est diminuée et qui peut même créer de l'albuminurie. Au contraire, par la voie des injections hypodermiques, on ne remarque jamais ni albuminurie ni odeur alliacée de l'haleine, ni troubles intestinaux d'aucune sorte, ni douleurs, ni escarres, ni abcès de la peau, ni stéatose du foie.

Par la peau, on introduit un médicament puissant et inoffensif, l'acide cacodylique; par le tube gastro-intestinal, on en détruit, au moins en partie, les effets en le transformant en un autre corps excessivement toxique.

Il résulte de ces affirmations très précises que toutes les observations où le cacodylate de soude n'a pas été donné par la voie hypodermique, doivent être considérées comme douteuses.

M. le professeur Gautier termine sa communication dans laquelle sont rapportés des exemples cliniques très nets de guérison de la tuberculose par cette médication, en disant :

1° Le cacodylate de soude peut être employé durant plusieurs années sur les mêmes personnes sans que l'accoutumance s'établisse jamais. Toujours, si l'appétit a disparu, il revient dès la troisième ou la quatrième injection de 0g30 à 0g60 de cacodylate, et avec lui la température s'abaisse, si elle s'était relevée, tandis qu'augmentent en même temps le pouls et les forces du sujet.

Il y a avantage à employer le médicament concurremment avec l'iodure de potassium à faible dose.

2° Par l'usage du cacodylate de soude continué même des années, par la voie hypodermique, on ne remarque ni altérations du rein, ni congestion du foie, ni de la rate, ni arsénicisme sous aucune forme.

Seuls, les cheveux s'allongent, deviennent plus opulents et plus fournis, ainsi que tout le système pileux; la voix prend de la clarté et de la force et les fonctions semblent rajeunies, comme le sang.

MM. Widal et Prosper Merklen ont étudié l'influence de la médication cacodylique sur le sang. Ils ont vu que le cacodylate de soude ne déterminait pas, en général, une augmentation du nombre des globules blancs; que, par contre, le chiffre des globules rouges augmentait dans des proportions considérables.

M. Edg. Hirtz a obtenu d'excellents effets de la médication chez des tuberculeux de la première période. MM. Rendu et Barth ont observé les mêmes résultats.

M. Variot publie deux observations d'**ascite opalescente**, chez deux enfants atteints de néphrite chronique.

MÉDECINE PRATIQUE

Le glaucome aigu et son traitement.

M. A. Trousseau, médecin des Quinze-Vingts, résume ainsi dans le *Concours médical* le traitement du glaucome aigu.

La maladie débute, en général, brusquement après quelques troubles visuels passagers.

C'est pendant la nuit, le plus souvent, que le malade est saisi d'une violente douleur siégeant au niveau de l'œil et au pourtour de l'orbite; cette douleur est souvent atroce, s'accompagne de vertiges, de vomissements et est exagérée par la palpation du globe oculaire. Vient-on à examiner l'œil, on remarque vite que celui-ci est injecté, larmoyant, que la cornée, terne et insensible, est parfois entourée d'un bourrelet chémotique; que la chambre antérieure est effacée en même temps que l'iris est estompé et la pupille largement dilatée. Le fond de l'œil est inéclairable, la vision abolie ou très réduite, la tension intraoculaire très élevée.

Dans certains cas, tous ces symptômes sont atténués, mais l'injection périkératique, la dilatation pupillaire et surtout la dureté du globe sont des signes immuables, qui donnent au glaucome sa physionomie particulière et l'empêchent d'être confondu, par un observateur soigneux, avec toute autre affection, et l'on ne saurait trop insister sur l'importance du diagnostic hâtif et précis de l'attaque glaucomateuse, car de ce diagnostic dépend la perte ou la conservation de l'œil. Il est bien rarement posé par les médecins non spécialistes et on ne compte plus les désastres amenés par une erreur, qui fait prendre le glaucome pour des troubles cérébraux, une simple névralgie, une conjonctivite, une kératite, et surtout une iritis.

Une simple névralgie peut amener de la rougeur de l'œil, mais ne cause aucune irritation définie des membranes; une conjonctivite n'est pas douloureuse, n'augmente pas la tension, ne modifie ni la cornée, ni l'iris, ni les milieux; une kératite s'accompagne de lésions précises de la cornée, sans dilatation de la pupille.

Le diagnostic entre l'iritis et le glaucome n'est pas toujours facile et est d'une importance capitale, car une prescription de collyre à l'atropine, si utile dans l'iritis, peut être fatale dans le glaucome.

Qu'on n'oublie jamais que l'atropine est, dans ce dernier cas, un médicament des plus dangereux, auquel peut être imputable la perte définitive de la vision, puisque ce médicament élève la tension intra-oculaire et que dans le glaucome il faut à tout prix l'abaisser, par l'emploi des collyres myotiques : ésérine et pilocarpine.

Il y a certainement des symptômes communs à l'iritis et au glaucome : les douleurs d'abord, mais bien plus violentes dans le glaucome; la rougeur de l'œil et les troubles de la chambre antérieure, qui peuvent être semblables dans les deux affections; en se rappelant que la cornée n'est jamais anesthésiée dans l'iritis, on peut se mettre sur la voie du diagnostic, en explorant la sensibilité de cette membrane; mais celui-ci devient *facile* si on se rappelle que le glaucome se distingue nettement de l'iritis par deux symptômes majeurs, à savoir : la dilatation de la pupille et la dureté du globe oculaire.

Dans tous les cas embarrassants, on tâchera de se remémorer la formule suivante : *toutes les fois qu'un œil est rouge et que la pupille est dilatée, il faut songer au glaucome.*

Le diagnostic glaucome aigu s'imposant, qu'y a-t-il à faire?

Plusieurs indications doivent être remplies :

1° *Arrêter les progrès du mal*, et pour cela instiller, cinq à six fois par jour, I ou II gouttes chaque fois, de l'un des collyres myotiques et abaisseurs de la tension intraoculaire que voici :

Eau.................	5 grammes.
Salicylate d'ésérine...	0,05 cent.

ou bien :

Eau.................	5 grammes.
Nitrate de pilocarpine	0,10 cent.

Les instillations doivent être d'autant plus répétées que la pupille tarde plus à se contracter et la dureté du globe à diminuer. La production rapide du myosis est un signe favorable.

2° *Calmer la douleur* par l'emploi de l'antipyrine et surtout du sulfate ou du bromhydrate de quinine à haute dose, auxquels on ajoutera parfois l'injection de morphine.

3° *Assurer le sommeil* par le bromure de potassium, le chloral, le bromidia, qui semblent ici préférables aux autres hypnotiques.

4° *Guérir le glaucome*, en pratiquant le plus vite possible une large iridectomie bien périphérique. Cette opération est excellente à condition qu'elle puisse être faite dès le début du mal. Malheureusement, les malades ne se décident pas toujours assez vite. Le médecin doit user de toute son autorité pour les convaincre, assuré qu'il est de leur rendre un service immense.

Les bains d'encre et les pansements à l'encre.

L'action analgésique et antiprurigineuse de l'encre, en même temps que ses propriétés kératoplastiques, ont depuis longtemps attiré l'attention des dermatologistes. Il y a une dizaine d'années, Unna l'utilisa dans des cas de pemphigus, mycosis fongoïde et surtout d'eczéma.

L'encre agit surtout par le tannin qu'elle contient. Récemment M. Leistikow vient de la prescrire sous une nouvelle forme. Il emploie séparément une solution de tannin (3 à 10 p. 100) et une solution de sulfate de fer (2 à 5 p. 100). On ne réunit les deux solutions qu'au moment de l'emploi. Les résultats obtenus par M. Leistikow, dans des cas d'eczéma suintant, de prurit, d'herpès, dans des ulcères variqueux de jambe, sont très encourageants.

L'encre est employée en bains ou en pansements humides.

Les pulvérisations de chlorure d'éthyle dans le traitement du lupus.

Dans un cas de lupus ulcéreux ancien, M. Dethlefsen a pratiqué, pendant une ou deux minutes, la congélation par le chlorure d'éthyle six fois en douze jours, sans que le malade accusât une trop forte douleur. Huit jours après la dernière congélation, il aurait vu les surfaces ulcérées se recouvrir d'épiderme lisse.

Ce procédé mérite, par sa simplicité et par l'efficicacité dont il semble doué, d'entrer dans la pratique médicale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 12 AU 17 MARS 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 12 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Delens, Sébileau et Poirier.

3e (2e partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Brissaud, Gilles de la Tourette et Launois; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Kirmisson et Broca (Aug.) ; — (2e série) : MM. Terrier, Delbet et Walther ; — (2e partie) : MM. Hayem, Déjerine et Teissier; — M. Legueu, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

MARDI 13 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Brun, Poirier et Faure.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Le Dentu, Quénu et Bonnaire.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Budin, Schwartz et Thiéry ; — M. Gley, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Berger et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Proust et Ménétrier; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Charrin et Achard; — M. Dupré, suppléant.

MERCREDI 14 MARS, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Lejars et Mauclaire.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 3* : MM. Lannelongue, Tuffier et Varnier ; — M. Weiss, suppléant.

JEUDI 15 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Mathias-Duval, Rémy et Thiéry.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Budin, Poirier et Albarran.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salles nos 3 et 1* : MM. Guyon, Schwartz et Wallich; — (2e partie) : MM. Grancher, Letulle et Ménétrier.

4e, *Petit amphithéâtre* : MM. Proust, Vaquez et André; — M. Langlois, suppléant.

VENDREDI 16 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Jalaguier, Tuffier et Sébileau,

4e, *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Legueu ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Déjerine et Gaucher; — M. Delbet, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 17 MARS, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Quénu et Retterer.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Dieulafoy, Blanchard et Roger.

4e, *Faculté, salle n° 2* : MM. Pouchet, Ballet et Langlois; — M. Hanriot, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Bordeaux.* — Un concours pour deux places de chirurgien-adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux commencera le mardi 19 juin 1900, à huit heures du matin.

Pour les conditions du concours consulter l'affiche spéciale.

École de médecine. — *Tours.* — Un concours s'ouvrira le 5 novembre 1900, devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques à ladite école.

Préfecture de la Seine. — MM. les docteurs Manheimer, Lyon, Cange, d'Aurelle de Paladines, Edouard Martin et de la Nièce sont nommés médecins adjoints de la Préfecture de la Seine.

Distinctions honorifiques. — MM. les docteurs Gazeau de la Brindonnerie (de Paris) et Pons (de Luzech) sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

La Société de géographie de Paris vient d'accorder les prix suivants : Prix Alphonse de Montherot (grande médaille d'argent), au docteur Huguet, pour ses travaux sur l'extrême sud algérien et région saharienne. Prix Conrad Malte-Brun (médaille d'or) au docteur Billet pour son ouvrage : « Deux ans dans le Haut-Tonkin. » Nous adressons nos très vives félicitations à notre ami, le docteur Huguet.

Guerre. — Ont été promus dans le cadre des médecins de la réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Amouroux, Angelergues, Audigé, Bardon, Bareau, Baylac, Bernard-Lapommeray, Berthail, Bezier, Bidault, Binot, Blagny, Bluzat, Borie, Bosc, Boullet, Boulogne, Boutavant, Bouvier, Cacaud, Capette-Laplène, Caron, Carpentier, Carrier, Castaing, Chatard, Chauve, Cohendy, Couloujou, Courtois, Couvert, Cros, Cruet, Cury, David, Dechaume-Moncharmont, Defrise, Delmas, Ducos, Escorne, Faure, Fauvel, Felizet, Fournier, Gaillard, Gautié, Gautret, Giffard, Grellet, Grimpret, Henry, Hubert, Huillet, Job, Jouannet, Laboisne, Ladevie, Lallement, Lamy, Lardennois, Larroche, Latteux d'Espagne, Lebeuf, Le Clère, Legros, Loiselet, Lucchini, Marcou, Mazeran, Merle, Merop, Moggi, Mornac, Mossé, Mouzin-Lizys, Muzard, Nobécourt, Ollagnier, Pasquier, Pissard, Pons, Poupart, Puyaubert, Ramès, Rauzier, Regett, Rilhac, Ripert, Robert, Roy, Sabatier, Sacleux, Sauvage, Soullard, Subert, Thevenot, Vallery, Veeck, Verhaeghe, Vial, Villeneuve, Vincent et Virevaux.

Ont été promus dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Bayard, Boyer, Farssac, Fourcade, Grandgury, Loillier et Warion, médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités.

Marine. — M. Glérant, médecin de deuxième classe du cadre de Brest, est désigné pour remplacer, aux batteries d'artillerie au Tonkin, M. le docteur Ziégler.

Au conseil d'hygiène. — A la séance d'hier du conseil d'hygiène, le docteur Léon Collin, président du comité des épidémies, a fait observer qu'en présence des cas d'affections intestinales qui, depuis quelque temps, sont constatées à Paris, il serait prudent pour la population de ne boire que de l'eau bouillie. Il a ajouté que cette eau peut être considérée comme donnant une sécurité absolue.

Le conseil d'hygiène s'est rangé à cet avis et a émis le vœu que sa délibération fût portée à la connaissance de la population.

La lutte contre l'alcoolisme. — Le gouverneur militaire de Paris vient d'autoriser les capitaines à distribuer aux soldats sous leurs ordres un petit fascicule dont le modèle a été approuvé par l'Académie de médecine et dont la teneur explique et démontre les désastres causés par l'alcoolisme. Ce petit fascicule, de 32 pages, devra porter le numéro matricule ainsi que le nom de l'homme, et figurera dans les revues de détail.

On annonce d'autre part que M. le colonel Leducq, commandant le 73e régiment d'infanterie en garnison à Béthune, a interdit dans les cantines la vente de toute boisson alcoolisée.

Comités d'organisation constitués par les associations étrangères de presse médicale. — Allemagne : professeur Virchow, président d'honneur. Professeur Posner, délégué.

Professeur Eulenbourg (de Berlin). Professeur Ewald (de Berlin). Docteur Schwalbe (de Berlin). Docteur H. Lohlstein (de Berlin). Docteur Spatz (de Munich). Docteur Adler (de Vienne). Docteur Bum (de Vienne). Docteur Alex. Frænkel (de Vienne). Docteur Herrnheiser (de Prague).

Italie : professeur Baccelli, président d'honneur. Professeur L. M. Bossi (de Gênes), président.

Professeur P. Castellino (de Naples). Docteur C. Vincenti (de Milan). Docteur Rossi Doria (de Romé). Docteur Micheli (de Rome). Docteur C. Cucca (de Naples). Docteur J. Abba (de Turin). Docteur G. Gelli (de Florence). Docteur L. Terronini (de Palerme). Professeur Spinelli (de Naples). Professeur L. Lucatello (de Padoue).

Espagne : docteur Valledor, président.

Docteurs Serret, Ulecia, Calatraveno, membres. Docteur Larra, secrétaire.

Ont été désignés comme délégués au Congrès par les diverses associations de presse médicale des États-Unis d'Amérique :

Pour l'« Association of American medical editors » : docteurs J. M. Mathews et Horace Grant (de Louisville, Ky.); docteurs George F. Butler et George H. Simmons (de Chicago); docteurs C. F. Taylor et H. A. Hare (de Philadelphie); docteurs Dillon Brown et Daniel Lewis (de New-York); docteur Thos. H. Hawkins (de Denver, Colo.); docteur Henry W. Coe (de Portland, Orégon).

Pour l' « American medical publishers'association »; docteur J. C. Culbertson (de Cincinnati, Ohio); M. J. Mac Donald (de New-York City); docteur Ferdinand King (de New-York City); M. Charles Wood Fassett (de Saint-Joseph, Mo.); docteur Landon B. Edwards (de Richmond, Va.).

Pour le « Medical Press Club of the Mississippi Valley » : docteur I. N. Love (de Saint-Louis, Mo.); docteur Franck P. Norbury (de Jaksonville, Ill.); docteur Alexander J. Stone (de Saint-Paul, Minn.); docteur John Punton (de Kansas City, Mo.); docteur Marc Ray Hughes (de Saint-Louis, Mo.).

Sur les deux questions principales inscrites à l'ordre du jour du Congrès : « Organisation d'une association internationale de la presse médicale » et « Protection de la propriété littéraire des articles médicaux », deux rapports seront fournis par M. Charles Wood Fassett (de Saint-Joseph. Mo.), secrétaire de l' « American medical publishers'association », directeur de l'*American medical journalist*, pour la première, et par le docteur I. N. Love (de Saint-Louis), président de l' « American medical editors association » pour la seconde.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gérin-Roze, médecin honoraire des hôpitaux de Paris; Goyenèche (de Saint-Jean-de-Luz), Helles (de Mozère), Louis Largillière (de Roubaix), Marc (de Nogent-sur-Vernisson), Fernand Messéant (de Canteleu-Lambersart).

Le Courrier de la presse. — M. A. Gallois, directeur du *Courrier de la Presse*, 21, boulevard Montmartre, Paris, vient d'organiser un service spécial rapide, de coupures d'articles de journaux, en vue de l'Exposition universelle de 1900, pour tous les exposants, architectes, concessionnaires, congrès, attractions, etc. (*Figaro*, 12 février 1900)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les méthodes de préparation et de coloration du système nerveux, par Bernard Pollack, traduit de l'allemand par Jean Nicolaidi, externe des hôpitaux, avec une préface de P.-E. Launois, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine. Un vol. in-8° de XIV-212 p. — Prix : 5 francs. — Paris, G. Carré et C. Naud.

Contribution à l'étude de l'infection tuberculeuse par la voie nasale (recherches bactériologiques et cliniques), par le docteur G. Liaras, ex-premier interne de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux. Un vol. gr. in-8° de 128 p. — Prix : 3 fr. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 28. — JEUDI 8 MARS 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 8 MARS 1900. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — LE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHEZ LES JEUNES ENFANTS. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — PRATIQUE MÉDICALE. Traitement de l'épilepsie essentielle, par M. le docteur P. JAMOT. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine* : Nouveau lieu d'élection pour la revaccination; — La cure d'huile contre la constipation; — *Chirurgie :* Complications nerveuses dans les fractures de l'humérus; — *Gynécologie :* Sensibilité génitale; — *Thérapeutique :* Un nouvel antiseptique, l'aniodol. — FORMULAIRE. Pommade contre le rhumatisme articulaire aigu. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

LE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
CHEZ LES JEUNES ENFANTS

La tuberculose pulmonaire présente chez le jeune enfant des caractères tout particuliers : elle est souvent secondaire à une autre infection; elle ne se localise pas uniquement aux sommets; ses signes physiques, enfin, diffèrent de ceux que l'on est habitué à observer chez l'adulte. Aussi est-il presque toujours nécessaire, pour en assurer le diagnostic, de recourir aux différentes méthodes indiquées dans la thèse de M. Bertherand (1).

L'étude des *symptômes cliniques* de la maladie ne fournit d'habitude aucun renseignement décisif : la recherche des antécédents héréditaires, en particulier, est loin d'être constamment positive. Il n'en est pas de même des signes fournis par l'examen direct du malade. « L'attitude est caractéristique : les petits tuberculeux sont des bébés tranquilles, ils sont tristes, taciturnes, se laissent facilement examiner : on peut les tourner et les retourner sans qu'ils se débattent ou fassent la moindre résistance; ils n'indiquent ni par leurs pleurs, ni par leurs cris, leur peine ou leur joie, comme les enfants de leur âge. » Leur maigreur est souvent extrême; la disparition du pannicule adipeux laisse alors la physionomie se couvrir de rides; les os de la face sont proéminents, les yeux sont enfoncés dans leurs orbites, la bouche semble agrandie. Tous ces traits donnent à l'enfant l'apparence d'un petit vieux; les os du crâne sont mal soudés, les fontanelles persistent, on trouve du chevauchement des pariétaux Vient-on à découvrir le petit malade, on est souvent surpris par le développement considérable du ventre, ballonné, sillonné de veines bleuâtres, comme un ventre d'ascite, mou, dépressible, indolent; quelquefois, cependant, la palpation permet d'y découvrir de l'empâtement d'origine péritonéale, ou encore des nodosités sous-cutanées, que quelques auteurs considèrent comme des indurations lymphatiques liées à la tuberculose intestinale ou mésentérique.

(1) Thèse de Paris, 1899.

A côté du développement exagéré de l'abdomen et formant contraste, on trouve le thorax qui est, la plupart du temps, évasé à la base, étroit et rétréci en haut. Les côtes font saillie sous la peau amaigrie. Les membres sont grêles, peu développés et paraissent atrophiés; la peau est mince, pâle et fine, elle présente un remarquable développement du système pileux.

Les travaux de ces dernières années ont attiré l'attention sur la valeur clinique de la micro-polyadénopathie, signalée par Legroux, puis étudiée par MM. Hutinel et Marinesco, Potier, Sanchez Toledo, Pascal, Marfan, elle est actuellement regardée comme un des signes les plus constants de la tuberculose pulmonaire infantile : « Elle se rencontre, en effet, chez la plus grande partie des enfants tuberculeux. » Mais, ce qu'il faut savoir, c'est qu'on peut également l'observer au cours d'autres états cachectiques de l'enfance : il faut donc cesser de la considérer comme un symptôme pathognomonique.

Les lésions ostéo-articulaires ne sont pas rares chez le petit tuberculeux : on a cité les ostéopathies hypertrophiantes, surtout localisées aux phalanges, le mal de Pott, le spina ventosa; ces lésions, comme l'a fait remarquer M. Hutinel, coexistent souvent. Pour M. Marfan, leur constatation permettrait d'exclure le diagnostic de tuberculose pulmonaire, « les tuberculoses locales créant une sorte d'innocuité contre la tuberculose pulmonaire. »

Les lésions cutanées consistent surtout en abcès de siège varié. Ces abcès évoluent en général sans grande élévation thermique, sans réaction locale. Le plus souvent, ils relèvent de l'infection staphylococcique; dans d'autres cas, ce sont de véritables abcès froids, uniquement dus au bacille de la tuberculose.

Les troubles vaso-moteurs ne sont pas moins constants : les petits tuberculeux ont souvent des sueurs comme les phtisiques adultes; le refroidissement des extrémités est fréquent. La fièvre, enfin, présente des caractères variables, elle peut manquer dans quelques formes chroniques.

L'appareil digestif est intact au début : l'appétit est alors conservé, souvent même augmenté. Mais, malgré la suralimentation, les enfants n'augmentent pas de poids; plus tard, les troubles fonctionnels apparaissent : la courbe de poids présente alors des oscillations régulières d'accroissement et de diminution, qui sont assez caractéristiques. Les ulcérations tuberculeuses de l'intestin sont rares : aussi l'en-

térite terminale n'est-elle point spécifique, mais due, le plus souvent, à une infection surajoutée. Enfin, l'augmentation de volume du foie et de la rate a été signalée, par quelques auteurs; mais, pas plus que la micro-polyadénopathie, l'hypertrophie spléno-hépatique n'est un signe de certitude : elle se rencontre, en effet, au cours des affections les plus diverses (syphilis héréditaire, anémie des rachitiques, etc.).

Les troubles circulatoires, chez l'enfant tuberculeux, se traduisent par de la tachycardie et par l'accélération correspondante du pouls. Par contre, la température est souvent normale. La cyanose de la face et des extrémités est habituelle, elle est plus marquée aux périodes terminales de la maladie. L'albuminurie, enfin, serait moins fréquente que l'indicanurie. Tels sont les *symptômes généraux* de la tuberculose pulmonaire infantile : leur analyse montre à combien de mécomptes on s'exposerait en basant le diagnostic sur l'un d'eux, leur ensemble même ne peut donner que des présomptions, et non une certitude.

Les *signes physiques* sont assez obscurs, ce qu'explique la diffusion des lésions tuberculeuses comme la propagation de l'infection bacillaire aux ganglions trachéo-bronchiques. Ces signes sont réduits au minimum dans la *forme typhoïde* de la phtisie aiguë, que caractérisent un début rapide, une fièvre à type régulier, et une dyspnée extrême. Dans la *forme catarrhale*, les signes physiques sont déjà plus marqués : on entend à l'auscultation, dans toute la poitrine, des râles disséminés et des bruits de souffle : souvent les symptômes pulmonaires sont localisés à un seul côté, et cette localisation même a une certaine valeur diagnostique en faveur de la bacillose. Mais c'est surtout dans la *broncho-pneumonie caséeuse* que les symptômes pulmonaires présentent leur intensité maxima. Cette dernière forme peut débuter brusquement comme une pneumonie ou une broncho-pneumonie aiguë; souvent aussi l'infection bacillaire succède à une infection banale du poumon. Les signes sthétoscopiques ressemblent singulièrement à ceux que l'on observe au cours des broncho-pneumonies ordinaires. Peut-être cependant la broncho-pneumonie tuberculeuse présente-t-elle moins de signes de catarrhe : « On trouve un foyer limité avec des râles sous-crépitants éclatant sous l'oreille, la respiration est soufflante : on a, en un mot, des signes d'induration. » La température est irrégulière, mais moins élevée que dans la broncho-pneumonie simple, et contraste souvent, là encore, avec la fréquence du pouls. L'hémoptysie est exceptionnelle : la dyspnée, au contraire, a été signalée dans la plupart des cas. Mais la tuberculose n'est pas la seule cause qui puisse la provoquer.

Ainsi le diagnostic clinique de tuberculose pulmonaire infantile est toujours difficile, parfois impossible : aussi a-t-on songé (Hutinel) à lui adjoindre les résultats de l'*inoculation de lymphe de Koch*.

Cette inoculation est suivie d'une élévation thermique constante dans les cas de tuberculose, exceptionnelle dans tous les autres cas. Aussi cette méthode, employée avec prudence, constitue-t-elle le réactif par excellence de la tuberculose pulmonaire infantile. C'est encore à M. Hutinel que revient le mérite d'avoir, le premier, signalé les poussées fébriles que provoquaient chez les enfants, les *injections de sérum artificiel*, et d'avoir pensé à utiliser ces injections pour le diagnostic. Malheureusement « il n'est point avéré que tous les tuberculeux et les tuberculeux seuls réagissent aux injections sérothérapiques; ces dernières présentent de plus quelques dangers : aussi leur emploi doit-il être surveillé de très près ».

La *recherche du bacille* et sa constatation dans les mucosités du petit malade suffiraient à établir le diagnostic d'irréfutable façon. Mais les enfants, surtout les tout petits, ne crachent pas et déglutissent leurs sécrétions; aussi a-t-on proposé différents procédés pour obtenir les sécrétions suspectes : aux anciennes méthodes, toujours difficiles et parfois dangereuses, M. Bertherand préfère le procédé de Meunier, qui consiste à retirer, par le lavage de l'estomac, les sécrétions bronchiques dégluties, à rechercher ensuite dans ces mucosités la présence du bacille de Koch. Si l'on a soin, comme le conseille M. Bertherand, de pratiquer l'opération le matin à jeun, quelques instants après le réveil, après les premières quintes de toux, on obtiendrait des résultats positifs dans tous les cas de tuberculose *ouverte*.

Les *rayons X* sont, depuis la communication de MM. Bouchard et Claude, utilisés pour le diagnostic de la tuberculose, mais ils ne peuvent, du moins chez l'enfant, révéler que de grosses lésions : aussi leur emploi est-il forcément restreint.

En somme, aucun de ces procédés ne doit être exclusivement employé; à l'examen clinique, souvent insuffisant, il importe d'adjoindre les résultats fournis par les autres méthodes : « Chacune d'elles, dit avec raison M. Bertherand, a ses indications spéciales, il sera souvent nécessaire de les employer simultanément : elles se contrôlent l'une l'autre. »

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(6 MARS 1900)

Nous pensions que l'Académie continuerait, dans cette séance, à s'occuper de la grippe, mais il n'en a rien été, et c'est à l'**appendicite** qu'elle est revenue : M. Pinard a cité plusieurs faits d'appendicite au cours de la grossesse; dans un premier cas, il s'agissait d'une jeune femme enceinte, auprès de laquelle il fut appelé et qu'on croyait atteinte d'une péritonite par perforation utérine; c'était une appendicite suraiguë; la malade, très bien portante encore le vendredi, était opérée *in extremis* le lundi, et succombait le mardi, trois jours après le début des accidents.

Dans un second cas, c'est une jeune femme, également enceinte, qui est prise de fièvre et de vomissements; on croit à une indigestion pouvant amener une fausse couche. Les accidents s'aggravent, et quand M. Pinard est appelé auprès de cette malade, elle était mourante et succombait, en effet, quelques heures après, sans même qu'on ait pu songer à l'opérer : appendicite à marche foudroyante.

De ces deux faits il est intéressant de rapprocher les suivants :

Le 11 juin 1899, M. Pinard est appelé auprès d'une jeune femme de vingt-neuf ans, ayant eu cinq grossesses normales, enceinte pour la sixième fois, ayant eu des accidents assez graves, une température assez élevée; puis, celle-ci baissa mais les accidents persistaient; on décida l'opération; M. Bazy fait la laparotomie, trouve un appendice gangréné. Cette malade a fort bien guéri.

Au mois de novembre dernier, on amène à la clinique Baudelocque une femme arrivée au terme d'une sixième grossesse, ayant été prise une huitaine de jours auparavant de douleurs dans le ventre, qu'on avait attribuées à une menace de fausse couche. Quand elle fut amenée à la clinique, à onze heures du soir, elle présentait tous les signes

de l'appendicite la plus grave; elle avait des vomissements porracés, des phénomènes d'obstruction intestinale; elle était profondément intoxiquée et mourante. Quand M. Segond arriva à minuit pour l'opérer, il hésita, tant était grave l'état de cette malade. Il se décida, cependant, et trouva une péritonite suppurée généralisée avec un appendice énorme formant bride. L'appendice fut réséqué, le péritoine lavé avec de l'eau bouillie salée et, contre toutes prévisions, cette malade a fort bien guéri.

Ces faits, ajoute M. Pinard, parlent assez d'eux-mêmes pour qu'ils puissent se passer de commentaires et l'on en doit conclure : que l'appendicite est assez fréquente chez les femmes enceintes, et non pas seulement chez les primipares, mais aussi chez les multipares; qu'elle revêt généralement un caractère grave; qu'il faut donc, chez les femmes grosses, se méfier de la moindre indigestion, surtout si celle-ci s'accompagne de fièvre; qu'il importe, pour sauver ces malades, de faire un diagnostic précoce, afin de poser le plus tôt possible l'indication de l'intervention. Or, ajoute M. Pinard, ce diagnostic précoce est possible si l'on veut bien se rappeler que la péritonite de la femme enceinte n'existe pas à l'état d'entité morbide, que l'utérus gravide, en dehors des traumatismes, ne se rompt jamais, que l'indigestion simple n'entraîne généralement pas de fièvre et que les vomissements, dits incoercibles, ne ressemblent en rien aux vomissements de l'appendicite.

En présence d'accidents de ce genre, pensez donc à l'appendicite, et en y pensant à temps vous pourrez sauver les malades en les opérant immédiatement. Telle est la conclusion finale de M. Pinard.

M. Dieulafoy s'est fait inscrire pour prendre la parole dans la prochaine séance, sur le même sujet.

Très intéressante la présentation de M. Debove : Il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans, qui a été soumis à une **cure d'amaigrissement**. Le 18 mars 1899, cet homme pesait 147 kilos, actuellement il en pèse 93, il a donc perdu le tiers de son poids. Voici, en quelques mots, l'histoire de cet homme : Fils et frère d'obèses, à vingt-cinq ans il s'est mis à engraisser; sa situation sédentaire, l'alcoolisme et un furieux appétit, puisqu'il a mangé son fonds de charcuterie, n'ont fait qu'augmenter cette obésité précoce; cet homme a eu des accès de goutte et des accès de gravelle. En 1894 il était arrivé à peser 174 kilos; il eut, à ce moment, de l'albuminurie, de violents accès de goutte.

Quant il entra dans le service de M. Debove, il présentait tous les caractères d'un obèse goutteux avec des coliques néphrétiques; il avait encore de l'albuminurie, de la constipation, de la dyspnée, des intermittences cardiaques, de la cyanose et il était plongé dans une torpeur morale absolue.

Craignant, dans ces cas, l'emploi des médicaments, M. Debove a soumis ce malade à une alimentation insuffisante de façon à l'obliger à se nourrir de sa propre graisse. Dans le premier mois, il ne prit que 2 litres et demi de lait par jour; il perdit 15 kilogs; dans le second mois, il ne prit plus qu'un litre de lait par jour et il ne perdit que 7 kilogs; le reste du temps il fut soumis à un litre de lait par jour, à deux purgations par semaine; il perdit de son poids graduellement, et d'une façon continue.

Aujourd'hui ce malade ne pèse plus que 93 kilogs; il a perdu 54 kilogs en un an, il n'a plus d'albumine, il a retrouvé toute son activité, même son activité sexuelle qu'il avait perdue; il mange des légumes verts cuits, des crudités, des fruits à discrétion.

Telle est cette curieuse observation qui montre le pouvoir d'un régime alimentaire bien compris contre l'obésité, même la plus invraisemblable. Mais, ainsi que le fait justement observer M. Debove, si ce résultat est très brillant au point de vue de la cure de l'obésité, il laisse fort à désirer au point de vue esthétique et il est bien probable que, devant un semblable résultat plastique, bien des femmes hésiteront à accepter ce mode de traitement : en effet, cet homme nu n'est plus qu'une poche : ses vastes mamelles pendantes recouvrent sa poitrine, son ventre recouvre en partie ses cuisses et ainsi de suite.

M. Panas a fait un rapport sur le travail de M. Lagrange (de Bordeaux) relatif à deux observations de **kystes iridiens**. Nous avons donné un résumé de ce travail. (Voir *Gaz. des hôp.*, 1900, p. 155.)

M. Kelsch a donné lecture d'un travail très documenté sur les **rapports de la dysenterie des pays chauds avec l'hépatite suppurée**. Ce travail est trop important pour être analysé en quelques lignes. Nous y reviendrons.

Enfin M. Ducroquet a présenté huit malades atteints de **luxation congénitale de la hanche**. Ces malades ont été traitées par le procédé qu'il a communiqué à l'Académie il y a une année. Il a obtenu chez toutes un résultat anatomique parfait, la tête se trouvant dans le cotyle, ainsi que le prouvent les radiographies.

Par son procédé on obtient la rétraction de la partie postérieure et supérieure de la capsule. Cette rétraction doit être l'objectif de tout le traitement. Lorsque l'on fait une immobilisation insuffisante, elle ne se produit pas et l'on obtient une transposition de la luxation qui, de postérieure, devient antérieure dans les cas heureux.

Lorsque l'on sort l'enfant de l'appareil, il persiste une ankylose fibreuse de la hanche qui ressemble à une coxalgie guérie; peu à peu cette ankylose disparaît et la hanche acquiert ses mouvements normaux. L'ankylose fibreuse se fait d'autant plus rapidement et solidement, que l'enfant est plus âgé, et c'est ce fait heureux qui permet au traitement de s'attaquer à des enfants déjà grands.

Après guérison, le pied se trouve en légère rotation interne à l'encontre de ce que donne la méthode de Lorenz.

L'Académie a procédé à l'élection des commissions de prix pour l'année 1900. Ont été élus :

Prix de l'Académie. — MM. Bouchard, Richet et Roux.
Prix Alvarenga. — MM. Cornil, Richelot et Proust.
Prix Baillarger. — MM. Laborde, Magnan et Richer.
Prix Barbier. — MM. Landouzy, Kelsch et Hutinel.
Prix Bourceret. — MM. Chauveau, Malassez et François-Franck.
Prix Buignet. — MM. Gariel, Hanriot, Moissan, Bourquelot, Peyrot et Laveran.
Prix Campbell-Dupierris. — MM. Guyon, Bouchet et Ch. Monod.
Prix Capuron. — MM. Gautier, Hayem et Robin.
Prix Chevallier. — MM. Hérard, Lannelongue et Grancher.
Prix Chevillon. — MM. Delorme. Le Dentu et Lancereaux.
Prix Civrieux. — MM. Jaccoud, Huchard et Raymond.
Prix Clarens. — MM. L. Colin, Besnier et Vallin.
Prix Daudet. — MM. Terrier, L.-Championnière et Pozzi.
Prix Desportes. — Section de thérapeutique.
Prix Falret. — MM. Richer, Laborde et Debove.
Prix Godard. — MM. Cadet de Gassicourt, Rendu et Bucquoy.

Prix Herpin (de Genève). — MM. Motet, Duguet et Dieulafoy.
Prix Itard. — MM. Potain, Panas et Fernet.
Prix Laborie. — Section de chirurgie.
Prix du baron Larrey. — MM. Napias, Chauvel et Cadet de Gassicourt.
Prix Laval. — MM. Fournier, Pinard et Brouardel.
Prix Lorquet. — MM. Magnan, Richer et Brouardel.
Prix Meynot. — MM. Bucquoy, Ch. Perier et Duplay.
Prix Monbinne. — MM. Panas, Railliet et Lereboullet.
Prix Perron. — MM. Empis, Laveran et Nocard.
Prix Pourat. — MM. François-Franck, Malassez et Ranvier.
Prix Saintour. — MM. Marc Sée, Landouzy, Blache, Mégnin et Ribemont-Dessaignes.
Prix Stanski. — MM. Tillaux, Blanchard et Kelsch.
Prix Vernois. — MM. Marty, Proust et Vallin.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de l'épilepsie essentielle.

Par le docteur P. Jamot.

Vouloir décrire le traitement de l'épilepsie essentielle c'est, semble-t-il, écrivait récemment M. le professeur agrégé Carrière [de Lille (1)], faire œuvre absolument inutile; car il est peu de praticiens qui, en eux-mêmes, ne se disent : épilepsie = bromures. Comme M. Carrière, nous trouvons vraiment cette formule par trop simpliste, et, en l'appliquant ainsi, dans la pratique, on s'exposerait à de nombreux mécomptes, sans pouvoir cependant s'en prendre à d'autres qu'à soi-même.

La question est, en effet, des plus complexes. Il suffit pour s'en convaincre de se rappeler les récents travaux de MM. Laborde et Féré, et les curieuses communications de MM. Ch. Richet et Toulouse à l'Académie des sciences et à la Société médicale des hôpitaux (2).

Dans la pratique on peut, cependant, s'en tenir à certaines règles que nous allons tâcher d'esquisser rapidement.

La conduite à tenir varie pendant les accès et pendant la période intercalaire.

Dans l'immense majorité des cas, la *crise débute* avec une telle brusquerie qu'elle est presque impossible à prévoir. Lorsque les malades sentent venir leurs crises, on pourra toujours essayer, sans danger, les flagellations avec une serviette mouillée. La compression des carotides, préconisée par Pritchard, a pu donner également quelques résultats, mais le plus souvent, on est impuissant à prévenir l'accès.

Pendant la crise, la principale indication consiste à protéger le malade contre ses mouvements désordonnés. Il faut l'étendre bien à plat, la tête basse, desserrer les vêtements et aérer largement la pièce où il se trouve.

On peut prévenir la morsure de la langue en écartant les mâchoires avec un instrument *ad hoc*.

La période convulsive terminée, il faut au malade le calme le plus profond, chambre obscure et repos absolu. Puis on donnera un lavement évacuant suivant la formule :

Sulfate de soude............	20	grammes.
Follicules de séné...........	20	—
Miel de mercuriale..........	40	—
Eau glycérinée..............	210	—

La saignée a pu ici donner d'excellents résultats; enfin en cas d'asphyxie, on n'hésitera pas à pratiquer les tractions rythmées de la langue.

On le voit, la thérapeutique est souvent impuissante pendant l'accès, elle ne peut être encore que symptomatique.

En revanche pendant les *périodes intercalaires* elle reprend tous ses droits.

Ici, les médicaments proposés sont innombrables, mais il semble que jusqu'ici aucun n'ait fait ses preuves et que rien ne vaille les anciennes méthodes. Et, en effet, la médication bromurée reste encore aujourd'hui la méthode de choix. C'est par elle que l'on doit commencer avant toutes choses, mais l'on doit savoir aussi que de la manière dont elle est administrée dépend le succès.

Il est inutile de rappeler les travaux d'Andral, Voisin, Féré, Legrand du Saulle, Charcot, Bourneville et tant d'autres qui ont démontré l'efficacité des bromures et, en particulier du brômure de potassium.

C'est donc toujours par le bromure de potassium qu'il nous faut commencer, c'est lui qui donnera les meilleurs résultats. Mais il est bon de rappeler comment on doit le donner.

Entre toutes les méthodes proposées, la meilleure est celle de l'*administration continue progressive* du bromure : On commence par la dose quotidienne de 1 gramme pendant une semaine, puis 2, puis 3, etc., et l'on augmente ainsi de 1 gramme par semaine jusqu'à ce que l'on observe les premiers signes d'intolérance, somnolence, céphalées, bourdonnements d'oreilles. On a alors atteint ce que M. Gilles de La Tourette appelle « la dose suffisante ».

D'une façon générale, on peut dire qu'il n'est pas nécessaire de dépasser une dose quotidienne de 15 grammes.

La façon d'administrer le bromure a aussi une grande importance. On doit le donner par la voie buccale, et à cause de l'action caustique du médicament sur la muqueuse gastrique, on aura avantage à l'associer au sirop d'écorces d'oranges. Le sirop de Henry Mure au bromure de potassium chimiquement pur, qui contient 2 grammes par cuillerée à soupe, répond bien à ces indications.

Le bromure sera pris immédiatement avant les repas. La menstruation ni la grossesse ne sont des contre-indications. Il semble même, en ce dernier cas, qu'il soit utile d'être plus sévère encore, car il est prouvé actuellement que la médication bromurée a des effets heureux sur les enfants de mères épileptiques. Quant aux enfants, ils supportent admirablement cette médication; c'est ainsi que l'on peut voir de jeunes enfants de quatre à cinq ans tolérer des doses quotidiennes de 4 à 5 grammes.

Lorsque le bromure de potassium, par lequel on doit toujours commencer aura échoué, on pourra utiliser le bromure de strontium, que M. Laborde préconise beaucoup, ou les bromures associés. Rappelons que le sirop Henry Mure au bromure de strontium et le sirop polybromuré Henry Mure sont dosés de la même facon, et doivent être employés aux mêmes doses que le bromure de potassium.

Mais, d'une façon générale, il convient de continuer le traitement bromuré pendant un an au moins après la disparition du dernier accès. A ce moment, on diminue tous les mois de 1 gramme la dose quotidienne de bromure, tout en se tenant prêt à augmenter à la moindre alerte.

(1) *Écho méd. du Nord*, 1899, nos 38, 41.
(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 97.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Nouveau lieu d'élection pour la revaccination. — Depuis longtemps, pour éviter les cicatrices par trop visibles, on s'était ingénié à rechercher un endroit où l'on pût vacciner sans inconvénient. C'est ainsi que l'on a vacciné beaucoup de jolies femmes au mollet, puis à la cuisse. C'était encore insuffisant, paraît-il. M. Flachs vient de proposer une nouvelle région que l'on découvre peu en général. Limité en bas par le bord de la cage thoracique, en haut par une ligne horizontale passant à deux travers de doigt au-dessous du mamelon, en dedans par le sternum, en dehors par une verticale abaissée à deux travers de doigt en dehors du mamelon, cet espace quadrangulaire ne subit pas trop de frottements, et il est facile d'y maintenir un pansement.

L'esthétique enfin est sauvée : ce n'est pas la moindre qualité de cette nouvelle technique. (*Deuts. med. Wochens.*, 15 fév. 1900.) F. R.

La cure d'huile contre la constipation. — KUSSMAUL et HEINER conseillent les lavements huileux répétés comme constituant un traitement contre la constipation atonique ; l'huile employée est l'huile d'olive ou l'huile d'œillette ; on en administre d'abord 500 grammes par lavement; puis la dose est réduite à 250 grammes. L'huile doit être à la température du corps; pour donner le lavement, le malade est placé dans le décubitus dorsal; la canule est enfoncée de 15 centimètres environ, et on fait fonctionner l'irrigateur assez lentement pour que l'opération dure de quinze à vingt minutes. Le malade doit rester couché une heure après le lavement; il doit se coucher alternativement sur le dos, sur le côté gauche et sur le côté droit, de manière à faciliter la progression de l'huile : ordinairement une selle se produit trois ou quatre heures après. On recommence tous les jours jusqu'à ce que les selles soient pâteuses et bilieuses ; on fait ensuite une pause de plusieurs jours, jusqu'à ce que les selles soient de nouveau plus sèches ou qu'elles aient cessé d'être quotidiennes.

Les selles liquides qui résultent des lavements huileux sont dues non seulement au ramollissement desf èces, mais encore à des réactions chimiques qui s'opèrent au contact des sucs digestifs, non encore décomposés. Les alcalis de la bile et du suc pancréatique s'unissent aux acides gras de l'huile, pour former des savons et mettre en liberté de la glycérine et des acides gras; ces substances nouvelles excitent les mouvements péristaltiques de l'intestin. (*Lyon méd.*, 21 janv. 1900.)

CHIRURGIE

Complications nerveuses dans les fractures de l'humérus. — D'après MM. OTTO et MEYER, c'est dans les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus que s'observent le plus fréquemment les complications nerveuses, en première ligne dans les fractures du condyle externe et les fractures sus-condyliennes, plus rarement dans celles de l'épitrochlée.

Sur 40 cas de fracture du condyle externe, les auteurs ont observé 3 fois une paralysie, et, sur 38 cas de fracture sus-condylienne, 6 fois. Dans 1 cas les trois nerfs étaient intéressés, dans 2 cas le radial, dans 3 cas le médian, dans les autres le cubital.

La paralysie peut-être primitive ou secondaire, suivant que les troubles nerveux se développent immédiatement, ou au contraire pendant les consolidations de la fracture.

Primitive, la paralysie est presque toujours due à une compression du nerf, rarement à sa section complète ou partielle ou à son interposition entre les fragments; secondaires, les complications nerveuses sont dues soit à une compression exercée sur le nerf par le cal, soit, comme l'a montré la radiographie, à la présence d'une esquille.

L'intervention varie naturellement suivant la nature de la paralysie. (*Arch. f. Chir.*, 1899, n° 15.) L. G.

GYNÉCOLOGIE

Sensibilité génitale. — Une femme est-elle capable de se rendre compte de la grosseur, de la longueur, de la forme d'un objet qu'on lui introduit dans le vagin? Peut-elle même apprécier si l'instrument introduit pénètre dans son vagin ou dans son urètre?

Ces questions et quelques autres du même ordre, dont, au premier abord, on pourrait suspecter la tendance, mais que justifient leurs applications médico-légales, ont fait l'objet d'une étude aprofondie que publie le docteur CALMANN dans les *Arch. für Gynækologie*.

Les conclusions du docteur Calmann sont que le sens de la localisation est très défectueux dans le système uro-génital de la femme. La femme ne peut pas différencier une sensation portant sur le vagin, le col ou la cavité de l'utérus. Elle est très hésitante quand il s'agit de l'urètre, de la vessie ou du vagin.

Le sens du toucher est très obtus, une fois l'entrée franchie. La femme n'a aucune notion de la longueur de l'objet introduit. Elle apprécie mieux sa grosseur, mais elle ne saurait, toutefois, estimer exactement son volume. Quant à la forme et aux autres caractères de l'objet, ils lui échappent à peu près absolument. De même, elle se trompe souvent sur le nombre des objets introduits dans le vagin. Le sens du toucher est nul pour la partie vaginale du col et pour l'utérus.

Le sens de la pression est mieux développé dans l'urètre, mais il est très faible dans le vagin et fait défaut dans l'utérus.

Les sensations thermiques sont nettes dans l'urètre. Dans le vagin, elles sont peu marquées, surtout pour les températures élevées. Elles sont absentes dans l'utérus.

La sensibilité à la douleur est très vive dans le canal urétral et dans le vagin; elle est modérée sur le col et dans le canal cervical; elle est, au contraire, souvent très marquée dans la cavité utérine.

L'usage des douches vaginales et l'emploi des antiseptiques ordinaires diminuent la sensibilité vaginale. (*Médecine mod.*, 7 mars 1900.)

THÉRAPEUTIQUE

Un nouvel antiseptique, l'aniodol. — M. SEDAN (de Marseille) vient de préconiser un nouvel antiseptique qui semble doué de qualités très sérieuses, ainsi qu'il résulte des déclarations de M. le professeur Pinard à la dernière séance de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.

L'aniodol est essentiellement composé d'une solution de triméthanal. C'est un bactéricide puissant. M. Mérieux, directeur du Laboratoire bactériologique de Lyon, évalue son titre bactéricide à 1/5600.

L'aniodol jouit, en outre, d'une faculté de désodorisation non moins utile. Il est, de plus, d'une grande stabilité et supporte très bien la chaleur, ainsi que l'ont montré les expériences que M. le professeur Nepveu (de Marseille) a faites à ce sujet sur des bateaux faisant le service du Congo.

La posologie de l'aniodol est très importante. On a, en effet, une tendance à en exagérer les doses et, sous prétexte de détruire des germes pathogènes, on peut très bien nuire à la réparation d'une plaie.

Pour les instruments, M. Sedan estime que le 1/500 suffit; à cette dose, l'aniodol n'altère rien et respecte l'épiderme des mains de l'opérateur.

Même solution pour les mains.

Pour les narines, la bouche, le 1/2000 est suffisant. Comme le produit est sans goût, on peut l'utiliser en gargarisme.

Pour les plaies, les injections, les pansements, il faut débuter par le 1/4000, le 1/3000 rarement et le 1/2000 exceptionnellement.

L'injection au 1/3000 constitue un excellent traitement abortif de la blennorragie, et, d'une façon générale, l'aniodol jouirait d'une grande action sur le gonocoque.

M. Sedan n'utilise pas seulement les solutions, il a fait préparer un savon à l'aniodol « qui ne se contente pas seulement de décaper les mains », suivant la pittoresque expression de M. le professeur Forgue (de Montpellier), mais qui les désinfecte absolument, et est donc appelé à rendre de grands services à la campagne, dans la chirurgie d'armée, etc.

Une application intéressante au point de vue hygiénique a encore été faite par M. Sedan. A la dose de 250 grammes pour 1 kilogramme de linge, il a pu, avec la lessiveuse du commerce, obtenir une stérilisation parfaite des échantillons septiques qui ont servi à son expérience.

Toutes ces qualités sont évidemment dignes d'attirer l'at-

tention. M. le professeur Pinard, ayant vu l'aniodol expérimenté avec succès à la Maternité de Marseille par M. le professeur Queirel, a utilisé à son tour cet antiseptique sous les deux formes préconisées par M. Sedan.

Les solutions lui ont servi pour la désinfection des mains et le lavage des plaies.

Le savon, pour le lavage des mains du nombreux personnel de la clinique Baudelocque.

Pendant la période d'expérimentation, il a opéré 1389 accouchements sans décès.

Ces résultats confirment les paroles que M. Pinard avait prononcées il y a déjà longtemps : « Quand nous aurons un antiseptique suffisamment puissant, les femmes ne devront plus mourir en accouchant. »

En résumé l'aniodol jouit d'une puissance incomparable pour désodoriser, il ne présente aucun inconvénient, aussi M. Pinard encourage-t-il ses confrères à l'essayer. (*Bulletin méd.*, 3 mars 1900.) A. L.

FORMULAIRE

Pommade contre le rhumatisme articulaire aigu.

Acide salicylique	10	grammes.
Lanoline	10	—
Essence de térébenthine	10	—
Axonge	80	—

Pour frictions (Bourget).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours pour six places de médecin des hôpitaux. — Ce concours a commencé lundi. La question écrite de trois heures a été : « Cancer du pancréas. »

Les questions restées dans l'urne étaient : « Du cœur dans les néphrites; Pleurésie tuberculeuse purulente. »

La lecture des copies a commencé hier mardi et continuera les jeudis, samedis et mardis à la Charité, à cinq heures. Conformément au nouveau règlement, les notes obtenues par les candidats aux diverses épreuves ne seront divulguées qu'après la terminaison du concours.

Concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Potherat, Michaux, Le Dentu, Tuffier, Jalaguier, Terrier, Cuffer.

Muséum d'histoire naturelle. — M. E. Bureau, professeur de botanique, commencera son cours le mercredi 14 mars 1900, à une heure, dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie.

École de médecine. — *Reims.* — M. le docteur A. Pozzi, professeur de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire, est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Decès, décédé.

Préfecture de la Seine. — Le préfet de la Seine vient de faire les permutations suivantes dans le personnel des médecins de la Préfecture:

M. le docteur Raymond est transféré à la 8e circonscription.

M. le docteur Audibert, médecin-adjoint, est nommé médecin à la 12e circonscription.

M. le docteur Bernard, médecin-adjoint, est transféré à la 1re circonscription.

M. le docteur Tournier, médecin-adjoint, est transféré à la 4e circonscription.

M. le docteur Weill, médecin-adjoint, est transféré à la 12e circonscription.

M. le docteur Lyon, médecin-adjoint, est nommé dans la 5e circonscription.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Tribondeau, du cadre de Toulon, a été nommé après concours, pour deux ans, à compter du 1er mars 1900, à l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'école annexe de médecine de Rochefort, en remplacement de M. le docteur Etourneau, promu médecin de première classe.

M. Grognier, médecin de première classe du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer au régiment de tirailleurs soudanais, M. le docteur Sévère.

Université de Paris. — Le conseil de l'Université de Paris s'est réuni lundi sous la présidence de M. Gréard, vice-recteur de l'Académie.

Il a autorisé l'ouverture des cours libres ci-après :

Faculté de médecine. — M. Bérillon : Psychologie physiologique et pathologique. Applications chimiques et thérapeutiques de l'hypnotisme.

M Bonnet : Les découvertes modernes et leurs applications aux sciences médicales, « électricité médicale, rayons X de Rœntgen, chromo-photographie, air liquide. »

M. Dunogier : Pathologie et chirurgie dentaires.

M. Gaube : Cours de minéralogie biologique. Déminéralisation et reminéralisation humaines. Traitement des maladies bactériennes de l'homme par un spécifique minéral.

Faculté des sciences. — M. Michel : Morphologie générale et expérimentale.

M. Labbé : Cytologie.

Le Conseil a renvoyé à l'étude de la commission des finances et d'une commission spéciale diverses questions concernant les dispenses de droits d'inscription, d'immatriculation et de bibliothèque à accorder à certaines catégories de travailleurs et d'étudiants.

La politique et la grippe. — Un certain nombre de nos lecteurs nous ont demandé de leur indiquer les formules que M. le docteur Borne, député de Montbéliard, préconise contre la grippe, formules dont on a beaucoup parlé ces jours-ci dans le monde parlementaire et dans les milieux extra-médicaux.

Voici ce que conseille M. Borne :

Eau chloroformée, 60 grammes; eau, 60; magnésie, 8; salol, 1; bétol, 1; antifébrine, 1; sirop de fleur d'oranger, 35. — Prendre par cuillerées à potage toutes les quinze minutes le premier jour.

Les jours suivants, pendant cinq jours :

Magnésie, 10 grammes; bétol, 5 grammes; salol 2gr50; terpine, 2gr50.

Pour vingt cachets, deux le matin, au lever; deux le soir, au coucher.

La grippe. — A la suite d'une épidémie d'influenza qui a occasionné sept décès successifs dans la garnison d'Arras, notamment au 33e d'infanterie, tous les soldats en bonne santé habitant aux environs d'Arras viennent d'être envoyés en permission.

Quant aux autres soldats, les permissions sont suspendues pour eux jusqu'à nouvel ordre.

La peste. — On annonce de Nouméa que M. Charbonneau, membre du parlement local, a succombé à la peste, qu'il a contractée en remplissant ses fonctions de membre de la commission sanitaire.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lorenzo Bruno (de Turin).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le traitement balnéo-mécanique des affections chroniques du cœur (méthode Schott, de Nauheim), par le docteur Lucien Heftler. Un vol. in-8° de 90 p. avec 74 fig. dans le texte. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 29. — SAMEDI 10 MARS 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 10 MARS 1900. — N° 29.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les pyocyanies, par M. G. LEGROS, interne des hôpitaux de Paris. — LES ABCÈS DYSENTÉRIQUES DU FOIE. — SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE ET DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. Un point de repère pour les incisions cutanées au niveau du sac lacrymal; — La levure de bière contre les orgelets. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

REVUE GÉNÉRALE

Les pyocyanies.

Par G. LEGROS, interne des hôpitaux de Paris.

I

HISTORIQUE. — L'histoire des pyocyanies, ou infections dues au bacille pyocyanique, est nettement réductible à trois phases. La première est simplement celle des « pus bleus » fréquemment rencontrés autrefois dans les pansements des plaies opératoires ou accidentelles, et de nature alors méconnue et discutée.

La seconde appartient à la bactériologie et à l'expérimentation pures, c'est celle où l'agent microbien est isolé, où sont réalisées sur les animaux de laboratoire toutes les modalités de l'action pathogène spéciale dont la clinique enfin, dans une troisième période, vérifie la réalité et même la fréquence.

C'est dans la première phase, presque historique à l'heure actuelle, que l'on observe surtout ces suppurations bleues ou bleu verdâtres tâchant les pièces de pansement d'ulcères, d'abcès, de cancers, de brûlures et de plaies de vésicatoires même. De cette époque datent les recherches de Dumas et Persoz (1841) pensant « qu'il s'engendrait dans les plaies de mauvaise nature de l'acide cyanhydrique et consécutivement un composé analogue au bleu de Prusse ». Ce sont ensuite les travaux de Sédillot, de Delore, de Robin et Verdeil, qui attribuent la coloration spéciale à « des modifications de la biliverdine ou de l'hématoïdine »; de Longuet, qui croit à la combinaison de l'iode et de l'amidon des linges de pansement sous l'influence de l'ozone et note cependant le caractère épidémique d'une série de suppurations bleues observées dans le service de Gosselin.

Mais déjà Conté, après Dumas et Persoz, infirmait leur hypothèse par des recherches personnelles et arrivait à mettre en cause la formation d'une matière colorante organique, déjà Lücke (de Berlin), en 1862, signalait la présence dans tous ces cas d'un micro-organisme.

Si l'on se rapporte au travail de Lücke, il ne semble pas douteux que cet auteur ait réellement vu le bacille pyocya- [illegible] très clairement des mouvements browniens.

Il observe l'action défavorable qu'exercent sur lui les alcools et les acides et même réalise des cultures, si l'on peut employer ce mot, sur sérum, milieux albumineux et milieux sucrés.

Enfin les recherches de Fordos en 1869 aboutissent à l'isolement de la pyocyanine qu'il obtient à l'état cristallisé.

Une seconde phase dont les travaux de Gessard et l'isolement du bacille en cultures pures marque l'ouverture est tout entière remplie par la *maladie pyocyanique*, maladie de laboratoire complètement créée et affirmée par les recherches multiples de Charrin.

Ces recherches ont eu pour résultat la réalisation expérimentale sur les animaux, de *toutes* les modalités cliniques ultérieurement constatées chez l'homme. Elles ont, dans un certain nombre de cas (Ehlers et Neumann), servi de base au diagnostic d'infections pyocyaniques humaines jusqu'alors méconnues.

La troisième période est toute contemporaine; c'est, faisant suite aux travaux de Charrin, celle des pyocyanies humaines dans leurs formes variées.

Les observations de Œttinger, Monnier Vincent, Triboulet, Cadet de Gassicourt et Lesage en France, celles de Jadkewitsch, Krannhals, Ehlers, Neumann, Kossel, Blum, Escherich à l'étranger, ont actuellement nettement affirmé, à côté de l'action pathogène pour l'homme d'espèces microbiennes classées, celle du bacille pyocyanique; en un mot créé des pyocyanies à côté des streptococcies et des colibacilloses par exemple.

II

ETIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — La présence du bacille pyocyanique à l'état saprophytique dans la salive de l'homme, sur la peau (fait discuté par Krannhals et Calmette, affirmé par Kossel qui le trouve surtout au niveau des aisselles, des aines, de la marge de l'anus), son existence sur la muqueuse gastro-intestinale (Schimmelbuch, Pansini, Frich), dans les eaux (Besson, Lartigau), sur les feuilles des végétaux (Charrin), dans certaines excroissances végétales (Coyon), rendent facilement compréhensible la réalisation d'infections pyocyaniques à la faveur de lésions d'un tégument ou d'une muqueuse et de débilitations antérieures de l'organisme.

Au point de vue pathogénique, on peut en effet diviser les pyocyanies en infections primitives et secondaires, en plaçant

dans ce dernier groupe les cas où une solution de continuité septique des téguments, une lésion d'une muqueuse *cliniquement ou anatomo-pathologiquement appréciable*, une infection viscérale enfin, préparent le terrain ou la voie à l'infection pyocyanique.

Enfin, le processus morbide banal ou spécifique qui parfois précède et favorise la pyocyanie, peut, une fois celle-ci créée, continuer à évoluer parallèlement à elle et ainsi se constituent les pyocyanies associées. Le bacille de Koch, le coli-bacille, le bacille d'Eberth fréquemment rencontrés dans ces associations montrent le rôle très net des infections prédisposantes antérieures dans l'étiologie des pyocyanies.

Il est, en effet, courant de voir mentionner, dans les antécédents immédiats du malade, des entérites aiguës, une fièvre typhoïde, des diarrhées infantiles. Ce sont d'autres fois une infection générale grippale ou paludéenne, mais on conçoit qu'il faille, dans ces causes prédisposantes, mettre au premier rang les infections intestinales qui, par un double [illegible] débilité et créent des lésions locales qui sont autant de portes d'entrée possibles.

Telle est l'étiologie générale la plus évidente, les conditions d'âge et de sexe ont très peu d'importance si l'on considère l'ensemble des pyocyanies. Elles ne deviennent importantes que pour une variété de pyocyanie donnée : nous verrons à ce titre l'enfance particulièrement atteinte par les pyocyanies gastro-intestinales primitives.

Il est d'ailleurs difficile, pour cette variété même, de mettre en cause une pathogénie spéciale de l'infection et l'alimentation lactée ne peut guère être incriminée si l'on considère que le bacille pyocyanique n'a jamais été signalé dans le lait (Ardouin). Freudenreich notamment ne l'a pas trouvé parmi les nombreuses bactéries dont il est un véhicule fréquent. Pour Kossel la déglutition du pus des otites ou rhinites serait parfois la cause de l'infection intestinale.

III

Division. Formes localisées. Formes généralisées. — Au point de vue clinique il faut envisager deux grandes variétés d'infection : les pyocyanies localisées et la septicémie pyocyanique.

Les variétés cutanées sont les plus importantes des pyocyanies localisées. D'autre part, du groupe d'ensemble des pyocyanies généralisées, nous ne séparons pas les formes gastro-intestinales pleuro-pulmonaires, basant cette réunion sur l'aboutissement très fréquent des deux premières variétés cliniques à la septicémie, qui pourtant d'autres fois en apparence primitive, par son évolution suraiguë, commande seule le tableau symptomatique.

IV

Formes localisées. Pyocyanies cutanées. — Les manifestations locales cutanées ne sont bien évidemment pas les seules dont est susceptible l'infection pyocyanique et à côté d'elles nous voyons le bacille déterminer d'autres lésions. Ce sont, assez fréquentes, les otites moyennes suppurées ; plus rares, les infections urinaires et surtout vésicales ; enfin, tout à fait exceptionnellement (observations uniques), on note des localisations glandulaires, péricardiques, méningées.

Les otites moyennes suppurées à bacille pyocyanique pur ou associé étudiées par Gruber, Martha, Pes et Gradenigo, H. Kossel (pyocyanique et bacille de Koch), prêtent peu à des considérations symptomatiques spéciales. Le pronostic en est sérieux, de par la généralisation possible de l'infection.

Kossel, 8 fois sur 52 cas d'otites suppurées, trouva le bacille pyocyanique. Dans 3 de ces cas, à l'autopsie, le bacille était dans le sang du cœur et, chez une enfant de six semaines, il était de plus l'agent d'une méningite suppurée couvrant toute la convexité de l'encéphale.

Quelques cas sont connus d'infection vésicale (Lenoir, Motz), mais presque toujours dans ces cas on peut incriminer une exploration ou un cathétérisme antérieurs et une introduction artificielle du bacille dans la vessie.

Pas davantage on ne saurait faire un chapitre spécial pour une observation actuellement connue de péricardite pyocyanique (Harold C. Ernst), où d'ailleurs le bacille pyocyanique associé au bacille de Koch jouait très vraisemblablement par rapport à lui un rôle secondaire.

Eufin, dans les localisations sous-cutanées et glandulaires, on note : un cas d'abcès du sein, très vraisemblablement à bacille pyocyanique d'après une note de M. Longuet; une observation de suppuration pyocyanique d'un goitre, mentionnée par Lanz au cours d'une pneumonie ; un cas, enfin, de gangrène totale d'une phalange d'un doigt, à la suite d'une piqûre septique (Ryerson Fowler).

On peut prévoir, à mesure que le bacille pyocyanique sera mieux connu la multiplication de faits de même ordre, il faut surtout en retenir la possibilité redoutable de la septicémie pyocyanique secondaire; le cas de Karlinsky (septicémie pyocyanique consécutive à un phlegmon de l'avant-bras à pyocyaniques, incisé et pansé depuis sept jours) en est un très remarquable exemple.

Arrivons aux formes cutanées :

Il faut en éliminer les manifestations éruptives, bulleuses à pus bleu ou à vésicules hémorragiques qui accompagnent la forme septicémique et doivent être décrites avec elle.

Par contre, les suppurations bleues proprement dites rentrent dans leur cadre.

Fréquentes autrefois, actuellement rares, elles étaient le plus souvent consécutives à une lésion des téguments ou des muqueuses. Longuet avait constaté la possibilité de déterminer expérimentalement des colorations bleues sur l'épiderme intact.

Les brûlures superficielles, les plaies opératoires ou accidentelles en étaient les causes occasionnelles les plus communes; il est intéressant de noter leur association fréquente aux cas d'érysipèle.

L'évolution en était le plus souvent très bénigne, si l'on considère que quelques auteurs à cette époque font même de la suppuration bleue un élément de bon pronostic pour l'évolution de l'affection primitive.

Indépendamment de ces variétés de pyocyanies locales dont Hugo Salus et Jakowsky ont donné des observations plus récentes, on peut observer des lésions cutanées un peu distinctes. Charrin a créé expérimentalement chez le cobaye, par inoculations intra-dermiques, des lésions cutanées spontanément ulcéreuses à type spécial; des observations de Triboulet, Hitschmann, Burot, Cassin, montrent la réalisation possible de semblables processus chez l'homme. Cassin, chez un sujet de quarante ans, non tuberculeux, non syphilitique, a observé sur les membres inférieurs une série de gommes ulcéreuses contenant à l'état de pureté un bacille donnant dans les quarante-huit heures un pigment noir foncé. Cet agent était bien celui du pus bleu. Charrin, par l'odeur spéciale des bouillons de culture, par l'action pa-

thogène sur les animaux, soupçonnait sa nature, et arriva avec Radais à achever la démonstration : à amener le bacille à faire de la pyocyanine.

Chez les nourrissons et dans l'enfance, ont été observés des ecthymas ulcéreux, parfois à évolution gangréneuse. Ces ulcérations se constituent consécutivement à la rupture de pustules arrondies à base indurée, sans type de localisation spécial et évoluant en cinq à sept jours. Très régulièrement arrondies et cupuliformes, elles donnent par leur aspect (Triboulet) l'idée d'un processus embolique ou de thrombose capillaire. Au niveau des ulcérations et dans le liquide suintant de leur surface, on trouve le bacille pyocyanique, soit pur, soit associé au staphylocoque. Des signes d'entérite, un peu de diarrhée et de fièvre accompagnent parfois l'apparition et l'évolution de l'ecthyma. Malgré ces signes d'entérite, il ne semble pas discutable que dans certains cas l'infection cutanée soit indépendante de toute infection gastro-intestinale, et qu'elle-même soit bien réellement l'origine de la pyocyanie généralisée qui peut survenir, tardive, inattendue, à évolution rapide (Triboulet) ou au contraire annoncée par des signes graves d'entérite aiguë et des processus hémorragiques (Hitschmann et Kreibich).

Enfin une dernière variété est celle des suppurations locales multiples souvent à pus bleu, à évolution chronique parfois très nette (Jadkewitsch) se constituant au niveau de taches purpuriques primitives et aboutissant à des dénudations étendues, à des escarres profondes et des hémorragies graves (Burot). La mort peut survenir enfin, précédée des grandes oscillations thermiques de la septicémie terminale.

Le type clinique est surtout intéressant par l'établissement progressif d'un véritable état cachectique avec amaigrissement, dyspnée, accès fébriles, et de troubles sensitifs et moteurs localisés parfois aux deux membres pelviens, parfois à un membre thoracique. Les troubles moteurs vont de la parésie simple à la paralysie totale, s'accompagnent d'atrophies musculaires et de contractures (Burot). Là, encore, en somme, nous nous trouvons en présence de symptômes depuis longtemps mis en évidence par les infections pyocyaniques expérimentales.

V

Pyocyanies gastro-intestinales. — C'est là la localisation la plus importante de l'infection pyocyanique; frappant fréquemment les enfants et parmi ceux-ci les nourrissons, elle revêt le plus souvent chez eux une forme grave et aboutit alors à la septicémie. Elle participe d'autre part fréquemment au tableau clinique de la septicémie pyocyanique d'emblée. Chez l'adulte, elle évolue souvent au cours d'une infection intestinale aiguë ou chronique et, dans ces cas, tantôt se résout avec celle-ci, tantôt constitue le point de départ de l'infection généralisée qui emporte le malade.

A ce titre on pourrait cliniquement distinguer : des pyocyanies intestinales primitives, ce sont surtout celles du nourrisson, et secondaires ce sont typiquement celles qu'ont signalées chez l'adulte Œttinger, Kossel, Vincent dans la fièvre typhoïde.

a. Ehlers, Baginsky, Escherich, Neumann, Williams et Cameron, Cadet de Gassicourt et Lesage, Kossel sont les auteurs des principales observations sur lesquelles nous appuierons la description de ce type clinique : la pyocyanie gastro-intestinale des enfants.

L'évolution est aiguë ou subaiguë, typiquement la symptomalogie est la suivante.

Un enfant de deux mois environ, souvent rachitique, parfois hérédo-syphilitique, presque toujours nourri au biberon, ayant ou non présenté depuis sa naissance des signes légers de gastro-entérite, est pris de diarrhée avec vomissements alimentaires, puis bilieux, et dépérit.

Diarrhée, tympanisme abdominal, mouvement fébrile plus ou moins accentué sont les symptômes les plus constants.

La diarrhée est abondante, fluide, vert foncé ou d'un jaune ocreux, d'odeur fétide, elle s'accompagne d'un tympanisme abdominal généralisé ou distendant seulement une région de l'abdomen.

A ce niveau, la pression est douloureuse. La température atteint 38°5, 39 degrés. L'enfant est abattu, la face pâle, les yeux excavés, l'amaigrissement est constant. On trouve parfois des signes de b[illegible] la prostration et l'hyperthermie s'accentuent les jours suivants. Puis la cyanose des extrémités, l'abaissement de la température périphérique annoncent enfin l'algidité et le collapsus terminal qui surviennent quelques jours après le début dans les formes aiguës.

D'autres fois, au milieu de la déperdition déjà nette des forces et la température élevée persistant, apparaît sur le tronc, le ventre, le haut des cuisses, une éruption cutanée pétéchiale, puis bulleuse, à pus bleu ou à vésicules hémorragiques.

Les évacuations des selles vertes continuent, plus rarement s'accompagnent de vomissements verts, avec subictère, foie volumineux et sensible, urines albumineuses. L'hyperthermie se maintient et l'enfant meurt huit à quinze jours après le début cliniquement constaté de l'infection. Dans les selles diarrhéiques, dans le pus des bulles cutanées, dans le sang, on a constaté du vivant de l'enfant la présence du bacille pur ou associé. On trouve à l'autopsie la muqueuse gastro-intestinale criblée d'un pointillé rouge uniforme, avec parfois quelques plaques hémorragiques plus étendues.

Le suc des plaques de Peyer tuméfiées renferme le bacille à l'état pur, dans tout l'intestin sont disséminées des ulcérations lenticulaires, elles affectent fréquemment mais non exclusivement les formations lymphoïdes de l'intestin grêle.

L'examen histologique décèle des infiltrations des espaces interglandulaires par cellules rondes et de nombreuses embolies capillaires à fins bacilles.

Dans les viscères, qui sont le siège de foyers hémorragiques multiples, dans les ganglions mésentériques volumineux, dans le sang du cœur, on retrouve le bacille pyocyanique.

Enfin l'infection fréquente du nasopharynx et de l'oreille moyenne, remplie de pus vert, est bien plutôt à considérer comme le point de départ du processus, que comme une localisation réalisée au cours de son évolution.

Toutes ces lésions gastro-intestinales sont typiquement celles qu'avait déterminées expérimentalement Charrin : ecchymoses, infiltrations sous-muqueuses, lésions ulcéreuses, siégeant surtout au niveau des formations lymphoïdes ont été réalisées par lui et par inoculations et par injection de toxines.

On conçoit la gravité du pronostic si l'on considère que cliniquement, Neumann dans deux cas sur deux, Ehlers

dans un cas sur deux, Williams et Cameron dans deux cas sur quatre, ont constaté la généralisation de l'infection et que, dans les deux cas d'Escherich et les trois cas de Baginsky où la septicémie ne fut pas en cause, la mort survint de par l'évolution rapide de l'athrepsie.

b. L'infection gastro intestinale de l'adulte semble avoir surtout le rôle secondaire d'une infection terminale ou associée. Ainsi, du moins, faut-il interpréter les observations de Œttinger, Kossel et Vincent, observations caractéristiques de dothiénentérie compliquée à un moment variable de son évolution (convalescence Œttinger, dixième jour Vincent, sixième jour Kossel).

En opposition à ces faits, on voit (Calmette, Maggiora, Lartigau) rapporter au bacille pyocyanique seul, un certain nombre de cas d'infections dysentériformes à allure épidémique. La présence abondante du bacille pyocyanique dans l'eau de boisson du pays contaminé (Lartigau) met en évidence dans une série de ces cas le mode pathogénique de l'infection.

Au point de vue symptomatique, l'épidémie observée en Cochinchine (Calmette), dans le nord de l'Italie (Maggiora), ne méritent aucune description clinique spéciale et c'est bien la dysenterie aiguë ulcéreuse typique et classique qu'aurait déterminée soit seul soit associé au streptocoque le bacille pyocyanique.

En effet, dans quinze autopsies sur seize, Calmette trouva au niveau des ulcérations intestinales comme dans les selles sanglantes, le bacille pyocyanique très abondant seul ou associé à un streptocoque fin.

Dans cinq de ces cas, le bacille était dans le sang du cœur, plus rarement on le trouva dans la rate, toujours le pus des abcès du foie se montra stérile. A l'aide des échantillons bactériens provenant des intestins dysentériques et par injections intra-veineuses de doses faibles chez le lapin, furent obtenues des lésions très semblables aux lésions constatées chez l'homme.

Les observations de Arnaldo Maggiora sont beaucoup moins concluantes dans le sens démonstration du rôle efficient de l'infection pyocyanique.

En effet dans onze cas seulement, sur un total très considérable d'infections dysentériformes, l'examen bactériologique des selles fut fait. On trouva d'une manière à peu près constante du bacterium coli, du proteus, du bacillus fluorescens liquefaciens et cinq fois seulement le pyocyanique virulent mais très peu abondant.

Le rôle pathogène spécifique du bacille pyocyanique dans ces derniers cas reste donc, comme le dit Maggiora, au moins très douteux.

Il faut enfin citer à titre de localisation toute particulière de l'infection pyocyanique dans l'intestin, l'appendicite, signalée par un cas de Ryerson Fowler.

L'appendice complètement gangréné fut réséqué au deuxième jour d'une symptomatologie essentiellement grave et aiguë et le bacille trouvé à l'état pur dans les tissus gangrénés. Guérison.

VI

Pyocyanies pleuro-pulmonaires. — Très loin, derrière les pyocyanies gastro-intestinales, au point de vue de la fréquence, viennent les infections broncho-pulmonaires et pleurales à pyocyanique. L'observation de Monnier dans l'intéressante thèse de Legars, l'observation de Krannhals en relatent les premiers exemples connus, plus récemment, des observations similaires ont été publiées et une observation de Kossel doit être notamment juxtaposée à l'observation de Monnier; sans conditions étiologiques spéciales ces observations relatent en somme des infections broncho-pneumoniques et pleurales classiques, banales par leur symptomatologie, mais très spéciales par la présence, au niveau du foyer infectieux, du bacille pyocyanique isolable en cultures pures.

Bien que la présence du bacille pyocyanique dans les crachats, dans les cavernes pulmonaires soit fréquemment notée, de semblables faits d'infection pyocyanique pulmonaire *se constituant d'emblée* et évoluant pour son compte propre, restent rares. Le type clinique est fréquemment celui de la broncho-pulmonaire avec début par frissons répétés, ascension fébrile, dyspnée, toux pénible. Le pouls est fréquent et irrégulier, l'expectoration souvent peu abondante, parfois sanguinolente, sans coloration spéciale; on observe en des points disséminés des foyers multiples et souvent fugaces de submatite, de râles sous-crépitants et de souffle.

La température, par grandes oscillations irrégulières, s'élève à 39°5, 39°8 et la mort survient dans l'hyperthermie et la prostration, parfois du fait d'une complication pleurale ou endocarditique intercurrente.

On trouve à l'autopsie les poumons « criblés » de foyers brocho-pneumoniques. Dans ces foyers, dans le sang du cœur, dans le pus pleural, dans les végétations d'une endocardite pariétale (Monnier), dans les granulations d'une endocardite valvulaire (Blum), le bacille pyocyanique virulent est facilement isolé.

VII

Septicémie pyocyanique. — En arrivant aux septicémies pyocyaniques, on aborde l'étude des variétés de pyocyanies où, semble-t-il, l'infection est véritablement susceptible de caractères assez spéciaux et propres, où elle peut se révéler par une allure clinique non pas évidemment spécifique, mais souvent cependant nettement caractéristique.

En présence des pyocyanies cutanées (exception faite, bien entendu, des suppurations bleues), broncho-pulmonaires, intestinales, on ne peut pas, sans la bactériologie, poser le diagnostic de l'infection. Il semble que, dans la septicémie pyocyanique, le bacille du pus bleu affirme davantage son individualité, et souvent la clinique fait prévoir la nature de l'infection en cause.

Au cours d'une quelconque des pyocyanies précédemment décrites, un malade peut, dans des conditions spéciales de faible résistance du terrain ou de virulence spéciale de l'agent infectieux, évoluer vers la septicémie pyocyanique. Dans les cas où la septicémie semble se faire d'emblée, il est à peu près constant que l'autopsie révèle, dans un foyer primitif méconnu (double otite suppurée, infection intestinale subaiguë), le point de départ de l'infection généralisée.

Les observations de Ehlers, Neumann, Blum, Kossel, Goldschmidt, Symond, sont caractéristiques à cet égard. Mais il y a plus, et c'est souvent une infection hétérogène qui prépare la septicémie. La fièvre typhoïde, notamment, semble favorable aux pyocyanémies secondaires. Dans un cas intéressant de Brill et Libmann, c'est une staphylococcémie qui précède l'invasion bacillaire terminale.

Dans la littérature médicale, nous avons trouvé trente-cinq observations nettes de ces infections pyocyaniques généralisées avec présence du bacille constatée dans le sang

et les viscères; huit de ces observations concernent des enfants âgés de quelques mois.

Troubles gastro-intestinaux d'intensité variable; hyperthermie et adynamie; processus hémorragiques généralisés; éruptions cutanées à type soit vésiculeux hémorragique, soit bulleux à liquide bleu verdâtre, soit gangréneux : telle est la symptomatologie essentielle des pyocyanies.

On conçoit, étant donné la pathogénie variable, la difficulté d'appréciation d'une durée de la période d'invasion; l'ascension fébrile du début est, de même, plus ou moins marquée suivant les réactions variables d'un organisme normal brusquement infecté ou déjà affaibli par une infection gastro-intestinale antérieure. Mais, dès les premières heures de l'hyperthermie, la prostration s'accuse. La dyspnée est marquée, souvent sans autres signes sthétoscopiques que des râles de bronchite disséminée.

L'adulte accuse parfois dès le début des douleurs musculaires, de la rachialgie.

La diarrhée, l'albuminurie sont fréquentes.

On trouve la rate hypertrophiée, le foie gros et sensible.

La température reste élevée les jours suivants, sans rémissions marquées. Le type à grandes oscillations, pyohémique, est rare.

A partir du troisième jour de l'évolution caractérisée de l'affection, les éruptions cutanées peuvent apparaître : elles sont le plus souvent tardives; elles se présentent sous la forme de taches purpuriques lenticulaires, disséminées à la partie antérieure des membres, sur le thorax, le scrotum et la région pubienne parfois. Ces taches ou ces papules varient de la grosseur d'une lentille à celle d'une pièce de 1 franc, leur aspect se modifie les jours suivants, elles deviennent vésiculeuses et les vésicules formées se gonflent d'un liquide opalin, atteignent par confluence des dimensions doubles et triples de leurs dimensions primitives.

Enfin, leur contenu se trouble ou devient hémorragique; elles crèvent et constituent alors de véritables ulcérations au fond nécrosé, aupourtour infiltré de sang, à large auréole inflammatoire.

Plus rarement, les vésicules se remplissent d'un liquide bleu ou bleu verdâtre; elles aboutissent d'ailleurs de la même manière à l'ulcère profond.

Au cours de l'éruption, qui, apparue du sixième au huitième jour, évolue soit en une fois, soit en plusieurs poussées, donnant alors simultanément, dit M. Legars, les divers aspects de l'exanthème à ses phases successives, apparaissent du sub-ictère et des manifestations hémorragiques multiples. On observe de la diarrhée profuse avec hémorragies intestinales graves, parfois des hématémèses.

A ce stade de la période d'état, l'évolution est rapide, la prostration augmente, le pouls devient de plus en plus faible et irrégulier, et la mort survient, précédée parfois de signes appréciables d'endocardite ou de foyers bronchopneumoniques étendus.

Deux formes essentielles sont en somme possibles dans cette évolution rapide de l'infection, une fois la période d'état constituée : une forme pyohémique avec adynamie, frissons, grandes oscillations thermiques; une forme hémorragique marquée par l'intensité des lésions purpuriques, par l'importance des hématémèses et des selles sanglantes. La mort est de règle dans les cas de septicémie, au terme strict du mot.

Elle arrive en général d'une manière rapide dans les quelques jours qui suivent l'apparition des phénomènes cutanés. L'évolution en dix-sept jours, notée dans un cas de Karlinsky, est un maximum peu fréquent.

Finkelstein, dans deux cas, a noté la mort en hypothermie; mais, nous reportant aux détails de l'observation, nous constatons que dans les deux cas le bacterium coli était, dans la septicémie, associé au bacille pyocyanique.

L'anatomie pathologique offre des lésions viscérales multiples, rarement nettement tranchées suivant un type pyohémique ou hémorragique. Dans le tube digestif ce sont le pointillé rouge, les suffusions, les ulcérations de la muqueuse que nous avons déjà signalés. Les lésions affectent surtout l'intestin grêle, très rarement le rectum, exceptionnellement la partie tout inférieure de l'œsophage. M. Charrin a bien montré que, dans toutes ces lésions, le rôle des thromboses, des embolies bactériennes ne peut pas seul être mis en cause, il a simplement sa place à côté des processus purement toxiques.

Enfin plus rarement on trouve des lésions beaucoup moins accentuées d'entérite desquamative légère, sans processus ulcéreux ou hémorragiques appréciables (Cadet de Gassicourt et Lesage).

L'examen du foie, de la rate, des reins, montre parfois des foyers hémorragiques et suppurés, parfois seulement microscopiquement des embolies capillaires à fins bacilles.

Kossel a signalé, au niveau des épithéliums des tubes droits et contournés, des lésions de dégénérescence graisseuse accentuée; ces dernières données viennent à l'appui des recherches de Charrin sur l'albuminurie dans la maladie pyocyanique.

Le myocarde est mou, flasque, sans altérations visibles.

Le sang du cœur, et plus rarement les strates les plus internes des végétations friables, renferment le bacille pyocyanique très souvent à l'état pur.

Enfin, à titre exceptionnel, les plèvres, les méninges participent à l'infection. Il s'agissait dans un cas de Kossel d'un exsudat séro-purulent abondant, couvrant toute la surface de l'encéphale.

VIII

Marche. — Telles sont les diverses variétés cliniques des pyocyanies. Elles permettent peu, en somme, la conception d'un type clinique subaigu ou chronique de l'infection. Deux observations cependant: l'une de Jadkewitsch, rapportée par Legars, l'autre de Burot, autoriseraient cette conception.

Les deux cas sont d'ailleurs remarquables par leur concordance; ils sont ainsi résumables : suppuration bleue à type chronique, avec rémissions et même périodes longues de guérison apparente, perte graduelle des forces et amaigrissement, troubles moteurs allant de la parésie à la paralysie totale et s'accompagnant de troubles sensitifs et de contractures. Enfin, apparition de troubles trophiques. La guérison se fit dans le cas de Jadkewitsch après plusieurs années, la mort survint dans le cas de Burot, au milieu des phénomènes paralytiques et de la cachexie.

IX

Diagnostic. — Le diagnostic des pyocyanies est essentiellement un diagnostic bactériologique. Cependant, si les infections locales sont très difficiles à distinguer cliniquement d'infections à localisation identique, mais dues à un agent autre que le bacille pyocyanique, il n'en est pas tout à fait de même des formes généralisées.

On conçoit par exemple facilement, que la fièvre typhoïde chez l'homme, que les entérites aiguës coli-bacillaires et strepto-coli-bacillaires de l'enfant puissent ne pas être différenciables des pyocyanies gastro-intestinales des adultes et des nourrissons. La coloration vert bleuâtre ou vert pistache des selles (Marfan) serait un symptôme de valeur. Mais ce symptôme n'est ni spécifique ni constant. Le sérodiagnostic devra être recherché dans tous ces cas. Charrin et Roger, en 1889, ont les premiers constaté, à propos du bacille pyocyanique, le développement en amas grumeleux de l'agent pathogène dans le sérum d'animaux immunisés contre l'infection qu'il produit.

Si, jusqu'à présent, dans les pyocyanies humaines le sérodiagnostic a été peu fréquemment fait, si Escherich a publié quelques résultats négatifs, on n'en devra pas moins rechercher cette réaction, d'une part, d'une manière extemporanée et par la mensuration des taux d'agglutination selon la méthode de Widal et Sicard; d'autre part, par ensemencements dans le sérum du sujet infecté.

En présence d'un état infectieux grave avec troubles digestifs, prostration, manifestations hémorragiques cutanées et muqueuses, on doit actuellement penser aux pyocyanémies. Mais la possibilité de septicémies streptococciques, staphylococciques à processus hémorragipares, la pluralité microbienne, bien vue par Mathieu, des purpuras hémorragiques, laisse ici encore une importance au diagnostic bactériologique.

On recherchera donc dans les selles, dans l'expectoration, dans le contenu des vésicules cutanées, dans le sang puisé dans une veine avec les précautions d'usage, le bacille pyocyanique.

On caractérisera le bacille petit (1 μ à 1 μ 5), mobile, aérobie, liquéfiant lentement la gélatine, donnant sur bouillon ses deux pigments, pigment bleu ou pyocyanine et pigment vert fluorescent, le premier étant séparable par agitation des bouillons de culture avec le chloroforme.

On constatera (Gessard) la possibilité d'obtenir isolément le premier de ces deux pigments sur milieux peptonés, le second sur milieux albumineux. Il faudra enfin ne pas méconnaître l'existence possible de races pyocyaniques semblant avoir perdu une de ces fonctions caractéristiques fluorescigène ou pyocyanogène et l'on appréciera alors la grande utilité du réactif gélose-peptone glycérinée (1), milieu, dit Gessard, sur lequel les différentes races du bacille pyocyanique témoignent de leur origine commune et donnent la signature de l'espèce en produisant de la pyocyanine.

Nous avons vu quelle est la gravité des infections pyocyaniques. Y a-t-il, en dehors du traitement symptomatique et général de l'état infectieux grave, à forme typhoïde, à processus hémorragique, une médication spécifique de la pyocyanie?

Bouchard, par injections d'urines d'animaux pyocyanisés, Charrin, par inoculations de doses faibles de cultures virulentes, par injections de produits solubles des cultures, ont conféré l'immunité à des animaux neufs et réceptifs vis-à-vis de l'infection pyocyanique.

Il semble, en présence de ces faits, qu'on puisse par emploi de sérum d'animaux immunisés espérer des résultats thérapeutiques favorables.

La fréquence en apparence croissante des pyocyanies, due en réalité à une connaissance plus répandue de l'agent morbide et de ses effets pathogènes pour l'homme peut donner lieu, dans un avenir prochain, à des essais sérothérapiques multiples (1). Ces essais ne sont pas seulement légitimes, mais ils s'imposent.

Telles sont les pyocyanies sous leurs aspects cliniques variés, elles ont encore au point de vue doctrinal une importance :

Aujourd'hui, vacciner un animal, rendre son sérum bactéricide ou antitoxique, activer la phagocytose par injections préalables de toxines atténuées ou à doses progressives, sont des faits de notion banale. En 1887, ces notions n'existaient pas. A cette date, Charrin montra d'une manière inattaquable la possibilité de vaccination par produits solubles, base de toute sérothérapie (Haushalter). A l'aide du bacille pyocyanique, il mit en évidence ce fait que l'on pouvait « augmenter la résistance d'un animal à un microbe donné, rendre cette résistance plus ou moins complète et durable en injectant au préalable les produits solubles de ce microbe, produits stérilisés par la chaleur et la filtration ».

L'affirmation était nette : que valaient les expériences? Tous les témoins étaient morts en 2 ou 3 jours les tissus farcis de germe, donc la virulence pour l'espèce choisie était hors de doute.

A la vérité les prétendus vaccinés n'ont pas indéfiniment survécu; ils succombèrent après quatre, six semaines, deux quatre et cinq mois; mais chez aucun d'eux on ne décela de trace de l'agent pathogène.

Charrin pensa que leur mort n'était pas sans relation avec l'immunisation, il croyait que plus il introduisait de toxines plus il augmentait cette résistance, idée simpliste au premier abord, il s'est aperçu plus tard que les matériaux utiles sont mélangés aux éléments nuisibles, que des proportions minimes suffisent pour vacciner, que si les quantités employées sont trop fortes on intoxique.

On savait en 1887 que Pasteur, par injection à la poule de cultures filtrées du bacille du choléra des poules, avait déterminé chez elle de la somnolence, le symptôme consécutif à l'injection du produit toxique était en somme, quoi qu'on pût dire, un symptôme isolé, peu caractéristique, ne constituant pas une démonstration nette. On sait qu'alors Charrin, par l'inoculation soit des germes soit des toxines pyocyaniques, réalisa non plus un accident isolé mais la fièvre, l'entérite, l'albuminurie, les hémorragies et même la paralysie spasmodique caractéristique avec rétention d'urine.

A partir de cette période les travaux paraissent en foule qui étendent à d'autres processus tant la donnée de l'immunité que celle de la genèse des désordres morbides par les toxines.

Vouloir énumérer ces travaux en commençant par ceux de Roux et Chamberland serait dresser une liste intermina-

(1) Gélose-peptone glycérinée :

Gélose	5	grammes.
Glycérine	5	—
Peptone à 2 p. 100	100	—

(1) En effet, à côté de l'action thérapeutique spécifique (emploi des sérums d'animaux immunisés contre l'infection pyocyanique), il faut réserver la possibilité d'actions favorables dues à des sérums d'un autre ordre (sérums d'animaux immunisés contre le virus d'un autre agent infectieux). Meyer (Th. de Paris, 1896), sous l'inspiration de M. Charrin, a obtenu des résultats favorables de l'emploi de sérum antidiphtérique dans les pyocyanies expérimentales.

ble, mais nous voyons dès ce moment affirmer que, dans les produits d'un microbe, coexistent plusieurs éléments, les uns nuisibles et les autres utiles, les premiers moins résistants, sensibles à la chaleur, à la filtration, les seconds agissants à très faible dose, s'altérant moins aisément et obligeant l'organisme à engendrer des éléments protecteurs bactéricides et antitoxiques.

Si d'autre part on se reporte aux doctrines du jour, celles d'Ehrlich, si l'on fait abstraction du terme hypothétique: des groupes d'éléments dits chaînes latérales contenus dans les cellules de l'organisme, si l'on met de côté les termes nouveaux donnés aux groupements atomiques des toxines (*groupes haptophores*, absorbables par les chaînes latérales, déterminant leur production en excès et la mise en liberté d'antitoxines, *groupes toxophores* purement toxiques) on trouve dans ces doctrines toutes modernes une évidente confirmation des données qui dès cette époque furent acquises à l'expérimentation.

BIBLIOGRAPHIE

Abelous. Th. de Montpellier, 1888. — Ardouin. Th. de Paris, 1897. — Besson. *Technique microbiologique*, 1898, p. 289. — Bouchard. *Thérapeutique des maladies infectieuses*. — Burot. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1898, p. 609. — Cadet de Gassicourt et Lesage. Obs. in thèse Ardouin, Paris 1897. — Calmette. *Arch. de méd. navale*, 1893, p. 261. — Charrin. *La maladie pyocyanique*, 1889, et *C. R. de la Soc. de biol.*, 1890 et suivants. — Conté. *Gaz. méd.*, 1842, p. 534. — Delore. Th. de Lyon, 1854. — Dumas et Persoz. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1841, t. XVI, p. 141-143. — Ehlers. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1890, p. 496. — Ehrlich. *Semaine méd.*, déc. 1899. — Escherich. *Centralbl. f. Bakt.*, 1899, n° 4, p. 117. — Finkelstein. *Charité Annal.*, Berlin 1896, p. 346. — Freudenreich. *Le lait*, Paris 1894. — Frich *Arch. f. path. Anat.*, v. CXVI, 2. — Goldschmith. Soc. méd., Hambourg, oct. 1899. — Gruber. *Monats. f. Ohrenh.*, 1887. — Harold C. Ernst. *The Americ. Journ. of the med. Sc.*, 1893, p. 258. — Hitschmann et Kreibich. *Wien klin. Woch.*, 1897, n° 50. — Hugo Salus. *Prager med. Woch.*, 1894, n° 33. — Jadkewitsch. *Baumgartens' Jahrberichten*, B. V, VI, VII, VIII. — Jakowsky. *Hyg. Rundschau*, IV, n° 9, p. 400. — Karlinsky. *Prager med. Woch.*, 1891, n° 20. — Kossel. *Gaz. de Botkine*, 1896, n° 47, et *Zeitsch. f. hyg. u. infect.*, 1894, p. 368. — Krannhals. *Deuts. Zeit. f. chir.*, XXXVII, 1 et 2. — Krembs. *Bayerisches Ærzt. Intelligenzbl.*, 1858, n° 23 et 25. — Lartigau. *Journ. of experiment. med.*, 1898, n° 6. — Lanz. *Corresp. bl. f. Schweiz. Ærzte*, 1898, n° 5. — Legars. Th. de Paris, 1895. — Lenoir. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1896, p. 7. — Lesage. Obs. in th. Ardouin, Paris 1897. — Longuet. *Arch. gén. de méd.*, 1873, t. XXII, p. 656. — A. Lucke. *Arch. f. klin. Chir.*, t. III, 1862, p. 135. — Maggiora. *Central. f. Bakt.*, 1892, n° 67, p. 173. — Marfan. *Rev. des mal. de l'enf.*, août, sept., oct. 1899. — Martha. *Arch. de méd. expér.*, 1892, p. 130. — Motz. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1896, p. 128. — Neumann. *Arch f. Kinderheilkunde*, XII, 54 et 59. — Œttinger. *Semaine méd.*, 22 oct. 1890. — Pansini. *Arch. f. path. Anat.*, v. CXXII, 3. — Pes et Gradenigo. Acad. de méd., Torino, 1894, n° 4. — Radais. *C. R. de Soc. de biol.*, 1897, p. 808. — Robin et Verdeil. *Traité de chimie*, 1853, t. III, p. 533. — Ryerson Fowler. *New-York med. Journ.*, 10 février 1894. — Schimmelbusch. *Deut. Zeit. f. Chir.*, XXXVI, p. 318. — Sédillot. *Gaz. méd.*, 1850, p. 656, et *C. R. de la Soc. de biol.*, t. III. — Triboulet. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1897, p. 898. — Vincent. Soc. méd. des hôpitaux, 13 mai 1898. — Williams et Cameron. *Journ. of path. and bacter.*, 1896, n° 4.

LES ABCÈS DYSENTÉRIQUES DU FOIE

Personne n'était mieux qualifié que M. Kelsch pour venir entretenir l'Académie de médecine des abcès dysentériques du foie, aussi nous croyons utile de revenir aujourd'hui sur son intéressante communication de mardi dernier.

Les six cas d'hépatites suppurées qu'il a eu l'occasion d'observer, avec M. Nimier, à l'hôpital du Val-de-Grâce, sont extrêmement curieux au point de vue des rapports qui enchaînent les déterminations hépatique et intestinale.

M. Kelsch les a fait suivre d'un certain nombre de considérations que nous rapportons aujourd'hui :

« Le caractère fondamental de la suppuration hépatique des pays chauds réside dans sa connexion étroite avec la dysenterie. Mais quelle est la nature de la relation qui unit les deux affections entre elles?

En 1845, Budd assimila ces suppurations aux abcès chirurgicaux et s'efforça d'établir que la dysenterie précède toujours l'abcès du foie. Cette théorie de la métastase pyémique, si séduisante par sa simplicité, fut accueillie avec une grande faveur au début, resta longtemps classique; il semble même qu'elle subsiste encore dans l'esprit de bien des médecins. Rien pourtant n'est plus faux.

Tout d'abord l'évolution clinique de ces abcès est bien différente de celle des abcès pyogéniques. Si elle est parfois rapide et tumultueuse, au point de parcourir toutes ses phases en deux ou trois semaines, avec tous les symptômes généraux de la réaction phlegmasique la plus vive, il s'en faut de beaucoup que ce soient les allures cliniques de ce processus. Les signes de la détermination hépatique apparaissent souvent, des semaines, des mois, et parfois même des années après la dysenterie. Ils affectent parfois au début le mode aigu; le plus souvent ils présentent d'emblée et conservent ultérieurement les caractères de la chronicité. Il n'est même pas rare que le processus évolue dans l'ombre et le silence, au point de se dérober totalement à l'observation pendant la plus grande partie de son décours; quelquefois même des suppurations latentes ne sont reconnues qu'à l'autopsie ou par l'éruption du pus dans une cavité voisine.

Les suppurations dysentériques du foie ont donc des allures spéciales, presque spécifiques; leurs rémissions, leurs paroxysmes, leurs tendances aux récidives et à la chronicité rappellent les traits fondamentaux de la marche de la dysenterie.

Le processus de l'hépatite dysentérique évolue suivant deux modes un peu distincts dans la forme, mais très analogues dans le fond.

Dans l'un, la lésion débute par l'apparition, au sein du parenchyme hyperémié, de nodules résultant de la tuméfaction des cellules hépatiques et de l'accumulation de leucocytes dans le réseau capillaire. Ces nodules se nécrosent dans leur partie centrale et se ramollissent par une sorte de fonte fibrineuse, rappelant la formation du thrombus blanc. Tôt ou tard, il se forme à leur pourtour une zone de tissu embryonnaire qui s'organise en membrane pyogénique; mais l'étude histologique de cette paroi montre que les abcès, une fois formés, conservent le caractère nécrosique qui préside à leur naissance. La membrane pyogénique, en effet, ne fournit pas de pus légitime, mais subit, dans ses couches superficielles, une transformation nécrosique, dont les produits désagrégés se mélangent à la lymphe exsudée pour

constituer le contenu de l'abcès. La cavité de celui-ci s'agrandit ainsi, d'une part, par cette nécrose superficielle qui use uniformément toutes les surfaces, et, d'autre part, par la formation de petits abcès circonvoisins.

Dans le deuxième mode, qui aboutit à l'« abcès fibreux », on voit se former au sein du parenchyme hyperémié, non plus une simple accumulation de leucocytes, mais un tissu fibreux plus ou moins chargé de ces éléments. Le nodule ainsi constitué se ramollit à sa partie centrale par un mécanisme qui, suivant la plus ou moins grande vascularité du tissu, rappelle tantôt la formation des abcès précédents, tantôt la fonte d'une gomme syphilitique. Les abcès de cette sorte ont une évolution plus lente.

Ces deux modalités d'évolution éloignent encore l'abcès dysentérique des suppurations banales et le rapprochent plutôt des tumeurs, notamment du tubercule. D'ailleurs, la tuberculose peut développer dans la glande hépatique des abcès froids tout à fait analogues à ceux de l'hépatite dysentérique. Au fond, dans ses caractères essentiels, le processus anatomique de celle-ci est semblable au processus dysentérique lui-même. De part et d'autre la lésion fondamentale est une nécrose, dont la différence, d'ailleurs, dans le foie et l'intestin, tient à la différence de structure des deux organes.

Dans la conception de Budd, la dysenterie doit forcément précéder l'hépatite. Or, il s'en faut de beaucoup qu'il en soit toujours ainsi. Tantôt les déterminations intestinales et hépatiques débutent simultanément; d'autres fois, elles apparaissent à des époques distinctes, et alors c'est tantôt la dysenterie, tantôt l'hépatite qui ouvre le syndrome ; souvent, la rétrocession de l'une est le signal de l'entrée en scène de l'autre. Dans une hépatite, en apparence idiopathique, peut survenir transitoirement, quelquefois, dans les derniers jours seulement, un flux dysentérique. De même, le cours de la dysenterie est souvent traversé par des points de côté hépatiques, et, quelquefois, l'autopsie révèle des abcès du foie méconnus pendant la vie.

Pour ces multiples raisons, la conception de Budd n'est donc pas admissible; tout démontre, en revanche, que les deux déterminations hépatique et intestinale sont les doubles effets d'une même cause, impressionnant successivement, simultanément, ou alternativement, deux territoires organiques différents. Mais la démonstration de cette proposition ne sera complète que lorsque nous connaîtrons le microbe pathogène de la dysentérie et que nous aurons réalisé expérimentalement avec lui l'abcès du foie. »

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(7 mars 1900)

A l'occasion du procès-verbal et à propos d'une observation de M. Schwartz, M. Poirier fait connaître en termes légèrement ironiques l'histoire, très instructive à bien des égards, d'un malade sur lequel il avait tenté l'**extirpation d'une tumeur cérébrale**. L'abondance de l'hémorragie le força à s'arrêter et à refermer la brèche cranienne.

Deux ans après, le hasard conduisit ce malade entre les mains d'un chirurgien dont la réputation de hardiesse n'est plus à faire.

Celui-ci, après avoir quelque peu critiqué la timidité opératoire des chirurgiens des hôpitaux, se mit en devoir d'opérer largement, si largement que le malade mourut d'hémorragie sur la table d'opération...

M. Ricard fait une communication sur le procédé de dédoublement qu'il applique à la **cure des fistules vésico-vaginales**. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

M. Peyrot, prenant part à la discussion sur le traitement des **kystes hydatiques du foie**, fait une communication importante sur ce sujet. S'appuyant sur une vingtaine d'observations personnelles, il décrit les différents procédés opératoires en usage ; il a obtenu, comme ses collègues, de nombreuses guérisons par la marsupialisation, mais le traitement consécutif est toujours fort long. Aussi M. Peyrot, qui n'a eu l'occasion de recourir que deux fois au procédé de M. Delbet, se déclare-t-il absolument partisan de ce procédé et se promet-il, à l'avenir, de lui donner la préférence, chaque fois que cela lui sera possible.

M. Potherat, revenant sur la question de l'**hématocèle rétro-utérine et de la grossesse extra-utérine**, rappelle qu'il est partisan de la colpotomie pour l'hématocèle et de la laparotomie pour la grossesse extra-utérine. Lorsque M. Reynier a pris la parole sur ce sujet, il avait relevé une observation de M. Potherat, dans laquelle celui-ci avait fait la colpotomie et a dû ensuite recourir à la laparotomie pour arrêter une hémorragie très considérable. M. Reynier soutenait qu'il eût été préférable de pratiquer d'emblée la laparotomie. Ce n'est pas l'avis de M. Potherat, qui a toujours obtenu de très bons résultats de la colpotomie dans ces cas, et qui estime qu'il est toujours temps de faire la laparotomie secondairement, si celle-ci se trouve indiquée. C'est précisément ce qu'il a fait dans l'observation relevée par M. Reynier.

M. Rochard a fait un rapport sur une observation présentée par M. Demoulin : Il s'agissait d'une jeune femme de vingt et un ans, qui s'était tiré un **coup de feu** dans la région du cœur. Elle fut amenée à l'hôpital Boucicaut et une heure et demie après l'accident M. Demoulin, appelé comme chirurgien de garde, apprenant qu'il y avait eu une hématémèse, pratiqua immédiatement la laparotomie; le ventre ouvert, il trouve une notable quantité de sang, arrive sur l'estomac, trouve une perforation qu'il suture par six points. Cela fait, une autre hémorragie se produisit; en en recherchant le point de départ, M. Demoulin fut conduit sur la rate, où il trouva une autre perforation qu'il ferma également. La malade a fort bien guéri.

A propos de cette observation, M. Rochard rappelle que tous les chirurgiens sont d'accord aujourd'hui pour préconiser, dans ces cas, l'intervention immédiate. M. Demoulin n'a pas recherché la balle et d'ailleurs le trajet qu'elle a parcouru est difficile à expliquer. M. Rochard ajoute que les plaies de la rate sont rares et qu'elles s'accompagnent presque toujours de perforations stomacales ou intestinales.

M. Hartmann cite un cas analogue, dans lequel il s'agissait d'une perforation de part en part de la rate ayant nécessité la splénectomie. Quelques jours après, cette malade avait une péritonite par perforation de l'estomac ; elle a bien guéri. Il faut conclure de ces faits qu'il faut d'abord faire toujours la laparotomie en cas de plaie de l'abdomen par coup de feu et rechercher s'il n'y a pas plusieurs perforations.

M. Michaux cite le cas d'un jeune homme qui se tire une balle de revolver dans l'hypocondre gauche. Il incise la paroi abdominale, ne trouve aucun orifice et referme la paroi. Cinq heures après, ce jeune homme est pris de phénomènes graves, vomissements, hématémèse, et meurt en quelques heures. A l'autopsie, M. Michaux a trouvé une très

petite perforation; il existait une double perforation du côlon transverse et de la face antérieure de l'estomac. Voilà donc une double lésion très importante qui avait passé inaperçue parce que, le projectile étant de très petit calibre, l'orifice de pénétration était absolument insignifiant.

Tous ces faits tendent à démontrer qu'on n'intervient jamais trop tôt; tel est également le cas de M. Potherat : un jeune télégraphiste de dix-sept ans, par chagrins d'amour, se tire une balle de révolver dans la région de l'estomac. Comme il n'y eut pas d'accidents immédiats, M. Potherat attendit.

La nuit suivante, il y eut une hématémèse; M. Potherat fit alors la laparotomie et trouva beaucoup de sang dans le ventre et une perforation de la face antérieure de l'estomac qu'il sutura. Trente-six heures après, le malade succombait dans une syncope résultant de l'hémorragie qui s'était produite et qu'on aurait évitée si l'on était intervenu immédiatement.

Après quelques échanges d'explications entre MM. Rochard, Michaux, Hartmann et Reclus, tous les orateurs tombent d'accord sur ce fait qu'en présence d'une plaie de l'abdomen par coup de feu, il faut toujours pratiquer la laparotomie immédiate.

D'accord et cependant il y a bien des cas dans lesquels la guérison a été obtenue spontanément sans aucune intervention.

M. Jalaguier montre un jeune garçon qui présentait tous les signes d'un **corps étranger articulaire**. Après l'arthrotomie, on s'aperçut qu'il s'agissait, non d'un corps étranger, mais d'un repli de la synoviale représentant un véritable lipome. M. Jalaguier excise ce repli synovial, suture la synoviale en l'attirant en haut avec les fils de la suture de façon à la fixer.

MM. Le Dentu, Brun et Tuffier citent des cas analogues.

M. Thierry présente un **nouveau cas d'actinomycose de la région temporo-maxillaire**. C'est le huitième cas qu'il observe dans la même région.

M. Reynier présente un malade qui s'est tiré une balle de révolver dans la tête. Grâce à l'appareil de M. Contremoulin, M. Reynier a pu déterminer exactement le siège de la balle qui se trouvait dans la paroi supérieure de l'orbite et qu'il a pu facilement extraire. Il y a eu une contusion du nerf optique qui a laissé une certaine faiblesse de la vision de ce côté.

Enfin, M. Ricard présente un **rein en bouillie** qui a été écrasé par une roue d'omnibus. Le malade, les premiers jours, n'eut qu'un peu d'hématurie, sans autres accidents; M. Ricard attendit en surveillant. Vers le septième jour, la température monte et il survient des signes d'infection.

M. Ricard intervient alors, il fait une incision lombaire qui le conduit sur un vaste épanchement sanguin, en voie d'infection. L'artère rénale, perdue au milieu de tissus indurés, fut oblitérée par une pince à demeure retirée après quarante-huit heures. Le malade va très bien.

Une courte discussion s'engage à laquelle prennent part MM. Gérard Marchant, Reynier, Tuffier, sur la question de savoir si, dans ces cas, du moment qu'il y a hématurie, il ne vaut pas mieux intervenir d'emblée. Toutefois, de l'avis à peu près général, l'hématurie seule, surtout si elle est modérée, ne suffit pas pour justifier l'intervention immédiate. La conduite suivie par M. Ricard a donc été rationnelle.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(8 mars 1900)

M. Marie, présentant deux pièces de son service de Bicêtre, montre que la compression cérébrale due au fait d'une hémorragie cérébrale ou d'une hydropisie ventriculaire peut retentir sur le cervelet, le comprimer de haut en bas de façon à engager l'amygdale cérébelleuse dans le trou occipital et créer ainsi une compression du bulbe qui pourrait jouer un rôle dans la symptomatologie du **coma**.

M. Meige rapporte une observation de **goitre exophtalmique héréditaire** chez une jeune fille de vingt-huit ans. Mais sa malade a présenté un œdème mou des paupières, une torpeur intellectuelle et même des accès de sommeil, tous phénomènes bien semblables à ce que l'on observe dans le myxœdème, la maladie de Basedow se caractérisait par les signes classiques, tremblement, exophtalmie, goitre, tachycardie, et la malade n'était pas hystérique. Cette observation soulève donc à nouveau la question des rapports qui unissent la maladie de Basedow au myxœdème; on pourrait supposer que les phénomènes basedowiens sont causés par une hyperthyroïdisation, les phénomènes myxœdémateux par une hypothyroïdisation, phénomènes qui alterneraient chez la malade en question.

Une intéressante communication, avec présentation de malade, faite par MM. Huet et Guillain, met en évidence une nouvelle variété de **névrite professionnelle**. Leur malade est atteint de névrite cubitale, avec troubles sensitifs, moteurs et électriques, exclusivement localisés au territoire du nerf cubital droit; or cet homme, boulanger de son métier, est occupé à fabriquer ces longs pains divisés en deux parties par un sillon longitudinal; pour faire ce sillon, il divise la pâte avec le bord cubital du bras droit et a ainsi comprimé le nerf cubital. M. Huet avait déjà observé un cas analogue à la suite de la même manœuvre professionnelle. Il insiste sur le défaut de proportion entre les troubles moteurs peu prononcés et l'intensité marquée de la réaction de dégénérescence; en outre, il a pu constater quelques troubles électriques dans le court abducteur du pouce, ce qui vient prouver que ce muscle reçoit une double innervation du nerf du médian et du nerf cubital.

Une observation de M. Sérieux devient l'occasion d'une discussion importante. L'auteur a observé un **paralytique général** atteint pendant quatre mois de surdité verbale pure sans cécité, sans aphasie, sans agraphie, sans surdité ordinaire; à l'autopsie, il a constaté une méningo-encéphalite atteignant légèrement les lobes frontaux, intéressant au contraire beaucoup les lobes temporaux dont elle avait détruit à gauche la substance grise corticale au niveau des deux tiers antérieurs de la première et de la deuxième circonvolutions temporales. M. Joffroy a observé un cas bien semblable, aphasie sensorielle avec accès épileptiformes créés par des lésions de méningo-encéphalite prédominantes sur les lobes temporaux; mais il fait remarquer qu'il a été étonné de constater chez les paralytiques généraux l'absence de gros troubles d'aphasie malgré l'intensité des lésions corticales au niveau de la troisième circonvolution frontale. M. Marie insiste sur l'extrême rareté de la surdité verbale pure dont il n'a jamais pu observer un exemple. M. Déjerine aurait bien vu un cas avec M. Sérieux, mais cette surdité verbale se serait bientôt compliquée d'aphasie sensorielle. M. Marie reconnaît fort bien l'existence de l'aphasie sensorielle décrite par M. Déjerine, mais il croit que

les observations de surdité verbale pure sont sujettes à caution et qu'on n'a pas encore établi d'une manière certaine les relations qui peuvent rattacher la surdité verbale aux lésions du lobe temporal gauche.

M. Klippel revient sur sa communication antérieure concernant la **pathogénie du diabète hydrurique**. Il a pu l'observer dans un cas de tuberculose et dans la fièvre typhoïde, mais à côté de cette origine infectieuse, il ne faut pas oublier qu'il peut être causé aussi par un choc moral et que la prédisposition du terrain doit jouer un rôle primordial.

M. Chipault, par deux observations personnelles, attire l'attention sur deux variétés de **pseudo-névralgies paresthésiques du fémoro-cutané**, créées l'une par une lésion radiculaire lombaire, mais s'accompagnant dans ce cas d'un point douloureux rachidien et d'une zone d'hypo-esthésie au niveau de l'épine iliaque postérieure; l'autre par une névralgie réflexe bilatérale dans le territoire de la face antérieure de la cuisse et à point de départ pelvien. Ces diagnostics sont importants, car ils doivent écarter toute idée d'intervention chirurgicale, alors que cette intervention a donné, au contraire, d'excellents résultats dans la véritable névralgie paresthésique.

Enfin, MM. Scherb et Cochez envoient les photographies d'un **myopathique**, âgé de quatorze ans, présentant des déformations monstrueuses du thorax; ils insistent sur la présence d'une scoliose intense rare dans la myopathie et sur l'absence, dans leur cas, d'hérédité similaire.

MÉDECINE PRATIQUE

Un point de repère pour les incisions cutanées au niveau du sac lacrymal.

Dans les interventions par la voie cutanée, sur un sac lacrymal fortement distendu ou très enflammé, il n'y a guère besoin de point de repère pour arriver sur un sac lacrymal qui s'offre de lui-même. Il en est tout autrement lorsque le sac, quoique malade et nésessitant un curetage ou une cautérisation externe, ne révèle son existence par aucune saillie appréciable. Dans ce cas, les classiques recommandent d'exercer une traction sur la commissure externe pour tendre le tendon de l'orbiculaire, de reconnaître, si l'on peut, le rebord orbitaire inféro-interne et d'inciser au-dessous du tendon pour arriver sur le sac. En réalité, soit par suite du gonflement inflammatoire diffus, soit pour d'autres motifs, la recherche pratiquée dans ces conditions peut être laborieuse, s'accompagner de délabrements et ne pas porter directement sur le sac. A la suite de recherches cadavériques et d'opérations sur le vivant, le docteur A. Terson (de Paris) recommande de compter 3 *millimètres et demi* (avec un bistouri gradué, un compas ou une réglette, si on ne peut apprécier la distance avec l'œil), *à partir de l'angle interne des paupières*. L'incision verticale pratiquée à ce niveau, et partant du tendon de l'orbiculaire, tombe directement sur le sac lacrymal. Les recherches ont aussi démontré qu'il ne fallait pas dépasser 4 millimètres ni rester en deçà de 3 millimètres si l'on veut éviter les fausses routes. Ce point de repère de 3 millimètres et demi peut donc seconder notablement les points classiques (tendon de l'orbiculaire, rebord orbitaire) pour la découverte du sac lacrymal, qui est ainsi facilement assurée.

La levure de bière contre les orgelets.

On sait combien cette affection est désagréable, difficile à faire avorter et sujette à la récidive. Le docteur Albert Terson (de Paris) a eu l'idée d'appliquer, dans ces cas, la levure de bière recommandée par divers auteurs, et par M. Brocq en particulier, dans les processus furonculeux et anthracoïdes. L'abortion complète de l'orgelet pris au début a été plusieurs fois obtenue et, dans les autres cas, il se produit un amortissement extrême des douleurs et des phénomènes inflammatoires. C'est en cachets de 1g50 chacun qu'on emploiera le remède sec (de trois à six cachets par jour), le produit étant d'une odeur et d'un goût pénibles lorsqu'on se borne à le délayer dans un liquide quelconque, et pouvant quelquefois alors rebuter les malades.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours pour six places de médecin des hôpitaux. — Le concours vient de se trouver interrompu par suite de la démission de l'un des juges, qui aurait découvert une parenté éloignée avec l'un des candidats. Le concours continuera-t-il? Faudra-t-il le recommencer? Telle est la question qui est actuellement pendante. On parle déjà de l'intervention de M. Waldeck-Rousseau !?!

Marine. — MM. les médecins de deuxième classe du cadre de Brest Guyot, désigné pour embarquer sur la *Manche*, et Glérant, désigné pour servir à l'artillerie au Tonkin, sont autorisés à permuter.

M. Prat, médecin principal du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer, sur le *Melpomène* (école des pilotes), M. le docteur Cantellauve.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Chauveau, membre de l'Institut, professeur de pathologie comparée, commencera ce cours le mardi 13 mars 1900, à deux heures, au Laboratoire de pathologie comparée, et, le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 9e semaine, 1 259 décès, chiffre très inférieur à celui des deux semaines précédentes (1 385 pendant la 8e et 1 423 pendant la 7e), mais encore supérieur à la moyenne ordinaire de la saison (1 083).

La grippe est en diminution sensible.

La fièvre typhoïde a causé 25 décès, chiffre voisin de celui de la semaine précédente (26). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est en diminution (116 au lieu de 148 pendant la semaine précédente). Les quartiers excentriques sont maintenant relativement moins favorisés qu'ils ne l'étaient précédemment. Toutefois, le XVIe arrondissement n'a pas eu un seul cas de fièvre typhoïde depuis quatre semaines.

La rougeole a causé 21 décès, chiffre voisin de la moyenne de la saison (17); la scarlatine 6, la coqueluche 5, la diphtérie 9 présentent des chiffres voisins de la moyenne.

Il n'y a pas eu un seul décès par variole depuis trois semaines. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est assez peu élevé (10).

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 228 décès, au lieu de 272 pendant la semaine précédente et au lieu de 181, moyenne ordinaire de la saison.

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 82 décès (la moyenne est 65), dont 63 sont dus à la congestion pulmonaire.

La grippe a été diagnostiquée pour 72 décès.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Die krankeiten der Frauen, für Ærzte ünd studirende dargestellt von Dr Med. Heinrich Fritsch, professor des Gynäkologie und geburtshülfe. Geh. Medicinalrath und Director der Königlichen Frauenklinik an der Universität zu Bonn. G. völlig erneute Auflage. — Preis : 13 m. 60 d., gebunden 15 m. — Braunschweig 1900, Verlag von Friedrich Wreden.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔTEL-DIEU DE LYON. Note sur un énorme calcul vésical d'oxalate de chaux avec perforation de la vessie, par M. Xavier DELORE, chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon. — NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE. Sur le traitement de la variole, par M. COURTOIS-SUFFIT, médecin des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — FORMULAIRE. Contre les douleurs prémenstruelles; — Pilules hémostatiques. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 12 mars 1900.

Nous sommes en possession d'une circulaire nouvelle. Le directeur de l'Assistance publique trouve que « trop facilement » les hôpitaux dirigent sur l'asile Sainte-Anne des malades qui troublent momentanément l'ordre des salles. Il cite trois exemples fâcheux de typhiques, transportés à Sainte-Anne, succombant dans les quarante-huit heures; aussi le directeur recommande-t-il de n'envoyer dans les asiles d'aliénés que des malades pour lesquels « il ne subsiste aucun doute sur la persistance des troubles mentaux observés, et à la condition qu'il soit bien établi que ces troubles ne sont pas liés à la maladie pour laquelle ces malades sont soignés à l'hôpital ».

Les exemples cités par le directeur général sont, sans aucun doute, des plus fâcheux, mais ils ne constituent qu'une rare et très regrettable exception. Il est bon toutefois de se demander pourquoi le médecin de service signe des transferts « dans un asile spécial ». C'est parce que ceux qu'il a désignés sont pour les autres malades une cause de troubles dangereux et inquiétants. Un seul de ces malades immobilise auprès de lui le personnel peu nombreux des infirmiers, et constitue pour ses voisins un danger souvent réel. Il est pour tous, par ses cris, son agitation incessante, une cause de perturbation, qui peut nuire au traitement régulier des malades, les prive de sommeil et entrave le repos nécessaire à leur guérison.

Que peut et que doit faire le médecin, sinon signaler à l'autorité compétente ce trouble occasionné dans son service et la prier d'y porter remède? Malheureusement, peu de services ont une salle d'isolement pour ce genre de malades. La logique exige qu'ils soient transportés hors des salles communes, et l'organisation hospitalière est actuellement telle que, seuls, les asiles d'aliénés peuvent recevoir ces malades. De là vient tout le mal. Si dans chaque service ou dans chaque hôpital existait un service d'isolement, les faits signalés plus haut ne se seraient pas produits. C'est dans cette création que se trouvent le remède et la solution du problème. C'est cette création qu'il eût fallu mettre à l'étude, au lieu de cela nous avons à enregistrer une circulaire de plus. Il en est toujours ainsi dans nos administrations françaises où tout finit par des circulaires.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. le professeur A. PONCET.

Note sur un énorme calcul vésical d'oxalate de chaux avec perforation de la vessie.

Par M. Xavier DELORE,
Chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon.

Les exemples de ruptures vésicales, au cours de la lithiase vésicale, paraissent de plus en plus rares, depuis que la chirurgie urinaire a pris une extension justifiée par la méthode antiseptique. En général cette complication relève de facteurs multiples : l'ancienneté, le volume et la consistance du calcul, l'infection vésicale. On a fait remarquer, à juste raison, qu'elle se rencontrait principalement chez les miséreux dont les sensations à la douleur sont aussi atténuées, pour ainsi dire, que sont précaires leurs moyens d'existence.

Le manque de soins, l'absence de tout traitement nous expliquent le développement considérable d'un calcul, la rupture vésicale consécutive, chez un individu observé par le docteur Ayasse (de Gap). Nous rapportons cette observation, d'après les renseignements qui ont été fournis à M. le professeur Poncet, par notre distingué confrère des Hautes-Alpes.

Il s'agissait, nous dit-il, d'un vieux berger des montagnes du Serrois (Hautes-Alpes), âgé d'environ soixante ans, qui se présenta vers l'année 1880, très œdématié et très cachectique, ruiné par une fièvre hectique, à l'hôpital de Gap.

L'affection qui l'amenait était évidemment d'ordre urinaire; mais les renseignements restaient vagues, tant à cause du degré d'affaiblissement que du manque d'intelligence. On comprit seulement que cet homme avait, durant toute sa vie, uriné très fréquemment, que, quelques mois auparavant, il avait présenté une incontinence par regorgement. Depuis plusieurs semaines enfin, le canal uréthral s'était tari, tandis qu'une fistule urinaire s'ouvrait à l'ombilic.

Le docteur Ayasse avait posé très facilement le diagnostic de calcul vésical, grâce à l'exploration métallique, au toucher rectal combiné à la palpation hypogastrique et périnéale. Le périnée était dur et saillant. Il n'était pas douteux cliniquement que le calcul vésical envoyait un volumineux prolongement dans les régions prostatique et membraneuse

de l'urètre et que c'était là la cause de l'arrêt de l'excrétion urétrale.

Le malade, très cachectique, mourut deux jours après, sans intervention.

A l'autopsie, décollement et infiltration urineuse de la cavité de Retzius, avec propagation jusqu'à l'ombilic dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Au niveau de l'ombilic, existait une fistule mettant en communication l'espace infiltré avec l'extérieur. Immédiatement en rapport avec le phlegmon prévésical, existait une large perforation vésicale.

La main introduite par cette ouverture, comme à travers un col utérin dilatable, sentit et put retirer un énorme calcul, qui paraissait comme vissé dans la vessie et dans la partie postérieure de l'urètre.

Celui-ci, ainsi qu'on peut le voir sur les deux photographies que nous donnons, affecte une forme fusiforme, avec deux extrémités effilées, presque pointues. Sur le corps même de cette pierre, on remarque des sillons qui, en se réunissant les uns aux autres, prennent dans leur ensemble une direction spiroïde fort nette. Ces sillons dont le fond est lisse ont été creusés, sans doute, par le passage des urines et par le col vésical contracté. Le calcul, en effet, poussé vers l'urètre par les contractions vésicales, refoulé vers le haut par les muscles du plancher périnéal, devait, en quelque





Énorme calcul vésical d'oxalate de chaux, du poids de 310 grammes, vu suivant ses deux faces (grandeur naturelle).

sorte, osciller entre deux positions successives; suivant la prédominance de l'une ou de l'autre des forces contractiles, il remontait ou redescendait, en exécutant à la fois une rotation hélicoïdale à la façon d'une vis de charpentier, à travers le col vésical contracturé.

L'examen clinique de cette pierre, pratiqué par M. Porteret, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, a révélé une structure uniforme : il s'agit d'oxalate de chaux.

Cette constitution cadre bien avec l'histoire clinique. L'oxalate de chaux se rencontre presque exclusivement chez les enfants. Or, il est à présumer, d'après les commémoratifs et le volume considérable du calcul, que le début remontait à la première enfance.

Le poids de cette pierre qui était unique, comme c'est la règle pour les calculs d'oxalate de chaux, atteint 310 grammes. Le grand diamètre égale 14 centimètres ; l'épaisseur ou petit diamètre atteint 8 centimètres. En dehors des sillons que nous avons signalés, la surface est muriforme, recouverte de dépôts madréporiques.

En présence d'un tel malade, atteint de calcul vésical, avec fistule ombilicale, et arrêt de l'excrétion urétrale, on aurait pu croire à une fistule vésico-ombilicale tardive par persistance de la perméabilité ouracale, ainsi que nous en avons rapporté une intéressante observation (1). Dans celle-ci, l'urine s'écoula par l'ombilic chez un individu de soixante-trois ans, affecté depuis quelques mois de troubles mictionnels d'origine prostatique. La voie vésico-ombilicale était constituée par l'ouraque resté perméable pendant les

(1) X. Delore et Molin. Les fistules vésico-ombilicales tardives par persistance de la perméabilité de l'ouraque chez les prostatiques, *Arch. prov. de chir.*, nov. 1898.

trois premiers mois de la vie; la disposition congénitale avait disparu, pendant près de soixante-trois ans, lorsqu'elle réapparut tout à coup.

Dans l'observation que nous devons au docteur Ayasse, la pathogénie était bien différente. Une rupture vésicale, occasionnée par l'infection, l'augmentation de pression intra-vésicale, avait déterminé une infiltration urineuse dans le tissu graisseux sous-péritonéal, l'ombilic avait cédé : il représente, en effet, le point faible de la paroi qui est renforcée, partout ailleurs, par des muscles et des formations aponévrotiques.

C'est là un exemple assez curieux du volume considérable que peuvent atteindre certains calculs, et des complications auxquelles ils exposent. Un calcul d'oxalate de chaux, ayant débuté dans l'enfance, determina par la contusion des parois vésicales, par l'obstruction de l'urètre accompagnées fatalement d'infection, une rupture vésicale. La longue tolérance du malade ne le mit pas à l'abri de complications redoutables, qui entraînèrent sa mort.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Sur le traitement de la variole.

Par M. Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux de Paris.

Dans ces derniers mois, la variole a fait sérieusement parler d'elle. Si l'épidémie n'a pas pris, à Paris au moins, une extension bien grande, ni une allure très inquiétante, c'est sans doute grâce aux soins qu'on a mis à arrêter de suite la possibilité de cette extension.

Partout les revaccinations ont été obligatoires.

Mais le sujet étant redevenu d'actualité, nous croyons qu'il n'est pas inutile d'indiquer en quelques lignes les moyens dont la thérapeutique dispose pour combattre la maladie *dès qu'elle est constituée*. C'est dire que nous laisserons de côté complètement tout ce qui a trait à la vaccine et à la vaccination.

Il faut avouer — cet aveu devant nous faire pardonner d'aborder un sujet trop connu — que la thérapeutique de la variole n'a rien de bien nouveau à son actif : quelques méthodes, on peut les compter aisément, ont été récemment imaginées. Nous dirons sur quoi elles reposent et quels paraissent en être les résultats.

En deux mots, rappelons que tous les moyens hygiéniques doivent être mis en œuvre pour aider à la conduite de la maladie à bonne fin. Ces moyens tendent — tout le monde le sait — à aérer et à isoler le malade, qui habitera une chambre spacieuse, dont la température ne dépassera pas 15 ou 17 degrés; les fenêtres en seront, plusieurs fois par jour, largement ouvertes; les draps, le linge seront très fréquemment renouvelés.

Sydenham insistait beaucoup sur ce fait, que la trop grande chaleur était certainement nuisible. Il rapportait, à l'appui de son dire, l'observation suivante :

« Un jeune homme atteint de variole, chez lequel on avait cherché à provoquer la chaleur par tous les moyens possibles, tomba dans un état d'anéantissement qu'on prit pour la mort. Dans cette persuasion, les personnes qui le veillaient l'enveloppèrent d'un linceul et le placèrent tout nu sur une table. Le malheureux ne tarda pas à éprouver l'heureuse influence du refroidissement. »

Il y a peu de choses à faire pendant la période d'invasion. Delioux de Savignac employait, pour favoriser l'éruption, l'acétate d'ammoniaque. Sa formule était la suivante :

Acétate d'ammoniaque		15 grammes.
Eau de menthe	*āā*	30 —
Eau de fleurs d'oranger		
Eau de mélisse		
Sirop d'éther	*āā*	20 —
Sirop de capillaire		

par cuillerées à bouche d'heure en heure.

On essaiera, contre la rachialgie si douloureuse souvent et si tenace, les baumes, les liniments calmants ordinaires.

L'éruption apparaît :

Est-elle discrète, il n'y a guère lieu d'intervenir; est-elle confluente, on doit tout mettre en œuvre pour l'empêcher de suivre son cours, pour éviter les cicatrices indélébiles qu'elle occasionne.

Déjà les Arabes, pour prévenir la résorption du pus et l'érosion de la peau, avaient imaginé de percer le sommet des pustules avec une lancette ou des ciseaux et d'évacuer la partie liquide par les orifices ainsi pratiquées.

Dans la suite, on essaie de traiter l'éruption, soit par la méthode ectotique, préconisée par Serres et Velpeau, et qui consiste à ouvrir chaque vésicule et à la cautériser avec le nitrate d'argent. Cette méthode est complètement abandonnée; soit, et avec plus de succès, par les masques abortifs.

Zimmermann a signalé le premier la propriété de l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, pour arrêter l'évolution des pustules varioleuses.

Serres se servait de l'emplâtre mercuriel découpé en petites bandes et dont il faisait un masque complet sur la figure.

Briquet employait l'onguent mercuriel mélangé à l'amidon. Revilliod recouvrait les pustules de la face du mélange suivant :

Onguent napolitain	20 parties.
Savon	10 —
Glycérine	4 —

Graves employait des solutions de gutta-percha.

Delioux de Savignac préconisait l'emploi du collodion au sublimé. Cette dernière préparation doit être essentiellement proscrite. (Comby a publié un cas où elle aurait entraîné la mort.)

Dujardin-Beaumetz était revenu au procédé primitif de Zimmermann. Il procédait ainsi : il appliquait, sur le visage, de l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, en masse épispastique, et en recouvrait avec soin toutes les parties de la face, puis saupoudrait le tout avec la poudre d'amidon.

M. Talamon a proposé, comme moyen abortif, les pulvérisations au sublimé. La solution employée pour ces pulvérisations est la suivante :

Sublimé	*āā*	20 grammes.
Acide citrique		
Alcool à 90 degrés		100 —
Éther		Q. S.

pour remplir un flacon d'un litre.

A ces pulvérisations qu'il convient de faire avec un pulvérisateur de Richardson, M. Talamon ajoute des badigeonnages de glycérolé de sublimé :

Sublimé	1 grammes.
Glycérine	15 —

Si cette pratique n'empêche pas complètement la formation des cicatrices, elles en diminue d'une façon très nette le nombre et la profondeur.

Bientôt enfin, survient la période de suppuration : phase critique entre toutes ; contre elle seront surtout dirigés les efforts de la thérapeutique antiseptique. Les bains et les lotions de sublimé sont d'excellents moyens.

Les pommades à la résorcine au 50e, à l'ichtyol (5 p. 100), à l'iodoforme (3 p. 100), au salol, peuvent aussi être utilement employées.

Du Castel préconise l'huile phéniquée au 10e.

L'attention du médecin est souvent aussi attirée vers la cavité buccale, où l'éruption amène une salivation abondante et surtout un gonflement très douloureux de l'isthme du gosier ; ici encore il convient d'appliquer les règles de l'antisepsie la plus minutieuse : lavages de la bouche, du nez et des yeux avec la solution boriquée ; badigeonnages toutes les deux heures avec un mélange de salol et de glycérine à parties égales, ainsi que le prescrit avec succès M. Talamon.

Les pustules des conjonctives et de la cornée doivent être touchées légèrement avec le pinceau imbibé d'une solution de nitrate d'argent.

C'est au moment de la suppuration et de la période de dessiccation qu'il faut avoir recours à la balnéation complète. C'est Rhazès qui le premier, dit l'histoire, a songé à employer les bains froids dans la variole. Le capucin Provida (1) traitait la variole par la glace ; il faisait boire à ses malades de 900 à 1,200 grammes d'eau glacée. Currie usait aussi des affusions froides et des tisanes glacées dans la variole. D'après Bohn, le bain froid rendrait l'éruption variolique plus discrète. Desnos et Huchard ont aussi expérimenté cette médication. Clément (de Lyon) donnait les bains suivant la méthode de Brandt.

Les bains froids ne sont guère indiqués qu'au cas d'hyperthermie. Beaucoup d'auteurs préfèrent les bains tièdes, auxquels on peut ajouter du sublimé (10 grammes par bain).

Dressons rapidement la liste des médicaments employés dans la variole. Le *xylol* a été recommandé par Zuelzer ; le *sarracenia purpurea* fut préconisé comme antivariolique, par Chalmers ; la *kairine* a été employée par Faenhrich ; l'acide phénique par Chauffard, le perchlorure de fer par Guisson, le salicylate de soude fut vanté par différents auteurs.

L'usage de l'opium dans la variole date de loin. Sydenham administrait 16 gouttes de son laudanum dans une potion. Cette pratique fut adoptée par Morton, Boerhave, van Swieten, de Haen.

Du Castel, depuis 1881, associe l'éther à l'opium. Sa pratique est, à coup sûr, une des meilleures. Elle consiste à donner simultanément l'opium et l'éther à hautes doses (deux injections sous-cutanées d'éther par jour : une le matin, l'autre le soir).

Les malades prennent dans le courant de la journée, par doses fractionnées, une quantité d'extrait thébaïque, qui est habituellement de 20 centigrammes pour les hommes, et de 15 centigrammes pour les femmes.

A l'administration de l'éther et de l'opium, qui sont la base du traitement, Du Castel associe le plus souvent l'usage du perchlorure de fer, à la dose de XX gouttes par jour.

Par cette méthode, la suppuration peut manquer, l'éruption s'arrête dans son développement, les papules et les vésicules restent petites.

Ayant constaté accidentellement que chez les sujets qui prennent du salol à haute dose contre la cystite, les piqûres de moustique ne provoquent pas la formation de phlyctènes, le docteur Begg a eu l'idée d'utiliser ce même médicament dans la variole, espérant éviter ainsi la transformation des éléments éruptifs en pustules. Cette prévision, dit l'auteur, s'est réalisée.

Le docteur Cros (1) administre l'iodoforme à hautes doses, sous forme de pilules renfermant chacune trois centigrammes de substance que le malade prend à intervalles réguliers, une toutes les trois, quatre ou cinq heures. « Presque toujours, dit-il, dès les premières doses d'iodoforme, la température s'abaisse, les phénomènes généraux s'amendent et l'éruption avorte si la médication a été constituée dès les premiers symptômes. »

Finsen (de Copenhague) a proposé un traitement de la variole que l'on a désigné sous le nom de procédé de la chambre rouge. Il consiste à placer les varioleux dans une chambre où ne pénètrent que les rayons rouges du spectre solaire. Œttinger, qui a essayé cette méthode, prétend qu'elle a pour effet de rendre l'évolution de l'éruption plus rapide, de prévenir la formation des cicatrices, et la fréquence des accidents dus à la suppuration.

Notons enfin le traitement de la variole par le sérum antistreptococcique, tenté par Lindsay. L'auteur ayant remarqué que la mort survenait de préférence entre trois et cinq jours, après le début de la dessiccation des pustules, en conclut que l'infection purulente était due à des microbes pyogènes pénétrant par les vésicules et à l'absorption de leurs produits toxiques. Il eut alors recours au sérum antistreptococcique et crut remarquer qu'avec lui la période critique qui suit la résorption des pustules était écourtée, l'intensité de la toxémie très amoindrie, la tendance à la défaillance cardiaque et au collapsus très diminuée.

Enfin, au cours de l'épidémie actuelle de variole qui règne à Marseille depuis le mois d'octobre dernier, le docteur Boy-Tessier a eu l'occasion de soigner d'assez nombreux cas de variole hémorragique ; il eut l'idée d'essayer le sérum gélatiné contre cette forme si redoutable de l'infection.

Les premiers résultats obtenus par lui ont été plutôt favorables. C'est une expérience intéressante dont il faut attendre encore les résultats.

Tels sont les différents moyens que l'on peut employer dans le traitement de la variole.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(9 MARS 1900)

D'abord on vit un malade présenté par M. Galliard. C'est un homme de cinquante-quatre ans, qui offre des hydarthroses chroniques des petites jointures ou, pour tout dire en un mot : des **dactylhydarthroses**. Ces lésions sont symétriques, siègent aux articulations métacarpo-phalangiennes et phalango-phalangiennes des quatre doigts (le pouce étant indemne) ; elles sont indolentes et persistent sans aucune modification depuis six ans et demi. Elles ne s'accompagnent d'aucune déformation des extrémités articulaires des métacarpiens ni des phalanges, d'aucune rétraction des tissus fibreux ; ces lésions ne sont appréciables qu'à la face dorsale des doigts, et ne peuvent être vues à la face palmaire. Aucune médication n'a prise sur ces hydarthroses qui, à la vérité, constituent un type clinique bien

(1) DUJARDIN-BEAUMETZ. *Clinique thérapeutique*, vol. III.

(1) GROS. *Revue méd. de l'Afrique du Nord*, fév. 1900.

spécial, qui n'est ni le rhumatisme noueux, ni le rhumatisme fibreux, ni la goutte.

M. Lesage a trouvé un **microbe dans la rougeole**, qui, peut-être, est de la maladie l'agent spécifique. C'est un microcoque doué de propriétés septiques qui ne donnent au lapin qu'une survie bien courte. L'animal meurt de septicémie en deux ou trois jours. Ce microcoque se rencontre dans les fosses nasales et gutturales à la période d'éruption de la rougeole. On le trouve aussi dans le sang et, à l'autopsie, dans les divers organes. Ce sont là, certes, des arguments de premier ordre; mais en pareille matière, il convient d'être très circonspect.

MM. Hayem et Lion citent trois cas de **leucocythémie à globules blancs mononucléaires**, dans lesquels l'augmentation du nombre des globules blancs, peu prononcée dans un cas, atteignait des chiffres considérables dans les deux autres (235 000 et 527 000). Cette augmentation portait sur les seuls leucocytes mononucléaires au détriment des autres variétés. On comptait 92 à 99 p. 100 de mononucléaires contre 8 p. 100 de polynucléaires.

Notons une communication de M. Rabé sur **l'artério-sclérose et la respiration de Cheyne-Stokes**. Il faut rapporter la modalité spéciale de la dyspnée au trouble de l'irrigation encéphalique au cours de l'artério-sclérose diffuse. L'apparition du rythme de Cheyne-Stokes pendant le sommeil a une grande importance clinique; il est symptomatique de l'artério-sclérose cérébrale au début.

M. Boinet (de Marseille) adresse deux observations de **polynévrite alcoolique avec mal perforant plantaire**. Il semble bien que ces maux perforants sont liés à la névrite alcoolique, puisque l'amélioration des ulcérations et des manifestations nerveuses a été parallèle.

FORMULAIRE

Contre les douleurs prémenstruelles.

Codéine..................	0gr05 centigr.
Chloral..................	1 gramme.
Bromure d'ammonium......	1 —
Eau camphrée............	30 —

(*Presse méd. belge.*)

Pilules hémostatiques.

Ergotine .... } Sulfate de quinine ...... }	*ââ* 2 grammes.
Digitale pulvérisée....... } Extrait de jusquiame .... }	*ââ* 0gr20 centigr.

pour une pilule n° 20. De cinq à huit par jour.

(*La Riforma med.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(ACTES DU 19 AU 24 MARS 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 19 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Rémy, Poirier et Sébileau.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salles nos 1, 2, 3* : MM. Lannelongue, Kirmisson et Varnier; — (2e partie, 1re série) : MM. Pinard, Lejars et Mauclaire; — (2e série) : MM. Tillaux, Delbet et Lepage.

3e (2e partie), *Petit amphithéâtre* : MM. Hayem, Gilles de la Tourette et Launois; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* : MM. Tuffier, Broca (Aug.) et Legueu; — (2e partie, 1re série) : MM. Potain, Brissaud et Gaucher; — (2e série) : MM. Fournier, Landouzy et Déjerine; — M. Walther, suppléant.

MARDI 20 MARS, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Mathias-Duval, Rémy et Retterer.

Anatomie pathologique, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Hanriot et Charrin.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 3* : MM. Budin, Quénu et Albarran.

3e (oral, 1re partie), *Petit amphithéâtre* (1re série) : MM. Guyon, Wallich et Faure; — *Faculté, salle n° 4* (2e série) : MM. Berger, Schwartz et Bonnaire; — (2e partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Hutinel, Roger et Ménétrier.

4e, *Faculté, salle n° 2* : MM. Proust, Vaquez et Thoinot; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Le Dentu, Brun et Thiéry; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Letulle et Achard; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Debove et Thiroloix; — M. Dupré, suppléant.

MERCREDI 21 MARS, à une heure. Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Sébileau et Retterer.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Pinard, Delens et Delbet.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salles nos 3 et 2* (1re série) : MM. Lannelongue, Jalaguier et Lepage; — (2e série) : MM. Terrier, Varnier et Walther; — (2e partie), *Petit amphithéâtre* : MM. Déjerine, Letulle et Gaucher.

4e : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz; — M. Weiss, suppléant.

VENDREDI 23 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Tillaux, Sébileau et Rémy; — M. Hanriot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Lannelongue, Delbet et Walther; — (2e partie) : MM. Potain, Widal et Gaucher.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Delens, Broca (Aug.) et Mauclaire; — (2e série) : MM. Tuffier, Jalaguier et Lejars; — (2e partie) : MM. Grancher, Déjerine et Wurtz; — M. Kirmisson, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Heim, suppléant.

SAMEDI 24 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Rémy, Quénu et Thiéry.

2e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Mathias-Duval, Poirier et Gley.

3e (2e partie), *Petit amphithéâtre* : MM. Debove, Letulle et Launois; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Le Dentu, Brun et Faure; — (2e série) : MM. Berger, Schwartz et Albarran; — M. Vaquez, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Ballet et Marfan; — (2e série) : MM. Chantemesse, Thiroloix et Dupré; — M. Roger, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de Paris. — L'Université Laval de Québec, à la demande du Conseil universitaire, vient de conférer le titre de docteur à M. le doyen Brouardel et à M. le professeur Le Dentu.

Guerre. — Par décision ministérielle du 5 mars 1900, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués : MM. les médecins-majors de deuxième classe dont les noms suivent : Baudisson, pour le 59e d'infanterie; — Ducros, pour le 108e d'infanterie; — Manon, pour les hôpitaux militaires de la division de Tunisie; — Destrez, pour le 6e chasseurs d'Afrique; — Couturier, pour le 2e chasseurs à cheval; — Vigerie, Castaing, Bouquet de Jolinière et Dumery pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Gontier, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Sire, pour le 20e dragons; — Deumier, pour le 18e d'artillerie à pied; — Gros, pour le 1er zouaves (pour ordre), pour les dépôts des 1er et 3e zouaves à Sa-

lon; — Baumevieille, pour le 5e bataillon d'infanterie légère; — Masson, pour le 1er régiment étranger; — Chevron et Cadiot, pour le 2e tirailleurs; — Courvoisier, pour le 52e d'infanterie.

Asiles publics d'aliénés. — Un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés aura lieu au mois de mai 1900.

Le concours sera régional : il y aura quatre régions.

Dans la première région, le concours aura lieu alternativement à Lille et à Nancy. En 1900, il aura lieu à Lille ; dans la deuxième, à Paris; dans la troisième, à Lyon ; dans la quatrième, alternativement à Montpellier, Bordeaux et Toulouse. En 1900, il aura lieu à Montpellier.

Le nombre des places mises au concours est de douze, réparties ainsi qu'il suit, entre les régions indiquées ci-après, savoir : région de Paris, 5 places; région du nord, 3 places; région de l'est, 2 places; région du Midi, 2 places.

Voici la répartition des départements entre les quatre régions établies pour le concours :

Région de Paris. — Calvados, Cher, Côtes-du-Nord, Deux-Sèvres, Eure, Eure-et-Loir, Finistère, Ille-et-Vilaine, Indre, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loire-Inférieure, Loiret, Manche, Maine-et-Loire, Mayenne, Morbihan, Oise, Orne, Sarthe, Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, Seine-Inférieure, Vendée, Vienne.

Région du nord. — Aisne, Ardennes, Aube, Belfort, Doubs, Marne, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Nord, Pas-de-Calais, Haute-Saône, Somme, Vosges.

Région de l'est. — Ain, Allier, Hautes-Alpes, Ardèche, Côte-d'Or, Drôme, Isère, Jura, Loire, Haute-Loire, Nièvre, Puy-de-Dôme, Rhône, Saône-et-Loire, Savoie, Haute-Savoie, Yonne.

Région du midi. — Aude, Basses-Alpes, Alpes-Maritimes, Ariège, Aveyron, Bouches-du-Rhône, Cantal, Charente, Charente-Inférieure, Corrèze, Corse, Creuse, Dordogne, Gard, Haute-Garonne, Gers, Gironde, Hérault, Landes, Lot, Lot-et-Garonne, Lozère, Basses-Pyrénées, Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Orientales, Tarn, Tarn-et-Garonne, Var, Vaucluse, Haute-Vienne, Algérie.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Hamy, professeur d'anthropologie, commencera son cours le 20 mars, à trois heures, dans l'amphithéâtre des nouvelles galeries, 2, rue Buffon, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Congrès de Naples contre la tuberculose. — Organisé sous le haut patronage de Sa Majesté la reine d'Italie, ce Congrès, qui sera présidé par le professeur Baccelli, ministre de l'Instruction publique, aura lieu à Naples du 25 au 28 avril 1900. Il poursuivra l'œuvre commencée à Berlin en 1899.

Le comité d'organisation est présidé par le professeur de Renzi, et a pour secrétaire le professeur Rubino.

Le Congrès sera divisé en quatre sections : 1° *Étiologie et prophylaxie;* 2° *Pathologie et clinique;* 3° *Thérapeutique;* 4° *Sanatoria.*

Les médecins, et tous ceux qui s'occupent d'hygiène ou de philanthropie, peuvent prendre part au Congrès en payant une cotisation uniforme de 20 lires.

Déjà sont inscrits les professeurs Senator et Ewald (de Berlin), Sticker (de Giessen), Kallivokas et Sacconaphos (d'Athènes), de Giovanni (de Padoue), Maraglian (de Gênes), Fedel (de Pise), Massalongo (de Vérone), etc.

Le Congrès sera l'occasion de nombreuses fêtes et excursions aux environs de Naples et en Sicile.

Pour les adhésions et les cotisations, s'adresser au bureau du secrétaire du comité exécutif à la première clinique médicale de l'Université de Naples (Italie).

La peste à Oporto. — L'épidémie de peste a pris fin à Oporto. Elle a duré six mois, du 4 juin au 10 décembre 1899, et a été relativement bénigne. Il y a eu 305 cas et 110 décès, soit 35,06 p. 100 de décès. Il y a peu d'épidémies de variole en France qui, dans une ville d'une certaine importance, ne fournisse pas autant de cas et de décès.

A Madagascar, la peste a été moins bénigne qu'à Oporto. Le nombre des sujets atteints pendant toute la durée de l'épidémie, du 23 juillet au 18 décembre, date du dernier décès, a été de 52; le nombre des morts de 39, soit une proportion de 75 p. 100. Cette mortalité est encore moins élevée que celle de la variole à Marseille. Chez les personnes *non* vaccinées, la mortalité a été de 83 p. 100 (Thèse de Julien Ponthieu).

La lutte contre l'alcoolisme. — *Tribunal correctionnel d'Amiens (audience du 8 février 1900).* — Ne constitue pas la diffamation envers un fabricant de boissons alcooliques le fait par un journal de publier que les fabricants de telles boissons font profession d' « empoisonneurs publics » et de protester contre l'attribution faite à l'un d'eux de la croix de la Légion d'honneur.

Et ce, alors même que ces critiques sont formulées à l'occasion de la mort d'un de ces fabricants nominativement désigné.

Il en est ainsi, du moins, lorsqu'il apparaît comme certain que le journal n'a pas eu spécialement pour but de nuire à un individu, mais seulement de dénoncer les effets pernicieux de l'industrie à laquelle il appartient. (*Gaz. des Trib.*)

L'exercice professionnel des médecins étrangers en Italie. — Les lois italiennes accordaient jusqu'ici, en principe, aux médecins étrangers le droit d'exercer en soignant leurs compatriotes, mais cela donnait lieu à toutes sortes d'abus; à un moment donné, les médecins italiens demandèrent donc à leur gouvernement d'obtenir la réciprocité pour les docteurs italiens qui auraient voulu exercer à l'étranger. Les gouvernements étrangers n'ayant pas fait droit à cette requête, le *Tour du Monde* nous apprend que le conseil des ministres qui s'est tenu à Rome, il y a quelques jours, a examiné le projet de loi sur « l'exercice professionnel des médecins étrangers en Italie », et il a dû admettre le principe de l'obligation, imposée dorénavant aux médecins étrangers, d'avoir à passer en Italie un examen en italien.

Le cyclisme dans le crime. — M. C. Lombroso, le célèbre professeur italien, vient de publier dans la *Nuova Antologia* un article sensationnel, sous ce titre : « Le cyclisme dans le crime. » « La bicyclette, dit en résumé M. C. Lombroso, a puissamment accru les sources du bien-être et de la civilisation, en diminuant l'isolement des petits centres, en mettant les villages à quelques minutes des villes... Mais tout nouveau mécanisme qui entre dans l'usage de la vie humaine augmente le chiffre et les causes du crime comme de la folie... » Et, d'après M. Lombroso, l'action criminelle de la bicyclette a été si profonde que dans bien des cas on pourrait remplacer l'ancienne formule : « Cherchez la femme, » par celle-ci plus neuve : « Cherchez la bicyclette! » Il serait trop long d'énumérer tous les cas que cite l'auteur et qu'il étudie avec sa méthode minutieuse et patiente. Il nous suffisait, ici, de signaler ce travail qui sera sans doute l'objet de vifs commentaires.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Astruc (de Pignan); Cormier (de Saint-Denis-la-Chevasse); Demonchaux, vice-président du conseil d'hygiène de l'arrondissement de Saint-Quentin, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire et des hôpitaux civils de Saint-Quentin, chevalier de la Légion d'honneur; Hénon (de Nantes); La Saigne (de Tournon); Leroy, professeur de pathologie interne et expérimentale à la Faculté de Lille; Mazars (de Bourg-la-Reine); Moreau (des Herbiers); Roudaire (de La Peyrouse); — de MM. Louis Broallier, officier de santé à Lyon; Amiel, étudiant à Lyon.

Cancer et tuberculose, par le docteur H. Claude, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un vol. in-16 de 95 p., cartonné. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — L'AIGLON. Comment est mort le duc de Reichstadt, par M. le docteur CABANÈS. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris. — Le jury est définitivement composé de la façon suivante : MM. Potherat, Michaux, Le Dentu, Tuffier, Jalaguier, Terrier, Sevestre.

Faculté de Paris. — M. Thoinot, agrégé, est chargé pendant le second semestre de l'année scolaire 1899-1900, d'un cours de médecine légale à la Faculté de médecine.

Marine. — Par décret en date du 8 mars 1900, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. le docteur Le Franc, médecin de première classe, en remplacement de M. Négadelle, retraité.

Au grade de médecin de première classe. — M. le docteur Forgeot, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. Le Franc, promu.

Par décret en date du même jour a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal. — M. le docteur Négadelle, médecin principal de la marine, en retraite.

M. Bourdon, médecin de première classe du cadre de Brest, est désigné pour remplacer, au régiment colonial à Madagascar, M. le docteur Conan.

M. Lesueur, médecin de première classe du cadre de Lorient, est désigné pour remplacer sur le *Linois* M. le docteur Kergrohen.

M. Hernandez, médecin de deuxième classe du cadre de Toulon, est désigné pour embarquer le 20 mars courant, sur la canonnière la *Décidée*, en essais à Lorient.

MM. Lasselves, médecin de première classe du cadre de Rochefort et Grognier, médecin du cadre de Toulon, désigné pour servir au régiment de tirailleurs soudanais, sont autorisés à permuter.

Conseil sanitaire, maritime et quarantenaire d'Égypte. — L'administration quarantenaire d'Égypte met au concours, sur titres :

a. Une place de directeur de deuxième classe, aux appointements mensuels de livres égyptiennes 22 à 28.

b. Une place de doctoresse auprès de l'office de Suez. (Mêmes appointements.)

Les demandes des candidats et postulantes doivent contenir : 1° original ou copie conforme du diplôme de docteur en médecine et chirurgie ; 2° certificats d'études de bactériologie et d'épidémiologie ; 3° certificat de bonne constitution ; 4° engagement formel de prendre possession de son poste, en cas de nomination, dans le courant du mois qui suivra la notification officielle.

Pour les postulantes à la place de doctoresse, le certificat d'études de bactériologie n'est pas indispensable.

Les candidats et postulantes doivent, en outre, indiquer leur âge ainsi que les langues qu'ils connaissent. Ils sont prévenus que toute démission ne pourra être acceptée que si elle est adressée à la présidence du conseil, trois mois à l'avance.

Le concours sera clos le 30 avril 1900.

Eaux malsaines. — On mande de Tours que toute une famille vient d'être empoisonnée, à Bourgueil, par l'eau d'un puits. Le père, les quatre enfants et deux autres personnes sont gravement malades.

Une petite fille a succombé.

Défense de cracher dans les rues. — Nous étions invités à ne plus cracher dans les omnibus, tramways, wagons de chemins de fer; voilà qu'on essaie d'empêcher de cracher par terre. La sixième commission du Conseil municipal (hygiène), adoptant les conclusions d'un rapport de M. Ch. Fortin, a décidé de faire placer dans les rues, en des endroits très apparents, des plaques portant recommandation au public de ne pas cracher sur les trottoirs ou la chaussée. A la demande de l'honorable M. Beurdeley, ces plaques indiqueront que cette recommandation est faite en vue de la lutte contre la tuberculose. Puisse cette tentative, si elle est approuvée par l'assemblée municipale, produire les heureux résultats qu'en attendent les auteurs !

Population future des grands États d'Europe. — Un économiste allemand publiait naguère une statistique établissant que la Russie était, entre toutes les nations, celle dont la population augmentait le plus rapidement : celle-ci aura doublé dans quarante-cinq ans.

Pour arriver au même résultat il faudra à l'Allemagne soixante-cinq ans, à l'Autriche-Hongrie soixante-dix ans, à l'Angleterre quatre-vingts ans, à l'Italie cent dix années. Mais la France n'aura doublé sa population que dans une période de huit cent soixante ans, si toutefois l'augmentation annuelle se maintient jusque-là dans la même proportion qu'aujourd'hui, ce qui, malheureusement, n'est pas probable, puisqu'elle accuse une tendance à diminuer.

La perte de l'Alsace-Lorraine avec 1 200 000 habitants est, peut-être, au point de vue de la puissance nationale, un fait moins regrettable que l'insignifiante augmentation annuelle de la population. Pendant les cinq dernières années la population de l'empire allemand s'est accrue de trois millions d'âmes, tandis que celle de la France n'augmentait que de 175 000, et encore cette augmentation était-elle due, en partie, à l'immigration étrangère.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de pathologie exotique (maladies des pays chauds et des pays froids), par A. Le Dantec, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, professeur à l'École du service de santé de la marine. — Collection Testut. — Un vol. in-18 colombier, cartonné toile, de 940 p. avec 98 fig., dont une partie en couleurs dans le texte et 4 pl. chromolithographiques hors texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Précis de médecine infantile, par E. Weill, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, chargé du cours complémentaire de clinique infantile, médecin des hôpitaux. — Collection Testut. — Un vol. in-18 colombier, cartonné toile, de 700 p. avec 77 fig. dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Le strabisme et son traitement, par le docteur H. Parinaud. Un vol. gr. in-8° de 200 p. avec fig. dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Leçons cliniques sur les maladies des enfants, faites à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille (1896-97, 1897-98, 1898-99), par E. Ausset, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille. Troisième série. Un vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Maloine.

La chirurgie de l'oreille, par les docteurs C. Astier et Aschkinasi. Un vol. in-18 jésus de 327 p. avec 88 fig. dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Traitement antiseptique de la phtisie, par le docteur René Couétoux. Un vol. in-8° de 50 p. avec 1 pl. hors texte. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

L'AIGLON

COMMENT EST MORT LE DUC DE REICHSTADT?

Par le docteur CABANÈS.

Près de huit années après la mort du captif de Sainte-Hélène, l'ancien chirurgien de Madame Mère et premier chirurgien de l'impératrice Marie-Louise, le docteur Héreau, livrait à la publicité « l'opinion d'un médecin sur la maladie de l'empereur Napoléon et sur la cause de sa mort ». L'ouvrage ou plutôt l'opuscule était dédié « au fils de Napoléon », à l'occasion de sa majorité.

Les premières lignes de cette dédicace méritent d'être citées : « L'empereur votre père, écrit le docteur Héreau, avant de mourir, exigea que des recherches fussent faites sur son corps pour y découvrir les traces de la maladie à laquelle il sentait qu'il allait succomber. *Je veux au moins*, disait-il, *en préserver mon fils.* »

L'empereur était, en effet, persuadé qu'il avait hérité de son père une affection cancéreuse, à laquelle il devait lui-même fatalement succomber : Charles Bonaparte avait à peine trente-huit ans quand il mourut d'un squirrhe au pylore. Napoléon, qui ne l'ignorait pas, s'en montrait très préoccupé, et quand, à Sainte-Hélène, il éprouva ses premiers troubles gastriques, il s'en ouvrit à son médecin O'Meara, qui vainement tenta de le rassurer. A mesure que le mal faisait des progrès, les alarmes de l'empereur allaient croissant. Ce devenait une obsession. Un jour, posant la main de son médecin sur son estomac, Napoléon lui dit : « C'est un couteau de boucher qu'ils m'ont mis là et ils ont brisé la lame dans la plaie. » Et un peu plus tard, à la veille de sa mort, il prononçait ces paroles fatidiques : « Les vomissements qui se succèdent presque sans interruption me font penser que l'estomac est celui de mes organes qui est le plus attaqué, et je ne suis pas éloigné de croire qu'il est atteint de la lésion qui conduisit mon père au tombeau, je veux dire d'un squirrhe au pylore... Je m'en suis douté dès que j'ai vu les vomissements devenir fréquents et opiniâtres... » Et, à un autre moment, soucieux de l'avenir, il ajoutait : « Faites avec soin l'examen anatomique de mon corps, de l'estomac surtout. Les médecins de Montpellier avaient annoncé que le squirrhe du pylore serait héréditaire dans ma famille. »

Nous ne discuterons pas aujourd'hui sur la nature du mal auquel on prétend qu'a succombé l'empereur, et dont seraient morts plusieurs membres de sa famille. On a vite dit que Napoléon appartenait à une *dynastie d'arthritiques;* le problème est, en réalité, beaucoup plus complexe, et l'heure n'est pas venue d'en précipiter la solution (1).

Nous voudrions seulement appeler l'attention sur un détail du procès-verbal d'autopsie de l'empereur, passé sous silence par les historiens, et qui appelle un commentaire dont l'importance ne saurait échapper à des médecins. « Le sac formé par la plèvre costale du côté gauche, lisons-nous dans la relation originale du docteur Antomarchi, contenait environ un verre d'eau de couleur citrine... *Le poumon gauche était légèrement comprimé par l'épanchement*, adhérait par de nombreuses brides *aux parties postérieure et latérale de la poitrine et du péricarde;* je le disséquai avec soin, je trouvai le *lobe supérieur parsemé de* TUBERCULES et QUELQUES PETITES EXCAVATIONS TUBERCULEUSES... *Le poumon droit était légèrement comprimé par l'épanchement*, etc. »

D'après les lignes qui précèdent, il est indéniable que *Napoléon était tuberculeux.* Seulement, sa tuberculose étant greffée sur un terrain arthritique, l'évolution du bacille a été très lente (1) et la lésion s'est pour ainsi dire immobilisée. Il n'est pas téméraire de supposer que le cancer ayant fait des progrès, le terrain soit devenu plus fertile pour la tuberculose qui, dans les dernières semaines ou dans les derniers jours, aurait envahi à nouveau un organisme qu'elle avait, pendant des années, respecté (2).

Ainsi s'expliquerait — mais n'anticipons pas — le Bonaparte maigre des campagnes d'Italie et d'Égypte ; et aussi — ce qui nous ramène à notre sujet — la phtisie tuberculeuse du fils de Napoléon, du duc de Reichstadt.

Mais il existe, si l'on peut ainsi parler, un autre facteur de tuberculose chez Napoléon II : c'est sa mère, la blonde, grasse et lymphatique Marie-Louise, auquel on prétend que l'*Aiglon* ressemblait par tant de côtés. Le maréchal Marmont, qui eut occasion de voir à Vienne le duc de Reichstadt, en donne le portrait qui suit :

« Je lui trouvai, dit-il, le regard de son père, et c'est en cela qu'il lui ressemblait davantage ; ses yeux, moins grands que ceux de Napoléon, plus enfoncés dans leur orbite, avaient la même expression, le même feu, la même énergie. Son front rappelait aussi celui de son père. Il y avait encore de la ressemblance dans le bas de la figure et dans le menton. Enfin, le teint était celui de Napoléon dans sa jeunesse, la même pâleur et la même couleur de peau ; mais tout le reste de la figure rappelait sa mère et la maison d'Autriche (3).

Selon l'expression, très heureuse, d'un de ceux qui l'approchèrent de plus près, les rapports qu'on aimait à établir entre les traits du duc et ceux de son père, étaient essentiellement déduits « de l'expression morale ou seulement de l'imagination créatrice de ses admirateurs » (4). L'empereur était pourtant convaincu que c'était surtout à lui que son fils ressemblait. Bien que l'enfant fût venu au monde

(1) C'est un travail ardu, d'autant plus long et difficultueux qu'il exige une abondante documentation et une analyse subtile. Il viendra à son heure, quand il sera parachevé et non quand l'opportunité des circonstances semblerait garantir le succès de sa publication. Il n'est pas trop de plusieurs années pour rédiger une *observation* détaillée et complète de malade, surtout quand ce malade porte un nom prestigieux, comme celui qui a vécu l'extraordinaire épopée que l'on sait. On est pris d'hésitation, voire de scrupules, avant de dévoiler les infirmités, les faiblesses d'un grand homme, que de telles révélations ne diminuent pourtant qu'aux yeux de ceux qui le rapetissent à leur taille.

(1) Cf. docteur BOUREAU. *Terrain tuberculeux, terrain arthritique*, Paris, 1898.

(2) Quoi qu'en pense le docteur Héreau (op. cit., p. 143-145), la tuberculose a très bien pu ne pas se manifester par des symptômes cliniques, étant pour ainsi dire jugulée par l'arthritisme.

(3) « La tête présentait un ovale très allongé. Le crâne, quoique de petites dimensions, relativement à la grandeur du corps, offrait néanmoins une heureuse conformation, selon le système goniométrique de Camper et les principes de Gall. La partie antérieure était haute et proéminente, mais peut-être un peu étroite; ses cheveux étaient peu nombreux; ses favoris rares, le nez aquilin, la lèvre supérieure petite et comme retraite, tandis que la lèvre et la mâchoire inférieures étaient, au contraire, très saillantes, disposition qui, en supposant qu'il y ait eu pendant la vie quelque ressemblance dans certaines parties de sa figure avec celle de Napoléon, la détruisait complètement, en lui donnant le caractère physiognomonique des princes de la maison d'Autriche, c'est-à-dire le *mutisme intellectuel*; en effet, *mort* il ressemblait beaucoup à l'archiduc François *vivant*. »

(4) Marie-Louise, quelques semaines à peine après la naissance du roi de Rome, écrivait à une amie : « ... Mon fils est étonnant pour son âge. Il a l'air d'avoir trois mois et rit déjà aux éclats. Il ressemble beaucoup à l'empereur. » *Correspondance de Marie-Louise.*

en état de mort apparente et qu'on eût eu beaucoup de peine à le faire revenir, les appréhensions s'étaient vite dissipées et Napoléon, remis de sa première alerte, écrivait à Joséphine, l'amie des bons et des mauvais jours :

« Mon amie, j'ai reçu ta lettre, je t'en remercie; *mon fils est gros et bien portant*, j'espère qu'il viendra à point; *il a ma poitrine*, *mes yeux*, *ma bouche*; j'espère qu'il remplira sa destinée (1). ».

Napoléon fut pour cette fois mauvais prophète: une mort prématurée devait enlever le *Fils de l'Homme* avant qu'il eût accompli son destin.

Le Destin l'avait marqué au front, comme il marqua Œdipe et cette famille des Atrides, dont l'antiquité nous a transmis la tragique histoire. Napoléon II ne pouvait échapper à cette fatalité inéluctable, à *l'hérédité morbide*, à la faveur de laquelle s'éclairent d'une si vive lueur ces dégénérescences des races, ces morts en apparence inexplicables, que le vulgaire attribue à une puissance occulte, dont il soupçonne l'existence, qu'il *personnalise*, sans arriver à en formuler les contours imprécis.

I

Rien ne pouvait faire présager l'avenir douloureux qui attendait le fils infortuné de Marie-Louise et de Napoléon. Dès les premiers mois, la mère du jeune roi mandait à la comtesse de Crenneville : « Mon fils est fort et beau. L'air de Saint-Cloud, que nous habitons depuis un mois, lui fait grand bien. »

Un peu plus tard, elle se plaît à constater que l'enfant « profite à vue d'œil ».

Au retour d'un voyage en Belgique, elle retrouve son fils « bien fortifié, ayant quatre dents... mais maigre et pâle, ce qui provient de la dentition » (2). Mais c'est surtout Napoléon qui prend souci de la santé du futur héritier du trône. Le 30 septembre 1811, il recommande à la gouvernante du petit roi de ne pas trop prêter l'oreille aux conseils des médecins, et de s'attacher à fortifier, par un régime solide, la constitution de son pupille. Tout occupé qu'il soit des préparatifs de la campagne de Russie, il trouve encore le temps d'écrire à Mme de Montesquiou : « J'espère que vous m'apprendrez bientôt que les quatre dernières dents sont faites. »

Dans une lettre qui date de 1813, Marie-Louise nous donne les renseignements les plus satisfaisants sur l'état de l'enfant à cette époque : « Mon fils se porte à merveille, écrit-elle dans une de ses lettres intimes; il n'a jamais été un instant sérieusement malade depuis sa naissance, et il a toutes ses dents depuis trois mois. Je n'ai qu'à me louer de sa santé. Il embellit et se fortifie à vue d'œil... »

Sa santé ne commença à s'altérer qu'à l'âge de dix-sept ans. Sa croissance était devenue tout à coup si rapide, que ses organes, et en particulier son thorax, ne s'étaient pas développés en proportion et qu'il en était résulté une faiblesse des plus marquées. Il se sentait fatigué de corps et d'esprit. Son énergie morale réussit pendant un temps à triompher du mal qui le menaçait. Il rougissait de rester inactif. C'est alors qu'il se livra avec intempérance aux exercices physiques, espérant ainsi vaincre sa lassitude.

Avec les souffrances physiques, il endurait des tortures morales, autrement épuisantes. Les rapports du docteur (Malfatti), dit Prokesh-Osten, « n'expliquaient pas les causes primordiales de l'état de choses qu'il signalait. Le prince a succombé au chagrin qui le dévorait et qui était le résultat de sa situation et de l'inactivité à laquelle étaient condamnées ses plus nobles facultés. Il m'est impossible de renoncer à la conviction qu'une jeunesse heureuse et active aurait contribué pour beaucoup à fortifier le corps et que l'arrêt qu'a subi le développement des organes a été le résultat des souffrances morales. J'ai assez connu cette âme pour comprendre que ses tourments aient dû briser le corps; mais j'avais rejeté bien loin l'époque de la crise fatale, et je m'étais plu à espérer qu'un revirement salutaire dans la destinée de cet infortuné jeune homme surviendrait à temps pour reculer l'heure de sa mort (1). »

(1) Cité dans les *Annales de l'École libre des Sciences politiques*, t. II, 1896, p. 269-270.

(2) *Correspondance de Marie-Louise*, citée par H. Welschinger, *Le Roi de Rome*, 1897.

II

Le docteur Malfatti avait été mandé pour la première fois auprès du prince dans les premiers mois de 1830. Il a consigné, dans un écrit, dont le regretté Etienne Charavay (2) avait bien voulu jadis nous communiquer une copie, dans quelles circonstances il fut appelé à donner ses soins au fils de Napoléon. La pièce, bien qu'elle n'ait pas la précision d'un document scientifique, ne saurait être passée sous silence. C'est encore la relation la plus circonstanciée que nous connaissions de la maladie du duc de Reichstadt.

« En mai 1830, écrit Malfatti, je fus appelé près du duc de Reichstadt avec le titre de son médecin ordinaire. Je succédais à trois hommes de haute renommée, le célèbre Franck et les docteurs Goëlis et Standenheimer. M. de Herbeck avait rempli auprès du prince l'office de chirurgien ordinaire.

Mais ces médecins n'ont pas laissé de journal de la santé du jeune duc. Le comte de Dietrichstein eut la bonté de réparer ce vide en me communicant (*sic*) lui-même quelques particularités antécédentes, de la connaissance desquelles je ne pouvais me passer. Le prince mangeait très peu et sans appétit; son estomac semblait trop débile pour supporter la quantité de nourriture proportionnée au besoin de sa croissance rapide et presque stupéfiante. A l'âge de 17 ans, sa taille arrivait déjà à cinq pieds huit pouces. De temps en temps il avait de légers maux de gorge et il était sujet à une sorte de toux habituelle et à une journalière sécrétion de mucosités. Le docteur Standenheimer avait dès lors manifesté de vives inquiétudes pour une prédisposition du prince à une phtysie procédant par l'artère aspera (3) : je m'informai des prescriptions données pour s'opposer à ces symptômes de mauvais augure. Quelque notion que j'eusse d'une prédisposition morbide héréditaire dans la famille de Napoléon, mes premières recherches me montrèrent et me donnèrent l'assurance que le prince souffrait d'une affection cutanée, *herpes farinaceum*.

Je ne pouvais approuver l'usage des bains froids, auquel s'était aussi opposé le chirurgien de Herbeck, peut-être en raison de la pratique acquise par lui sur la faible construction organique de la poitrine du prince. Afin de réagir sur le système cutané, j'employai avec un bon succès les bains *muriatici* (4) et les eaux de Seltz mélangées avec du lait.

(1) Prokesch-Osten, *Mes relations avec le duc de Reichstadt*, cité dans les *Annales de l'École libre des Sciences politiques*, loc. cit.

(2) Cette copie diffère légèrement du récit rapporté par M. de Montbel, dans son livre, p. 219 et suivantes.

(3) La trachée-artère.

(4) D'acide muriatique ou chlorhydrique.

Dans l'automne suivant le prince devait entrer dans la carrière militaire, objet incessant de tous ses vœux et sur lequel se concentraient tous ses désirs; il en avait déjà obtenu la permission qu'il avait si ardemment sollicitée. Vous vous imaginez la faveur que j'obtins auprès de lui, lorsque je dus m'opposer formellement à un tel changement de vie : j'exposai les motifs de mon avis contraire dans un rapport analogue que je soumis le 15 juillet 1830 à ses augustes parents. J'y démontrai que dans cet état de croissance excessive du corps — et d'une croissance disproportionnée au développement d'un système organique prédisposé à une faiblesse générale plus grande encore du côté de l'estomac — une maladie accessoire quelconque pouvait devenir très dangereuse, et pour le présent et pour l'avenir, qu'il fallait employer telle méthode qui garantisse le prince de toutes les influences atmosphériques et du besoin de forcer la voix, fatigue à laquelle l'obligeait continuellement le service militaire.

Mon rapport trouva bon accueil auprès de l'empereur, et l'entrée au service militaire fut différé de six mois. Grâce à l'assiduité et au secours des révulsions artificielles, les symptômes inquiétants diminuèrent visiblement; l'hiver se passa assez heureusement pour lui, mais la croissance de sa taille continuait.

Au printemps de 1831, le prince entra dans le nouvel état de sa vie après lequel il avait tant soupiré. De ce moment il refusa tous mes conseils; je fus réduit à être seulement le spectateur inactif d'un zèle démesuré, d'une passion sans limite pour ses nouveaux exercices; il croyait alors de son devoir de suivre uniquement cette passion qui plaçait son faible corps au milieu de privations et de fatigues absolument incompatibles avec ses forces. Il eût considéré comme un opprobre, comme un acte vil de manifester ses souffrances sous les armes. Outre que j'avais à ses yeux le tort impardonnable d'avoir retardé sa carrière, il semblait qu'il craignait que mes observations l'interrompissent de nouveau. C'est pourquoi, si dans la conversation il usait toujours avec moi des meilleurs égards, comme médecin je ne pus plus obtenir une syllabe de vérité de lui. Il me fut impossible de l'induire à reprendre l'usage des bains *muriatici* et des eaux minérales qui lui avaient fait tant de bien l'année passée. *Je n'ai pas le temps*, était sa seule réponse.

Plus d'une fois je le surpris dans sa chambre réduit à un état d'extrême fatigue. Un jour entre autres, je le trouvai couché sur un canapé, à bout de forces, exténué, presque évanoui. Il ne pouvait en ce moment me cacher un état pénible qui se montrait à moi avec trop d'évidence. « Je rage, me dit-il, contre ce malheureux corps, qui ne peut être à la hauteur de la volonté de mon âme. — C'est dommage en vérité, lui répondis-je, que Votre Altesse ne puisse changer de corps comme elle change de chevaux, quand ils sont fatigués! Mais je supplie encore une fois Votre Altesse de considérer qu'elle a une âme de fer dans un corps de cristal et que l'abus de la volonté ne peut que lui devenir funeste. »

De fait sa vie était devenue comme un vrai foyer de combustion : il dormait à peine quatre heures, bien qu'il eût naturellement besoin de beaucoup de sommeil, il ne prenait presque pas de nourriture d'aucune sorte. Toute sa vie était concentrée dans le mouvement des exercices à pied et à cheval; il ne savait pas ce que c'était que le repos: pendant ce temps sa taille s'allongeait encore et il maigrissait de plus en plus; la carnation de son visage devenait livide. A toutes mes demandes sur sa santé, il répondait : *Je me porte parfaitement.*

Au mois d'août il fut pris d'une violente fièvre catarrhale. Tout ce que je pus obtenir, c'est qu'il restât à la chambre et au lit pendant une journée.

Nous nous consultions souvent, le général Hartmann et moi, sur la nécessité de mettre un terme à un système de vie qui menaçait une existence si fragile... »

III

Le général Hartmann était le précepteur militaire du duc. Cet officier très distingué de l'armée autrichienne a laissé les notes les plus intéressantes sur la santé du prince, dans les derniers mois qui ont précédé sa mort : des notes, nous devrions plutôt dire des bulletins de santé, sous forme de rapports adressés à l'empereur François Ier, pour le renseigner sur l'état du jeune prince dont il avait la garde et la terrible responsabilité.

Nous ne donnerons de ces rapports que l'essentiel, ce qu'il est indispensable d'en connaître (1).

D'après la relation du général Hartmann, l'enrouement aurait commencé à se manifester chez le duc quatre jours après qu'il eut pris le commandement du bataillon d'un régiment d'infanterie hongroise, exactement le 19 mai 1831. Le général ne crut pas devoir l'empêcher de continuer son service, trouvant une explication naturelle (2) à ce qui était au contraire un symptôme prémonitoire d'un mal organique avancé.

« A cette époque, rapporte le comte Hartmann (3), il n'y avait pas encore d'indices visibles de la maladie, quoique actuellement il soit indubitable qu'il portait dès lors les germes du mal terrible auquel il a succombé. Cependant, bientôt, de légères attaques de toux assez fréquentes, la prolongation de son enrouement, sa faiblesse après les fatigues, me semblèrent des preuves évidentes d'une constitution bien peu satisfaisante, et qui méritait une attentive surveillance, de continuels ménagements; mais le prince persistait à attribuer sa faiblesse au peu d'habitude qu'il avait de se livrer aux exercices du corps. Un mouvement actif pouvait seul guérir, disait-il, le mal qu'avait produit en lui la suite non interrompue d'une trop longue application aux études sédentaires. Avec une incroyable force de caractère, il cachait soigneusement, autant qu'il était possible, tous les symptômes d'indisposition phtisique, tant il craignait que la connaissance de sa situation réelle n'amenât la décision de son retour à une vie paisible et retirée. »

Le séjour de Schœnbrunn, que lui avaient conseillé ses médecins, rendit quelque espoir à l'entourage du duc. Ses forces renaissaient, les symptômes de sa maladie semblaient s'amender.

Encouragé par cette amélioration inespérée, le prince voulut suivre l'empereur aux grandes chasses qui avaient lieu dans cette saison en Autriche.

« L'humidité, le froid et la fatigue renouvelèrent ses accidents et ses souffrances. Son état de faiblesse n'avait jamais entièrement disparu; il se manifestait par une propension

(1) Cf. *Revue historique*, mai-juin 1897.

(2) « Cet effet, écrit-il, est généralement produit sur tous ceux qui n'ont pas l'habitude de commander une ligne étendue, même sur les personnes les plus robustes. » *Le duc de Reichstadt*, par M. de Montbel, 1836, 3e édition, p. 217.

(3) Montbel. *Loc. cit.*

au sommeil qui ressemblait à de l'engourdissement. Des symptômes fâcheux se déclarèrent de nouveau. Ses mains devinrent jaunâtres, circonstance souvent observée dans le prince, dès ses premières années, qu'on avait attribuée successivement à des engelures, à l'insensibilité de la peau, à un défaut de force vitale, et qui avait résisté à tous les efforts de l'art (1). »

Le prince se montrait, il est vrai, peu docile aux prescriptions de ses médecins. Le docteur Malfatti lui disait un jour : « Comme prince bon et aimable, j'ai pour vous un profond attachement, mais je ne vous aime pas comme malade. — Et moi, répliqua le prince, je vous aime beaucoup comme savant et homme d'esprit. Mais vous savez que je déteste la médecine (2). »

Malfatti avait décidé d'envoyer son malade aux bains d'Ischl, dès que la température et aussi l'état du duc le permettraient. Mais celui-ci, à peine convalescent, commettait une imprudence, et tous les remèdes échouaient. « Il semble, disait son médecin, qu'il y ait dans ce malheureux jeune homme un principe actif qui le pousse à se suicider : tous les raisonnements, toutes les précautions échouent contre cette fatalité qui l'entraîne. »

L'équinoxe du printemps fut une époque funeste. La fièvre, les engorgements au foie (3), et des « excrétions de nature suspecte » éveillèrent à nouveau l'inquiétude des médecins.

Au mois d'avril, l'amaigrissement, joint à d'autres signes, tels qu'une accélération insolite du pouls, une expectoration purulente, indiquait à des yeux exercés une aggravation notable. Le docteur Malfatti, qu'une attaque de goutte retenait loin du prince, désigna pour le remplacer les docteurs Reiman et Wichrer. Malfatti avait prévenu ses confrères qu'il avait prescrit au duc des *bains de tripes*, « vu l'état de dépérissement produit par la suspension des forces digestives. »

Les médecins, jugeant que le remède était opportun et même urgent (*sic*), approuvèrent l'idée de leur collègue, et le prince prit deux bains de tripes pendant deux jours consécutifs !

Chose extraordinaire, la fièvre s'arrête sous l'influence de ce traitement au moins singulier : nous voulons plutôt croire à une coïncidence qu'à une relation de cause à effet.

(1) MONTBEL. *Op. cit.*, p. 256.
(2) *Ibid.*
(3) Malfatti le soignait pour un engorgement du foie. Dans une lettre, datée du 17 mars 1832, c'est-à-dire antérieure de quatre mois seulement à sa mort, il rend compte à sa mère de l'état de sa santé, du traitement qu'il suit et du genre de vie qu'il mène à la cour de l'empereur. Cette lettre est empreinte d'une certaine mélancolie ; et il avoue lui-même que son humeur morose et atrabilaire le rend peu dispos pour le travail et insouciant pour les agréments de la vie. Malfatti le soigne, dit-il, pour un engorgement du foie, bien que sa maladie principale soit une rapide croissance ; il lui faut surtout du repos, et il ne pourra l'obtenir qu'en renonçant à commander, ainsi que les années précédentes, un bataillon de deux cents hommes. « Si je pense à l'avenir qui peut s'ouvrir devant moi, je trouve que j'ai vis-à-vis de l'humanité le devoir sacré de me guérir, et ce n'est que sous ce point de vue que je vous importune avec des détails de ma santé. » Il va régulièrement au spectacle ; c'est le seul moment où il fait sa cour à l'empereur. On vient de donner au théâtre de la Burg une nouvelle tragédie de Raupach, *Le roi Enzio ;* la diction en est sublime et le sujet touchant, on y a beaucoup pleuré et lui-même a versé trois ou quatre larmes. « L'empire de la musique est maintenant bien désert, il y a six mois qu'on nous a donné le dernier opéra qui en mérite le nom ; c'est *La Straniera* de Bellini, que je crois digne de tenir la balance au *Pirate.* » (*Gazette anecdotique*, 1883, t. I, p. 200-201.)

A peine eut-il quelque force que le prince retomba dans son vieux péché : il remonta à cheval. Le temps était humide et froid ; il crut vaincre l'impression de l'air en menant pendant quelques heures son cheval à une allure effrénée. Rentré chez lui, il héla une voiture et alla se promener au Prater jusqu'au coucher du soleil. Une roue se cassa par malheur ; le prince s'élança au milieu de la rue, mais ne put se tenir debout ; ses forces l'abandonnèrent, il tomba meurtri. Cette imprudence fut suivie d'un violent accès de fièvre et d'une fluxion de poitrine qui amenèrent de graves accidents, et notamment « la perte de l'ouïe de l'oreille gauche ».

Le 15 mars 1832, la température s'étant adoucie, le duc tenta quelques nouvelles promenades à cheval et en voiture découverte. « A part une grande lassitude, très naturelle après une longue maladie, une toux légère et des évacuations bilieuses, le prince se trouva bien. »

Mais la température se rafraîchit, et tous les malaises antérieurs reparaissent. Les médecins espéraient beaucoup d'un séjour à la campagne et d'une saison de bains à Ischl, où le malade devait se rendre au mois de juin, si le temps le permettait.

Le 23 mai, le docteur Malfatti fait transporter le malade à Schœnbrünn. Grâce à la température douce dont il jouit dans sa nouvelle résidence, il peut se livrer à un exercice modéré à pied. « Ses accès de fièvre sont moins violents, quoique plus tenaces ; les nuits sont un peu plus tranquilles ; la toux a légèrement diminué, l'expectoration est par conséquent moins abondante, mais toujours de même nature. Le prince a commencé sa cure de lait d'ânesse mélangé, pendant les premiers jours, d'eau de Seltz et ensuite d'eau de Marienbad... Les hémorroïdes ont été un peu plus fortes, sans que pour cela il se soit produit un changement général (1). » Ces hémorroïdes annonçaient bien un tempérament arthritique, enté sur un terrain tuberculeux.

Cependant la fièvre et la toux ont diminué ; le sommeil et l'appétit sont meilleurs. Ce n'est qu'une accalmie de faible durée : la toux ne tarde pas à augmenter de fréquence, le malade reste plongé durant des heures dans une somnolence inquiétante ; le pouls est plus fréquent qu'à l'état normal ; on applique des sangsues aux tempes.

Sans nous arrêter à l'originalité de ce traitement, poursuivons la relation du précepteur.

Dans les premiers jours de juin, l'état du prince est devenu alarmant ; le médecin traitant parle de s'adjoindre des confrères.

Le 9 juin, on doit suspendre l'usage du lait d'ânesse (2) qui produit un relâchement intestinal. Les forces ne reviennent pas, le pouls est toujours aussi fréquent. Le docteur Malfatti provoque l'avis des docteurs Vivenot, Turckheim et Wirer, qui déclarent que le traitement employé doit être continué, mais qui ne dissimulent pas la gravité du pronostic.

La toux, l'expectoration ne diminuent pas ; celle-ci est même fortement mêlée de sang et accompagnée d'une violente fièvre. Les médecins, rappelés, attribuent l'aggravation du mal « à la rupture d'un abcès du poumon ».

La nouvelle de l'arrivée prochaine de sa mère Marie-Louise provoque chez le malade une réaction salutaire. Les quintes de toux sont, à la suite de cette visite, tant espérée, moins fréquentes, moins fatigantes ; l'enrouement, qui était survenu depuis deux jours, est également moindre.

(1) Voir la *Revue historique*, mai-juin 1897.
(2) Cf. la *Note sur le traitement de la maladie du prince*, dans l'ouvrage de M. de Montbel, p. 420.

Le prince passe par des alternatives d'amélioration et d'aggravation de son état, mais la faiblesse est de plus en plus marquée (1). L'appétit est presque nul « et ce n'est qu'à force de persuasion qu'on réussit à faire absorber un peu de nourriture au prince ». Il expectore du pus en quantité assez considérable, et il lui devient de plus en plus pénible de parler et d'avaler. La catastrophe finale se prépare; le dernier rapport est daté du 20 juillet, deux jours avant la mort de l'infortuné duc de Reichstadt.

IV

Quelle impression Marie-Louise a-t-elle ressentie à la nouvelle de la maladie et de la mort de son fils?

Il ne paraît pas que son émotion ait été bien vive, si nous en jugeons par les lettres mises au jour en ces dernières années par M. Edouard Wertheimer (2).

Sans doute, elle se dit « abattue, attristée, inquiète » de l'état de son fils, mais ce n'est qu'à la fin de juin, c'est-à-dire quand le mal est arrivé à son ultime période, que sa sensibilité maternelle s'émeut et qu'elle se décide à partir pour Schœnbrünn. On lui mande que le prince « est de plus en plus maigre, d'aspect faible et las; dans ses accès de fièvre, ses joues se couvrent de marbrures rouges indicatives des maladies de poitrine ». Elle est, à l'entendre, très remuée, mais ses alarmes ne se traduisent que dans ses lettres.

Le docteur Malfatti « souhaite vivement qu'elle vienne »; les nouvelles « sont de plus en plus inquiétantes »; elle attendra encore quelques jours (3) avant de se rendre auprès de ce moribond! Est-ce un cœur de mère qui bat dans la poitrine de cette impératrice déchue, et comment peut-il se trouver des historiens pour apprécier avec indulgence une telle sécheresse d'âme?

Au moins la mère va-t-elle se retrouver en présence de ce corps miné par la maladie? Ecoutez l'impression que cette Autrichienne apathique a ressentie, quand elle a revu son fils après plusieurs mois d'absence : « ... Je m'étais fait, écrit-elle, une si terrible image de son état que, quand je suis arrivée ici hier au soir, je l'ai trouvé un peu mieux que je m'y attendais. *Le ciel m'a donné la force de ne pas lui montrer ma douleur*, et il en a été tout réconforté. »

Cependant le mal fait de redoutables progrès. Le *Fils de l'Homme* est perdu sans retour... On attend l'explosion déchirante d'une douleur jusque-là contenue. Mais l'ex-souveraine est préparée au coup fatal et n'espère plus que dans l'au-delà. « Je mets toute ma confiance en Dieu; mon bonheur ou mon malheur sont dans ses mains et il dirigera tout pour mon plus grand bien. » Fatalisme commode et qui n'abîme pas la santé!

Les souffrances du malade arrivent à leur fin : le prince expire dans les bras de sa mère. Le même jour, cette femme, douée vraiment d'une heureuse nature, annonce en ces termes, d'une froideur désespérante, le grave événement :

« Mon pauvre fils vient d'expirer à l'instant, à cinq heures dix minutes. Le ciel a exaucé mes prières et lui a accordé une mort douce et paisible. Je vous baise les mains, mon cher papa, et vous remercie de toutes les bontés et de toute l'affection que vous lui avez témoignées; mon cœur, plein de tendresse filiale pour vous, vous en gardera une reconnaissance éternelle. »

Explique qui voudra par la foi religieuse cette étrange attitude, cela ne nous empêchera point de dire que celle qui eut l'honneur inespéré d'être la femme de César ne sut jamais, au milieu des épreuves que lui réserva le sort, se montrer à la hauteur de son rôle; rôle ingrat, sans aucun doute, mais qu'elle pouvait au moins ne pas rendre odieux.

V

Si on peut reprocher à Marie-Louise de n'avoir apporté le réconfort de la tendresse maternelle à son fils qu'au lit de mort, on ne saurait l'accuser sans injustice d'avoir hâté sa fin.

S'il est des coupables en cette circonstance, ce sont ceux-là même qui avaient la mission de veiller sur la santé du prince, et qui, par ignorance, plus que par imprudence, n'ont su opposer qu'une médication empirique à un mal, qu'un traitement énergique serait peut-être parvenu à enrayer.

Pendant longtemps des bruits étranges ont couru sur la mort du duc de Reichstadt. On a laissé planer des doutes sur cette fin qui n'était pourtant que l'aboutissant logique d'une maladie arrivée à son terme.

Avant le dénouement fatal, on chuchotait, on écrivait (1) même que le duc de Reichstadt succombait à un empoisonnement. Ce bruit était si répandu que le roi de Bavière lui-même demandait à l'ambassadeur autrichien, accrédité auprès de la Confédération germanique : « Dites moi, le duc de Reichstadt est-il mort de mort naturelle? » Rendu attentif par la réponse de l'ambassadeur à l'inconvenance de sa question, il ajoutait aussitôt : « Comprenez-moi bien;

(1) Dans son numéro du 3 juillet 1832, col. 14896, le *Temps* reproduisait l'extrait qui suit d'une lettre qui lui était parvenue de Vienne :

« A propos de Napoléon, son malheureux fils se meurt décidément. Malfatti, son médecin, m'en avait parlé il y a quelque temps de manière à laisser de l'espérance; mais cette dernière lueur s'est évanouie. Le duc de Reichstadt est attaqué d'une phtisie pulmonaire qui le détruit lentement. Le pauvre jeune homme disait il y a quelques jours : « Si jeune! N'y a-t-il donc aucun remède? Ma naissance et ma mort, voilà donc quels seront les seuls souvenirs!... »

Il y a quelque temps, sa mère lui envoya le berceau de vermeil que lui avait donné la ville de Paris. Il l'a fait déposer au trésor impérial, et rappelant cette circonstance, il disait il y a quelques jours : « Comme ma tombe sera près de mon berceau! »

J'étais à Paris lors de sa naissance. J'assistai à la grande revue que passa Napoléon à cette occasion, comme pour présenter aux troupes cet enfant déjà décoré d'une couronne! Qui m'eût dit alors que, vingt ans après, proscrit comme lui par nos discordes civiles, je le verrais mourir à Vienne? Sa mère est malade loin de lui... On le plaint, on le regrettera : il était bon, affectueux, spirituel et d'une belle figure... On a dû l'administrer ce matin. Quelle triste et malheureuse destinée!... »

(2) *Revue historique*, loc. cit.

(3) C'est le 6 juin 1832 que Marie-Louise annonçait à son peuple qu'elle allait se rendre auprès de son fils.

Voici ce que publiait le *Temps* dans son numéro du 5 juillet 1832, col. 14936 :

« L'archiduchesse Marie-Louise a adressé la lettre autographe suivante à la commission de gouvernement chargée de délibérer sur les affaires de l'État pendant son absence :

« Des nouvelles alarmantes m'étant parvenues sur l'état de santé de mon fils bien-aimé le duc de Reichstadt, ces nouvelles affligent profondément mon cœur, et je me suis déterminée à me rendre d'ici à peu de jours à Vienne pour quelque temps.

L'absence que je ferai de mes États sera pourtant aussi courte que possible. Je ne puis, en conséquence, que chaudement recommander à la commission à laquelle j'ai confié les délibérations sur les affaires d'État pendant ma courte absence, de continuer à exercer ses fonctions jusqu'à mon retour, pour le bien de mes sujets bien-aimés, avec autant de zèle et de sollicitude qu'elle en a mis jusqu'ici à remplir les charges de sa mission.

MARIE-LOUISE.

Trieste, 6 juin 1832. »

(1) Cf. le *Temps*, 14 juillet 1832.

comme il y a en France deux partis qui ont intérêt à sa mort, je me demande si rien n'a été tenté de ce côté contre le fils de Napoléon (1). »

L'auteur de *Révélations sur la mort du duc de Reichstadt* écrivait, d'autre part, dès 1833 :

« Relativement à la mort du duc de Reichstadt, les uns, ignorants et par conséquent le plus grand nombre, disaient hautement qu'il avait été empoisonné. Les autres, plus timides, sans oser parler du poison, suspectaient sa mort de ne pas être naturelle. Une certaine fraction, moins nombreuse et moins brute, prétendait que jeune on ne l'avait pas convenablement élevé et que sa mort était la conséquence de sa vie violente.

De prétendus initiés à des secrets qui n'existent pas, ont trouvé bonnes et justes à exploiter la présence du duc de Raguse à Vienne et ses fréquentes visites au duc de Reichstadt, en le dotant d'un crime de plus dans l'opinion. Une coterie médicale, éparpilleuse de scandales, a signalé son médecin Malfati comme un empoisonneur, et à défaut de meilleurs arguments l'a condamné sur son silence. »

L'écrivain anonyme dont nous venons de citer le texte, eut occasion de voir, nous dirions actuellement d'interviewer à l'époque le docteur Malfatti sur le rôle qu'on lui prêtait et il nous a transmis, l'ayant ouï de sa bouche, le plaidoyer justificatif du médecin du prince :

« Deux mois plus tard, j'eus occasion de visiter Malfati; j'allai plusieurs fois à sa maison d'Hietzing près de [Schœnbrun, et toujours je le trouvai irrité du rôle dont le public l'a recouvert...

Revenant à sa maladie, il m'assurait avoir pronostiqué juste sur les conséquences de sa constitution naturellement débile et avoir fortement protesté, dans un mémoire remis à l'empereur, contre la décision prise de le faire entrer au service militaire, comme au-dessus de ses forces et devant solliciter le développement des dispositions maladives que comportait son organisation, mais que son avis avait été dédaigné ou n'avait pas prévalu devant des considérations d'un autre ordre.

Ici, il me déclara qu'à son tempérament essentiellement lymphatique, le duc de Reischtadt joignait une affection dartreuse extrêmement intense, dont il était pour ainsi dire tout imprégné et qui apparaissait alternativement sur différents points de la surface du corps. Cette maladie de peau, qu'il regardait comme constitutive, aurait été, selon Malfati, toute sa maladie et par conséquent l'unique cause de sa mort. En effet, en suivant attentivement l'histoire de cette affection cutanée et en la prenant pour point de départ, on arrive, sans conséquences forcées, au principe de l'affection des poumons, à son invasion, à ses diverses périodes et à sa funeste terminaison.

Il est de toute vérité que le duc de Reichstadt était dartreux, qu'en grandissant cette affection de peau avait fait des progrès et qu'enfin, dans les dernières années de sa vie, elle avait pris un caractère de permanence très positif, sous la forme de *dartres vives* fixées à l'une et l'autre aisselle.

Il est aussi irrécusable qu'il y a deux ans environ, un médecin, qui n'est pas Malfati, ordonna des bains froids, dont l'usage fit disparaître, dans l'espace de quelques semaines, toute apparence dartreuse. Depuis ce temps, la peau a réellement cessé d'être le siège de toute éruption, mais c'est depuis ce temps aussi que la santé du prince s'est sensiblement altérée, puis totalement éteinte. Selon Malfati, c'est à la répercussion de cette affection cutanée sur les organes pulmonaires qu'il faut rapporter les graves altérations pathologiques dont ils étaient le siège et que l'autopsie a si manifestement signalées.

Toute cette circonstance de répercussion, selon Malfati, ne serait pas la cause exclusive, absolue, de la mort; elle peut avoir été cause déterminante, secondaire, mais non primitive; comme telle, il y avait d'abord une constitution lymphatique, une manière d'être anormale du tissu organique, sans laquelle peut-être n'aurait pas pu se développer la série de symptômes qui ont amené une terminaison funeste. Telles sont à peu près les conclusions auxquelles conduit l'observation conjointe des lésions matérielles et des dispositions individuelles primitives...

Selon l'opinion vulgaire la plus accréditée parmi la populace, on a dit que pendant toute la maladie du duc, Malfati avait toujours marché le poison à la main, que sciemment, pour arriver à un but arrêté, prescrit et consenti, il avait soumis son malade à un traitement dont il calculait froidement l'influence homicide. Selon les prôneurs de cette hypothèse, ce calcul régicide a duré deux ans. Pendant deux ans, Malfati aurait divisé les jours de son malade par l'action d'un poison; et toutes les vingt-quatre heures, il aurait fait la soustraction de 1/100 de son existence. Ce serait par trop atroce et c'est d'une trop grossière absurdité pour supporter le raisonnement, une telle accusation est au-dessous de toute réfutation; je passe outre.

Dans le second cas, on l'a accusé d'ignorance. Hélas! cela ne change rien au résultat, sans doute, mais la question de préméditation se trouve écartée; le blâme ne se limite plus à Malfati, il s'étend en outre à ceux qui n'ont pas su ou qui n'ont pas voulu confier à des lumières plus brillantes et plus sûres, des jours qu'ils passent pour avoir sacrifiés à leurs systèmes.

On le conçoit, la vérité est difficile. Pourtant toutes les probabilités militent en faveur de cette dernière opinion, soit en rétrogradant sur les antécédents de la carrière pratique de Malfati, soit en l'entendant raisonner science médicale; dans les deux cas, Malfati n'est rien moins qu'un ignorant. Il possède des connaissances anatomiques, mais c'est le type des médecins selon Galien, des humoristes, des polypharmaques, la médecine allemande résumée; en l'entendant parler thérapeutique et physiologie, on croit la science rétrogradée, rajeunie de 20 siècles.

En voici une preuve que j'ai recueillie de sa bouche et qui rappelle tout à fait la soupe aux cailloux : je lui parlais de la possibilité à laquelle je croyais qu'il était présumable d'arriver, de dissoudre la pierre dans la vessie; il me répondit qu'il le croyait aussi, et que même il avait un remède presque infaillible, qui consistait à faire bouillir un caillou (du silex) dans un vin rouge un peu acide et à faire boire cette préparation au malade. Il était de bonne foi; il pensait que son silex était soluble et que le vin agissait, non par l'acide qu'il contient naturellement, mais par les principes d'un caillou *insoluble* qu'il ne peut par conséquent ni dissoudre ni contenir et dont la présence au milieu du vin, n'est qu'un charlatanisme de bonne femme. D'après cela, on peut juger Malfati par induction (1). »

(1) *Revue historique*, mai-juin 1897, p. 82-83.

(1) *Révélations sur la mort du duc de Reichstadt*, 1833, loc. cit.

VI

Une autre version qui eut cours, et qui, après tout, n'était pas dénuée de vraisemblance, attribuait à la cour d'Autriche la fin prématurée du fils de Napoléon.

« D'autres, peut-être, ennemis de Metternich ou de la politique du cabinet autrichien, soutiennent qu'il y a eu dans cette mort prématurée un principe d'atroce combinaison, de froide et longue réflexion, et que ces quinze années passées à la cour de Vienne n'ont été qu'une torture continue, qu'une lente agonie (1). »

Du vivant du prince, avait paru dans un journal de Londres très répandu (2), une note des plus agressives à l'égard de Metternich. L'astucieux diplomate y était rien moins que ménagé.

« Nos lecteurs pourront se souvenir du ton impertinent avec lequel les gazettes allemandes donnèrent un démenti, il y a quelques semaines, au *Courier*, pour avoir annoncé que les médecins avaient annoncé la maladie du duc de Reichstadt incurable. Maintenant le danger dans lequel est sa vie ne pouvant plus être caché, les gazettes allemandes en conviennent, mais elles se gardent bien de faire savoir au monde la cause de la maladie qui conduit le jeune prince au tombeau.

Le duc de Reichstadt est la victime de la politique à combinaisons froides qui caractérisent l'école de Metternich. Il y a longtemps que les médecins du prince déclarèrent que le changement d'air et de pays lui était nécessaire ; malheureusement les gens adonnés au système de Metternich trouvèrent dans le nom de Napoléon assez de motifs pour refuser (3) de le laisser aller dans le climat chaud de l'Italie... »

Certains allaient plus loin dans leurs insinuations; ils affirmaient, sans ambages, que la cour de Vienne avait soudoyé l'assassin du duc de Reichstadt.

(1) *Ibid.*

(2) Le *Courrier de Londres*, reproduit par le *Temps*, 5 juillet 1832.

(3) La lettre suivante, qui appartient à M[me] de Silveira, fille cadette du baron de Méneval, lequel fut secrétaire intime de Napoléon, est à cet égard des plus explicites. Elle a été publiée dans le numéro du *Figaro* qui porte la date du 16 juillet 1895 :

« Mont-Dore, 9 août 1832.

J'étais bien préparé, ma chère amie, à la perte douloureuse dont j'ai appris la nouvelle. J'avais vu, avant de quitter Paris, une lettre du docteur Malfatti à Antomarchi, qui lui donnait de longs détails sur la nature de la maladie de l'infortuné prince. Il était attaqué d'une phtisie tuberculeuse arrivée à son dernier période et malheureusement incurable. Depuis longtemps, les médecins sollicitaient son éloignement de Vienne; mais la Sainte-Alliance s'y est constamment opposée. Metternich n'a pas osé lui désobéir et l'empereur s'est séparé de son petit-fils, en pleurant, pour ne pas le voir mourir. Dieu nous préserve d'avoir des cœurs de souverains !

C'est un nouvel attentat dont la coalition s'est chargée et qui ajoutera à l'exécration que lui vouera la postérité. Je crois au désespoir de sa mère, mais je ne la crois pas inconsolable... Dieu lui pardonne ! Que de maux sa faiblesse nous cause !

Une profonde obscurité couvre l'adolescence et la mort du jeune infortuné. Les crimes qu'a vu commettre le moyen âge étaient empreints d'une énergie sauvage qui avait quelque grandeur. Mais quel dégoût mêlé d'horreur inspire cette lâcheté de cœur qui n'ose pas assassiner d'un coup de poignard, mais qui fait mourir lentement un jeune homme dont l'âme ardente et généreuse se consume dans d'impuissants efforts sans trouver une âme dont les sentiments et les pensées répondent aux siens !

Je ne sais quel sentiment domine en moi, de l'indignation ou de la douleur. Mon repos en est troublé pour toute ma vie, et je tâche en vain d'écarter ces fâcheux souvenirs. J'ai trouvé dans la maréchale Ney et dans M[me] Tascher une sympathie qui a quelque douceur pour moi, quoiqu'elle me laisse bien à désirer. Mais elles ne peuvent sentir comme moi... »

En ce temps, Vienne avait un dentiste célèbre, un Italien du nom de Carabelli. L'on prétendait qu'il avait été payé pour empoisonner lentement le duc en lui arrangeant les dents (1).

Selon d'autres, enfin, l'empereur d'Autriche et son ministre avaient employé pour atteindre leur but un moyen d'un machiavélisme infernal. « On aurait ouvert au duc de Reichstadt, à peine adolescent, les coulisses de l'Opéra de Vienne. On l'aurait condamné, par une politique froidement cruelle et impitoyable jusqu'à la férocité, à une corruption et une mort précoces.

« C'est un point particulièrement obscur et sur lequel la vérité est difficile à dégager. Il est certain que l'infant don Miguel, exilé par son père, dont il avait essayé de prendre le trône, et réfugié à Vienne en 1824, fut donné pour compagnon au jeune duc. C'était un jeune homme de vingt-deux ans, stupide, débauché et connu pour tel. M. de Metternich prétendait vouloir le former. Ce fait permet de croire que les intentions du gouvernement autrichien ne furent pas éloignées de celles qu'on lui a attribuées (2). On eût certes vu avec satisfaction le duc de Reichstadt oublier dans des plaisirs faciles les devoirs que son nom lui imposait. C'était d'ailleurs un moyen fort employé chez les princes de l'ancienne Europe, ceux d'Autriche en particulier, pour se débarrasser des parents gênants. Le poète Barthélemy, venu à Vienne en 1828 pour offrir au duc son poème *Napoléon en Égypte*, et qui naturellement essaya vainement de l'entretenir, contribua beaucoup à accréditer ces bruits dans sa pièce de vers intitulée : *Le Fils de l'Homme* (3). »

Quelques journaux, de ceux qui vivent de scandales, mirent des noms là où le public n'avait mis que des hypothèses.

L'actrice Fanny Essler avait, disait-on, inspiré une passion vive au duc de Reichstadt, et c'est sa fréquentation qui avait amené chez le prince cet état d'épuisement qui l'avait conduit au tombeau.

Après la mort du duc, il circula même à ce propos une anecdote assez amusante. L'on raconta qu'un jeune Anglais avait fait des propositions avantageuses à la belle danseuse afin qu'elle consentît à être aimée de lui. Après une proposition d'un prix plus ou moins fabuleux, celle-ci consentit à accorder ses faveurs. Mais le fils d'Albion, au lieu d'en profiter, examina, le monocle à l'œil, les charmes de la danseuse, après quoi il dit : « Merci ; à présent j'avais viou le tiombeau du diouc de Reichstadt, » puis il sortit de chez la courtisane, lui laissant un portefeuille bien garni (4).

Le docteur Véron conte de son côté qu'ayant eu l'occasion de rencontrer Fanny Essler, il eut la curiosité de lui demander si ce qu'on disait de ses rapports avec le duc était exact :

« J'interrogeai à ce propos, écrit-il, l'ex-danseuse de Vienne avec une vive curiosité ; je l'ai toujours trouvée sincère sans pruderie, et elle m'assura que cette passion du fils de l'empereur pour elle, n'était qu'un conte fait à plaisir (5). »

On assure, d'autre part, que Napoléon III, ayant sollicité du comte Prokesch-Osten, l'ami intime du duc, la vérité sur cette affaire d'amour, le comte lui confirma que tout ce qui avait été dit n'était que mensonge (6).

(1) *Nouvelle Revue*, 15 janvier 1897.

(2) *Annales de l'École libre des Sciences politiques*, 1896, t. II, loc. cit.

(3) *Le duc de Reichstadt*, par M. DE MONTBEL, p. 152-154.

(4) *Nouvelle Revue*, loc. cit.

(5) *Mémoires d'un bourgeois de Paris*, t. III, p. 257.

(6) *Revue historique*, loc. cit.

Prokesch-Osten, le seul homme qui ait parlé sincèrement du duc, semble n'avoir aucun doute à cet égard. « Il me raconta, écrit-il un an avant la mort du duc, avec une noble candeur, comment de toutes les femmes qu'il avait rencontrées dans le monde, aucune n'avait fixé son attention au delà d'une journée, aucune n'avait touché son cœur, ni même parlé à son imagination juvénile. Les comtesses *** et *** l'attiraient plus que les autres par leur beauté et leur amabilité. La nature s'éveillait chez ce jeune homme de vingt ans. Il me parlait souvent de ses impressions avec le ton de la plus pure innocence. Jamais il ne se serait exprimé avec cette franchise s'il eût été en rapports plus intimes avec le beau sexe. Il se serait trahi par son embarras, mais il était de mœurs vraiment honnêtes. Le sang de la jeunesse bouillait dans ses veines. »

Le maréchal Marmont rapporte un témoignage analogue : « Il trouvait peu de charmes, dit-il, dans les plaisirs du monde (1). Plus tard, son développement étant complet, il en aurait sans doute été autrement, mais une prétention de stoïcisme et de haute raison l'aurait pendant longtemps mis en garde contre l'ascendant des femmes. »

Au surplus, pourquoi chercher une cause extraordinaire à un événement dont l'explication est des plus normales? Pourquoi imaginer des conjectures plus invraisemblables les unes que les autres? Qu'est-il besoin d'invoquer le poison, ou le suicide lent (2); une éducation mal entendue (3) ou un traitement mal dirigé? Le duc de Reichstadt a succombé à la tuberculose, comme y aurait succombé Napoléon Ier lui-même, s'il n'avait joui d'une constitution qui défiait le mal; ce qui vérifie une fois de plus cette loi de pathologie générale, que l'arthritisme crée le terrain le moins propice à l'évolution du redoutable bacille qui moissonne tant d'existences humaines (4).

(1) Ce n'est pas l'avis de tous : ainsi le vicomte de Beaumont-Vassy, dans ses indiscrets *Mémoires secrets du* XIXe *siècle*, p. 392, écrit ce qui suit : « Quant au fils de Napoléon, il oublia bien vite cette aventure un peu romanesque; très ardent, quoique profondément attaqué par la maladie, il menait alors de front plusieurs intrigues, entre autres une à la cour avec une séduisante baronne, et une au Prater avec une jolie et tendre paysanne. »

(2) « Comme le jeune duc ne se soumettait pas toujours aux ordonnances des médecins, on a édifié sur ce fait la légende que, désespéré de sa situation, il s'était volontairement laissé mourir. » *Revue historique*, loc. cit.

(3) « On a prétendu que l'attachement, la faiblesse, l'amour aveugle de l'empereur François pour son petit-fils l'a toujours empêché de réprimer les écarts dans lesquels son âge, son inexpérience et ses passions l'entraînaient et que le duc de Reichstadt n'a succombé que sous le coup des excès qu'il a commis, qu'il n'a été victime que de ses propres fautes, et peut-être d'*un amour paternel mal entendu*, mais rien de plus. » *Revue historique* précitée.

(4) D'après une communication toute récente faite à la Société nationale de médecine de Lyon (séance du 19 février 1900), il n'existerait entre la tuberculose et l'arthritisme qu'un antagonisme de manifestation, mais non un antagonisme vrai; les deux maladies, c'est-à-dire la maladie infectieuse et la maladie constitutionnelle, peuvent coexister, de même que nous avons vu tout à l'heure pouvoir coexister le rhumatisme articulaire aigu et la tuberculose articulaire, c'est-à-dire deux maladies infectieuses. L'antagonisme de manifestation consiste en ce que comme un balancement se montre entre le processus tuberculeux et le processus arthritique. Et que ce dernier l'emporte, nul doute que ce ne soit l'intérêt du malade. Pidoux, après plusieurs années passées aux Eaux-Bonnes, fut convaincu que celles-ci sont favorables aux tuberculeux arthritiques, en réveillant chez eux l'arthritisme, modérant, arrêtant de ce fait le processus tuberculeux. *Lyon médical*, mars 1900, p. 337-338.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(13 MARS 1900)

M. Fernet est d'avis que la grippe doit être traitée comme toutes les maladies infectieuses, c'est-à-dire que l'on doit se préoccuper surtout de soutenir les forces du malade et favoriser l'élimination des toxines. Il fait observer que le pronostic dépend surtout de l'état antérieur du malade. Chacun sait, en effet, avec quelle fâcheuse facilité la grippe réveille les affections anciennes ou endormies.

Comme M. Huchard, il attache une grande importance à la prophylaxie : l'isolement des malades s'imposerait, malgré de grandes difficultés pratiques. Il faudrait éloigner des grippés les faibles ou les porteurs d'une tare pathologique quelconque. L'emploi des moyens antiseptiques locaux, lavages fréquents de la gorge et du nez, sont également importants. M. Fernet est en cela complètement d'accord avec MM. Huchard et Laborde; mais il se sépare complètement d'eux sur le traitement de la grippe elle-même.

M. Huchard, en effet, recommande l'emploi constant de la quinine à hautes doses; or, sauf quelques indications particulières, M. Fernet se joint à M. Hayem pour redouter l'emploi de la quinine qui, surtout à hautes doses, peut amener des troubles gastriques.

M. Fernet se montre très opposé à l'emploi de l'antipyrine, qui a le grand inconvénient de ralentir la fonction rénale, mais il est d'accord avec M. Huchard sur l'indication de la strychnine, qui est le moyen le plus propre à combattre la dépression nerveuse et les états adynamiques si fréquents dans la grippe. Pour M. Fernet, le véritable traitement de cette affection doit répondre à deux indications principales : 1° assurer l'alimentation; 2° favoriser l'élimination des toxines : le lait et la cure hydrique répondent merveilleusement à ces deux indications; le lait étant un aliment très suffisant et, en outre, un puissant diurétique, on peut en faciliter la digestion en faisant prendre, après chaque tasse de lait, quelques cuillerées d'eau alcaline.

M. Fernet regrette qu'on ait un peu trop abandonné les tisanes d'autrefois, les grogs légers; enfin, dans les cas où le régime lacté serait mal supporté, il faudrait songer à la voie rectale et y joindre comme diurétique les injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Lorsque surviennent des congestions viscérales, de la tachycardie, on a recours à l'application de compresses froides sur la région malade ou à des bains, comme dans la fièvre typhoïde; telle est la médication bien simple et, somme toute, plus hygiénique que thérapeutique, que, depuis 1889, M. Fernet applique, avec efficacité, au traitement de la grippe.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.


EAU PURGATIVE NATURELLE
"APENTA"
PAR EXCELLENCE
MISE EN BOUTEILLES AUX SOURCES, BUDA PEST, HONGRIE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Revue générale. Symptômes et pathogénie de la paralysie isolée du muscle grand dentelé, par M. A. Souques, médecin des hôpitaux de Paris. — Note sur un cas de fistule uréthro-vésico-vaginale, par M. A. Ricard, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. — Séance de l'Académie de médecine. — Séance de la Société de Chirurgie. — Pratique médicale. — Formulaire. Formule pour injections hypodermiques de gélatine. — Revue bibliographique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Symptômes et pathogénie de la paralysie isolée du muscle grand dentelé.

Par M. A. Souques, médecin des hôpitaux.

La paralysie du muscle grand dentelé se présente sous des aspect très différents. Elle est tantôt pure, *isolée*; tantôt *associée* (1) à la paralysie d'un muscle ou de plusieurs muscles.

Le cadre des paralysies associées est très vaste. Dans les amyotrophies d'origine myélopathique, le grand dentelé est souvent pris ; de même, ce muscle est souvent touché dans les paralysies radiculaires du plexus brachial. Dans les deux cas la paralysie du grand dentelé, perdue dans l'ensemble morbide, ne joue qu'un rôle accessoire.

D'autres fois, la paralysie du grand dentelé s'associe à celle d'un muscle de la région scapulo-humérale, à savoir du deltoïde, du rhomboïde, du grand pectoral, du trapèze, etc. Il s'agit là d'une catégorie plus étroite et mieux délimitée que la précédente, mais il s'agit toujours de paralysie associée, et nous ne voulons nous occuper ici que de la paralysie isolée avec laquelle on l'a si longtemps confondue. « On a compris, dit Duchenne (2), ou plutôt confondu, sous le nom de paralysie du grand dentelé, une affection complexe dans laquelle un ou plusieurs faisceaux musculaires se trouvent, ou atrophiés, ou paralysés, ou contracturés. C'est ce dont on se convaincra facilement en relevant les observations de paralysies du grand dentelé qui ont été publiées. »

En effet, les cas de paralysie isolée parus, non seulement avant mais encore après les travaux de Duchenne, sont loin d'être incontestables. Lewinski (3), qui en faisait il y a quelques années la critique sévère, reconnaissait comme seule inattaquable l'observation de Busch. Et tout récemment, dans son intéressante monographie, Barreïro (4) n'en retient que 16 cas ; nous verrons plus loin qu'il convient d'ajouter quelques faits nouveaux à cette courte liste.

(1) Voir Souques et Duval. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1898.
(2) Duchenne. *Électrisation localisée*, 2e édit., p. 766.
(3) Lewinski. *Arch. f. path. Anat. und Phys.*, t. LXXIV.
(4) Barreïro. *Contribution à l'étude de la paralysie du muscle grand dentelé*, Th. de Paris, 1895.

I

Quels sont les signes qui permettent de reconnaître la paralysie du muscle grand dentelé?

Ces signes varient suivant qu'on examine le malade au repos, le bras tombant naturellement le long du corps, ou suivant qu'on l'examine pendant l'élévation volontaire du bras.

L'attitude du scapulum, lorsque le bras tombe naturellement le long du corps, a été très vivement discutée.

Duchenne pense que la morphologie de l'épaule n'est pas troublée. « Les lésions pathognomoniques de l'atrophie du grand dentelé, dit-il (1), ne se manifestent que pendant l'élévation volontaire du bras. J'ai démontré, en effet, que l'atrophie du grand dentelé n'occasionne aucune difformité appréciable dans l'attitude de l'épaule, pendant le repos musculaire et lorsque les bras tombent sur les côtés du tronc à moins toutefois que les deux tiers inférieurs du trapèze ne soient en même temps paralysés. Ainsi il eût été certainement impossible de soupçonner l'existence de cette grave affection musculaire chez les sujets représentés dans les figures 189 et 190, lorsqu'ils laissaient prendre leurs bras sur le côté du tronc. »

Lewinski confirme l'opinion de Duchenne; il croit que, dans la paralysie du grand dentelé, le scapulum reste dans sa position physiologique, à moins que d'autres muscles, et particulièrement le trapèze, ne soient simultanément frappés. Il rapporte un cas d'amyotrophie dans lequel le grand dentelé, le rhomboïde, l'angulaire, le trapèze, le grand et le petit pectoral étaient paralysés.

Dans ce cas, le scapulum présentait, au repos du bras, les déformations que l'on considère en Allemagne comme caractéristiques de la paralysie isolée du grand dentelé, c'est-à-dire l'écartement en aile du bord spinal, son obliquité en bas et en dedans, et l'abaissement de l'angle externe de l'os.

Or, pour Lewinski, ces déformations sont analogues à celles que le scapulum prend sur le cadavre après la période de rigidité. Cette attitude cadavérique de l'omoplate dépend de la cessation d'action des muscles qui s'insèrent sur cet os. Il s'ensuit que le scapulum, n'obéissant plus qu'au poids du bras, s'abaisse, s'éloigne du rachis, et que son bord spi-

(1) Duchenne. Loc. cit., p. 942.

nal devient oblique en bas et en dedans et s'écarte du thorax principalement au niveau de l'angle inférieur. En conséquence les déformations regardées en Allemagne comme caractéristiques de la paralysie isolée du grand dentelé témoignent de la participation d'autres muscles, surtout du trapèze. Le trapèze en effet, à l'état normal, contrebalance l'action du poids du bras, puisqu'il élève le moignon de l'épaule, rapproche le scapulum du rachis, et dirige son bord spinal obliquement en bas et en dehors. Si, dans la paralysie du grand dentelé, le trapèze est intact, le scapulum garde sa position physiologique.

Le seul déplacement qui puisse se produire dans ces conditions, c'est que le bord spinal ne soit pas aussi exactement maintenu contre le thorax, et que l'angle inférieur surtout se détache un peu de la paroi thoracique.

Remak (1) se rallie également à l'opinion de Duchenne. Dans trois cas de paralysie isolée du grand dentelé qu'il a observés, la déformation de l'épaule était minime, le scapulum était élevé, son bord spinal parallèle au rachis dont il se rapprochait, et son angle inférieur légèrement écarté du thorax. Toutes les fois, ajoute-t-il, que, dans une paralysie du grand dentelé, le bras étant au repos, le bord spinal de l'omoplate est très oblique en bas et en dedans et que l'angle inférieur est très rapproché du rachis, c'est que la portion moyenne du trapèze est paralysée en même temps.

En somme, Duchenne n'admet aucune déformation du scapulum. Il est vrai que cet auteur ne peut baser sa conviction sur aucun fait de paralysie isolée du grand dentelé, car il n'a pas vu de paralysie « parfaitement limitée au grand dentelé, ce qui prouve que cette localisation doit être rare puisque, sur une vingtaine de cas, au moins, d'atrophie ou de paralysie du grand dentelé que j'ai explorés, dit-il, je ne l'ai pas rencontrée une seule fois ».

Lewinski et Remak se rapprochent de l'avis de Duchenne, mais admettent cependant une déformation minime de l'omoplate.

Par contre, la majorité des auteurs allemands affirment l'existence d'un déplacement notable du scapulum. Pour Berger, qui a défendu le premier cette opinion, lorsque le grand dentelé est paralysé, le trapèze, le rhomboïde et l'angulaire, qui sont ses antagonistes, attirent le scapulum vers le rachis. Pareillement le petit pectoral, le biceps, le coraco-brachial, qui sont aussi antagonistes du grand dentelé, détachent du thorax par leur action tonique l'angle inférieur de l'omoplate. Il en résulte une déformation très appréciable.

Seeligmüller, Baeumler, Eulenburg, Buchmüller, etc., sont du même avis. La paralysie isolée du grand dentelé entraîne une déformation, légère peut-être, mais certaine, de la région scapulaire, pendant le repos du bras : l'omoplate est élevée en masse et son angle inférieur est rapproché du rachis, son bord spinal peut s'écarter du thorax en se rapprochant de la colonne vertébrale. Seeligmüller explique ainsi ce déplacement : chez un homme sain, au repos du bras, l'omoplate est fixée dans sa position normale par la tonicité des muscles qui s'y insèrent, dont l'effet se contrebalance. Que l'on suppose le grand dentelé paralysé, alors le rhomboïde, le trapèze et l'angulaire, qui sont adducteurs, deviennent prédominants, n'ayant plus à lutter contre l'action antagoniste du grand dentelé. Si la paralysie dure quelque temps, l'adduction devient habituelle, et à force de se contracter les adducteurs se contracturent.

D'où il suit que le scapulum se trouve élevé et rapproché du rachis.

De même le petit pectoral, le biceps et le coraco-brachial qui s'insèrent à l'apophyse coracoïde se contracturent par le même mécanisme, attirent en bas l'angle externe du scapulum et, par suite, élèvent l'angle inférieur qui s'écarte du thorax.

Comme de plus le grand dentelé n'agit point, le bord spinal de l'omoplate quitte la paroi thoracique, grâce à l'action du muscle sous-épineux. Il est vrai que, pour un temps plus ou moins long, le trapèze et le rhomboïde peuvent par leur tonicité empêcher cet écartement du bord spinal.

Telles sont les diverses opinions en présence. La vérité se trouve entre les deux affirmations extrêmes de Duchenne et de Berger. Il y a, somme toute, déplacement de l'omoplate, mais déplacement modéré, pouvant passer inaperçu à un examen superficiel.

Ce déplacement est du reste noté dans presque toutes les observations publiées jusqu'ici. Il est surtout appréciable au niveau de l'angle inférieur et du bord spinal, qui sont les parties les plus accessibles de l'omoplate. Il est souvent dit, dans les observations, que l'omoplate est élevée en totalité, mais le fait qui semble le plus fréquent et le plus manifeste, c'est l'écartement de l'angle inférieur par rapport au thorax. Cet angle inférieur est en outre assez souvent élevé (de 1 et demi à 3 centimètres) et rapproché de la ligne médiane. Dans le fait de Wiesner et dans un cas de Weber, il est cependant noté que cet angle était porté en dehors.

Quant au bord spinal, il est tantôt rapproché du rachis, tantôt à la distance normale. D'autre part, il est quelquefois écarté du thorax et esquisse le scapulum alatum. Enfin, s'il reste parfois parallèle au rachis, il devient très souvent un peu oblique en haut et en dehors, obliquité obligée en quelque sorte, si l'on considère que, le plus souvent, l'angle inférieur se trouve porté en dedans.

Bref, si le déplacement de l'omoplate est minime, on peut affirmer qu'il est à peu près constant. Il est en effet difficile de concevoir qu'il n'en soit pas ainsi. Le grand dentelé jouant un rôle considérable dans la statique de cet os, la paralysie doit nécessairement entraîner un trouble de cette statique. L'action tonique des autres muscles, insérés sur le scapulum, ayant libre cours, doit naturellement modifier la situation normale de cet os. Et la physiologie de ces divers muscles étant connue, ainsi que leur degré respectif d'action tonique, il est aisé de concevoir l'attitude que prendra l'omoplate.

Nous venons de voir que tous les auteurs n'étaient pas d'accord sur les caractères du déplacement du scapulum, notamment sur la situation de son angle inférieur et de son bord spinal. Comment expliquer ces divergences ? Sans faire intervenir des particularités individuelles d'anatomie et de physiologie musculaire, on pourrait peut-être invoquer soit l'existence d'une association paralytique du trapèze, soit le degré de paralysie du grand dentelé, complète dans un cas, plus ou moins incomplète dans un autre.

Tels sont les principaux symptômes que l'on observe lorsque les bras tombent naturellement le long du corps. Voyons maintenant les signes de la paralysie du grand dentelé pendant l'élévation volontaire du bras.

Le premier fait qui frappe pendant l'exécution de ce mouvement c'est *l'impossibilité d'élever le bras au-dessus de la ligne horizontale.* Dans la grande majorité des cas en effet, l'éléva-

(1) Remak. *Berl. Gesell. f. Psych. und Nerv.*, 12 oct. 1892.

tion du bras n'atteint pas, ou atteint exactement la ligne horizontale, mais ne la dépasse point.

L'élévation physiologique du bras est déterminée à l'état normal par l'action combinée du deltoïde et du grand dentelé. Or l'action du grand dentelé n'est pas indispensable pour l'élévation jusqu'à la ligne horizontale. En effet, dans la paralysie de ce muscle, le bras peut être élevé jusqu'à l'horizontale par la contraction isolée du deltoïde. En même temps que le deltoïde, on voit se contracter avec force le sus-épineux qui est un muscle élévateur du bras et même le sous-épineux dont le rôle élévateur est moins bien établi.

Mais l'action élévatrice s'arrête là, et le bras ne dépasse point la ligne horizontale, quelque effort que fassent les malades. Telle est la règle. Il y a cependant quelques exceptions ; dans une observation de Baeumler, il est dit que l'évation du bras est possible, et se fait presque sans effort jusqu'aux deux tiers de la verticale. Dans le cas de Jolly, l'élévation s'effectue aussi jusqu'à la verticale. Il en est de même chez le malade de Bruns.

Comment peut-on interpréter ces faits discordants? En invoquant l'une ou l'autre des deux hypothèses suivantes : ou bien il s'agit de parésie (et non de paralysie) du muscle grand dentelé, ou bien le trapèze supplée le grand dentelé complètement paralysé. Mais ceci demande quelques notions de physiologie normale.

Duchenne a montré que la contraction électro-physiologique *isolée* du deltoïde suffit pour porter le bras jusqu'à l'horizontale, et que le maximum d'élévation atteint à peu près la ligne horizontale. Il se produit dans ces conditions une déformation de la région scapulaire due à ce fait que le membre supérieur pesant de tout son poids, dit Duchenne, sur l'angle externe de l'omoplate, fait exécuter à celle-ci deux mouvements : un mouvement de bascule qui déprime l'acromion, tandis qu'il élève l'angle inférieur et le rapproche de la ligne médiane ; un mouvement de rotation sur un axe vertical, placé au niveau de l'angle externe, qui éloigne cet os de la paroi postérieure du thorax, en faisant saillir sous la peau son bord spinal. Entre ce bord spinal et la partie sous-jacente de la cage thoracique se forme alors une gouttière plus ou moins profonde.

C'est là tout le mécanisme du scapulum alatum, qui relève, pour le dire en passant, de la contraction isolée du muscle deltoïde.

Or, à l'état physiologique, lors de l'élévation volontaire du bras, on ne constate pas ces deux mouvements qui engendrent l'omoplate ailée. Et cela parce que la volonté ne peut faire contracter isolément le deltoïde. En effet, dans l'élévation normale du bras, le grand dentelé agit toujours en même temps que le deltoïde. Il maintient « solidement » contre la paroi thoracique le bord spinal de l'omoplate, et soutient en même temps l'angle de ce dernier. Grâce à cette synergie, la morphologie de la région scapulaire n'est pas troublée. « Le grand dentelé est le seul muscle, dit Duchenne, qui, par son association avec le deltoïde, empêche cette attitude vicieuse de se produire pendant l'élévation du bras. »

Que va-t-il se passer dans le cas de paralysie du grand dentelé? L'élévation volontaire du bras jusqu'à l'horizontale est possible ; elle est déterminée par le deltoïde seul. La morphologie de l'épaule va être troublée nécessairement, comme dans le cas de contraction électro-physiologique isolée de ce muscle. L'omoplate, non maintenue par le grand dentelé, va exécuter les deux mouvements que nous venons de rappeler et se mettre en aile. C'est effectivement ce qui a lieu.

Voilà le premier temps de l'élévation du bras accompli. Reste le second temps, c'est-à-dire le passage à l'élévation verticale.

Dans les conditions physiologiques « l'élévation du bras au-dessus de l'horizontale, déclare Duchenne (1), ne peut se faire sans que l'omoplate tourne sur son angle interne de manière à élever à la fois, comme une seule pièce, l'angle externe de cet os et l'humérus déjà étendu sur celui-ci ». Or c'est le muscle grand dentelé qui est chargé d'imprimer au scapulum ce mouvement de rotation. « L'intervention du grand dentelé n'est pas bornée à fixer l'omoplate. Ce muscle imprime, en outre, avec une grande puissance, à cet os le mouvement de rotation nécessaire à la dernière moitié de l'élévation verticale du bras. » Duchenne en a fourni la preuve expérimentale, en excitant électriquement le deltoïde et le grand dentelé à la fois. Dans cette expérience « le bras s'élevait verticalement avec une telle énergie que le tronc en était rejeté violemment du côté opposé, au point de rendre une chute imminente ».

Il est donc logique que, dans la paralysie du grand dentelé, l'élévation du bras s'arrête à la ligne horizontale et ne la dépasse point. C'est, du reste, ce qui se voit dans la majorité des observations. Cette paralysie supprime, en effet, le mouvement de rotation nécessaire à l'élévation verticale.

Les notions précédentes vont nous permettre de comprendre les hypothèses qu'il convient de formuler pour expliquer les cas exceptionnels d'élévation du bras au-dessus de l'horizontale, dans la paralysie du grand dentelé.

On peut d'abord supposer qu'il s'agit, dans ces cas, non de paralysie absolue, mais de simple *parésie*, autrement dit de paralysie incomplète. S'il en était ainsi, l'action du grand dentelé pourrait être encore assez forte pour permettre l'élévation au-dessus de l'horizontale.

Mais s'il s'agit de paralysie complète, l'hypothèse précédente ne vaut plus. Il faut alors invoquer un autre mécanisme. « Le grand dentelé, dit Duchenne (1), n'est pas le seul muscle qui jouisse du privilège de déterminer l'élévation verticale du bras, par l'intermédiaire de l'omoplate ; le tiers moyen du trapèze fait aussi exécuter à cet os un assez grand mouvement de rotation sur son angle interne pour produire, avec l'aide du deltoïde, l'élévation verticale du bras, avec beaucoup moins de puissance toutefois que le grand dentelé. » Donc le tiers moyen du trapèze et le grand dentelé peuvent « se suppléer mutuellement dans la production de ce mouvement d'élévation du bras... Ce fait électro-physiologique est confirmé encore par la pathologie, *avec quelques restrictions cependant, en ce qui concerne l'action de la portion moyenne du trapèze.* Pour que cette dernière portion musculaire produise, en effet, avec le deltoïde, et sans l'intervention du grand dentelé, le mouvement volontaire de rotation de l'omoplate sur son angle interne, mouvement qui élève le bras au-dessus de la ligne horizontale, il faut qu'elle soit très développée et qu'elle jouisse d'une grande force ».

Par conséquent, dans la paralysie isolée du grand dentelé, l'élévation du bras jusqu'à la verticale sera possible, par l'action combinée du deltoïde et de la portion moyenne du trapèze, *si toutefois cette portion moyenne est très développée et jouit*

(1) Duchenne. *Physiologie des mouvements*, p. 58.
(2) *Ibid.*, p. 57.

d'une grande force. Ainsi peuvent s'expliquer les cas de Baeumler, Jolly, Bruns.

Si, au contraire, cette portion moyenne est peu développée et jouit de peu de force, l'élévation volontaire du bras jusqu'à la verticale restera impossible. Comme corollaire, on peut dire que la facilité et la vigueur, avec lesquelles se fait l'élévation verticale du membre supérieur, est proportionnelle à la force du tiers moyen du trapèze.

L'interprétation donnée par Duchenne de ces faits exceptionnels est-elle applicable à tous les cas? Chez les deux malades de Baeumler et de Bruns, il s'agissait effectivement de gens très fortement musclés. Mais, dans un autre exemple de Bruns, le sujet était très bien musclé et cependant l'élévation du bras ne dépassait pas l'horizontale. Dans le cas de Jolly, il s'agissait d'une jeune fille. Notre malade enfin était médiocrement musclé. Il est vrai que son bras dépassait à peine la ligne horizontale.

Il nous reste, en terminant, à souligner la déformation particulière du thorax sur laquelle nous avons attiré l'attention (1). Cette déformation doit vraisemblablement exister dans tous les cas de paralysie isolée du muscle grand dentelé. Elle ne se voit que du côté paralysé et exclusivement dans l'élévation volontaire du bras. Elle est essentiellement caractérisée par une asymétrie manifeste qui porte sur la région axillaire et sur la paroi thoracique proprement dite.

Le creux de l'aiselle est profondément modifié : sa paroi postérieure disparaît à peu près complètement et se place sur le même plan que la paroi interne, avec laquelle elle se confond et qu'elle prolonge en arrière. Ces modifications dépendent du *scapulum alatum.*

Sans parler de la disparition des digitations du grand dentelé et de l'aspect lisse et uni de la région, le thorax présente les changements suivants : élargissement de la paroi antérieure, plus marquée dans l'élévation du bras en avant que dans son élévation en dehors; modification de la ligne latérale qui prend la forme d'une S à boucles très allongées; rétrécissement de la paroi postérieure; dilatation générale de la cage thoracique avec voussure latérale convexe en dehors; élévation modérée de la cage thoracique. Les facteurs de cette difformité sont d'une part l'existence de l'omoplate ailée, et d'autre part l'état paralytique du muscle grand dentelé et l'action supplémentaire exagérée des muscles inspirateurs accessoires.

II

Nous arrivons aux causes de la paralysie du grand dentelé. Nous avons déjà dit que Barreïro n'avait pu en réunir que 16 cas.

Nous avons eu l'occasion, avec M. Castaigne (2), d'en observer un fait nouveau, et en avons retrouvé dans la littérature médicale deux exemples publiés par Hnateck.

Ces 19 cas, au point de vue étiologique, se décomposent comme il suit :

Effort ou fatigue musculaire..........	6 cas.
Froid et humidité....................	3 —
Puerpéralité	1 —
Fièvre typhoïde......................	2 —
Blessure chirurgicale du nerf.........	2 —
Hystérie.............................	1 —
Causes inconnues	4 —

(1) Souques. Déformations du thorax dans la paralysie du muscle grand dentelé, Soc. méd. des hôpit., 21 oct. 1898.

(2) Souques et Castaigne. *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière,* 1899.

Ces quatre derniers faits étant laissés de côté et les cas dus, soit à une blessure chirurgicale, soit à l'hystérie, étant mis à part en raison du caractère spécial de leur cause, il reste 12 faits dont l'interprétation mérite d'être discutée.

Or, six sont attribués, sans autre explication du reste, à l'*effort* ou à la *fatigue musculaire;* en voici un résumé très succinct.

Dans le cas de Wiesner (1), il s'agit d'un charpentier de vingt-quatre ans qui portait depuis trois ans de lourds fardeaux sur l'épaule droite. Dans le courant de l'hiver 1860, il souffrit beaucoup pendant les nuits de douleurs dans le creux sus-claviculaire droit. Ces douleurs persistèrent pendant deux ans, et au bout de ce temps firent place à une impotence fonctionnelle du bras correspondant. Il lui était difficile d'élever le bras au-dessus de l'horizontale. Il continua cependant de travailler en se servant de l'épaule gauche pour porter ses fardeaux. Les deux muscles grands dentelés se paralysèrent, le droit beaucoup plus que le gauche.

Woodman (2) cite le fait suivant : un marin de trente-neuf ans fut nommé au grade de lampiste sur un navire; il avait chaque jour à allumer et à transporter seize lampes avec réflecteurs et appareils, travail qui nécessitait des efforts d'élévation de l'épaule. Six mois après ce début dans ses fonctions, il éprouva de la faiblesse dans l'épaule droite, avec difficulté d'élever le bras correspondant. Il continua cependant son métier, en s'aidant du bras gauche, et, six mois plus tard, il était incapable d'élever son bras droit et présentait les signes ordinaires de la paralysie du grand dentelé.

Le cas de Bernhardt (3) mérite une mention toute spéciale. Il concerne un boucher, qui *avait l'habitude de porter ses fardeaux sur l'épaule gauche.* Cet homme éprouva, quelques semaines avant l'apparition d'une *paralysie du grand dentelé gauche*, des douleurs vives dans l'épaule gauche, avec notable difficulté dans les mouvements du membre supérieur correspondant.

L'observation de Buchmuller (4) mérite d'être soulignée également : un domestique, âgé de dix-huit ans, essaye de jeter un sac de pomme de terre sur son épaule et ressent une vive douleur dans la région scapulaire droite. Presque immédiatement après, il ne peut soulever son bras droit au-dessus de l'horizontale.

Dans le cas de Barreïro (5) un fumiste, âgé de cinquante-six ans, bien musclé et vigoureux, portait sur l'épaule droite une colonne de fonte de 300 kilos. Cet homme dépose sa charge et éprouve à ce moment un craquement au niveau de la fosse sus-épineuse droite. Aussitôt après il ne peut élever le bras correspondant au-dessus de la ligne horizontale. Il continue son travail durant quatre jours, tant bien que mal, et cesse alors en constatant lui-même dans la glace la déformation de son omoplate.

Dans un intéressant travail sur la paralysie du grand dentelé, M. Hnatek (6) publie le fait suivant :

Un ouvrier, fils d'alcoolique, qui travaillait de cinq heures du matin à minuit, à gratter des tiges de porte-cigares, particulièrement de la main droite, le corps penché, éprouve des douleurs dans l'épaule droite. Quatre jours

(1) Wiesner. *Arch. f. klin. Med.*, 1869, t. VI, p. 95.

(2) Woodman. *Brit. Med. Journ.*, 7 oct. 1875.

(3) Bernhardt. *Arch. f. klin. Med.*, 1879, p. 380.

(4) Buchmuller. Th. d'Erlangen, 1892.

(5) Barreïro. Loc. cit.

(6) Hnatek. *Monit. des méd. tchèques*, 1896.

après sa jeune femme constate une déformation de l'épaule.

Il s'agit d'un homme très musclé qui, vu de dos, au repos, présente les troubles suivants : omoplate droite plus rapprochée du rachis que la gauche (1 centimètre de différence) en même temps qu'elle est plus élevée. L'élévation du bras au-dessus de l'horizontale est impossible au début, mais quelques semaines plus tard, elle dépasse le plan horizontal de 15 à 20 degrés.

Quant aux trois observations de paralysie isolée du grand dentelé, attribuée *au froid et à l'humidité*, voici dans quelles conditions cette paralysie est survenue.

Dans le cas de Busch (1), il s'agit d'une paralysie isolée et bilatérale des deux grands dentelés. Le début fut marqué par des douleurs vives dans le dos, la poitrine et les épaules. L'enfant avait dormi sur la terre humide deux mois avant le début du mal, et c'était là la cause unique qu'on pût retrouver.

Une femme de trente-neuf ans, citée par Bernhardt (2), s'expose à un courant d'air pendant une nuit. Cette nuit même, elle ressent des douleurs très vives dans l'épaule droite, irradiant dans le bras et la nuque. Six à huit semaines après, elle constate des troubles dans la motilité du bras droit.

L'observation, déjà ancienne, de Marchessaux (3) se rapporte à un facteur de pianos, âgé de vingt-sept ans, qui éprouva un jour des douleurs assez vives dans la région de l'épaule droite et du côté correspondant du thorax, depuis le creux de l'aisselle jusqu'à la sixième côte. A la même époque, il constata un affaiblissement dans les mouvements du bras et la déformation de l'omoplate. Il n'avait jamais reçu de traumatisme sur l'épaule, mais il couchait depuis quelque temps dans une chambre située au premier sur une cour, dans laquelle était placée un réservoir; un tuyau de conduite en mauvais état passait dans l'épaisseur de la muraille contre laquelle était placé son lit, et cette muraille était fort humide.

Le fait de L. Weber (4) concerne une femme de vingt-sept ans, prise trois semaines après un accouchement de douleurs vives dans le bras droit et consécutivement de paralysie isolée du muscle grand dentelé, du même côté.

Baeumler (5) a publié un cas de paralysie du grand dentelé, consécutive à une *fièvre typhoïde*. Deux mois après le début de la dothiénentérie, un homme de cinquante ans, solide et bien musclé, fut pris brusquement de douleurs vives dans la nuque. Rapidement s'installa une paralysie des muscles du bras droit, puis du bras gauche, enfin du grand dentelé droit, qui resta le seul muscle paralysé.

Le cas que nous avons rapporté avec M. Castaigne concerne un homme de vingt-neuf ans, entré à l'hôpital pour une fièvre typhoïde, qui, en pleine convalescence, s'aperçut d'une gêne dans les mouvements du bras droit. Il avait une paralysie du muscle grand dentelé du même côté. Il avait présenté au cours de sa maladie une pneumonie lobaire avec point de côté violent sous le sein droit, point de côté qui aurait survécu à la pneumonie.

Voilà dans quelles conditions s'est produite, chez ces douze malades, la paralysie isolée du grand dentelé. Il conviendrait maintenant d'en rechercher le mécanisme proprement dit.

(1) Busch. *Deuts. Arch. f. klin. Chir.*, 1863, p. 39.
(2) Bernhardt. Loc. cit.
(3) Marchessaux. *Arch. gén. de méd.*, 1840. p. 313.
(4) Weber. *Deuts. med. Wochens.*, 1880, p. 217.
(5) Baeumler. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1880, p. 305.

Et d'abord examinons les cas qui ressortissent à l'effort musculaire. Les deux faits de Buchmüller et de Barreïro sont très suggestifs : effort musculaire violent et aussitôt après paralysie du grand dentelé. Ne peut-on pas supposer ici qu'il puisse s'agir d'une névrite apoplectiforme, d'une sorte de traumatisme du nerf du grand dentelé (tiraillement, compression) sur un point difficile à déterminer de son trajet, que ce traumatisme résulte de la contraction propre du muscle du grand dentelé ou de celles des muscles voisins. On conçoit aisément qu'il soit difficile de préciser davantage le mécanisme exact. Ce n'est d'ailleurs là qu'une hypothèse. Le trajet et les rapports du nerf du grand dentelé la rendent plausible. Ce nerf, remarquable par la longueur de son parcours, naît des cinquième et sixième paires cervicales par deux racines. Pour les anatomiste allemands, pour Luschka et Henle particulièrement, ces deux racines traversent les fibres du scalène postérieur avant de se réunir; quelquefois même le tronc du nerf lui-même traverserait les fibres musculaires. On concevrait ainsi qu'il fût facilement tiraillé.

Dans les cas de Wiesner, de Woodman, de Bernhardt, de Hnatek, il ne s'agit plus d'effort musculaire brusque et violent, mais bien de fatigue, de surmenage musculaire.

Il nous semble nécessaire de souligner ici la profession rude et pénible qu'exerçaient ces malades, de faire remarquer qu'il s'agit toujours d'hommes et que la paralysie siège chez tous, sauf chez le malade de Bernhardt, du côté droit, c'est-à-dire du côté qui normalement fait le plus d'efforts et subit le plus la fatigue. Chez le malade de Bernhardt, qui fait exception, c'est le côté gauche qui est paralysé. Or cet homme avait l'habitude de porter ses fardeaux sur l'épaule gauche. Donc l'exception n'est qu'apparente. Elle a même, à notre avis, une valeur confirmative, comme l'aphasie, dans une hémiplégie gauche, chez un gaucher, confirme la loi de Bouillaud-Broca.

Le cas de Wiesner a une valeur de même ordre : son malade porte de lourds fardeaux sur l'épaule droite, et paralyse son grand dentelé droit; il continue son travail, en se servant de l'épaule gauche, et bientôt son grand dentelé gauche se paralyse.

Le rôle du surmenage du muscle grand dentelé nous semble hors de contestation (1).

Quel est donc le rôle physiologique de ce muscle? Pour Cruveilhier, « le grand dentelé portant l'omoplate en avant et élevant le moignon de l'épaule, c'est de tous les muscles celui qui agit le plus puissamment dans l'action de soutenir un fardeau sur l'épaule. » Henle est du même avis. Duchenne, il est vrai, pense le contraire. Si on fait élever l'épaule à un sujet, dit-il, pendant qu'on pèse fortement sur le moignon de l'épaule (pour remplacer le poids d'un fardeau), on voit que le trapèze, le rhomboïde et le tiers supérieur du grand pectoral sont seuls contractés. Le grand dentelé reste flasque, *pourvu que le bras soit appliqué contre le thorax*. Donc le grand dentelé, encore qu'il élève le moignon de l'épaule, n'intervient pas dans cet acte. Mais nous savons qu'il intervient fortement dans l'acte d'élever le bras soit jusqu'à l'horizontale, soit jusqu'à la verticale. Nous savons qu'il se contracte puissamment, pour employer l'expression de Duchenne, dans l'acte de pousser en avant avec

(1) On sait que la paralysie des tambours, d'après les travaux de Bruns et de Zender, est localisée *aux muscles du pouce gauche* et due à l'excès de fonctionnement de ces muscles.

le moignon de l'épaule. Nous savons aussi qu'il a encore d'autres usages, qu'il concourt, avec les autres muscles qui s'insèrent à l'omoplate, à fixer cet os et à le maintenir appliqué contre le thorax, afin de donner ainsi de la solidité à la moitié postérieure de la ceinture scapulaire, c'est-à-dire de donner un point fixe aux muscles qui vont du scapulum au membre supérieur. Il joue donc un rôle primordial, dans les divers mouvements du bras. La gêne considérable de ces mouvements, dans la paralysie isolée du grand dentelé, en est une preuve irréfutable. Le muscle grand dentelé est donc soumis, dans les divers mouvements du bras et de l'épaule, à un exercice répété et puissant. Si cet exercice devient immodéré, excessif, il pourra y avoir fatigue, surmenage. N'est-il pas admissible que cet exercice immodéré soumette le nerf du grand dentelé à des tiraillements capables de le paralyser ?

Bref, qu'il s'agisse d'une paralysie du muscle grand dentelé, consécutive à un effort brusque et violent ou à un surmenage musculaire proprement dit, le mécanisme intime nous paraît analogue et relève vraisemblablement d'une sorte de traumatisme du nerf lui-même.

Comment peut-on interpréter le rôle du froid et de l'humidité invoqué dans les trois cas de Marchessaux, Busch et Bernhardt? Le malade de Marchessaux dormait près d'une muraille humide, celui de Busch avait dormi sur la terre humide, enfin la femme de Bernhardt s'était exposée à un courant d'air pendant une nuit. On peut évidemment incriminer dans tous ces faits l'action directe du froid et de l'humidité sur le nerf du grand dentelé qui est superficiel dans la partie inférieure de son trajet. Mais l'action du froid humide ne nous semble pas prouvée. On invoquait jadis pareille action pour expliquer la paralysie du nerf radial, qu'on attribue aujourd'hui à une compression du nerf. Ne s'agit-il pas de compression dans les paralysies du grand dentelé, survenues *la nuit*, peut-être à la suite d'une attitude vicieuse, ayant amené une compression ou un tiraillement du nerf? Sans pouvoir l'affirmer et sans vouloir rejeter le rôle du froid humide, nous ferons remarquer que notre hypothèse peut s'appuyer sur les cas analogues de paralysies diverses, survenues pendant le sommeil, à la suite d'une attitude vicieuse.

Il nous reste maintenant à envisager le mécanisme des cas de Baeumler et de Weber : la paralysie est consécutive à la fièvre typhoïde et à l'accouchement. Pourquoi l'infection a-t-elle été se localiser sur le nerf du grand dentelé du côté droit? Il est impossible de répondre à cette question, à moins qu'on ne veuille supposer une attitude vicieuse, ayant produit un tiraillement du nerf du grand dentelé par suite du décubitus latéral droit ou de tout autre cause et créé ainsi un *locus minoris resistantiæ* pour la toxine. Dans notre cas, il n'est pas illogique de supposer que la pneumo-typhoïde, siégeant précisément à droite, ait pu jouer le rôle de cause localisatrice.

Le mécanisme intime, presque univoque, que nous venons d'exposer pour expliquer la physiologie pathologique des paralysies isolées du grand dentelé, quelle que soit leur cause apparente, est purement hypothétique. Il nous semble cependant impossible de ne pas tenir compte de cette hypothèse, si on veut bien considérer que, sur ces douze cas de paralysie du grand dentelé, sept siègent à droite, deux sont bilatéraux avec prédominance du côté droit, et qu'un siège à gauche, chez un gaucher. N'est-ce pas là une localisation qui plaide en faveur de notre hypothèse? Dans le même genre d'idées, nous ferons remarquer que tous ces cas, sauf deux, concernent des hommes.

SUR UN CAS DE FISTULE URÉTRO-VÉSICO-VAGINALE

OPÉRÉE ET GUÉRIE PAR LE PROCÉDÉ DU DÉDOUBLEMENT

Par le docteur A. Ricard,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Marie C..., domestique âgée de vingt et un ans, entre le 19 septembre, salle Gosselin n° 35, dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis.

En 1895, la malade accoucha d'un enfant mort et macéré. L'accouchement fut laborieux et nécessita une application de forceps. Depuis, la malade perd la totalité de ses urines par le vagin.

D'après les renseignements qu'elle nous fournit, elle fut trois fois opérée par l'un de nos collègues : le 2 décembre 1898, le 8 février 1899 et le 12 mars 1899. Elle quitta l'hôpital sans être améliorée.

Elle entre dans notre service, le 19 septembre, pour une crise douloureuse dans la région de la fosse iliaque droite. On porte le diagnostic d'appendicite. Sa crise se calme rapidement.

Malgré le peu d'entrain de la malade à subir une nouvelle opération pour sa fistule vésico-vaginale, on la décide à une quatrième intervention.

L'examen local donne les renseignements suivants : la partie supérieure et interne des cuisses est le siège d'un érythème intense avec excoriations nombreuses. La vulve est épaissie, lardacée, ouverte en entonnoir et laisse voir un vagin court, rigide, avec des brides et des saillies cicatricielles. Le toucher mène directement sur un utérus fixé au fond du canal vaginal ; le col est largement béant et admet facilement la pulpe du doigt, la lèvre antérieure du col a complètement disparu et l'orifice externe se continue directement avec la paroi vaginale antérieure. Sur cette paroi, à mi chemin du méat et de l'orifice utérin, caché sous un répli transversal cicatriciel, se trouve l'orifice de la fistule. Il admet facilement l'extrémité du pouce, son pourtour est ovalaire à grand diamètre tranversal. Le doigt explore la vessie et fait reconnaître qu'elle est réduite à la capacité d'une coque de noix ; sa muqueuse saigne facilement.

Une sonde introduite par l'urètre sort directement par la partie inférieure de la fistule. De sorte que l'examen démontre facilement que la fistule est constituée aux dépens du bas fond et du col de la vessie, et qu'elle sépare complètement le réservoir vésical du conduit urétral.

Inutile de répéter que la fistule siégeait au milieu d'un tissu dense, d'aspect fibroïde, inextensible, ne rappelant en rien l'aspect de la muqueuse vaginale.

Il existait en même temps une vaginite et une métrite intenses, que les pansements les plus méthodiques ne purent faire disparaître complètement avant l'opération.

Le 7 octobre, après éthérisation, lavage et brossage soigné du vagin ; deux pinces à fixer étant amarrées sur les deux extrémités du grand diamètre de la fistule, j'agrandis transversalement par une incision, les extrémités de ce diamètre, et je dissèque au bistouri un lambeau supérieur, large de 5 à 6 centimètres et haut de 5 centimètres environ. Le lambeau inférieur est dédoublé sur la même largeur, mais sur une hauteur qui n'excède par 2 centimètres.

L'orifice muqueux de la fistule est laissé libre, sans suture.

Les deux lambeaux étant bien tendus et bien présentés par leur face cruentée, je les adosse par 3 points de suture profonds au crin de Florence passant à la base même des lambeaux et suffisamment serrés mais sans excès; 3 autres points intermédiaires sont placés entre les autres. Lavage de la vessie, sonde à demeure pendant dix jours.

Le dixième jour, les fils sont enlevés, la réunion est par-

faite sur toute l'étendue de la ligne de sutures, sauf à l'extrémité droite où un orifice, admettant à peine l'extrémité d'une sonde cannelée, laissait sourdre l'urine, surtout dans la position assise.

La malade a des mictions volontaires, est peu mouillée pendant la nuit, mais l'est constamment pendant le jour.

Le 25 novembre, je pratique une opération complémentaire, suivant le procédé premièrement employé : 4 sutures au fil d'argent.

Tout va bien pendant sept jours. Le septième, la sonde se bouche pendant la nuit : la malade éprouve un besoin impérieux d'uriner qui va en croissant et qui bientôt cesse brusquement. Les urines s'étaient à nouveau écoulées par le vagin.

La sonde est changée et conservée jusqu'au douzième jour. Depuis, l'urine reste contenue dans la vessie : les mictions sont d'abord fréquentes, mais deviennent normales et régulières.

Le toucher fait percevoir sur la paroi antérieure du vagin, une crête cicatricielle transversale due à la saillie des lambeaux mobilisés.

Mon collègue et ami Launay me communique une observation de large fistule ovalaire, située près du col de l'utérus et consécutive à un accouchement laborieux. En une seule tentative, notre collègue eut raison de cette fistule, grâce au procédé du dédoublement qu'il appliqua dans toute sa rigueur.

J'ai opéré, chez M. Monod, une fistule des plus larges, et qui, je pense, eût été rebelle à tout autre procédé d'occlusion. Dans ce cas, une fistulette est restée qui a été facilement curable dans une seconde et récente opération.

Cette observation a pour but non seulement d'appeler à nouveau l'attention des chirurgiens sur le procédé du dédoublement, mais encore de faire connaître certains détails de technique qui m'ont paru avoir quelque utilité :

1° L'asepsie soignée du vagin et de la vessie constitue un temps pré-opératoire indispensable. Malheureusement, elle est longue et souvent difficile à obtenir. Le chirurgien doit y donner tous ses soins, non seulement au moment de l'opération, mais dans les semaines qui précèdent. L'échec d'un des points de suture tient souvent à une infection suppurative venue du vagin.

2° Il est important de tailler largement les lambeaux, de façon à ce qu'ils soient véritablement flottants et que leur adossement soit facile. De là, la nécessité de débrider largement de *chaque côté* de la fistule. Il ne faut pas hésiter, si au moment du placement des fils on rencontre une certaine tension pour l'affrontement, à reprendre le bistouri et à libérer à nouveau le lambeau.

De la nécessité de débrider *latéralement* pour assurer la mobilisation facile des lambeaux, il résulte que l'avivement est à peu près aussi grand pour obturer une fistule ordinaire qu'une simple fistulette.

3° Comme autrefois, je recommande de laisser sans suture l'orifice libre de la muqueuse vésicale, d'utiliser les fils d'argent, de ne pas les serrer d'une façon excessive et de les laisser une dizaine de jours en place.

Leur surveillance est nécessaire pendant les premiers jours, pour surveiller leur infection possible, et essayer d'y remédier.

Le bon fonctionnement de la sonde à demeure est une condition indispensable du succès.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(13 MARS 1900 [*fin*])

Nous devrons rapprocher de l'importante communication de M. Fernet une note de M. Millot (de Chantelle), dont M. le secrétaire général a donné lecture :

M. Millot, qui est un des membres associés nationaux les plus anciens de l'Académie de médecine, fait observer que depuis dix ans les épidémies de grippe sévissent chaque année avec leurs caractères particuliers. La constitution épidémique actuelle ne semble pas, à ses yeux, indiquer l'usage de la quinine, attendu qu'elle est généralement apyrétique. Ce sont les formes gastriques qui paraissent surtout prédominer et M. Millot préconise pour combattre ces formes l'emploi du calomel à doses fractionnées de 20 à 30 centigrammes. Quant il constate des râles sous-crépitants, des menaces de broncho-pneumonie, il n'hésite pas à recourir à l'application d'un vésicatoire camphré et, à ce propos, M. Millot se déclare partisan du vésicatoire. Enfin, notre confrère attache une grande importance à maintenir ses grippés dans une température constante de 18 à 20 degrés.

M. Armand Gautier a lu un travail très important relatif à **l'influence de l'alimentation par la viande sur les animaux.**

Dans ses conclusions M. Gautier résume ainsi qu'il suit l'influence, sur les animaux en état de santé, des diverses préparations issues de la viande, comparativement à l'alimentation naturelle :

« 1° Chez l'animal omnivore, jeune et en état d'accroissement, que l'on nourrit avec une même quantité de principes alimentaires équivalents, l'alimentation naturelle est toujours la plus efficace, c'est-à-dire que, pour un même poids de principes nutritifs absorbés, l'augmentation de poids est maximum avec le régime naturel.

2° Dans la toute première jeunesse, le coefficient d'utilisation des aliments est énorme.

3° Ce coefficient varie, pour chaque mode d'alimentation, suivant l'âge de l'animal.

4° Avec les préparations industrielles tirées de la viande, ce coefficient d'utilisation est en déficit d'un *septième* (2,7 p. 100) par rapport au coefficient d'utilisation de la nourriture normale.

5° Il semblerait, d'après cela, qu'on n'ait aucun intérêt à introduire l'un ou l'autre de ces aliments artificiels dans l'alimentation de l'homme ou des animaux (puisque cette intervention répond à un déficit de 2,7 p. 100 par rapport au coefficient d'utilisation de la nourriture normale). Cependant, il est de nombreux cas où les aliments naturels sont insuffisamment digérés, où l'estomac est impropre à les peptoniser, où il y a inappétence, quelquefois absolue, de cause nerveuse ou autre, et nécessité urgente d'alimenter le patient. Les hypochlorhydriques, les anémiés, les neurasthéniques, les chlorotiques, les convalescents... nous en offrent des exemples. Enfin, il est des circonstances où il faut, à tout prix, nourrir le malade, fût-ce par la voie rectale, par exemple dans l'ulcère ou le cancer d'estomac, les vomissements incoercibles de la grossesse. Les diverses préparations dérivées de la viande peuvent, dans ces divers cas, rendre de grands services, et il n'importe plus alors de savoir si le patient absorbe 18,8 ou 16,1 des principes alimentaires qu'on lui fournit, mais s'il arrive à s'alimenter suffisamment. »

M. Kirmisson a lu une note sur la **luxation très précoce de la hanche au début de la coxalgie.**

M. Pinard a montré la radiographie totale grandeur natu-

relle d'une femme vivante atteinte de **scoliose et de déviation pelvienne unilatérale.** Cette épreuve est la plus remarquable que nous ayons jamais vue.

L'Académie porte enfin sur la liste des candidats pour la place vacante dans la section des associés étrangers : MM. Metchnikoff (de l'Institut Pasteur de Paris), Albert (de Vienne), Manson (de Liverpool), Bergmann (de Berlin).

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(15 mars 1900)

M. Delbet a pris la parole pour terminer la discussion sur le **traitement des kystes hydatiques.** Il rappelle, non sans une grande satisfaction, le chemin parcouru depuis le jour où, pour la première fois, il entretint la Société du capitonnage et où il recueillit surtout des critiques, en particulier celles de son maître, M. Segond. Aujourd'hui, 13 nouveaux cas de capitonnage et de réduction sans drainage, ont été produits dans cette discussion, les orateurs ont reconnu les inconvénients de la marsupialisation, sauf MM. Kirmisson et Potherat.

M. Potherat dit avoir obtenu la guérison des kystes hydatiques volumineux en trois semaines : il faut avouer qu'il a eu un rare bonheur. M. Poirier a obtenu, par la marsupialisation, la guérison en un mois ou six semaines; il a été également fort heureux. M. Marchand accuse trois mois, cinq mois, six mois, un an de soins consécutifs; M. Schwartz a dû suivre un malade pendant deux ans après la marsupialisation d'un kyste hydatique. Ces faits concordent avec ceux qu'avait observés M. Delbet, avant qu'il n'eût recours à son procédé. Il résulte de tous ces faits que le plus souvent la guérison, obtenue par la marsupialisation, n'est qu'un trompe-l'œil; il faut compter avec les fistules intarissables après ce mode de traitement.

M. Quénu a émis quelques craintes sur l'infection possible de la membrane adventice. M. Delbet répond à cela que si elle n'a pas été infectée au cours de l'opération, elle ne sécrète plus rien, après l'ablation de la membrane germinatrice. Quant aux hémorragies, les primitives sont exceptionnelles; les hémorragies secondaires, fonction de septicité, sont écartées par le fait même de la suppression du drainage.

M. Delbet possède 21 observations de réduction sans drainage sans un seul cas de suppuration. Sur les 13 nouveaux faits apportés dans la discussion, 5 ont suppuré. Il fait observer que dans les cas très rares de suppuration, on se retrouve, comme autrefois, en face de la nécessité de drainage et la guérison n'en est nullement retardée sur ce qu'elle était autrefois. Il y a tout avantage à tenter toujours d'abord, la réduction sans drainage.

M. Delbet arrive ici à une description exacte de la technique du capitonnage : arrivé sur la poche, il fait une incision assez longue pour pouvoir explorer facilement avec la main tous les coins et recoins de la poche, de façon à bien s'assurer qu'il ne laisse aucune vésicule fille et qu'il n'existe pas de kystes juxtaposés, comme cela est arrivé dans plusieurs cas. M. Delbet est opposé au grattage comme pouvant être nuisible, et au lavage comme inutile. Il se borne à bien sécher la poche. Il considère aussi comme inutile la résection de la membrane adventice qui se rétracte, se résorbe et fond.

Arrivons au capitonnage proprement dit. Voici comment procède M. Delbet :

Il se sert d'aiguilles à pédale : d'un côté de la poche il introduit l'aiguille dans l'épaisseur même de la paroi et la fait cheminer longuement de façon à traverser la plus grande longueur possible de la paroi ; l'aiguille ainsi introduite, il passe le fil, il procède de même du côté opposé et met ainsi un nombre plus ou moins grand de fils suivant l'étendue de la poche. On arrive ainsi très facilement à aplatir des bourses hydatiques d'un volume considérable. Ce capitonnage ainsi fait, M. Delbet ferme complètement la poche et la réduit sans la fixer à la paroi abdominale.

En présence d'un kyste hydatique, M. Delbet croit que le mieux est de recourir d'emblée à la réduction sans drainage, telle qu'il la propose.

Il soutient cette opinion, au premier abord légèrement paradoxale, que ce procédé est infiniment moins dangereux que la ponction, dont il fait le procès en termes vraiment sévères ; blessure d'anses intestinales, blessure de vaisseaux importants, mort subite, tels sont les moindres méfaits dont M. Delbet accuse la ponction, cette intervention aveugle et d'un autre âge pour laquelle il semble professer le plus profond dédain. Il faut reconnaître, en effet, qu'il a cité des faits qui ne sont rien moins qu'encourageants pour la ponction, suivie ou non d'injections modificatrices.

En résumé, en se plaçant uniquement au point de vue des kystes hydatiques abdominaux, et laissant de côté les kystes thoraciques, M. Delbet estime que la réduction sans drainage est la méthode qu'il faut préférer. Si elle échoue, on a toujours la ressource de recourir secondairement au drainage, mais la réduction sans drainage est le plus ordinairement bénigne autant qu'efficace. Enfin, elle évite des fistules interminables. M. Delbet se croit donc le droit de dire que c'est là la méthode de choix.

Telle est, résumée, l'argumentation importante de M. Delbet sur cette question du traitement des kystes hydatiques de l'abdomen. Il faut reconnaître que la persistance et l'énergie avec lesquelles M. Delbet a défendu sa méthode, n'ont pas été inutiles, car il a rallié de nombreux partisans, ainsi que l'a prouvé cette discussion.

Au début de la séance, à propos du procès-verbal, M. Delbet a signalé un cas analogue à celui de M. Jalaguier : **frange synoviale simulant un corps étranger intra-articulaire.**

M. Potherat relève un point de la communication de M. Peyrot et croit impossible la reproduction d'un **kyste hydatique par l'irruption, dans la cavité abdominale, du contenu hydatique.**

A cela M. Ricard répond par une observation qui ne semble laisser aucun doute sur la possibilité de cette reproduction : il s'agit d'une femme qui avait été opérée par Péan pour un fibrome utérin; au cours de l'opération, un kyste hydatique fut ouvert. Il se fit ultérieurement, chez cette malade, une véritable greffe de kystes hydatiques et M. Ricard a dû opérer cette malade d'une véritable pullulation d'hydatides dans le ventre.

Toujours à propos du procès-verbal, M. Schwartz a rapporté l'exemple d'un malade atteint d'un **traumatisme du rein avec hématome considérable, hématurie,** chez lequel tous les accidents ont cessé sans intervention. M. Schwartz, comme l'a fait M. Ricard, attend les signes d'infection pour intervenir.

Signalons aussi un rapport de M. Kirmisson sur une observation de M. Dubouquet : il s'agit d'un cas de **guérison**

d'un mal de Pott par le décubitus ventral. M. Kirmisson approuve la conduite suivie dans ce cas par M. Dubouquet et se déclare absolument opposé à toute méthode de redressement brusque dans le traitement du mal de Pott.

Suit un rapport de M. Terrier sur un travail de M. Vuillette (de Marseille), relatif à l'**emploi de l'eau oxygénée dans un cas de septicémie gangréneuse.** Ce qu'il y a de particulier, dans cette observation, c'est que M. Vuillette a eu recours à des injections interstitielles d'eau oxygénée tout autour du foyer de gangrène; ce malade a fort bien guéri, quoique diabétique. Une discussion a suivi ce rapport à laquelle ont pris part MM. Quénu, Reynier, Michaux, d'où il ressort que l'eau oxygénée est un puissant antiseptique, ce que nous savons depuis longtemps, depuis que Péan, l'un des premiers avec la collaboration de Baldy, a fait des expériences à ce sujet, dans son service de l'hôpital Saint-Louis, expériences qui ont été relatées en détails dans la thèse du docteur Larrivée.

Les présentations suivantes ont été faites à la fin de la séance : un malade guéri depuis neuf ans de phlébite variqueuse par l'excision et la ligature (Quénu); un hypospade guéri par la méthode de Durand (Tuffier); un appendice accompagné d'un lombric (Brun); une pièce de résection pylorique (Rochard); des radiographies de fracture (Tuffier). Enfin, M. Doyen a fait plusieurs présentations, celle, entre autres, d'une tumeur cérébrale, dont on a beaucoup parlé dans ces derniers temps, le malade étant mort sur la table d'opération, non pas d'hémorragie, comme on l'a dit par erreur, mais bien de syncope.

PRATIQUE MÉDICALE

Contre la dépression nerveuse de la grippe les préparations suivantes ont une réelle efficacité :

1° *Névrosthénine Freyssinge*, flacon compte-goutte, contenant une solution concentrée sans sucre ni alcool de glycérophosphate de soude, potasse et magnésie. Dix gouttes contiennent 20 centigrammes de glycérophosphate composé. La névrosthénine convient spécialement aux malades âgés.

2° *Polyglycérophosphate granulé Freyssinge*, contenant par cuillerée à café 25 centigrammes de glycérophosphate composé à base de chaux, fer, soude et magnésie. C'est le meilleur reconstituant à prescrire aux enfants et aux adolescents.

FORMULAIRE

Formule pour injections hypodermiques de gélatine.

Gélatine..............	*āā*	10 grammes.
NaCl..................		
Eau....................		1000 —

Stérilisez. Commencer par injecter 50 centimètres cubes, puis augmenter jusqu'à 150 centimètres cubes. Les auteurs font l'injection à la cuisse. (Lancereaux.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique des maladies du système nerveux (1) [hospice de la Salpêtrière, 1897-1898], par M. le professeur Raymond.

Comme tous les ans à pareille époque, M. Raymond vient de faire paraître la série des cliniques professées par lui au cours de l'année précédente. Cette publication, qu'attendait impatiemment le monde médical, éclaire d'un jour nouveau les différents problèmes de neuropathologie qu'elle aborde; elle continue à tous égards les brillantes traditions de l'enseignement du maître.

Le livre débute par l'étude de *deux cas de tumeur de la zone rolandique.* Les tumeurs cérébrales étaient jadis considérées comme au-dessus des ressources de l'art : Il n'en est plus de même aujourd'hui que les découvertes physiologiques ont précisé le siège des centres corticaux moteurs, et rendu ainsi possible une intervention chirurgicale. Aussi conçoit-on l'extrême intérêt qui s'attache à leur diagnostic topographique. L'extirpation pratiquée suivant les règles peut, en effet, lorsque ces tumeurs sont accessibles, avoir pour conséquence la guérison du malade, et, même dans les cas où il est impossible d'arriver sur le foyer morbide, l'intervention sanglante donne encore d'excellents résultats thérapeutiques.

La diversité symptomatique de la *sclérose en plaques* explique la place importante que M. Raymond consacre, dans ses cliniques, à l'étude de cette affection; les formes infantiles, en particulier, — beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit d'habitude, — comportent souvent de grandes difficultés diagnostiques : ne faut-il pas les différencier de toutes les affections spasmo-paralytiques de l'enfance, et surtout de la diplégie cérébrale spasmodique? C'est dans ce cas que les antécédents d'accouchement laborieux, le début de la maladie à une époque très voisine de la naissance, l'existence de nombreuses malformations acquerront toute leur valeur séméiologique.

Nous ne pouvons que signaler ici les cliniques consacrées aux *polio-encéphalites supérieures*, aux *ophtalmoplégies des tabétiques*, à la *paralysie bulbaire asthénique*, aux différentes formes d'*atrophies musculaires* et à la question si discutée des rapports qu'elles affectent entre elles. Les *paralysies saturnines*, les *affections du cône terminal*, les *polynévrites*, les *paralysies générales juvéniles*, fournissent aussi les sujets d'intéressantes cliniques. Quant aux études sur le *myxœdème*, qui terminent le livre, elles indiquent avec une élégante clarté la pathogénie, et par suite le traitement de cette dernière affection.

De telles leçons ne se résument pas, elles se lisent et se méditent : tous ceux qui s'intéressent à la neuropathologie y retrouveront les qualités maîtresses de science et d'exposition qui caractérisent l'enseignement de M. le professeur Raymond.

L. BABONNEIX.

Dictionnaire des termes techniques de médecine (1), par les docteurs M. Garnier et V. Delamare, anciens internes des hôpitaux, avec une préface de G.-H. Roger, professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

Cet ouvrage contient les termes techniques dont le langage médical s'est surchargé depuis quelques années et qui ne figurent pas dans les plus récentes éditions des dictionnaires de médecine; il renferme également les noms d'auteurs par lesquels on désigne souvent aujourd'hui les symptômes et les maladies. Pour chaque mot, il donne l'étymologie et, par une phrase courte et précise, en indique le sens.

D'un maniement aisé et d'un format commode, ce volume s'adresse surtout aux étudiants qui, peu familiers avec la terminologie médicale, sont si souvent arrêtés par les dénominations techniques et par les noms propres qu'ils rencontrent. Les praticiens pourront aussi le parcourir avec fruit; il constitue pour eux un auxiliaire utile pour la lecture des travaux modernes.

Enfin, tous ceux qui s'intéressent aux sciences médicales consulteront volontiers ce petit dictionnaire, où ils y trou-

(1) Gr. in-8°, 610 p., 57 fig., 2 pl. chromolith. Prix : 15 francs. — Paris, O. Doin.

(1) In-18. Prix : 5 francs. — Paris, A. Maloine.

veront rapidement l'explication des termes spéciaux qui tendent aujourd'hui à pénétrer de plus en plus dans le langage usuel. « Sous un petit volume, ce livre constitue, comme l'a dit le professeur G.-H. Roger, le répertoire médical le plus complet qui existe actuellement. » S.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Voici les prix décernés pour l'année 1899 :

Prix Barbier (2000 francs). — Le prix, avec une somme de 1000 francs, est décerné à M. le docteur Albarran, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Il est accordé, à titre d'encouragement, 500 francs à M. Rémy et 500 francs à M. Carvalho.

Prix Chateauvillard (2000 francs). — Le prix est partagé ainsi qu'il suit : 1° 1000 francs à M. le docteur H. de Rothschild (de Paris), pour son ouvrage intitulé : « L'allaitement mixte et l'allaitement artificiel ; » 2° 500 francs à M. le docteur Lévi-Sirugue (de Paris), pour sa thèse intitulée : « Étude anatomo-pathologique et expérimentale de la tuberculose péritonéale ; » 3° 500 fr. à M. le docteur Stéphen Artault (de Paris), pour son travail sur « La Flore et la faune des cavernes pulmonaires. »

Prix Montyon (700 francs). — Le prix est partagé ainsi qu'il suit : 1° 500 francs à M. Girard et à M. le docteur Bordas (de Paris), pour leur mémoire fait en collaboration sur la « Fièvre typhoïde » ; 2° 200 francs à M. le docteur Hébert pour son mémoire intitulé : « La population du cap Sizun. »

Prix Jeunesse [hygiène] (1500 francs). — Le prix est partagé ainsi qu'il suit : 1° 500 francs à M. le docteur H. de Brun, professeur à la Faculté française de médecine de Beyrouth, pour son travail portant pour titre : « L'organisation sanitaire de l'empire ottoman et la défense de l'Europe contre la peste et le choléra ; » 2° 500 francs à M. Bonjean (de Paris), pour son mémoire sur « Le bacille pyocyanique dans les eaux d'alimentation » ; 3° 300 francs à M. le docteur E. Mauchamp pour sa thèse sur « L'allaitement artificiel des nourrissons par le lait stérilisé » ; 4° 200 francs à M. le docteur Patay (de Rennes), pour son mémoire sur « La Société de charité maternelle de Rennes ». — Une mention honorable est accordée à M. le docteur Alex. Henrot.

Prix Jeunesse [histologie] (750 francs). — Le prix est partagé ainsi qu'il suit : 1° 250 francs à M. le docteur Branca (de Paris), pour son mémoire intitulé : « Recherches sur la trachée et sa cicatrisation ; » 2° 250 francs à MM. les docteurs F. Bezançon et Labbé (de Paris), pour leur « Étude sur le mode de réaction et le rôle des ganglions lymphatiques dans les infections expérimentales » ; 3° 250 francs à M. Manouelian pour son « Étude du système nerveux par la méthode de Golgi ».

Prix Saintour (3000 francs). — « De l'insuffisance hépatique. » Le prix est partagé de la manière suivante : 2000 francs à M. le docteur Gouget (de Paris), et 1000 francs à MM. Castaigne et Bender, internes des hôpitaux de Paris. — Une mention très honorable a été accordée à M. C. Bacaloglu, interne des hôpitaux de Paris.

Thèses récompensées pour l'année 1899. — Médailles d'argent : MM. Branca, Delamare, Fauvelle, Glaize, Lardennois, Mouchet, Nobécourt, Pasteau, Rogues de Fursac, Sainton, Wiart.

Médailles de bronze : MM. Arnoux, P.-R. Bernard, Bigeard, Cestan, P.-Ch.-G. Charpentier, Cottet, de Lacroix de Lavalette, Delmond-Bebet, Fredet, Got, J.-B.-L. Guillemot, Haury ; Mlle Lascoronsky ; MM. Latteux, Leduc, Leprince, Long, Salles, Seringe.

Mentions honorables : MM. Auclair, Bize, Bousquet, A. Charpentier, Chauveau, Constantinesco, Coville, Estrabaut, Faure, Hélouin, Ignard, Lefèvre, Martinet, J.-H. Mathieu, Morfaux, Riche, Robin, Rubinrot, Schultz, F.-M.-F. Tardif, Terrien, Vouzelle.

Guerre. — Par application des dispositions de l'article 37 de la loi du 13 mars 1875, M. le médecin-inspecteur Émery-Desbrousses, directeur du service de santé du 19e corps d'armée, à Alger, est placé, à dater du 15 mars 1900, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs.

Par décision ministérielle du 13 mars 1900, M. Chanaud, médecin-major de deuxième classe au 95e d'infanterie, a été désigné pour être attaché à l'état-major du groupe d'artillerie destiné à Diégo-Suarez.

Par décision ministérielle du même jour, le service médical du régiment de marche de la Légion étrangère (2e bataillon) désigné pour faire partie de la garnison de Diégo-Suarez a été assuré de la manière suivante :

1er bataillon : M. le médecin-major de deuxième classe Cuttin, du 129e d'infanterie ;

M. le médecin-major de première classe Hotchkiss, des hôpitaux militaires de la division d'Alger.

2e bataillon : M. le médecin-major de deuxième classe Sicard, du 11e hussards ;

M. le médecin aide-major de première classe Mauviez, des hôpitaux militaires de la division de Constantine.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 10e semaine, 1165 décès, chiffre très inférieur à celui des précédentes semaines (1259 pendant la 9e semaine, 1385 pendant la 8e, 1423 pendant la 7e), et qui se rapproche de la moyenne ordinaire des semaines de mars (1090).

L'épidémie de grippe est presque terminée.

La fièvre typhoïde a causé 20 décès, chiffre inférieur à celui des semaines précédentes (25 pendant la 9e semaine, 26 pendant la 8e, 29 pendant la 7e), mais encore supérieur à la moyenne des semaines de mars pendant les cinq années précédentes (6). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins présente une légère diminution (110 au lieu de 116 et de 148 antérieurement).

La rougeole a causé 22 décès, chiffre voisin de la moyenne (20) ; la scarlatine (2), la coqueluche (3), la diphtérie (8) restent rares.

On a attribué, dans un hôpital, 1 décès au typhus exanthématique.

Il n'y a pas eu de décès par variole depuis quatre semaines ; 13 cas nouveaux ont été signalés par les médecins.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 164 décès, au lieu de 228 pendant la semaine précédente et au lieu de 181, moyenne ordinaire de la saison.

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 55 décès (la moyenne est 58), dont 37 sont dus à la congestion pulmonaire.

En outre, 15 décès ont été attribués à la grippe.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lebreton, médecin des hôpitaux de Paris ; Lauzet, chirurgien en chef des hôpitaux civils de Marseille.

Les cigales employées comme médicament. — Les Chinois emploient, paraît-il, les cigales en médecine. Ces poétiques mais bruyants insectes trouvent leur emploi dans une foule de maladies. L'hydrophobie, le lumbago, le mal de dents, la stérilité et l'impuissance sont radicalement guéris par son usage, si l'on en croit les médecins chinois. On peut également les employer avec succès dans le traitement de la suppuration en les mêlant avec de la farine de riz.

Pensée. — Deux sortes de personnes sont insatiables : celles qui cherchent la science et celles qui courent après les richesses. (*Littérature orientale.*)

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — L'eau potable a Paris : la Vanne, l'Avre et la Dhuys; étude d'hygiène parisienne. — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — Médecine pratique. Traitement des tuberculoses locales par des injections d'extrait glycériné de foie de morue; — Traitement de certaines formes de dilatation stomacale par l'huile à hautes doses; — Doit-on lier le bout placentaire du premier cordon dans la grossesse gémellaire? — Les vapeurs d'aldéhyde formique pour la destruction des mouches, des puces et des rats. — Formulaire. Traitement des hémorroïdes; — Traitement des convulsions des enfants; — Contre le choléra infantile; — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

L'EAU POTABLE A PARIS

LA VANNE, L'AVRE ET LA DHUYS; ÉTUDE D'HYGIÈNE PARISIENNE

« L'alimentation des villes en eaux potables occupe, parmi les questions d'hygiène, un des premiers rangs que justifie son rôle sanitaire considérable. Depuis une trentaine d'années, soit au sein des sociétés savantes, soit aux différents parlements de tous les pays, elle a été l'objet de discussions nombreuses, motivées par la préoccupation des hommes compétents : ingénieurs, pour édifier les projets d'amenées d'eau; parlementaires, pour les voter; médecins et hygiénistes, pour les discuter, les approuver ou les rejeter au nom de la science. »

C'est par ces lignes que débute la thèse que M. Arago (1) consacre à un sujet tout d'actualité : la question de l'alimentation en eau potable de notre grande cité parisienne.

Jusqu'en 1854, Paris fut uniquement desservi par de l'eau de rivière (eau de Seine et eau de l'Ourcq). Mais bientôt l'accroissement de la population et l'infection de l'eau de Seine par les eaux-vannes des usines installées sur les rives du fleuve, obligèrent la Ville à abandonner l'eau de rivière pour la consommation et à mettre à l'étude un projet d'amenée d'eau potable. Une autre raison, plus décisive encore, ne tarda guère à confirmer l'absolue nécessité de cette substitution.

Depuis longtemps déjà, les hygiénistes songeaient à faire jouer un rôle important à l'eau de rivière, dans la propagation de la dothiénentérie, mais ce n'est qu'à une époque relativement récente (1886), que M. Brouardel donnait la preuve incontestable de l'origine hydrique de cette affection, dans ses recherches sur les causes de l'épidémie de Pierrefonds. Peu après, MM. Chantemesse et Widal, étudiant l'influence exercée par la distribution d'eau de rivière sur l'apparition des épidémies de fièvre typhoïde à Paris, établissaient le rapport constant qui existe entre cette distribution et l'augmentation du nombre des cas de cette maladie. « D'année en année les faits se multiplient : ces mêmes auteurs constatent, en septembre 1886, la présence du bacille d'Éberth dans l'eau d'une borne-fontaine de Ménilmontant; MM. Brouardel et Chantemesse, en 1887, dans la vase d'un réservoir de Clermont-Ferrand; M. Thoinot (1887), dans l'eau de Seine au pont d'Ivry; M. Loir (1887), dans l'eau de son logement à l'Institut Pasteur; M. Pouchet (1889), dans l'eau distribuée à l'École normale de Saint-Cloud, et, en 1890, dans l'eau qui amena l'épidémie de Villerville. » L'épidémie de 1894, celle plus récente de 1899, établissent définitivement l'origine hydrique de la fièvre typhoïde. Aussi, essaya-t-on de pourvoir Paris d'une quantité d'eau de source suffisante pour bannir complètement l'eau de rivière de l'alimentation.

C'est à l'ingénieur Belgrand que revient l'honneur d'avoir étudié à fond le bassin de la Seine et d'y avoir choisi les eaux de sources susceptibles d'être amenées à Paris. Le problème était le suivant : trouver des sources aussi peu minéralisées que l'eau de Seine, assez abondantes pour alimenter Paris, assez élevées pour être dérivées aux points culminants de la ville par le simple effet de la gravité. Avant de fixer son choix, M. Belgrand devait élucider deux questions principales : 1° dans quelles proportions le bicarbonate de calcium peut-il, à la température ordinaire, rester à l'état de dissolution stable dans une eau courante ou dans le réseau des conduites de distribution d'une ville? Il arriva au titre limite de 18,60; toute eau dont le titre est inférieur à 18,60 n'est pas incrustante, et peut, par conséquent, être distribuée sans danger; 2° il s'agissait en outre de déterminer la pente minima à donner à un aqueduc pour qu'il ne se forme pas de dépôt vaseux dans la cunette : 0,10 centimètres par kilomètre.

Ces deux questions résolues, Belgrand entreprit l'étude méthodique de toutes les sources du bassin de la Seine qu'il divisa en trois classes : 1° sources des terrains imperméables, peu importantes; 2° sources des vallées les plus profondes, souvent énormes, telle la Vanne; 3° sources qui jaillissent à la limite de contact d'un terrain imperméable et d'un terrain perméable qui se recouvrent. Ordinairement très nombreuses, elles jaillissent aussi bien à flanc de coteau qu'au fond des vallées.

Trois cents sources furent essayées à l'hydrotimètre : et l'on constata que, pour avoir des eaux de bonne qualité, il

(1) Thèse de Paris, 1900.

fallait s'éloigner de Paris de cent kilomètres au moins et se rapprocher de la limite de la Champagne et de la Brie, parce que la grande lentille de gypse qui s'étend de Meulan à Château-Thierry chargeait toutes les sources de la banlieue d'une trop grande quantité de sulfate de chaux. C'est en 1855, que fut adoptée en principe la séparation des services public et privé, et que l'on décida que ce dernier serait alimenté en eau de source. Les sources dont disposait alors la ville étaient d'un rendement beaucoup trop faible pour servir à l'alimentation : aussi deux projets de dérivation d'eau de source furent-ils étudiés concurremment : l'un, concernant les sources de la Somme-Sourde, fut repoussé parce que cette rivière ne pouvait résister aux grandes sécheresses; l'autre, concernant les sources de la Vanne, fut ajourné parce qu'il ne permettait pas d'élever l'eau aux étages supérieurs des maisons dans les hauts quartiers de Paris.

La Dhuys, dont les sources sont aussi importantes par le chiffre de leur débit que par la pureté de leurs eaux, fut achetée en 1859 par la Ville : après avoir alimenté trois arrondissements en entier (XVIIIe, XIXe, XXe) et trois autres en partie (IXe, X^e, XIe) elle n'alimente plus actuellement que le XXe arrondissement en entier, et une partie des XIe et XIXe arrondissements.

A l'inverse de la Dhuys qui doit à une source unique presque tout son débit d'été, la Vanne ne reçoit à son origine qu'une alimentation très affectée par la sécheresse : c'est seulement dans la partie moyenne de son cours qu'elle recueille des sources de débit peu variable. C'est en 1878 que l'on a commencé à introduire l'eau des sources de la Vanne dans la consommation parisienne, mais son fonctionnement complet et régulier est plus récent. Elle fournit actuellement l'eau à la majorité des arrondissements de Paris (Ier, IIe, IIIe, IVe, V^e, VIe, VIIe, XIIe, XIIIe en entier, et une partie des XIVe, XVe, XVIe).

Chacune des sources de l'Avre a été captée à son point d'émergence en remontant aussi loin et aussi profondément que possible pour les saisir dans toute leur pureté originelle. Les eaux de l'Avre alimentent actuellement tout le XVIIe et tout le XVIIIe arrondissement et une partie des VIIIe, IXe, X^e, XIVe, XVe, XIXe. Enfin le plus récent des projets d'adduction d'eau de source, en voie d'exécution à l'heure actuelle, met à contribution les sources du Loing et du Lunain : il dotera quotidiennement Paris d'un supplément de 50 000 mètres cubes d'eau potable d'après les chiffres officiels.

M. Arago aborde ensuite l'important chapitre des causes de contamination des eaux. Deux grandes causes attirent toute l'attention de l'hygiéniste : la pénétration rapide, jusqu'à la nappe souterraine, d'eaux superficielles n'ayant pas eu le temps de se filtrer, et aussi la question toute nouvelle des sources vauclusiennes.

La pénétration d'eaux superficielles impures dans la profondeur du sol s'explique par l'habitude qu'ont les paysans de répandre en masse leurs déjections sur les terres cultivées; cette culture a pour résultat de souiller la nappe souterraine. Il est en effet nécessaire, pour que celle-ci soit préservée, qu'une couche minérale, d'épaisseur variable suivant les terrains, mais suffisamment étendue, soit interposée entre cette nappe et les eaux superficielles, de façon à servir de couche filtrante à ces dernières. Or, à la suite des grandes pluies, il est beaucoup de vallées dont les sources présentent un aspect laiteux dû à un grand nombre de molécules de craie entraînées par l'infiltration. La constatation de ces molécules donne la preuve de la grande porosité du sol, et du peu de résistance qu'il oppose à la circulation des bactéries. Elle témoigne encore de la présence de fissures plus ou moins nombreuses : or, là où les molécules de craie peuvent passer, les microbes passeront plus facilement encore.

A ce point de vue, les composantes de l'eau de Vanne sont de fort inégale valeur. Le groupe des sources de Cochepies paraît bon. Quant aux eaux empruntées à la vallée de la Vanne, les unes proviennent de sources bien protégées (Armentières, La Bouillarde, Cérolles, Saint-Philibert), — les autres sont de qualité bien inférieure, parce que leur protection est moins assurée : telles les sources Gandin, Noé et surtout celles du Miroir. Enfin les drains de Chigny, de Flacy fournissent une eau extrêmement suspecte. « Le reproche qu'on peut donc adresser aux eaux de la Vanne est d'être une composante d'eaux légitimes et d'eaux superficielles, dont le rôle nocif ne s'est que trop souvent affirmé. »

Les sources de l'Avre appartiennent à la catégorie des eaux *vauclusiennes* : ce sont des eaux qui se perdent en partie ou en totalité dans leur parcours. Les pertes se font, soit par des fistules invisibles, soit par des espèces de gouffres visibles, appelés *bétoires*, et les eaux perdues reparaissent au jour avec les sources nombreuses qui sillonnent la contrée. On peut donc dire schématiquement que le sous-sol de tout le bassin de l'Avre est sillonné de canaux souterrains qui reçoivent les eaux disparues et les rendent sous forme de sources (Thoinot).

Ces détails de géologie présentent un très grand intérêt : si les eaux superficielles se perdaient simplement dans les graviers d'alluvion de la vallée de l'Avre, il y aurait filtration et épuration complète de ces eaux. Mais, de leur absorption par les bétoires, il résulte qu'elles se rendent directement dans la cavité de la Marne, où, là, il n'y a ni filtration ni épuration. Elles arrivent ainsi dans les mêmes conditions aux sources en entonnoir. En temps ordinaire, quand l'absorption est réduite, comme en été, à son minimum, on a alors un minimum de bactéries et de matières organiques : surviennent les pluies d'hiver, les terres, les sentiers, les chemins sont lavés; toutes ces eaux, chargées de matières organiques et non filtrées, arrivent alors aux bétoires et, par suite, aux sources de l'Avre. Là est le danger : si, à ces époques de pluie, existait une épidémie de fièvre typhoïde dans l'un des villages situés en amont de ces points d'absorption, les microbes arriveraient directement à Paris par les eaux de l'Avre. Tous ces faits, dont nous devons la connaissance aux beaux travaux de MM. Thoinot et Brard, montrent que Paris est toujours exposé, de par les eaux de l'Avre, à une épidémie typhique. L'administration des eaux n'a jusqu'à présent rien fait pour détourner ce danger, dont elle nie d'ailleurs la possibilité; il serait cependant bien simple d'oblitérer les points d'absorption par les procédés qu'a employés le service des ponts et chaussées en 1897 pour combler les gouffres de l'Eure.

Les mêmes craintes peuvent être formulées pour les sources du Loing et du Lunain, mais ici le danger est moindre par suite de l'éloignement des sources de toute cause d'infection.

L'eau potable peut encore être contaminée dans la canalisation même. Les mélanges d'eau de rivière et d'eau de source, jadis si fréquents, devaient à jamais disparaître lorsque l'Avre est venue, en 1893, apporter son appoint de

100 000 mètres cubes au service privé. « Désormais pourvu de 250 000 mètres cubes d'eau par jour, disait à cette occasion M. le préfet de la Seine, Paris pourra se dispenser de rien demander à ces eaux de Seine si décriées aujourd'hui, et qui, durant des siècles, ont suffi à son prodigieux accroissement. »

Les événements n'ont malheureusement point justifié ces espérances officielles : depuis 1893, les mélanges d'eau de rivière et d'eau de source ont continué comme par le passé, l'Avre mêle maintenant ses eaux à celles de la Vanne et de la Dhuys dans les réservoirs de la ville, l'usage exclusif d'eau de Seine est encore imposé, presque à chaque été, à des arrondissements entiers.

Les données qu'expose M. Arago jettent un jour singulier sur l'origine des épidémies typhiques : elles montrent en particulier que la diothiénentérie est bien loin d'avoir diminué de fréquence depuis l'apport des eaux de l'Avre. Il ne saurait en être autrement si l'on se rappelle la possibilité, pour ne pas dire la facilité de contamination des eaux de source à leur origine, par les impuretés du sol, dans la canalisation par l'addition d'eau de rivière : la Vanne réclame l'épidémie de 1894 et la recrudescence de 1899, l'Avre peut demain contagionner Paris (1).

Le travail de M. Arago poursuit l'ardente et courageuse campagne entreprise par M. Thoinot (2) ; mais c'est en vain que, tous les jours, les hygiénistes jettent le cri d'alarme : sourde à toute critique, et forte de son immuabilité dans l'erreur, l'administration n'en continue pas moins à nous pourvoir d'eau impure, à assurer l'impartiale distribution de fièvre typhoïde dans les différents quartiers parisiens (3).

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(16 MARS 1900)

Nous avons à enregistrer deux nouvelles communications sur les leucémies : la première due à MM. Widal et Prosper Merklen, la seconde due à MM. Edgar Hirtz et Marcel Labbé.

La première communication a pour titre : **leucémie lymphocytique.** Elle a pour base l'observation d'un malade âgé de cinquante-six ans, dans le sang duquel il n'existait que des lymphocytes, à l'exclusion presque complète des autres variétés de globules blancs. Au point de vue clinique, le malade était entré à l'hôpital avec un ventre distendu par une rate énorme et par un foie hypertrophié et avec de l'œdème des membres inférieurs. La rate, dure, lisse, remplissait en grande partie la moitié gauche de l'abdomen. Le foie dépassait de 8 à 10 centimètres le rebord des fausses côtes. Il existait des ganglions hypertrophiés dans les régions inguinales et axillaires. Le malade mourut très rapidement. Deux fois, l'examen du sang fut pratiqué.

La première fois, le nombre des globules rouges était de 1 178 000 et celui des globules blancs de 682 000; la seconde fois, le nombre des globules rouges était de 1 534 500 et le nombre des globules blancs de 761 600. Ces globules blancs étaient presque uniquement constitués par de petits lymphocytes opaques nettement circulaires, très fortement colorés après l'action de l'hématéine ou du triocol, en général plus petits que les rouges. Ils semblaient constitués uniquement par un noyau, et on ne décelait pas de zone protoplasmique autour d'eux.

On constatait 89 de ces éléments pour 11 grands leucocytes très volumineux, qui ne semblaient formés que par un gros noyau pâle, peu colorable, à contours déchiquetés, sans protoplasma visible autour de lui ; on ne trouvait pas d'éosinophile et on ne constatait guère que 1 polynucléaire neutrophile pour 250 ou 300 globules blancs environ.

A l'autopsie, la rate apparut énorme, pesant 1 460 grammes. Elle était parsemée de petits nodules blanchâtres ; le foie pesait 2400 grammes environ ; l'épiploon et le mésentère étaient farcis de ganglions. La moelle des os était transformée en un tissu composé presque uniquement de lymphocytes. En certains points seulement, on observait dans quelques îlots des mononucléaires à noyau clair entouré d'une couche de protoplasma.

L'examen histologique des organes concordait avec l'examen hématologique fait pendant la vie. Il s'agissait bien d'un cas de leucémie lymphocytique. Mais la formule du sang, dans ce cas, différant sensiblement de celle observée par MM. Hayem et Lévis, il en résulte qu'il existe en réalité deux formules hématologiques différentes à leucocytes mononucléaires.

L'observation de MM. Edgar Hirtz et Marcel Labbé est un type de **leucémie à marche aiguë.** L'évolution, chez un homme de vingt et un ans, s'est faite en neuf semaines. L'étiologie resta complètement obscure. Peut-être l'évolution a-t-elle été précipitée par une complication infectieuse d'origine nasale, auquel cas il s'agirait probablement d'une leucémie plutôt chronique au cours de laquelle s'est déclarée une septicémie mortelle. On trouva des embolies microbiennes de la rate et de la moelle osseuse.

Au point de vue hématologique, ce cas peut être classé comme une leucémie lymphatique ou lymphocytémie.

M. Ferrier (du Val-de-Grâce) présente deux malades, hémiplégiques tous deux, chez lesquels les phénomènes paralytiques ont apparu, chez le premier le sixième jour, chez le second le septième jour après le début d'une **scarlatine.** Ces hémiplégies, précédées d'ictus, de fièvre, d'incontinence des urines et des matières fécales, s'accompagnaient, chez l'un des malades, d'atrophie et d'exagération des réflexes ; chez l'autre, de contractures secondaires très accentuées, avec trépidation épileptoïde. L'absence de troubles sensoriels et sensitifs, de stigmates hystériques, l'existence très nette des signes de Babinski [extension des orteils par la piqûre de la plante du pied, élévation du talon du côté paralysé, lorsque le malade passe du décubitus dorsal à la position assise (1)] permettent d'exclure l'hypothèse d'hémiplégies fonctionnelles.

M. Louis Rénon a observé, chez un malade habitant la Guadeloupe, la **filariose** évoluant presque tout entière sous forme de crises testiculaires.

Ces crises, dont le début datait de dix ans, survenaient à

(1) Une enquête officielle, récemment prescrite par le préfet de la Seine, vient d'aboutir à la reconnaissance pleine et entière de tous les défauts signalés tant à la Vanne qu'à l'Avre. — Voir à ce sujet : « Le dernier mot sur les eaux de Paris, » par M. ARAGO, in *Ann. d'hyg. publique*, 1900, n° 3.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 946 et 1058.

(3) Nos édiles commencent à s'émouvoir de cet état de choses. A la dernière séance du Conseil municipal (16 mars), MM. Mithouard, Alpy et Escudier se sont préoccupés des moyens à employer pour donner enfin de l'eau potable aux Parisiens. Le grelot est donc attaché. Mais ce serait mal connaître nos administrations françaises que d'espérer une prompte solution.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1249.

peu près en moyenne deux fois par an, et leur apparition n'était précédée d'aucun prodrome. Le malade était réveillé le matin par une douleur violente dans le testicule droit, qui devenait immédiatement gros et sensible à la pression; cette douleur irradiait dans la fosse iliaque droite, pour gagner la région lombaire, et l'on assistait à tout le cortège symptomatique de la colique néphrétique. L'accès pouvait être fébrile ou non fébrile et cédait de lui-même, sans traitement, au bout de vingt-quatre ou trente-six heures. Après les dernières crises, une hydrocèle transparente se déclara dans la tunique vaginale droite. Elle guérit après cure radicale.

Ces crises testiculaires furent les seules manifestations apparentes de la filariose chez ce malade, dont le sang contenait des embryons de filaire; il ne présentait ni œdème du scrotum, ni œdème des membres, ni chylurie, et l'on ne trouvait dans son histoire que deux œdèmes fugaces, l'un du scrotum, l'autre du pied droit, d'une durée de vingt-quatre heures à peine.

Ces crises doivent être nettement séparées de la colique néphrétique, à laquelle elles ressemblent beaucoup; elles peuvent, par leur présence, aider au diagnostic souvent difficile de filariose.

Le docteur Audain (d'Haïti) a insisté le premier sur elles, dès 1894; elles seraient dues, selon lui, à la présence de la filaire dans le territoire lymphatique d'un testicule.

MM. Rabé et Merklen font chacun une communication sur le **type de Cheyne-Stokes et l'artério-sclérose**. Ces deux communications se suivent et se complètent. Nous les relaterons avec quelques détails dans le prochain compte rendu.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des tuberculoses locales par des injections d'extrait glycériné de foie de morue (1). — M. Guerder a traité avec succès la tuberculose locale par des injections d'extrait glycériné d'huile de foie frais de morue. Ces injections doivent être pratiquées aseptiquement; si elles sont faites dans ces conditions, elles sont inoffensives; elles ne déterminent de la réaction fébrile que si la dose injectée est trop considérable ou si les sujets sont irritables. On doit débuter par des doses faibles.

M. Guerder commence par injecter 1/2 centimètre cube, puis il injecte 1, 2 ou 3 centimètres cubes; il renouvelle l'injection tous les huit jours environ.

Les injections produisent une action locale qui consiste en une excitation de l'activité phagocytaire.

Elles produisent aussi une action générale qui se traduit par une amélioration de l'état général des malades. Cette action générale n'est néanmoins pas suffisante pour obtenir un traitement efficace de la phtisie par des injections pratiquées à distance de la région atteinte.

Traitement de certaines formes de dilatation stomacale par l'huile à hautes doses. — Nous citions récemment la cure d'huile contre la constipation (2), voici aujourd'hui une nouvelle utilisation de l'huile d'olives qui serait capable de rendre de grands services. M. Cohnheim (de Berlin) propose ce traitement pour les dilatés qui souffrent quatre à cinq heures après les repas (spasme du pylore). On fait un lavage de l'estomac, puis par le tube de Faucher on introduit un quart de litre d'huile d'olives pure légèrement chauffée : il suffit d'une intervention par jour pour voir rapidement disparaître les douleurs.

Ce même procédé aurait également donné à M. Cohnheim d'excellents résultats dans un carcinome du pylore, en diminuant rapidement les douleurs.

Doit-on lier le bout placentaire du premier cordon dans la grossesse gémellaire? — Cette ligature a toujours été recommandée par les accoucheurs dans la crainte de l'écoulement, par ce bout placentaire, du sang du second fœtus. Cette crainte est fondée sur la possibilité de communications vasculaires entre les deux circulations fœtales. Peu et Deventer nient l'existence de ces communications; Baudelocque pense qu'elles sont peu développées et relate une observation dans laquelle le premier cordon ne fut pas lié, et il n'y eut pas d'écoulement sanguin; Velpeau rapporte deux cas semblables.

Ces anastomoses existent, comme l'ont prouvé les injections, mais on ne les trouve pas dans tous les cas. On ne les rencontre que dans les cas de chorion unique, c'est-à-dire dans la grossesse gémellaire univitelline. D'après M. Bar, ces anastomoses sont de deux ordres; les unes superficielles, presque constantes, se divisant suivant le nombre des cavités amniotiques, communication d'artère à artère ou de veine à veine; les autres profondes, ne comprenant qu'une seule catégorie : les intravilleuses capillaires d'artère à artère et de veine à veine, fréquentes et non constantes.

En tous cas, si une hémorragie est à redouter, elle se fera presque toujours par les artères et bien rarement par les veines.

Le docteur Aubert, qui a consacré sa thèse à ce sujet (Paris, 1899), croit inutile la ligature du bout placentaire du premier cordon, et il se base sur une série d'observations recueillies à la Clinique Baudelocque et dans lesquelles l'écoulement sanguin a toujours été insignifiant lorsqu'il a été noté; jamais il n'a pu constituer, par son abondance, un danger pour la vie du second fœtus.

La rareté, ou tout au moins le peu d'abondance de ces hémorragies, peut s'expliquer par la rétractilité des artères, qui, atteignant rapidement son maximum, s'oppose d'une manière absolue à tout écoulement de sang. Cette ligature, qui, certes, prend peu de temps, est donc inutile, et dorénavant on peut l'abandonner sans crainte (1).

Les vapeurs d'aldéhyde formique pour la destruction des mouches, des puces et des rats. — On connaît le rôle que jouent les mouches, les puces et les rats dans la propagation de certaines maladies, la peste notamment.

Des expériences ont été faites à Anvers, dans le but de déterminer le degré d'efficacité des vapeurs d'aldéhyde formique pour la destruction de ces animaux.

Il résulte d'un rapport présenté par M. Valère Haazen à la Commission médicale locale d'Anvers, dans sa séance du 12 décembre 1889, que, en employant, pour la production des vapeurs en question, 2 grammes de trioxyméthylène par mètre cube, les mouches ont été détruites.

Pour les puces, il a fallu 7 grammes de trioxyméthylène par mètre cube; des doses inférieures ont été reconnues insuffisantes.

En ce qui concerne les rats, il faut employer des doses de trioxyméthylène assez considérables; avec des doses de 7 grammes par mètre cube, les jeunes rats succombent; mais les rats adultes résistent; ceux-ci peuvent même supporter des doses de 8, 9 et 10 grammes par mètre cube. On ne peut donc recommander l'usage des vapeurs d'aldéhyde formique pour la destruction des rats dans les cales de navire (2).

(1) *Rev. de thér. méd.-chir.*, janvier 1900.
(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 8 mars 1900.

(1) *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 3 mars 1900.
(2) *Journal de pharmacie d'Anvers*, février 1900.

FORMULAIRE

Traitement des hémorroïdes.

M. Boas conseille à l'intérieur l'emploi de l'hamamelis virginica :

Rp. Extr. fluide d'Hamamelis. 100 grammes.

3 cuillerées à café par jour.
Pendant trois mois.

Localement contre les douleurs et les excoriations il recommande les suppositoires suivants :

Rp. Chrysarobine	0g08
Iodoforme	0g02
Extr. belladone	0g01
Beurre de cacao	2 grammes.

Pour un suppositoire, 2 à 3 par jour.
ou sous forme de pommade :

Chrysarobine	0g08
Iodoforme	0g03
Extr. Belladone	0g06
Vaseline	15 grammes.

Contre les hémorroïdes externes il prescrit :

Rp. KI	2 grammes.
Iode pur	0g50
Glycérine	35 grammes.

et plus tard

Rp. KI	5 grammes.
Iode	1 —
Glycérine	40 —

(*Centralblatt. f. chir.*)

Traitement des convulsions des enfants.

Les convulsions sont fréquentes lors de la dentition, après une chute sur la tête, dans la méningite, la tuberculose. Dans ces divers cas, M. Kinggs prescrit, pour les enfants en dessous de six mois :

Sulfate de chaux	0g06 centigr.
Eau distillée	250 grammes.

Une cuillerée à café toutes les heures.

Chez les enfants de six mois à un an, on peut élever la dose à 15 et même 30 centigrammes.

On recommande de se servir d'un médicament fraîchement preparé. (*Bull. gén. de thér.*, 28 fév. 1900.)

Contre le choléra infantile.

Nitrate d'argent	1 à 3 centigr.
Eau distillée	50 grammes.

en lavements.

Cette solution peut être donnée en potion, par cuillerée à café, d'heure en heure. (Debove.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 26 AU 31 MARS 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 26 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Rémy et Sébileau.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Lannelongue, Poirier et Varnier.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Delens, Broca (Aug.) et Lepage ; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Tuffier et Delbet ; — (2e série) : MM. Terrier, Lejars et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Potain, Déjerine et Gaucher ; — M. Launois, suppléant.

MARDI 27 MARS, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Mathias-Duval, Rémy et Thiéry.

1er (1re série), *Faculté, salles nos 1 et 2* : MM. Le Dentu, Quénu et Langlois ; — (2e série) : MM. Schwartz, Poirier et Faure.

3e (2e partie), *Faculté, salle n° 3* : MM. Hutinel, Ménétrier et Vaquez ; — M. Brun, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Berger et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Letulle et Charrin ; — (2e série) : MM. Joffroy, Marfan et Dupré ; — M. Roger, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

MERCREDI 28 MARS, à une heure. Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Lannelongue, Poirier et Delbet.

1er (nouveau régime) *Faculté, salle n° 2* : MM. Tuffier, Retterer et Mauclaire.

1er, *Salle n° 2, Faculté* : MM. Kirmisson, Gley et Walther.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 3* : MM. Terrier, Varnier et Sébileau.

3e (oral, 1re partie), *Ecole pratique, salle n° 4* : MM. Jalaguier, Legueu et Lepage ; — (2e partie , *Petit amphithéâtre* : MM. Landouzy, Gilles de la Tourette et Widal ; — M. Weiss, suppléant.

JEUDI 29 MARS, à une heure. — Anatomie pathologique, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Hanriot et Achard.

1er, *Petit amphithéâtre* : MM. Quénu, Poirier et Retterer.

2e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Mathias-Duval, Blanchard et Launois.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salles nos 3 et 2* : MM. Budin, Brun et Thiéry; — (1re série) :MM. Guyon, Schwartz et Bonnaire ; — (2e série), *Ecole pratique, salle n° 4* : MM. Berger, Wallich et Faure ; — (2e partie) : MM. Grancher, Charrin et Thiroloix.

4e, MM. Proust, Gley et Thoinot ; — M. Wurtz, suppléant.

VENDREDI 30 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Tillaux, Retterer et Legueu.

1er (1re série), *Faculté, salles nos 1 et 3* : MM. Tuffier, Poirier et Delbet ; — (2e série) : MM. Jalaguier, Sébileau et Mauclaire.

4e : MM. Potain, Pouchet et Thoinot ; — M. Hanriot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Lannelongue, Kirmisson et Walther ; — (2e série) : MM. Terrier, Delens et Broca (Aug.); — (2e partie) : MM. Hayem, Déjerine et Wurtz ; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Heim, suppléant.

SAMEDI 31 MARS, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Quénu et Albarran.

1er (1re série), *Faculté, salle n° 1* : MM. Schwartz, Brun et Thiéry; — (2e série) : *Petit amphithéâtre* : MM. Rémy, Poirier et Faure.

2e (2e partie), *Faculté, salle n° 3* : MM. Mathias-Duval, André et Weiss.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 4* : MM. Cornil, Blanchard et Dupré ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Dieulafoy, Marfan et Achard ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Joffroy et Vaquez ; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich ; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Association médicale mutuelle (fondation Lagoguey) a tenu son assemblée générale annuelle hier dimanche 18 mars, dans le grand amphithéâtre de la Faculté. La marche progressive de cette œuvre s'accentue chaque année, et les résultats actuellement obtenus, après seulement quatorze années d'existence, sont vraiment très encourageants. Qu'on en juge par les chiffres suivants, que nous empruntons au rapport de M. le trésorier :

L'avoir, au 1er janvier 1899, était de 261383 fr. 05. Les recettes, au cours de cette année, ont été de 65600 fr. 45, ce qui fait un total, au 1er janvier 1900, de 326983 fr. 50.

Dans le courant de cette année, la Société a eu à payer 2848 journées de maladie, soit 28480 francs. Les autres frais ont fait monter les dépenses à 32748 fr. 42.

Malgré ces dépenses assez considérables, la Société a encore augmenté sa réserve, cette année, de 32852 francs.

Le nombre des sociétaires est actuellement de 448. Dans cette séance il a été reçu 37 adhérents nouveaux.

Comme on le voit, d'après ces chiffres, la prospérité de l'œuvre de Lagoguey est maintenant indiscutable, et il est permis de lui prédire un très bel avenir.

Avis aux intéressés, c'est-à-dire à nos jeunes confrères.

Marine. — M. le docteur Réjon, médecin de deuxième classe, est promu au grade de médecin de première classe.

M. de Biran, médecin de première classe du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer sur le *Suchet* (division navale de l'Atlantique) M. Briend.

M. le médecin de deuxième classe de réserve Bonnaud, du port de Toulon, est maintenu, sur sa demande, dans le cadre des officiers de réserve de l'armée de mer.

Saisons thermales de 1900. — Sont détachés, pendant les saisons thermales de 1900, un certain nombre d'officiers du corps de santé militaire et d'officiers d'administration du service des hôpitaux.

Voici la liste des médecins-chefs :

Pour Bourbonne-les-Bains : le médecin principal de deuxième classe Moyne, de l'hôpital militaire de Nancy.

Pour l'hôpital militaire de Vichy : le médecin principal de deuxième classe Carayon, de l'hôpital militaire de Rennes.

Pour l'hôpital thermal de Bourbon-l'Archambault : le médecin-major de première classe Le Rouvillois, de l'hôpital militaire de Versailles.

Pour l'hôpital thermal de Barèges : le médecin principal de deuxième classe Gorsse, de l'hôpital militaire de Bayonne.

L'épidémie de variole à Lyon tend plutôt à augmenter qu'à décroître : 45 nouveaux cas ont été déclarés au Bureau d'hygiène, du 7 au 14 mars.

On a constaté pendant la semaine finissant le 10 mars 2 décès par variole.

La lutte contre la tuberculose. — *Défense de cracher.* — La proposition de M. Fortin de placer dans les rues des plaques émaillées invitant la population parisienne à s'abstenir de cracher sur les trottoirs, a été approuvée par la 6e commission du Conseil municipal. A la dernière séance du Conseil municipal de Paris, M. Fortin l'a défendue à la tribune. Il s'agit, dit-il, de lutter contre la tuberculose : jamais le public ne saura trop que les crachats constituent le plus sûr véhicule de la maladie.

On lui objecte que l'invitation sera stérile, qu'aucune sanction n'est possible et qu'au surplus les plaques à apposer dans les rues coûteront fort cher. Finalement, le Conseil repousse les « plaques », mais il décide qu'on posera dans Paris pour 2000 francs « d'affiches » engageant le public à s'abstenir de cracher sur les trottoirs. De plus l'administration devra faire nettoyer fréquemment les trottoirs, aussi bien que les chaussées.

Nancy. — Jeudi dernier, M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, a fait à Nancy, dans la salle Poirel, une conférence sur la lutte contre la tuberculose, sous les auspices d'une société formée pour la création à Lay-Saint-Christophe d'un sanatorium de tuberculeux.

Cet établissement, administré par huit sœurs de Saint-Charles, recevrait soixante-trois lits, dont plusieurs pourraient être attribués à des malades payant une modeste pension.

Le projet en cours a besoin de 200000 francs, dont les souscripteurs seront, à la longue et peu à peu, remboursés.

La lutte contre l'alcoolisme. — Après les généraux voici que les évêques apportent leur appoint dans la lutte contre l'alcoolisme. Mgr Latty, évêque de Châlons, vient de publier un mandement où sont longuement exposés les dangers de l'alcool. Il émet également l'avis que son clergé entre en bloc dans la ligue contre l'alcoolisme.

Voici un exemple qui mériterait d'être suivi partout, et surtout en Normandie et en Bretagne.

La vivisection aux États-Unis. — M. Keen, président de l'*American Medical Association*, adresse une lettre circulaire aux médecins des États-Unis, pour solliciter vivement leur appui afin de protester contre un bill, introduit par le sénateur Gallinger et intitulé « For the Further Provention of cruelty of animals in the District of Columbia ». Le but réel de ce bill semblerait être de prohiber le vivisection dans tous les États-Unis. Le passage d'un tel bill serait très regrettable dans l'état actuel de la science, et paralyserait certainement ses progrès.

Hausse de l'acide phénique. — Nous avons déjà parlé de la hausse qui s'est produite sur le prix de l'acide phénique comme conséquence de la guerre sud-africaine.

Cette hausse, nous apprend la *Médecine moderne*, tient à la grande consommation que font les canons anglais des obus à la lyddite.

La lyddite est surtout composée d'acide picrique, comme la mélinite. Or, l'acide picrique est un trinitro-phénol, obtenu par l'action de l'acide nitrique sur l'acide phénique. Il est donc tout naturel que la fabrication accrue de la lyddite élève en proportion le prix de l'acide phénique.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Latrille, professeur suppléant à l'École de médecine de Poitiers; Egli (de Parempuyre); Barral (de Tullins); Meynard (de Chatellerault); Cassat (de Fronsac); Rousseaux (de Vouziers); M. Rivière, étudiant à Montpellier.

Renforcement du papier filtre. — On connaît la fragilité du papier filtre employé habituellement dans les laboratoires. Voici une méthode indiquée par la *Revue technique*, d'après le *National Druggist*, pour le rendre plus résistant.

Le traitement qu'il s'agit de faire subir au papier filtrant consiste tout uniment à le plonger dans l'acide nitrique à 1,423, puis à le laver soigneusement et à le faire sécher. Dès lors, il constitue un tissu qui possède des propriétés remarquables. Tout d'abord il perd de son poids, et il reste absolument perméable aux différents liquides sans affecter en aucune manière les liquides qui le traversent. Il demeure souple comme un chiffon, et cependant il reste très solide puisqu'on peut le manipuler brutalement sans qu'il se déchire. Enfin sa résistance à la pression est augmentée de 100 p. 100.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Procédés de choix des amputations des membres dans la continuité et la contiguité, par le docteur A. Mignon, médecin-major de première classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Un vol. in-8° de 560 p. avec 219 fig. dans le texte, d'après les dessins du docteur Husson. — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

Précis de chirurgie infantile, par T. Piéchaud, professeur de clinique chirurgicale des enfants à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux. Un vol. in-18 colombier, cartonné toile, de 832 p. avec 224 fig. originales dans le texte et 2 pl. chromolithographiques hors texte. — Prix : 9 francs. — Paris, O. Doin.

L'entéro-colite muco-membraneuse, par le docteur Gaston Lyon, ancien chef de clinique médicale de la Faculté de Paris (n° 22 de l'*Œuvre médico-chirurgical*, docteur Critzman, directeur). Une broch. gr. in-8° avec fig. dans le texte. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Note sur un cas de résection de l'estomac, de la première portion du duodénum et d'une grande partie du pancréas, par M. A. Ricard, agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. — Notes de clinique thérapeutique. Les bains froids dans la fièvre typhoïde, par M. C. Bacaloglu, interne à l'hôpital des Enfants-Malades. — Séance de l'Académie de médecine. — Médicaments nouveaux. Un nouvel antipyrétique et antinévralgique : le citrophène. — Revue de la Presse. *Médecine* : Grippe et vaccination; — *Chirurgie* : Stérilisation du catgut; — *Voies urinaires* : Traitement de la tuberculose vésicale par la distension hydraulique; — *Toxicologie* : Empoisonnement par la naphtaline. — *Thérapeutique* : Action du thiocol dans la tuberculose. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

NOTE SUR UN CAS DE RÉSECTION DE L'ESTOMAC DE LA PREMIÈRE PORTION DU DUODÉNUM ET D'UNE GRANDE PARTIE DU PANCRÉAS (1)

Par M. A. Ricard, agrégé,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Je demande à l'Académie la permission de lui faire connaître l'histoire de la malade avant de lui présenter la malade elle-même.

C'est une ménagère de cinquante-deux ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis le 20 avril 1899 pour des troubles gastriques dont le début remonte à deux ans. Depuis six mois, ses souffrances se sont accentuées et augmentent après l'ingestion des aliments. L'inappétence est devenue absolue: les vomissements sont fréquents sans être quotidiens. L'amaigrissement est tel que cette femme, grande et fortement charpentée, ne pèse plus que 102 livres. Son teint est pâle et décoloré. Une tumeur irrégulière et dure se sent facilement à la palpation du creux épigastrique. Le diagnostic de carcinome stomacal s'impose. Un certain degré de mobilité, la forme, le changement de situation de la tumeur quand l'estomac est vide ou lorsqu'il est distendu nous font penser que le néoplasme siège surtout à la grande courbure.

26 avril. La malade est anesthésiée à l'éther. Une incision sus-ombilicale de 15 centimètres nous fait reconnaître qu'il s'agit d'une tumeur diffuse siégeant non seulement à la grande courbure de l'estomac, mais ayant envahi les deux faces et principalement la postérieure. La masse se laisse difficilement mobiliser; à première vue, elle semble absolument inopérable.

Toutefois, une exploration minutieuse me démontre que les deux extrémités de la lésion sont abordables, facilement du côté du duodénum, difficilement du côté du cardia.

(1) Communication à l'Académie de médecine.

Cette constatation faite, tout en me rendant compte des énormes difficultés qui m'attendaient, j'entrepris l'opération.

Après avoir fait sur l'épiploon gastro-hépatique et dans la partie droite et supérieure de l'épiploon la brèche nécessaire pour le passage des clamps qui devaient oblitérer la tranche de section, je sectionnai le duodénum au niveau de son angle sous-hépatique, à l'origine de sa position verticale.

Des pinces longues furent placées péniblement au-dessus de la limite supérieure et gauche du néoplasme et la section de l'estomac laissa du côté de l'œsophage une collerette oblique, longue de 3 centimètres au maximum, et de 5 centimètres environ sur la grosse tubérosité.

Ce premier temps effectué, la masse stomacale, séparée en haut et en bas, fut détachée de ses insertions épiploïques, l'hématose étant assurée par une série de ligatures au catgut.

Malgré cette libération de ses deux extrémités pylorique et cardiaque, de ses deux courbures grande et petite, la masse morbide restait immobile et fixée dans la profondeur. Je fis alors basculer l'estomac de gauche à droite, ce qui me permit de constater que le pancréas était fusionné avec la face postérieure de l'estomac. Je libérai la queue du pancréas, liai les vaisseaux spléniques et continuant le mouvement de bascule, je pus sectionner la masse pancréatique indurée et manifestement dégénérée au ras même de la veine cave inférieure.

Une grosse masse ganglionnaire du volume d'une noix verte fut disséquée le long de l'aorte et extirpée.

La tranche pancréatique, malgré des ligatures multiples, continuait à saigner, après quelques minutes de compression, j'éteignis quelques pointes de thermocautère sur les points où l'hémorragie paraissait rebelle, mais la compression avec une compresse aseptique resta seule efficace.

La première phase de l'opération, la phase de l'exérèse, était terminée ; restait la deuxième phase, la phase de réparation, moins périlleuse peut-être mais infiniment plus délicate.

Tout d'abord, la section duodénale fut oblitérée par un double surjet, le premier prenant toutes les parois à plein tissu, le deuxième, enfouissant le premier et adossant séreuse à séreuse, à la Lembert.

Restait la section stomacale. Faire l'anastomose intestinale à la collerette très oblique qui débordait le cardia ne me parut pas possible. Voici ce que je fis. J'infléchis la lan-

guette, dernier vestige de la grosse tubérosité, vers ce qui restait de la petite courbure, et j'en fis la suture occlusive, hermétique, par le même procédé que je venais d'employer c'est-à-dire en deux plans de surjet à la soie fine n° 1.

Je me ferai bien comprendre en disant que, cette suture terminée, ce qui restait de l'estomac avait la forme et les dimensions d'un très petit œuf de poule.

A ce moment de l'opération, le tube digestif était séparé en deux parties isolées, il restait à en pratiquer l'anastomose. Je pris une anse d'intestin grêle, de la première portion du jéjunum, et la soulevant jusqu'à l'ampoule que je venais de créer je la fixai, comme dans la gastro-entérostomie, en ayant soin de mettre la branche intestinale qui allait au duodénum, à la partie haute de ma suture, au niveau même du cardia. Je pus faire une anastomose verticale de trois centimètres environ de diamètre.

Ce temps terminé, voici quel était l'aspect du champ opératoire. Au-dessous du diaphragme, une petite ampoule, devenue verticale par la traction des anses intestinales que je venais d'y insérer, et de cette ampoule peu visible, partaient comme les branches d'un V renversé, le côté duodénal, et le côté jéjunal de l'anse fixée.

Un tamponnement à la Mickulicz fut maintenu sur la région pancréatique, l'extrémité de la mèche sortant par la partie moyenne de la plaie abdominale qui fut réunie par un seul plan de sutures, à l'aide de fils d'argent.

L'opération avait duré une heure et quart. Pendant le dernier quart d'heure, l'opérée avait reçu une injection sous-cutanée de caféine et 500 grammes de sérum dans la veine saphène interne.

Les suites opératoires furent remarquablement bénignes. Pas de collapsus. Le maximum de température fut observé dans les trois premiers jours et ne dépassa pas 37°8. Pendant tout le mois que la malade séjourna à Saint-Louis, la température oscilla autour de 37 degrés, en une ligne en plateau, absolument régulière.

Pour ne pas étendre cette observation déjà trop longue, je résumerai en quelques mots les points principaux à noter.

Le premier jour la malade reçut 1750 grammes de sérum, dont 500 dans les veines. Elle eut le soir ainsi que le lendemain quelques régurgitations sanguinolentes.

Dès le lendemain et les jours suivants je fis administrer un lavement peptonisé.

Le troisième jour la mèche de gaze, qui tamponnait la plaie pancréatique, fut retirée et il s'établit une fistule pancréatique qui finit par s'oblitérer le vingt-cinquième jour.

Le quatrième jour, lait et grog léger.

Le cinquième jour, un potage et du lait.

L'opérée reste un mois à l'hôpital. Les forces et l'embonpoint reviennent progressivement.

L'examen histologique confirme le diagnostic, il s'agit d'un épithélioma cylindrique, ayant envahi le pancréas et les ganglions voisins.

Je présente aujourd'hui la malade, onze mois après son opération. Ses forces sont revenues, elle a engraissé de 52 livres et pèse 154 livres. Son teint est frais et coloré. Elle a en un mot les attributs de la santé la plus parfaite.

Cette observation est intéressante par la complexité et l'étendue de l'acte opératoire, par la bénignité des suites, par l'absence de récidive, et l'état florissant de santé de l'opérée.

Est-ce à dire qu'un tel succès couronnera toujours de pareilles interventions? Ce serait insensé de le prétendre, mais on peut affirmer que les extirpations d'une portion de l'estomac sont relativement bénignes, et l'un de mes internes, M. Guillot, publiait récemment dans la *Gazette des hôpitaux* 8 observations, qui me sont personnelles, de pylorectomie avec 7 guérisons.

J'ai la conviction que l'exérèse des cancers de l'estomac pratiquée de bonne heure, avec une bonne technique, sous le couvert d'une asepsie rigoureuse est peut-être moins meurtrière que l'extirpation des cancers de l'utérus et du rectum, extirpation que tout le monde n'hésite pas à pratiquer couramment.

C'est au médecin qu'il appartiendra de poser de bonne heure le diagnostic, ce sera au chirurgien de déterminer les contre-indications opératoires que l'expérience rendra plus précises. Il devra savoir être hardi sans être téméraire. Si j'ai choisi cette observation au milieu d'autres également heureuses, c'est qu'elle m'a paru constituer un encouragement précieux pour les médecins qui hésitent et aussi pour les chirurgiens qui n'osent pas.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Les bains froids dans la fièvre typhoïde de l'enfant.

Par C. Bacaloglu, interne à l'hôpital des Enfants-Malades.

Un de nos anciens maîtres avait l'habitude de dire souvent : « Heureux les médecins d'enfants! » Combien de fois ne voit-on pas, en effet, des adultes qui devraient guérir de leur fièvre typhoïde ou de leur pneumonie, être enlevés par du délire alcoolique, ou succomber à des accidents du côté de leur cœur ou de leurs reins adultérés!

Chez l'enfant, au contraire, le terrain est pour ainsi dire vierge, car l'enfant ne subit que les tares de l'hérédité.

Cependant, avant l'emploi de la méthode de Brand, la mortalité par fièvre typhoïde, qui était de 20 p. 100 chez les adultes, était encore de 15 p. 100 chez les enfants. Ces chiffres, qui sont ceux de Glénard (1), peuvent varier suivant les statistiques. Il n'en reste pas moins acquis que la fièvre typhoïde était alors une affection redoutable chez les enfants, et au-dessous de cinq ans, on voyait encore augmenter la mortalité.

Depuis l'application de la méthode de Brand, les statistiques montrent que le pronostic est devenu plus favorable.

Glénard donne encore deux chiffres à ce sujet. L'un concerne les cas traités incidemment par les bains froids. Dans le décours d'une fièvre typhoïde, en même temps que les médicaments usuels (benzo-naphtol, alcool, etc.) pour combattre l'hyperthermie ou des phénomènes nerveux inquiétants, un grand nombre de médecins prescrivent des bains à 32 degrés. La mortalité tombe alors à 11 p. 100.

L'autre concerne les cas de fièvre typhoïde soignés systématiquement par les bains froids. Ici, la mortalité tombe à 3,5 p. 100 (Brand et Glénard).

Ces chiffres montrent clairement tout le bénéfice que l'on peut tirer de la balnéation froide. A l'hôpital des Enfants-Malades, mon maître, M. Moizard, avait employé tout d'abord les bains à 32 degrés ; actuellement il emploie toujours les bains à 22 degrés et il dit que les résultats comparatifs obtenus l'ont déterminé à adopter définitivement le bain froid. Le faciès du typhique ne rappelle plus les anciennes descriptions classiques; les fuliginosité de la bouche et des narines ne se voient plus. Le teint du petit ma-

(1) Glénard. *Rev. des mal. de l'enf.*, 1900, p. 40.

lade est frais et rose et sa langue est humide. Les complications abdominales, perforations intestinales, hémorragies, ne sont pas plus fréquentes. On n'a jamais observé de collapsus cardiaque, et la convalescence a toujours été plus rapide. Les troubles nerveux, le délire disparaissent souvent au bout de quelques jours; et les urines deviennent bien plus abondantes.

Ainsi, abaissement de la température qui descend après chaque bain de 0,5 à 1 degré; et augmentation du taux urinaire, émonctoire des poisons typhiques et des déchets de l'organisme.

Voici la pratique de la balnéation froide, qui doit être attentivement surveillée par le médecin lui-même, surtout pour les premiers bains : on place la baignoire à côté du lit du malade, à un endroit où il n'y ait pas de courant d'air; on peut mettre un paravent pour être plus à l'abri. Le premier bain, surtout si l'enfant craint l'eau froide, peut être donné à 32 degrés et puis, au bout de trois bains, on arrive au bain de 22 degrés. Mais on peut donner d'emblée le bain à 22 degrés. Avant le bain, on asperge légèrement sa figure avec un peu d'eau froide. L'enfant plonge jusqu'au cou, l'eau dépassant les épaules; pendant la durée du bain, on place sur sa tête une compresse d'eau froide à 15 ou 18 degrés, et, par deux ou trois fois, on fait une affusion froide sur sa tête. Le frisson survient au bout de dix à quinze minutes; on sort l'enfant et on l'enveloppe dans une couverture de laine, sans l'essuyer. On lui donne quelques gorgées de lait chaud ou de grog, pendant qu'il est emmitouflé dans sa couverture. Au bout d'un quart d'heure, on prend la température rectale.

Trois heures après, on prend la température; si elle dépasse 39 degrés, on donne un autre bain. Ainsi, jour et nuit, on baigne l'enfant toutes les trois heures, toutes les fois que la température dépasse 39.

On craint beaucoup le collapsus cardiaque et la syncope; nous ne l'avons jamais observé. M. Marfan a vu survenir l'apnée une seule fois, au moment où l'on mettait l'enfant pour la première fois dans un bain à 22 degrés. Aussi insiste-t-il pour que le médecin soit présent aux premiers bains et les donne lui-même. C'est le seul moyen pour que les bains soient bien donnés. La syncope pourrait pourtant arriver à cause des déplacements du malade, s'il a été baigné tardivement et s'il y a de la myocardite. Les injections sous-cutanées de strychnine et d'éther peuvent alors rendre de grands services. On fait une ou deux injections d'éther, ou bien de strychnine (de six à quinze mois, 1/5 à 1 milligramme; 1 milligramme à 1 milligramme et demi, de quinze mois à trois ans; de 1 à 2 milligrammes, de cinq à dix ans [Marfan]).

Solution hypodermique de strychnine :

Sulfate de strychnine.... 0g01 centigr.
Eau distillée............ 50 grammes.

Le quart, la moitié ou une seringue de Pravaz suivant l'âge de l'enfant.

En même temps que les bains, on veille sur l'antisepsie buccale et nasale; on donne un grand lavement d'eau à la température de la chambre, matin et soir. Comme boisson, du lait, 1 à 2 litres par jour, pur ou coupé avec de l'eau de Vichy ou de Vals.

Il n'y a que bien peu de contre-indications de la balnéation froide : la myocardite typhique, très rare, si les bains ont été institués au commencement de la maladie, et les hémorragies intestinales tardives, du troisième septenaire, au moment de la chute des escares. On suspend alors les bains, le malade doit conserver un repos absolu, et on applique de la glace sur le ventre.

Une fièvre typhoïde traitée de la sorte doit guérir dans l'immense majorité des cas. Mais, le médecin doit veiller à chaque instant, et le rôle de la garde-malade est extrêmement important.

C'est grâce à la balnéation froide que la fièvre typhoïde est devenue une maladie relativement bénigne. Il faut donc que les praticiens n'hésitent plus à employer les bains froids chez les enfants. L'expérience a été faite : chez l'adulte, comme chez l'enfant, on doit se rapprocher le plus possible de la méthode de Brand, et ne donner les bains tièdes, à 32 degrés, que dans des cas rares, tout à fait exceptionnels.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(20 MARS 1900)

Devant une superbe chambrée, M. Laborde est venu le premier occuper la tribune. Après avoir relaté l'observation très curieuse d'un malade en demi-syncope, pratiquant sur lui-même les **tractions rythmées de la langue** et se sauvant ainsi instinctivement, notre confrère a fait une communication qu'on pourrait qualifier de sensationnelle. La main appuyée sur le **buste de Vacher**, occupant, sur la tribune de l'Académie, la place habituellement réservée aux bustes de ses membres décédés, M. Laborde a fait connaître les résultats de l'examen du cerveau du trop célèbre égorgeur de bergers et de bergères. Ce monstre était, paraît-il, assez bien partagé au point de vue de son cerveau, qui révèle une intelligence assez développée, voire même une certaine éloquence, si bien que M. Laborde a pu le comparer à celui de Gambetta, et faire remarquer, en passant, que Vacher aurait pu être un grand et éloquent citoyen, et Gambetta un parfait criminel. M. Laborde, que l'amour de la vérité, ou de ce qu'il croit la vérité, a peut-être poussé un peu loin, a pensé pouvoir conclure de ses recherches, fort savantes et fort intéressantes, sur le cerveau de Vacher, que ce misérable jouissait d'une mentalité qui le rendait irresponsable de ses crimes. Il conclut :

« Que Vacher était un dégénéré héréditaire, constitutionnel, atteint d'un état mental d'aliénation, caractérisé par un délire maniaque, avec prédominance mélancolique, idées mystiques et de persécution, impulsion suicide et surtout homicide, dépravation sadique et inversive, qu'il a accompli tous ses actes criminels sous cette influence et cette domination maladives, irrésistibles, avec une systématisation qui ne leur enlève rien de leur caractère impulsif et fondamentalement délirant; » qu'en conséquence, il était *irresponsable*.

Cette conclusion n'a pas été sans soulever quelque étonnement et même une énergique protestation de la part de M. Motet, qui a exprimé le vif regret que, sur une tribune aussi retentissante que celle de l'Académie, M. Laborde ait soulevé un si grand débat et apporté, en l'absence de MM. Lacassagne et Pierret, des conclusions contraires à celles que ces experts ont cru devoir formuler en toute conscience.

M. Grancher fait une communication sur la **prophylaxie des maladies infectieuses.** Il constate que le rôle de la désinfection dans la mortalité par la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde et la diphtérie est peu connu, sauf peut-être pour la diphtérie. Il est cependant d'accord avec

M. Vallin sur la cause de la mort par broncho-pneumonie dans la rougeole, et sur ce point il vote avec lui la désinfection obligatoire dans la rougeole parce qu'elle vise, non la rougeole, mais la broncho-pneumonie. Mais il est une maladie dont on connaît le germe, qu'on peut atteindre sûrement dans les crachats : c'est la tuberculose. Aussi M. Grancher demande-t-il à l'Académie de se mettre à la tête du mouvement pour la lutte contre la tuberculose et dépose-t-il la proposition suivante : « L'Académie émet le vœu que la tuberculose *ouverte* soit inscrite parmi les maladies à déclaration obligatoire. »

M. Ricard rapporte une observation de **néoplasme malin de l'estomac**, et présente à l'Académie sa malade guérie. Nous reproduisons plus haut sa communication.

Au début de la séance, MM. Metchnikof (de Paris) et Albert (de Vienne) ont été élus membres associés étrangers.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Un nouvel antipyrétique et antinévralgique : le citrophène.

Par le docteur J.-L. Evron.

Dans ces dernières années de nombreux et nouveaux antipyrétiques sont venus prendre place à côté des sels de quinine ; mais comme la plupart de ces substances présentent, à côté de leur pouvoir thérapeutique incontestable, des inconvénients trop connus pour qu'il soit nécessaire d'y insister, les médecins ont continué la recherche d'un agent qui unisse une innocuité absolue à une puissance antipyrétique réelle. A l'heure actuelle, le problème semble résolu par un corps nouveau, dénommé citrophène par le docteur Roos qui l'a découvert, et dont les propriétés thérapeutiques ont été mises en lumière par le docteur Benario (de Francfort-sur-le-Mein).

Le citrophène est un citrate de monophénétidine. C'est une poudre blanche à saveur légèrement acidulée, soluble dans 250 parties d'eau froide et dans 50 parties d'eau bouillante, facilement soluble dans l'eau chargée d'acide carbonique. L'alcool n'en dissout qu'une faible proportion.

Vingt minutes après l'absorption du citrophène, la paraphénétidine peut être décelée dans les urines par le perchlorure de fer. Sous l'action de quelques gouttes de ce réactif, les urines prennent la couleur du vin de Bourgogne et à mesure que la paraphénétidine s'élimine, la couleur s'accentue et bientôt le liquide prend une teinte rouge foncé.

Le premier point que Benario mit en lumière, fut l'immunité du citrophène et il la prouva dès 1895, non seulement par des expériences faites sur les animaux, mais aussi sur lui-même et par l'histoire de 79 malades rapportée dans le *Münchener medicinische Wochenschrift*. Les divers médecins qui ont essayé ce médicament ont confirmé l'assertion de Benario. M. Pingerra, qui a expérimenté le citrophène dans le service du professeur de Leube à Wurzbourg, affirme que le citrophène était bien supporté ; ce médicament ne déterminait ni cyanose de la face, ni bourdonnements d'oreilles, ni maux de tête ; aucune influence nocive n'a été exercée sur l'appareil digestif ; il n'y eut pas d'effets fâcheux sur le cœur, même chez les rhumatisants, pas de néphrite ni de trouble de l'état général. C'est aussi l'opinion de M. Homberger qui a employé le citrophène à l'Allerheiligenhospital à Breslau, dans la service du professeur Buchwald : dans la *Deutsche medicinal Zeitung* (1896, n° 76), il dit n'avoir pas observé d'accident. M. Freudenberg, (de Dresde) écrit dans le *Francwart* : « Jamais de symptômes alarmants ne se présentent. C'est surtout ce dernier point qui lui permettra de l'emporter sur d'autres antipyrétiques. Ce médicament est sans aucun danger et est mieux supporté par un estomac très délicat. »

M. Frieser (de Vienne), dans un article paru dans le *Wiener klinische therapeutische Wochenschrift* (18 juin 1899), dit que, « même après l'administration de doses très élevées aucun symptôme accidentel, fâcheux n'a été observé. Le médicament a toujours été bien supporté, contrairement à ce qui se passe avec tous les autres produits antipyrétiques, la digestion est plutôt influencée favorablement par le citrophène. »

Cet agent a, cependant, un petit inconvénient signalé par M. Benario : nous voulons parler de la transpiration abondante qu'il provoque chez les fébricitants. M. Frieser s'exprime ainsi : « Il n'y a qu'un seul inconvénient qui, du reste, d'après mon appréciation, n'est pas grave, c'est que le citrophène produit souvent des sueurs qui sont quelquefois très abondantes. Cet effet diaphorétique du citrophène est quelquefois très utile, quelquefois, c'est vrai, désagréable, mais jamais je n'ai vu d'inconvénients graves produits par les sueurs ; la fonction du cœur était toujours normale, l'état général était souvent peu altéré ; rarement les malades se trouvaient abattus, mais, peu après, ils se sentaient de nouveau à leur aise. »

L'action antipyrétique du citrophène n'est pas moins bien établie que son innocuité, M. Benario l'a constatée dans la fièvre typhoïde, l'influenza, la phtisie, le rhumatisme etc. Le professeur de Ketly (de Budapest) a constaté que l'apyrexie consécutive à l'administration du citrophène dure plus longtemps qu'après la phénacétine.

Fièvre typhoïde. — Dans les cas où ce médicament a été employé par M. Benario la température a diminué de 1°2 à 2°6 après les doses de 0g50 à 1 gramme. Les malades, incommodés seulement par la transpiration, se trouvaient très bien ; ils n'offraient pas de symptômes accidentels et affirmaient qu'ils avaient bien dormi après avoir pris 0g50 de citrophène dans la soirée.

M. Frieser a aussi obtenu un résultat satisfaisant dans deux cas de fièvre typhoïde.

Grippe. — M. Benario a vu s'améliorer tous les cas traités par le citrophène ; non seulement, il y avait chute de la température, mais les malades se trouvaient soulagés après des doses de 0g50. Ils affirmaient, à l'exception d'un seul, que les maux de tête cessaient rapidement et ils sentaient, après l'émission de sueurs, plus ou moins abondantes, que la prostration avait disparu. Les mêmes résultats ont été obtenus par Frieser dans 8 cas d'influenza et 3 broncho-pneumonies.

Phtisie. — M. Benario a vu le citrophène produire un effet rapide et intense chez les phtisiques. Les températures du soir, tombaient après des doses de 0g50 de 2°5 à 3 degrés et les malades se sentaient soulagés. Cependant les sueurs assez abondantes, qui surviennent fréquemment après les premières doses, fatiguaient quelquefois les malades.

M. Frieser se loue aussi de l'emploi de ce médicament, chez cette catégorie de malades.

Rhumatismes. — M. Frieser préfère le citrophène au salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire, comme il a constaté les mêmes résultats sans y voir les inconvénients du salicylate. M. Pingerra a employé avec succès le citrophène dans plusieurs cas de rhumatisme articulaire aigu, et il fait remarquer que : 1° le citrophène, quoiqu'il n'ait pas d'effet spécifique contre le rhumatisme, rend dans quelques cas de très grands services ; 2° il n'occasionne pas de symptômes accidentels désagréables, comme maux de tête, bourdonnements d'oreilles, néphrites, vomissements ou manque d'appétit, que l'on observe souvent après l'administration du salicylate de soude. « En tout cas, dit-il, on doit recommander l'emploi du citrophène surtout chez les personnes qui sont atteintes, tous les ans, de rhumatisme articulaire et dont le corps s'est déjà un peu habitué au salicylate de soude, à l'antipyrine et à la phénacétine. »

Ces bons résultats sont confirmés par MM. Homberger

Freudenberg, Escherich, Ehrendorffer, Forggler et Bayer.

Coqueluche. — M. Fruhwald, suivi par l'idée de l'effet calmant du citrophène, l'a essayé dans la coqueluche et a constaté que les quintes de la toux étaient moins nombreuses et moins fortes.

L'action calmante du citrophène, signalée par les auteurs précédents dans les affections fébriles dont il vient d'être question, les a engagés à utiliser ce médicament dans les affections où la douleur est le principal phénomène et ils ont ainsi constaté que sa puissance antinévralgique ne le cède pas à son pouvoir antipyrétique.

M. Heidingsfelld, médecin à Blootzheim (Haut-Rhin), a administré la citrophène dans les névralgies du trijumeau, et il le signale comme un antinévralgique excellent. Il a eu de très bons résultats dans la forme spécialement nerveuse de l'influenza.

M. Freudenberg écrit : « J'ai administré le citrophène dans des cas de migraine et dans des cas de névrose dont l'origine était tantôt des troubles des organes génitaux, tantôt des troubles de l'estomac et des intestins; toujours j'ai eu des résultats satisfaisants. Le citrophène a même été employé avec succès dans des cas d'insomnie nerveuse. »

M. Frieser dit : « J'ai eu plusieurs fois l'occasion de constater l'effet bien sédatif du médicament, car les malades avaient un sommeil plus calme après la prise du citrophène et se sentaient plus frais et mieux. »

Le citrophène qui, en raison de son innocuité, de son pouvoir antithermique, de sa puissance antinévralgique, a gagné droit de cité à l'étranger, mérite d'être essayé en France, d'autant qu'il est légèrement laxatif, et que son goût agréable le fait accepter des enfants.

Sa posologie est pour les adultes : trois fois 0gr50 à 1 gramme par douze heures.

Administré à la dose de 0gr50, le citrophène produit une action calmante et procure un sommeil tranquille et réparateur.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Grippe et vaccination. — Une vaccination récente crée-t-elle une immunité contre la grippe? C'est l'opinion du docteur Goldschmidt qui affirme que, dans l'épidémie d'influenza de 1890, les habitants de Madère, qui avaient été vaccinés depuis peu de temps, sont restés indemnes de l'influenza. Ceux qui n'avaient pas été vaccinés, au contraire, étaient rapidement atteints par l'épidémie. Goldschmidt explique ainsi la rareté relative de la grippe parmi les jeunes enfants. Contre cette idée, signalons ce fait qu'à Lyon, en janvier dernier, des milliers de revaccinations ont été pratiquées avec succès, et c'est à ce moment que la grippe a pris un développement insolite; nous connaissons plusieurs personnes revaccinées avec plein succès et qui ont eu une attaque de grippe des mieux caractérisées. (*La Méd. mod.*, fév. 1900.)

CHIRURGIE

Stérilisation du catgut (Darling). — Placé pendant trois heures dans une étuve sèche chauffée à 145 degrés centigrades, le catgut se racornit et devient cassant; on peut obvier à cet inconvénient en enveloppant chaque fil dans plusieurs doubles de papier paraffiné. Avec cette précaution et en élevant la température à 145 degrés, on peut réduire à une heure la durée du séjour à l'étuve; on peut encore chauffer pendant une heure à 140 degrés et élever ensuite la température à 160 degrés, pendant cinq minutes. Le catgut ainsi traité perd une partie de sa solidité (de 6 à 9,5 p. 100).

On a proposé aussi l'emploi de l'aldéhyde formique pour stériliser le catgut; les fils ont été exposés pendant plusieurs jours dans l'aldéhyde formique sèche, produite avec des pastilles paraformiques; l'efficacité de ce traitement est douteux; même après une exposition de vingt-sept jours dans l'aldéhyde formique, il reste 1/12 des fils qui ne sont pas stériles.

D'après l'auteur, les liquides dans lesquels on trempe le catgut diminuent sa solidité; dans l'eau, il peut perdre jusqu'à 10 p. 100 de sa solidité; l'action de l'alcool et de l'éther est beaucoup moins marquée. (*Journ. of the Boston Soc. of med. sc.*, 1899, p. 269, et *Répert. de pharm.*) S.

VOIES URINAIRES

Traitement de la tuberculose vésicale par la distension hydraulique, par M. H. Battle. — Deux méthodes sont actuellement employées pour traiter la cystite tuberculeuse :

1° L'injection dans la vessie de substances médicamenteuses (émulsions iodoformées, etc.) ;

2° La cystotomie sus-pubienne avec grattage des lésions bacillaires. La première de ces méthodes n'est guère efficace; la seconde est une opération assez grave. L'une et l'autre influencent peu la douleur, souvent intense, qui rend l'affection si pénible, car elles sont impuissantes à restituer à la vessie l'élasticité qu'elle a perdue. Le mode de traitement dont il est question s'adresse principalement à cette dernière indication; secondairement il a sur la marche de la maladie une influence des plus favorables.

C'est M. H. Young qui, en 1898, imagina de traiter la rétraction de la vessie par la distension hydraulique. Il obtint chez huit malades un heureux résultat. M. Battle a repris cette méthode et s'en est fort bien trouvé, notamment dans le cas suivant. Un malade se présente à lui avec une incontinence douloureuse. Son père et son oncle sont morts phtisiques. Lui-même a eu un mal de Pott avec psoïtis. Les symptômes vésicaux remontent à trois ans et demi environ : incontinence marquée, douleur à l'hypogastre et au méat, hématurie intermittente. A l'époque, où il se fait examiner, le malade est contraint d'uriner toutes les heures pendant la journée et cinq ou six fois durant la nuit. Dans l'urine un peu de pus et des bacilles de Koch. Il présente une double épididymite tuberculeuse, avec un canal déférent et une vésicule gauche augmentés de volume. La prostate est ramollie. Le diagnostic de cystite tuberculeuse n'est donc pas douteux.

La morphine est impuissante à calmer les souffrances de ce malade. D'autre part, comme la durée et la gravité des symptômes indiquent un état de rétraction vésicale des plus marqués, M. Battle se décide à essayer la distension hydraulique. Le malade est anesthésié. Au moyen d'une sonde et d'un tube de caoutchouc on fait pénétrer dans la vessie une certaine quantité d'eau boriquée assez minime. On augmente la pression mais le malade se raidit et sa respiration devient stertoreuse. Le lendemain, sans anesthésie cette fois, on recommence à injecter autant d'eau que la vessie peut en tolérer. Au bout de quelques semaines de ce traitement, le malade arrive à rester deux ou trois heures sans uriner. Bientôt il ne se lève plus pour pisser que deux fois par nuit. Au bout de quelque temps on ne fait plus l'injection que tous les deux jours, puis tous les trois et même quatre jours. Actuellement les douleurs ont disparu et le sujet n'urine que deux fois la nuit et quatre ou cinq fois le jour. Il a pu garder son urine jusqu'à cinq heures et demie consécutives. (*The Lancet*, déc. 1899, p. 1587.) A. H.

TOXICOLOGIE

Empoisonnement par la naphtaline. — Le docteur Gejula a eu l'occasion d'observer un cas d'empoisonnement par la naphtaline chez un jeune homme de seize ans. Ce jeune garçon, depuis quelques semaines, était pris chaque jour d'un violent mal de tête avec efforts de vomissements quand il se réveillait d'un somme qu'il avait l'habitude de faire dans la journée.

Après avoir en vain cherché plusieurs jours, on fit appeler le docteur Gejula près du malade, au moment d'un accès. En entrant dans la chambre, le médecin fut frappé par une odeur forte et pénétrante de naphtaline. En cherchant il trouva sous le coussin du canapé un petit paquet de naphtaline, dont les vapeurs étaient respirées chaque jour par le jeune homme qui y dormait. M. Gejula conseille donc la plus grande prudence, lorsqu'on doit séjourner un temps assez long dans une pièce où on a répandu de la naphtaline pour combattre les mites. (*Journ. d'hyg.*, 8 mars 1900.) S.

THÉRAPEUTIQUE

Action du thiocol dans la tuberculose. — Les mauvais effets de la créosote administrée à fortes doses ont suscité, dans ces dernières années, une série de recherches qui devaient aboutir à la découverte de produits dérivés n'ayant pas le même inconvénient : le gaïacol, le créosotal, le carbonate de gaïacol ou duotal rentrent dans cette catégorie.

Le thiocol, composé soufré de gaïacol, que recommande M. Heukeshoven (de Berne), est un sel soluble dans l'eau et dans l'alcool, insoluble dans l'éther ou les huiles grasses; administré à des chiens à la dose de 30 grammes par jour, il ne détermine aucun accident; des animaux qui en ont absorbé 560 grammes en six semaines, ont augmenté du cinquième ou du septième de leur poids. Le thiocol est absorbé dans la proportion de 72,75 p. 100, c'est-à-dire en plus grande quantité qu'aucun autre sel de créosote.

L'auteur a fait d'intéressantes recherches sur l'action antiseptique comparée des différents sels de créosote, et il a constaté que si le thiocol ne manifestait pas *in vitro* l'action bactéricide, que le gaïacol par exemple exerce à un haut degré à l'égard du bacille pyocyanique, du staphylocoque ou du bacille de l'anthrax, en revanche les animaux auxquels on inoculait la tuberculose et que l'on traitait comparativement par des doses équivalentes des différents sels de créosote énumérés plus haut, résistaient beaucoup mieux, quand on leur avait fait ingérer du thiocol et surtout du thiocol *a* : leur poids augmentait notablement, la généralisation de la tuberculose était empêchée et dans quelques cas même, les bacilles disparaissaient au point d'inoculation, action que le carbonate de gaïacol n'exerce pas, bien qu'il ait sur la nutrition générale une influence plus heureuse que les autres sels dérivés de ce produit. (Broch. in-8°. Berne 1899, A. Benteli.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par décret du 19 mars 1900, M. Robert, médecin principal de première classe, professeur à l'Ecole d'application du service de santé militaire, membre du comité technique de santé, est promu au grade de médecin-inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Emery-Desbrousses, passé dans le cadre de réserve.

Marine. — M. le docteur Aurégan, médecin de deuxième classe du cadre de Brest, est désigné pour remplacer sur le *Carnot* (escadre du Nord) M. le docteur Réjou.

M. Sarrat, médecin de deuxième classe du cadre de Cherbourg, est désigné pour remplacer sur la *Vienne* (transport du littoral) M. le docteur Souls.

M. le médecin de première classe Gouzien, du cadre de Brest, est désigné pour embarquer sur le *Nielly* (division navale de l'Océan indien), en remplacement de M. de Bonadona qui passe sur le *D'Estaing* comme médecin de division, au lieu et place de M. le docteur Le Franc, promu au grade de médecin principal.

M. Boy, médecin de deuxième classe de la marine, est placé au service général à Toulon.

Nomination. — Mme Boyer, docteur en médecine, vient d'être nommée médecin titulaire des postes, télégraphes et téléphones.

Facultés de province. — *Lille.* — Le cours de bactériologie professé à l'*Institut Pasteur de Lille*, par M. le docteur A. Calmette, commencera le 30 avril.

Le programme comporte, en quarante leçons, la technique des cultures microbiennes, la physiologie générale des microbes et l'étude des maladies virulentes.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Institut Pasteur de Lille.

Les eaux potables de Paris. — La discussion, commencée au conseil municipal dans sa séance du 16 mars, a occupé une partie de la séance du 19 mars. Le préfet de la Seine mis en cause est venu affirmer que nulle question ne le préoccupait davantage que celle des eaux potables de Paris.

« Jamais, déclare-t-il, l'eau de Seine n'a été donnée sans mon autorisation formelle et sans que les Parisiens en aient été prévenus. Bientôt même, toute substitution sera impossible, car nous supprimerons toute communication entre les canalisations différentes. » La consommation de Paris sera assurée pendant l'Exposition par l'eau du Loing et du Lunain, les bassins filtrants de Saint-Maur et d'Ivry et aussi, à Saint-Cloud, par un réservoir nouveau de 100 000 mètres cubes qui permettra de parer aux disettes que peuvent causer quelques jours de chaleur excessive.

Enfin la commission des recherches d'eaux potables de Paris et de la banlieue a déjà soumis au conseil un certain nombre de solutions ; de nouvelles sources ont été ou vont être acquises.

En terminant, le préfet assure que des mesures de protection seront prises à leur source pour les eaux utilisées pour Paris.

La discussion continuera à la prochaine séance.

Exposition d'hygiène à Naples. — L'association Pro-Napoli (de Naples) a décidé d'ouvrir une exposition d'hygiène et d'appareils sanitaires, dans cette ville, dans le courant de l'été prochain.

Pour tous renseignements, s'adresser à Naples, 6, Chiatamone, ou à l'Office national du commerce extérieur, 3, rue Feydeau, à Paris.

L'état sanitaire de l'armée anglaise dans l'Afrique du Sud. — M. le docteur Ryerson, commissaire de la Croix-Rouge canadienne, dans un télégramme de Kimberley, 16 mars, dit qu'il a établi 90 lits à Kimberley, où l'on compte 1 000 malades et blessés. Il ajoute qu'il y a en traitement pour blessures ou maladies dans les différents hôpitaux, 17 000 Anglais de tous grades.

L'Académie des sciences de Berlin vient de célébrer le deux-centième anniversaire de sa fondation. L'empereur, le prince impérial et les princes de la famille impériale assistaient à la cérémonie avec les ministres, le corps diplomatique et de nombreux délégués étrangers. Plusieurs de nos compatriotes ont été nommés membres correspondants de l'Académie : ce sont MM. Gabriel Lippmann, Gaston Pâris, Marcelin Berthelot, Albert Gaudry, Albert Sorel, Léon Heuzey, Emile Sénart et Émile Levasseur.

Une brillante réception a eu lieu, à cette occasion, chez M. de Noailles, ambassadeur de France.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs K. A. Linderfelt (de Paris) ; Truchot, professeur de physique à la Faculté de Clermont.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Quatrième session de l'Association française d'urologie (Paris 1899). Procès-verbaux, mémoires et discussions. Un vol. in-8° de 607 p., avec fig. dans le texte et 2 pl. en couleurs hors texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 35. — SAMEDI 24 MARS 1900 73e ANNÉE. SAMEDI 24 MARS 1900. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les faux urinaires, par M. ESTRABAUT, ancien interne des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — L'EAU OXYGÉNÉE EN ÉVAPORATION CONTRE LA COQUELUCHE. — PRATIQUE MÉDICALE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTITIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Les faux urinaires.

Par M. ESTRABAUT, ancien interne des hôpitaux.

Les malades qui se croient atteints d'une affection des voies urinaires, le plus souvent urétrale ou vésicale, sont très nombreux. Les médecins ou chirurgiens qui s'occupent tout spécialement des maladies des voies urinaires en voient journellement des exemples. Cette question des faux urinaires n'est certes pas nouvelle pour eux.

En écrivant cette revue, nous avons en vue moins le spécialiste que le médecin qui peut être appelé à commettre des erreurs d'interprétation à l'égard de certains symptômes, simulant en apparence une affection organique des voies urinaires.

Nous devons éliminer de cette étude les troubles urinaires liés aux maladies du système nerveux (ataxie, hémiplégie, paraplégie, sclérose en plaque, etc.) et à l'hystérie.

Les faux urinaires seront le plus souvent des névropathes et hypocondriaques avérés ou héréditaires et constitueront une variété de neurasthénie : la neurasthénie urinaire.

Tels croiront avoir la blennorragie, soit qu'ils éprouvent des « cuissons ou brûlures » en urinant, soit qu'ils aient un léger écoulement, soit encore qu'ils émettent des urines troubles. Ils constitueront une variété de faux urinaires que nous appellerons les FAUX URINAIRES URÉTRAUX (*pseudo-urétrites*).

Tels autres, plus nombreux encore, se croiront porteurs d'un rétrécissement parce qu'ils urinent difficilement, ont un jet filiforme (*faux rétrécissements*).

Beaucoup viendront consulter le médecin pour des symptômes rappellant une affection vésicale, fréquence des mictions (*pollakiurie psychopatique*), douleurs pendant la miction (*vessie irritable*), urines troubles (*phosphaturie*), *pseudo-cystites*. Ils rentreront dans notre division des FAUX URINAIRES VÉSICAUX.

Plus rares, il est vrai, et plus difficiles à reconnaître ceux qui seront atteints d'une pseudo-affection rénale (*pseudo-pyonéphroses*, *pseudo-calcul du rein*). FAUX URINAIRES URÉTÉRO-RÉNAUX.

I

Faux urinaires urétraux. — 1° FAUSSES URÉTRITES. — Nous n'insisterons pas sur les caractères de l'urétrite blennorragique aiguë et sur son diagnostic. Les malades qui se croiront atteints d'une chaudepisse parce qu'ils ressentent une cuisson, une brûlure en urinant, sans le moindre écoulement, seront vite rassurés. Il suffira de placer du papier de tournesol au contact de l'urine pour en déceler l'hyperacidité, cause de ces brûlures, et de soumettre ces craintifs à un régime alcalin. Ce seront, en général, des goutteux avérés ou latents, qui auront ainsi des urines saturées d'urates.

Quant au suintement muqueux dû à l'hypersécrétion des glandes urétrales, susceptible d'effrayer les sujets nerveux, impressionnables, il sera aisément reconnu pour peu qu'on y pense. Il a pour caractères d'être incolore, semblable à la glycérine, composé de filaments longs et minces.

Pour ce qui est du diagnostic des fausses urétrites d'avec l'urétrite chronique, une erreur fréquemment commise consiste à considérer comme pathologiques des flocons ou filaments très fins, très légers, transparents, se maintenant longtemps en suspension et dans lesquels le microscope ne décèle que des cellules épithéliales. Toute espèce de traitement institué dans ces conditions ne pourra qu'être préjudiciable au patient, qui n'est, hélas! que trop enclin à se tourmenter et tourner à l'hypocondrie.

Ces pseudo-urétraux pourront, du reste, avoir été à un moment donné de vrais urétraux, mais ils ont la conviction qu'il persiste dans leur urètre des vestiges de leur blennorragie antérieure.

On ne confondra pas davantage le trouble uniforme du premier jet d'urine, dû à la présence d'un excès de phosphates, avec du pus. C'est surtout avec la cystite, il est vrai, que, comme nous le verrons, cette apparence purulente des urines phosphatiques pourra être confondue. Disons de suite qu'il suffira de recueillir le reste de la miction dans un ou deux verres pour constater que l'urine de la fin ou du milieu n'est pas moins trouble que la première. Au surplus quelques gouttes d'acide acétique feront disparaître ce trouble pseudo-purulent.

Nous ne nous appesantirons pas plus longtemps, étant donné le cadre restreint d'une revue, sur les fausses urétrites pour en arriver à l'étude des faux rétrécissements.

2° FAUX RÉTRÉCISSEMENTS. — Voici venir un sujet qui se dira atteint d'un rétrécissement parce qu'il a de la difficulté

à uriner et un jet filiforme. Un autre pourra être même pris, à la suite d'émotion ou excès, de rétention d'urine pour laquelle le médecin sera appelé. Celui-ci se mettra en devoir d'introduire plusieurs sondes de calibres différents sans pouvoir passer. Que ces malades aient eu une ou plusieurs blennorragies antérieures, et le médecin sera d'autant plus enclin à conclure à l'existence d'un rétrécissement. Un examen méthodique du canal devra être pratiqué pour reconnaître le spasme urétral. Quels en sont donc les symptômes?

Nous n'aurons en vue, est-il besoin de le dire, que le spasme urétral idiopathique non concomitant de lésions organiques urétrales ou juxta-urétrales. Il se rencontrera, on le pressent, chez des sujets prédisposés de par une hérédité nerveuse et par un terrain névropathique. Il pourra être provoqué par des émotions, des excès, un léger traumatisme sur le périnée ou un traumatisme intra-urétral (injection). Comme tous les spasmes, il n'est pas continu, il se produit au moment où l'attention se porte sur le sphincter urétral et qu'on cherche à l'utiliser. C'est ainsi qu'il se produira au moment où le malade veut uriner, causant les difficultés qu'éprouvent les malades pour entamer la miction, quelquefois même pour l'achever.

Il se produira également quand la vessie commence à se remplir d'urine et que le sphincter urétral intervient pour empêcher l'issue spontanée de celle-ci. C'est ce genre de spasme qui produit la douleur périnéale, sourde, continue, qu'éprouvent les spasmophiles, quand leur vessie est pleine.

Il se produit encore au moment où l'on tente d'introduire une sonde dans le canal sous l'influence de l'appréhension de la douleur et porte obstacle au cathétérisme par les instruments mous ou semi-rigides.

Symptomatologie. — Les symptômes auxquels donne lieu le spasme urétral sont très divers. Il intervient très vraisemblablement dans les rétentions momentanées dues au « bégaiement urinaire » de Paget. C'est lui qui cause les modifications du jet de l'urine qui inquiètent tant les malades et leur font croire à un rétrécissement. C'est qu'en effet les malades diront qu'ils sont obligés de faire effort pour entamer la miction et parfois d'attendre plusieurs minutes avant de voir apparaître l'urine. Ils ont cela de commun avec les prostatiques, et, en effet, l'obstacle ne siège-t-il pas non loin l'un de l'autre?

Cette difficulté du début de la miction due à la portion membraneuse, qui reste contractée au lieu de se relâcher, est accrue par les efforts que fait le malade et la préoccupation qu'il a d'intervenir activement dans la miction. La portion membraneuse finit par se laisser franchir pour ne laisser passer qu'un mince filet; mais que survienne la moindre excitation, l'arrivée d'un étranger par exemple, et la contraction du muscle urétral se produit, interrompant brusquement le jet d'urine. De même, la fin de la miction s'établit imparfaitement, par suite du manque du « coup de piston » terminal. M. Janet, qui a bien étudié ces phénomènes de spasme urétral, signale aussi le mode de miction en deux actes : le premier, en même temps que la défécation; le deuxième, émission d'urine après la fin de la défécation.

Ultzmann (1) a donné une interprétation un peu différente de ces phénomènes spasmophiles. Civiale (2) en avait bien décrit la symptomatologie avec des observations à l'appui.

Il est variable et intermittent, peut s'accompagner de rétention d'urine, mais bien rarement complète.

Diagnostic. — Comment fera-t-on le diagnostic entre le spasme urétral et la sténose organique, car, somme toute, c'est le point important en pratique? Il est un signe que notre maître, M. Bazy, a bien mis en lumière. On introduira, après lavage préalable de l'urètre, un explorateur à boule olivaire n° 20. Si l'explorateur est arrêté dans la région pénienne, il n'y a pas de doute qu'il ne s'agisse de rétrécissement : nous supposons donc le cas où la boule est arrêtée dans la région membraneuse. Pour savoir si l'obstacle est bien dû à un rétrécissement ou à du spasme, il suffit d'explorer avec l'autre main le périnée. Sent-on, avec cette main appliquée sur le périnée, la boule nettement arrêtée? C'est qu'il s'agit d'un rétrécissement, c'est-à-dire que l'explorateur n'a pas atteint la portion membraneuse. Si, au contraire, l'explorateur est arrêté et que la main périnéale ne sente pas la boule, c'est qu'on a affaire à du spasme et, dans ce cas, le toucher rectal fera sentir la boule. Ce sera la preuve qu'elle est arrêtée à la région membraneuse. Comme les rétrécissements en général, et en particulier les rétrécissements post-blennorragiques, siègent dans la région membraneuse, il s'agira donc de spasme urétral. On pourra hardiment, quand la boule de l'explorateur ou une sonde seront arrêtées, introduire un Béniqué qui vaincra le spasme. Si l'explorateur, après une certaine attente, passe, le diagnostic sera confirmé par le retour, qui donne une sensation de ressaut franche et nette dans le cas de rétrécissement.

Il faut cependant reconnaître qu'un certain état spasmodique peut se surajouter à un rétrécissement large qu'on décelera avec des explorateurs de gros calibre.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce diagnostic, pas plus que sur le traitement. En général, les malades, en constatant le passage d'une grosse sonde ou d'un Béniqué, verront leur appréhension sur l'existence d'un rétrécissement se dissiper. Il suffira de leur affirmer que leur canal est libre pour voir disparaître les phénomènes spasmodiques sans avoir besoin de recourir aux instillations de cocaïne préconisées par certains auteurs.

II

Faux urinaires vésicaux (névrose vésicale). — Comme le dit M. Guyon, « les troubles fonctionnels qui nous amènent ces malades sont de deux ordres : les difficultés de la miction et les douleurs. Ils viennent à nous, soit parce qu'ils pissent mal (miction nécessitant un effort, et faible), soit parce qu'ils souffrent (douleur indépendante de la miction et siégeant le plus souvent au périnée), soit pour ces deux causes réunies. D'autres viennent pour de la pollakiurie diurne, presque jamais nocturne, moins souvent pour de la rareté de la miction. D'autres encore pour de l'incontinence nocturne et diurne à la fois. » Ce sont ces deux derniers symptômes qui vont nous occuper.

A. Les fausses cystites. — 1° *Pollakiurie psychopathique.* — *Etiologie.* — Nous ne nous y étendrons pas. Comme dans toute la neurasthénie urinaire, la prédisposition névropathique sera le facteur essentiel. Elle se rencontrera chez des fils d'alcooliques, d'épileptiques, ataxiques, che zdes dégénérés. L'alcoolisme constituera, à notre avis, une cause prédisposante. Nous avons observé, en effet, chez des alcooliques de la pollakiurie. Très souvent, les pollakiuriques

(1) Ultzmann. *Névroses des organes génito-urinaires de l'homme*, trad. Picard, 1883.

(2) Civiale. *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, 1858, t. II, p. 48.

auront eu de l'incontinence nocturne d'urine dans leur enfance.

La pollakiurie idiopathique peut, du reste, succéder à la pollakiurie symptomatique et persister seule sans lésions organiques, soit sous l'influence de l'habitude prise et conservée, soit du fait de l'hypocondrie qui fixe sans cesse l'esprit sur les organes génito-urinaires et provoque ainsi les fréquentes contractions de la vessie (Mosso et Pellacani). La blennorragie sera la grande affection prédisposante aux névroses urinaires et à la pollakiurie psychopathique. Elle réveille, en effet, les prédispositions névropathiques. « Ces malades sont réellement frappés dans leur virilité et leur confiance en eux-mêmes. Lorsque l'écoulement a presque complètement disparu, ils ne sont pas débarrassés de leur inquiétude, ils vivent en contemplation devant leur canal. Ils passent des heures à en chercher et en exprimer une goutte de muco-pus. Ils s'affolent de la présence de quelques spirales, de quelques filaments blanchâtres dans le premier jet de l'urine » (Mathieu).

La pollakiurie, fréquente de dix-huit à vingt ans, sera beaucoup plus commune chez l'homme que chez la femme. « L'homme, en effet, a des motifs, des préoccupations urinaires justifiées par toute la pathologie urétrale, la femme les ignore; ses 3 centimètres d'urètre la laissent bien indifférente. Chez elle, la tolérance, la longanimité vésicale excluent les réminiscences ou les appréhensions morbides. Aussi l'expression de faux urinaire ne s'applique-t-elle qu'aux hommes » (Brissaud).

Symptômes. — La pollakiurie psychopathique est caractérisée par l'émission de l'urine en petites quantités et se répétant une fois par heure en moyenne. Si à cette pollakiurie se joignent des douleurs vésico-urétrales, on conçoit qu'on pense à la possibilité d'une cystite. Mais le grand caractère de la pollakiurie psychopathique est d'être exclusivement diurne. Un autre signe important, bien étudié par M. Janet, est que « ceux qui en sont porteurs reçoivent facilement dans leur vessie une injection de 300 grammes de liquide, alors qu'en temps ordinaire ils urinent toutes les heures une centaine de grammes d'urine. En d'autres termes, la capacité vésicale est absolument normale malgré leur pollakiurie, tandis que, chez les cystiques, la capacité vésicale à l'injection est égale à la capacité vésicale au moment de la miction ». Normalement, on ne devrait uriner que trois à quatre fois par jour. Le maximum de fréquence des mictions aurait lieu vers le milieu de la journée, et particulièrement après le repas du matin, beaucoup plus qu'après celui du soir. M. Janet attribue cette fréquence de l'après-midi à nos habitudes sociales. La vessie subit l'influence du milieu extérieur et des émotions. Des exemples de même nature ne se rencontrent-ils pas chez les animaux?

L'attention joue, elle aussi, un grand rôle dans la miction. Que de malades qui ne peuvent uriner quand on les regarde ou quand ils savent qu'on attend après eux! N'est-il pas commun que la vue d'un urinoir, la vue ou le bruit de l'eau provoquent le besoin d'uriner?

Variétés de la pollakiurie psychopathique.— M. Janet les divise en deux :

a. La pollakiurie précoce;

b. La pollakiurie tardive.

a. La première, caractérisée par la fréquence des mictions diurnes et nocturnes très impérieuses, apparaîtra dès la plus tendre enfance. Elle peut être simple : l'enfant se relevant la nuit, à chaque envie d'uriner; mais beaucoup plus souvent elle s'accompagne d'incontinence nocturne. L'enfant ne se réveille pas à chaque besoin d'uriner et urine une ou plusieurs fois dans son lit. Cette forme de pollakiurie, compliquée d'incontinence nocturne, aboutit avec le temps à la pollakiurie simple. On retrouve en effet très souvent, dans les observations de pollakiuries psychopathiques, l'incontinence nocturne de l'enfance.

b. La pollakiurie psychopathique tardive survient le plus souvent à la suite d'affections des organes génito-urinaires, et surtout de la blennorragie, qui font verser les prédisposés héréditaires dans l'hypocondrie et les mauvaises habitudes de miction consécutives qui survivent à la guérison complète des lésions.

c. La pollakiurie psychopathique nocturne simple, niée par M. Guyon, est admise par MM. Janet et Corby; mais elle est très rare et la conséquence de préoccupations mictionnelles et de rêves se rapportant aux organes génito-urinaires. Au reste, la pollakiurie psychopathique est très souvent accompagnée d'autres éléments de la névropathie urinaire que nous rangerons sous le nom de complications.

Complications. — a. *Complications génitales.* — Près de la moitié des neurasthéniques urinaires ont un appétit génésique diminué à des degrés divers, ou impuissance absolue, ou érections incomplètes. D'autres, moins nombreux, sont au contraire des excités génésiques; d'autres, plus rares, ont des pollutions nocturnes.

b. *Complications vésicales.* — Névralgie vésicale, rétention d'urine complète, incontinence d'urine que nous étudierons à part.

Diagnostic. — Il ne nous paraît pas utile de nous étendre longuement sur le diagnostic de la pollakiurie psychopathique. Elle reposera sur l'état névropathique du sujet, sur son hérédité nerveuse (incontinence nocturne infantile, convulsions de l'enfance, chorée, tics, etc.), sur l'apparition des mictions fréquentes à la suite d'émotions ou d'une blennorragie guérie, sur le caractère presque exclusivement diurne de la fréquence des mictions, la variabilité, la diversité de cette pollakiurie, sur les signes équivalents du spasme urétral, sur les troubles génitaux concomitants, sur la tolérance de la vessie qui supporte facilement une injection de 200 à 300 grammes de liquide, alors qu'elle se vide le plus souvent pour moins de 400 grammes (capacité psychique de la vessie) [Janet], sur la quantité et la qualité des urines restées normales.

Ces signes de présomption seront confirmés par l'absence de lésions des organes génito-urinaires. La pollakiurie symptomatique pourra être due, en effet :

1° A des malformations congénitales liées au phimosis, à l'étroitesse congénitale du méat, l'hypospadias.

2° A des excitations réflexes urétrales ou para-urétrales. La pollakiurie qui sera liée à un rétrécissement de l'urètre sera à la fois diurne et nocturne, pourra s'accompagner d'incontinence par regorgement. L'hypertrophie de la prostate se manifeste par de la pollakiurie mais qui sera exclusivement nocturne. Toutes les causes d'excitation siégeant sur la verge ou les organes génitaux externes pourront produire par voie réflexe de la pollakiurie (balanite, herpès du prépuce, eczéma des bourses, etc.).

3° Chez la femme, les affections utérines pourront être la cause de la pollakiurie (grossesse au début, métrites, salpingo-ovarites, prolapsus génitaux, tumeurs abdominales, etc.).

4° Pollakiurie due à la composition anormale de l'urine

(associée à la polyurie dans l'hystérie), excès d'urates et d'acide urique (1) chez les goutteux, d'oxalates (2).

5° Pollakiurie par irritations mécaniques ou congestives (calcul vésical, corps étrangers).

6° Maladies de la moelle.

Traitement. — Il sera général (traitement de la neurasthénie) et local. M. Janet a préconisé les injections urétrales de cocaïne au niveau de la portion membraneuse. Guiard (3) a cité des cas de guérison, par le procédé de la retenue volontaire de l'urine. Il pense qu'il faut combattre ce trouble purement imaginaire en s'adressant aussi vivement que possible à l'imagination, à la raison du malade. Il faut d'abord lui démontrer que sa vessie peut recevoir sans difficulté une injection de 3 à 400 grammes d'eau boriquée. La sonde étant retirée, on demande au malade de conserver quelques instants dans sa vessie le liquide. Il constate que cela est possible et arrive à se convaincre qu'il lui suffit d'uriner quatre à cinq fois par jour.

Cette démonstration une fois faite, on formule comme unique prescription le conseil de se retenir au moins quatre heures pour commencer et plus tard cinq à six heures. « Tout malade, conclut Guiard, atteint de pollakiurie sans troubles des urines, sans douleurs, sans albumine, sans diabète et dans la vessie duquel on peut injecter 200 grammes de liquide et au-dessus, est un psychopathe et il suffit, pour le guérir, de lui imposer une attente d'au moins quatre heures après chaque miction. »

Plus tard, Janet (4) préconise la dilatation progressive de la vessie. Pour ce faire, on introduit une sonde dans la vessie, on l'évacue, on fait un lavage à l'eau boriquée, on injecte ensuite la quantité d'eau boriquée tiède, nécessaire pour provoquer l'envie de pisser. On retire la sonde et on recommande au malade de ne pas uriner pendant le plus longtemps possible. On fait d'abord une séance tous les jours puis une fois par semaine jusqu'à la suppression totale et la guérison.

D'autres auteurs [Benedikt] (5) ont essayé du traitement électrique. Nous pensons que ce dernier agit bien plus comme moyen de suggestion. A cet égard, les rayons de Röntgen peuvent produire le même effet suggestif, comme nous l'avons constaté sur quelques malades.

2° *Cystalgie, vessie irritable, névralgie vésicale.* — Sous ces différents noms, on a décrit des affections de la vessie qui rentrent exceptionnellement dans le cadre de notre sujet, les faux urinaires vésicaux, car le plus souvent elles sont associées à des lésions vésicales ou juxta-vésicales. Nous n'y insisterons donc pas.

B. Rétention d'urine psychopathique. — La rétention d'urine complète psychopathique est rare d'emblée, mais elle peut succéder à une rétention volontaire prolongée. Chopart (6) avait déjà signalé cette cause de rétention d'urine qu'il attribuait à la paralysie de la vessie par la distension forcée de ses fibres. Nombreux sont les cas de rétention d'urine consécutifs à un traumatisme accidentel ou chirurgical (rétentions post-opératoires).

On peut se demander si les rétentions d'urine postopératoires ne sont pas autres que des rétentions d'ordre nerveux survenant chez des sujets prédisposés ou ayant d'autres manifestations de la neurasthénie urinaire. Les rétentions passagères si souvent consécutives aux opérations sur l'utérus résulteraient, d'après Legueu (1), d'une paralysie réflexe de la vessie, d'une sorte d'hystéro-traumatisme local, l'opération intervenant comme agent provocateur de l'hystérie. Le degré de la rétention et sa persistance ne sont pas en rapport avec la complexité de l'opération mais avec la susceptibilité nerveuse du sujet. De même un accouchement normal est parfois suivi d'une rétention d'urine passagère. Il faut également admettre une prédisposition spéciale.

C. Incontinence d'urine essentielle. — Nous faisons rentrer l'incontinence d'urine essentielle dans les faux urinaires vésicaux. Elle peut être considérée, en effet, comme une manifestation de la neurasthénie urinaire qui se rencontrera, il est vrai, de préférence dans l'enfance et chez la femme. Le mot incontinence est mauvais, mieux vaudrait dire *miction involontaire nocturne ou diurne*. Ce n'est pas, en effet, une incontinence, c'est-à-dire une évacuation continue ou discontinue, goutte à goutte, c'est une miction *à plein jet*, mais une miction non perçue ou trop peu perçue pour provoquer le réveil [Guinon (2)].

L'incontinence d'urine, dite essentielle, si elle dépend d'une cause première unique, l'hystérie ou la névropathie, se présente dans des conditions cliniques très variées. Il y a des cas qui correspondent à des pollakiuries. En effet, chez les pollakiuriques, l'incontinence est rarement diurne. Le jour, le sujet, pour si impérieuses que soient les envies d'uriner, sent venir le besoin, il peut lutter contre la contraction vésicale, grâce au sphincter uréthral antagoniste. Pendant la nuit, au contraire, sous l'influence de l'engourdissement du sommeil, la volonté du malade ne pouvant plus lutter contre la contraction du *detrusor urinæ*, la miction s'opérera dans les draps.

L'anesthésie de l'urètre profond, région qui commanderait au besoin d'uriner, d'après les données classiques, serait, pour certalns auteurs, la cause de l'incontinence infantile en empêchant le passage de l'urine d'être senti par l'urètre et ne permettant pas par conséquent au sujet de s'y opposer. Guinon n'admet pas cette cause pour ce qui est de l'incontinence dite essentielle, car les petits malades ressentent parfaitement le besoin d'uriner, trop bien même, puisque le jour ils ont parfois de la pollakiurie. N'y aurait-il pas lieu d'admettre, au contraire, une hyperesthésie de l'urètre postérieur chez les enfants dont l'incontinence nocturne, suite de la pollakiurie, est améliorée sinon guérie par le passage régulier de bougies dans le canal? Au reste, innombrables sont les théories émises pour expliquer l'incontinence nocturne. Janet a surtout insisté sur le rôle du rêve dans la genèse de l'incontinence, qui ne serait autre que de pollakiurie nocturne.

M. Guyon attribue un rôle à l'atonie du sphincter urétral

(1) Oscar Kraus (de Carlsbad). La pollakiurie urique, *Ann. des mal. des org. gén.-urin*, 1897-1898. — Chevallier. Congrès d'urologie, oct. 1899.

(2) Boursier (de Contrexéville). Oxalurie et gravelle oxalique, *Ann. de la Soc. d'hydrol. méd. de Paris*, 1894.

(3) Guiard. Pollakiurie psychopathique et traitement, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*

(4) Janet. Traitement des pollakiuries nerveuses par la dilatation progressive, *Ann. des mal, des org. gén.-urin.*, 1895.

(5) Benedikt. *Internat. klin. Rundchau*, Vienne 1890.

(6) Chopart. *Traité des maladies des voies urinaires*, 1821, t. II, p. 24.

(1) Legueu. Des relations pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire chez la femme, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1897, p. 681.

(2) Louis Guinon. Th. de Paris, 1890.

que met en doute M. Guinon. MM. Rochet et Jourdanet (1) ont signalé des cas d'incontinents qui auraient de la rétention et urineraient par regorgement.

La *symptomatologie* ne nous arrêtera pas tant elle est simple. Comme nous l'avons vu, l'incontinence d'urine, si elle ne guérit pas avec l'âge et avant l'adolescence, passera à la pollakiurie simple.

Quant au diagnostic, nous énumérerons rapidement les différentes incontinences symptomatiques qu'il faudra éliminer avant d'admettre l'incontinence essentielle :

1° Incontinence relevant d'affections nerveuses (myélite, mal de Pott, etc.) et tout particulièrement de l'épilepsie si bien étudiée par Trousseau. L'incontinence qui se produit à la fin des crises d'épilepsie, peut être diurne et nocturne, se présenter aussi bien chez les adultes que chez les enfants, et comme, d'autre part, les autres variétés d'incontinence sont exceptionnelles à l'état adulte, Trousseau a pu dire, non sans raison, « que tout incontinent nocturne adulte est un épileptique. » Elle se reconnaîtra aux symptômes de haut mal qui l'accompagneront (abattement, morsures de la langue, etc.).

2° Incontinences dues à des maladies de la vessie : calculs vésicaux qui peuvent se traduire, chez l'enfant, par l'unique symptôme l'incontinence ; tumeurs de la vessie.

3° Incontinences dues à des malformations de l'urètre ou du pénis (épispadias, hypospadias, etc.), tumeurs uréthrales ou malformations, même légères, de l'appareil génito-urinaire ou d'origine mécanique chez la femme.

L'incontinence d'urine essentielle étant reconnue, après élimination de toutes les incontinences symptomatiques, on essaiera, en vue du traitement surtout, de déterminer la forme : incontinence par regorgement, parésie vésicale, atonie du sphincter urétral ou hyperesthésie, origine psychopathique pure.

Traitement.— La thérapeutique de l'incontinence-névrose, dont la base sera nécessairement le traitement de la névropathie, tirera des indications particulières adjuvantes des différentes formes et mécanismes précédents. Si on a des raisons de supposer une excitabilité anormale de la vessie, névrose du muscle vésical qui le rend trop sensible, même à une distension légère, le traitement classique par la belladone, indiqué par Trousseau, pourra agir efficacement; se trouve-t-on en présence d'hyperesthésie de la muqueuse urétro-vésicale amenant de la pollakiurie, on pourra obtenir de bons résultats de l'emploi des instillations de cocaïne au niveau du col de la vessie et de l'urètre profond ou même du cathétérisme simple, sur lequel insistait Civiale.

A-t-on affaire aux cas étudiés par M. Guyon, dans lesquels l'exploration directe du canal dénote de la parésie ou de l'atonie sphinctérienne? Trousseau donnait alors de la strychnine. C'est à ces cas que M. Guyon a appliqué l'électrisation du sphincter. Benedikt (2) a préconisé également le traitement électrique.

Pour combattre l'influence psychique, l'influence du rêve mictionnel, on peut disposer de différents moyens, soit qu'on essaye de rendre le sommeil plus léger, pour permettre au petit pollakiurique de se lever pour satisfaire le besoin d'uriner, soit qu'on soumette le petit incontinent à des réveils réguliers, la nuit, de plus en plus fréquents. Faut-il punir ou terroriser les petits incontinents? Les avis sont partagés. Quoi qu'il en soit, la suggestion directe à l'état de veille peut avoir de l'influence. L'injection de bleu de méthylène a été un moyen de suggestion curatif, dans un cas de MM. Brissaud et Lereboullet. Nous avons obtenu quelques résultats des rayons X comme moyen de suggestion.

(1) Rochet et Jourdanet. Les incontinences d'urine de l'enfance, *Gaz. des hôpit.*, 9 janv. 1897

(2) Benedikt. *Internat. klin. Rudchau*, Vienne 1890.

L'incontinence d'urine essentielle de la femme a donné lieu à de nombreux procédés thérapeutiques que nous ne ferons qu'énumérer : massage externe de M. Bagot [de Dublin (1)], le massage instrumental intra-urétral de Sœnger (de Berlin); dilatation forcée de l'urètre (Laroyenne, de Lyon); distension progressive de la vessie par l'injection de quantités croissantes d'eau chaude (Braxton Nicks). Marion Sims (2) a rapporté des cas rebelles et intenses d'incontinences permanentes chez des jeunes filles, guéries par ce procédé.

III

Les faux urinaires uretéro-rénaux. — 1. Spasme de l'uretère. — Ce spasme, considéré en tant que symptôme isolé simulant la colique néphrétique, doit être excessivement rare. « Et cependant, comme le dit M. Lecorché (3), on ne peut refuser à l'uretère, conduit musculeux, la possibilité de se contracter, de manière à produire de la douleur, alors même que cette contraction ne serait pas provoquée par la présence d'un calcul. Cette contraction ne peut-elle pas, du reste, être produite par une urine anormale? Nous n'hésitons pas à l'admettre. C'est la seule manière d'expliquer ces douleurs dont parle Sydenham. L'absence de graviers est la seule caractéristique de cette névralgie qui, à tous les points de vue, ressemble à s'y méprendre à la colique néphrétique. » Il se peut que certaines coliques néphrétiques observées chez des hystériques reconnaissent pour cause ce spasme de l'uretère.

2. Pseudo-uretéro-pyélites ; pseudo-pyonéphroses. — La connaissance de ces fausses inflammations des uretères et du bassinet a son importance, malgré l'innocuité actuelle, grâce à l'asepsie, des interventions exploratrices du rein. La douleur rénale et la présence dans l'urine de ce qu'on peut prendre pour du pus, joints à une pseudo-tumeur rénale, ne plaident-ils pas en faveur d'une pyonéphrose?

M. Bazy a signalé de ces erreurs de diagnostic dont il a été témoin, il insiste sur l'examen approfondi de l'urine d'apparence purulente, renfermant même des productions glaireuses. Des sels, comme nous l'avons déjà dit à propos des cystites, peuvent, en effet, non seulement donner à l'urine une apparence trouble purulente, mais encore former, quand on agite le vase dans lequel ils ont déposé, de longues mèches tourbillonnant au milieu du liquide glaireux. Dans deux cas de M. Bazy, l'urine trouble était accompagnée d'une tumeur dans la région du rein gauche, qu'on avait prise pour une pyonéphrose. Il s'agissait d'une hypertrophie de la rate, de nature et origine indéterminées.

Outre l'examen des urines on tiendra grand compte dans le diagnostic des fausses pyonéphroses :

1° De la coexistence de douleurs rénales et du dépôt dans l'urine.

2° De l'absence de douleurs quand l'urine devient claire.

3° Le défaut de concordance entre les douleurs et la lim-

(1) Bagot. *Dublin Journ. of med. Sc.*, 1881.

(2) Marion Sims. *American Journ. of obstet.*, sept. 1895.

(3) Lecorché. *Traité des maladies des reins*, Paris 1875.

pidité d'une part et l'absence de douleurs et le trouble de l'urine d'autre part devra faire mettre en doute l'existence d'une pyonéphrose. C'est qu'en effet l'intermittence du trouble de l'urine devrait correspondre à une rétention de pus dans le bassinet, avec distension plus ou moin forte du rein et par conséquent douleur rénale.

4° L'absence de phénomènes généraux et de la fièvre surtout au moment où les urines sont claires et où du pus peut être retenu laisseront douter de l'existence d'une pyonéphrose. La rétention du pus n'existerait pas en effet sans les phénomènes généraux habituels. On peut se demander à quoi sont dues ces douleurs rénales sans lésions chirurgicales. Il reste l'hypothèse d'une névralgie rénale essentielle.

3. Névralgies rénales, néphralgies. — Cette étude des néphralgies se confond avec celle des faux calculs des reins, puisque c'est de l'absence de calcul constatée cliniquement et chirurgicalement qu'on conclura à la névralgie rénale. Elle est, il faut bien le reconnaître, très rare. Legueu (1), se basant sur les observations, soit purement cliniques, soit suivies d'explorations rénales, soit suivies de néphrectomies, admet l'existence de la névralgie rénale essentielle. Et cependant si on s'en rapportait au cas de soi-disant néphralgie relaté par Shepherd (2) où une première exploration du rein fut négative et où une deuxième intervention avec incision rénale fit découvrir une pierre méconnue, on peut penser que plusieurs cas désignés sous le nom de néphralgies sont probablement dus à une petite pierre cachée dans le rein, qui ne produit aucune altération sérieuse de l'organe.

Il se pourrait également que les névralgies rénales, considérées comme idiopathiques, ne fussent autres que des reins à mobilité limitée, il est vrai, non accessible, mais réelle. Tuffier (3) a signalé un cas de rein à mobilité très limitée qui revêtait le tableau symptomatique de la colique néphrétique et du calcul du rein, qui fut guéri par la néphropexie.

IV

Les faux urinaires glycosuriques. — Le diabète faisant partie de la diathèse neuro-arthritique, il n'y a rien d'étonnant à ce que le diabétique soit soumis aux différentes manifestations de la neurasthénie et en particulier de la neurasthénie urinaire.

C'est ainsi que les urines chargées de sucre peuvent provoquer par irritation de la muqueuse urétrale un écoulement blanchâtre, une pseudo-urétrite, par opposition tout au moins à l'urétrite gonococcique.

L'acidité exagérée de l'urine glycosurique pourra de même provoquer une cuisson susceptible de réveiller les craintes du malade. Les faux rétrécissements, le spasme urétral pourront également se rencontrer chez le diabétique.

Nous ne pensons pas qu'il y ait lieu de faire une catégorie spéciale de ces manifestations pseudo-urinaires chez les glycosuriques.

La pollakiurie qui devrait, semble-t-il, accompagner la polyurie, est cependant relativement rare chez le diabétique.

Et quand elle existe elle n'est pas toujours en proportion de la polyurie.

Lorsque la sécrétion rénale augmente, la capacité anatomique et physiologique de la vessie augmente. Il semble que la vessie s'habitue progressivement à contenir plus d'urine. Si bien qu'on pourrait dire avec Oscar Krauss que « la capacité de la vessie est une affaire d'habitude ». Dans les nombreux cas de diabète observé par le médecin de Carlsbad, cela n'a jamais été la pollakiurie qui ait éveillé le soupçon de l'existence du diabète.

Au reste il faut bien connaître les faits de glycosurie transitoire ou alimentaire et ne pas conclure, de la présence du sucre dans l'urine au moment où on l'examine, au diabète; quoi qu'il en soit, il conviendra, chez les faux ou vrais urinaires, d'examiner les urines au point de vue du sucre et de faire varier les conditions d'examen.

(1) Legueu. Des névralgies rénales, in *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1891, p. 564.

(2) Shepherd. *Montreal med. Journ.*, vol. XVII, p. 197.

(3) Tuffier. *Semaine méd.*, 1893, p. 481.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(22 mars 1900)

Au cours de la discussion sur le traitement des **kystes hydatiques**, M. Potherat a qualifié d'hérésie pathologique, l'opinion qui admet qu'une vésicule fille tombant dans la cavité péritonéale peut y devenir le point de départ de nouveaux kystes hydatiques. Plusieurs de ses collègues, M. Ricard, entre autres, ont cité des faits qui ne semblaient laisser aucun doute sur la possibilité de cette greffe. M. Quénu vient, à son tour, protester contre la thèse soutenue par M. Potherat; il cite, à l'appui de son opinion, celle des naturalistes qui n'admettent aucun doute sur la possibilité de cette greffe d'hydatides. Enfin il cite un nouveau fait qui, cliniquement, vient à l'encontre de la thèse soutenue par M. Potherat : il s'agit d'une jeune fille de vingt-cinq ans que M. Quénu opéra d'un kyste hydatique du foie par incision et marsupialisation et qui fut guérie après cinq mois. Dix-huit mois après, apparut une petite tumeur au niveau de l'extrémité inférieure de la cicatrice, qui n'était autre qu'une poche hydatique s'étant formée sous la peau.

MM. Routier, Marchant, Broca et Tuffier rapportent des cas analogues. M. Potherat, lui-même, a rencontré le même fait, mais il l'explique tout autrement que ses collègues.

M. Routier fait un rapport sur deux cas de **grossesse ectopique tubaire rompue, avec inondation péritonéale**, communiqués par MM. Morestin et Auvray; dans ces deux cas, les auteurs ont suivi la conduite la plus rationnelle, c'est-à-dire la laparotomie, la toilette du péritoine et la ligature de l'artère qui donne du sang. C'est la conduite que suit M. Routier et il insiste sur la nécessité de faire une bonne toilette du péritoine. Il s'applique à assécher le plus possible le péritoine, n'acceptant pas l'opinion des chirurgiens qui prétendent que le sang laissé dans la cavité abdominale, dans ces cas, y joue le rôle bienfaisant du sérum. M. Routier préfère injecter du sérum artificiel sous la peau, plutôt que de compter sur le sérum naturel du sang épanché dans le ventre. Enfin M. Routier n'est pas partisan du Mickulicz et n'y a recours qu'exceptionnellement. Quand il veut drainer, il préfère de beaucoup placer un gros tube de caoutchouc. Un dernier détail qui a bien son importance : ces malades sont habituellement opérées dans la position de Trendelenbourg; quand on veut bien assécher le péritoine, il faut avoir soin, après qu'on a bien nettoyé le petit bassin, de redresser la malade et de la mettre dans la position horizontale; on voit alors du sang qui était tombé dans la grande cavité péritonéale revenir dans le petit bassin où on peut facilement l'extraire.

M. Quénu partage de tous points l'opinion exprimée par M. Routier sur la conduite à tenir, la toilette du péritoine, etc.

La Société reprend ensuite la discussion sur les **fractures**. M. Delorme a la parole pour la lecture d'un important travail sur ce sujet, travail que nous publierons prochainement.

M. Loison apporte de nombreux faits tendant à prouver que, si la radiographie peut rendre de grands services dans l'étude des fractures, elle ne saurait cependant se substituer à la clinique.

M. Maunoury (de Chartres) estime qu'avec une technique convenable on peut toujours, avec la radiographie, obtenir des résultats d'une très grande exactitude. Il en donne pour preuve le fait suivant : petite fille de onze ans, atteinte de périostite phlegmoneuse avec abcès et un séquestre ; ouverture des abcès, radiographie montrant le siège et le volume exacts du séquestre, ablation de celui-ci ; M. Maunoury montre le séquestre et sa radiographie et on peut voir qu'ils sont l'un et l'autre exactement semblables, comme forme et comme dimensions.

M. Guinard présente un cas d'**actinomycose temporo-maxillaire**, très améliorée par l'emploi, purement empirique, de la levure de bière.

M. Thierry présente un neuvième cas d'**actinomycose**, observé à sa consultation d'hôpital.

M. Schwartz présente un jeune homme qu'il a opéré en pleine péritonite généralisée, suite d'**appendicite**, survenue vingt-quatre heures après le début des accidents. Ce malade avait 37°8 de température, 70 pulsations et le ventre en bateau. L'ouverture de ce ventre montra qu'il était plein d'abcès. M. Schwartz insiste sur la rapidité de l'évolution des accidents dans ce cas.

M. Tuffier montre une malade qu'il a opérée d'une **gangrène pulmonaire.**

L'EAU OXYGÉNÉE

EN ÉVAPORATION CONTRE LA COQUELUCHE

M. Baroux (d'Armentières) vient de publier un travail digne d'attirer toute l'attention du praticien (1), où il montre les heureux effets que l'on peut obtenir par l'eau oxygénée en évaporation dans la coqueluche.

Pendant une série d'épidémies à Armentières, notre confrère, ayant éprouvé combien la thérapeutique de la coqueluche est décevante, fut amené à penser que l'eau oxygénée, dont le pouvoir antiseptique est maintenant admis par tous depuis les remarquables travaux de M. J. Lucas-Championnière, pourrait lui rendre des services.

En effet, l'eau oxygénée n'est pas toxique, mais elle est un peu irritante, ce qui empêche de l'employer en pulvérisations dirigées directement sur les voies respiratoires. Une série d'expériences prouva à M. Baroux que par l'évaporation à froid l'eau oxygénée ne perd aucune de ses qualités antiseptiques, et que ses vapeurs sont parfaitement supportées. Il fut donc amené à essayer sa méthode sur l'adulte, et devant le succès obtenu, devant la disparition progressive et rapide des quintes, il l'employa sur les enfants. C'est ainsi qu'il a pu réunir 13 observations, qui sont une preuve de l'efficacité de son procédé.

(1) 1 broch. in-8°. — Paris 1900, Maloine.

Voici comment il l'applique : Il est préférable d'avoir deux salles cubant de 60 à 75 mètres, l'une pour le jour, l'autre pour la nuit.

L'eau oxygénée doit être à 12 volumes, conservée dans des litres. « Il faut l'employer, dit M. Baroux, sans aucun mélange d'eau, en en versant avec une petite mesure d'étain ou de verre, alternativement 80 grammes, toutes les quatre heures, sur deux linges de vieille toile blanche d'un mètre carré de surface, pliés en plusieurs doubles et placés dans une assiette bien creuse, pour ne rien perdre du liquide.

Une toile neuve ou un tissu en couleur seraient travaillés par le produit, au détriment de son activité.

Il faut placer ces deux linges autant que possible sur une corde traversant l'appartement dans son milieu.

Comme adjuvant inoffensif et toujours calmant, il est permis d'employer le mélange suivant :

Teinture de drosera..........	2 grammes.
— de belladone........	3 —
— d'aconit............	4 —

A la dose de XC gouttes par jour pour un adulte, avec une échelle descendante selon l'âge.

A ce propos, remarquons bien que dans toutes les observations où l'on s'est servi de ce médicament, il fut toujours commencé bien avant les évaporations, de façon à rendre tout à fait distincte l'action spéciale de ces dernières.

Dans de telles conditions, il m'est permis d'affirmer, sans témérité comme sans présomption, que n'importe quel cas de coqueluche peut être jugulé au bout de huit jours de traitement, quel que soit le moment de cette maladie où cette thérapeutique lui est appliquée.

Deux enfants peuvent subir ensemble cette médication.

Il n'y aura pour le patient danger d'aucune sorte et pour l'entourage aucune gêne, puisque l'eau oxygénée ne répand qu'une odeur très légèrement empyreumatique et à peine sensible.

Dans les classes populaires, dont les nombreuses familles sont souvent ravagées par ce fléau, on trouvera encore un avantage dans cette méthode de traitement. C'est son bon marché relatif.

Outre la teinture composée, il faudra cinq à six mauvais chiffons, qui tomberont vite en lambeaux sous l'influence du médicament, et 4 litres de ce dernier. Les pharmaciens le vendent d'ordinaire 2 francs le litre, verre déduit : cela fera en tout, calmant compris, 10 francs environ, pouvant guérir à l'occasion deux enfants en huit jours.

C'est relativement peu à côté de certains budgets d'ouvriers que j'ai vus, bien des fois, obérés pour longtemps, à la suite d'une lamentable coqueluche de trois mois. »

PRATIQUE MÉDICALE

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La Supériorité intellectuelle et la Névrose (1), par le professeur Grasset (de Montpellier).

Les névropathes sont à l'ordre du jour depuis les progrès de la psychologie expérimentale, et la névrose étudiée dans ses manifestations les plus diverses risque fort de devenir un sujet primordial de causerie dans nos revues médicales du xxe siècle. Il y a quelque temps, nous signalions ici même le très intéressant ouvrage de M. Ballet sur la personnalité d'un visionnaire suédois du xviiie siècle, Swedenborg; le cas médical particulier du fondateur de la modeste église, la Nouvelle Jérusalem, avait amené l'auteur du livre aux constatations les plus suggestives pour le philosophe et l'historien, relativement aux illuminés des diverses époques de l'histoire. M. Grasset, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier, dans une conférence des plus agréables et des mieux documentées, a traité une question du même genre, mais d'une portée plus générale encore, car il ne s'agit plus seulement des visionnaires ou des extatiques, comme Mahomet ou Swedenborg, Jeanne d'Arc ou sainte Thérèse, mais de tous les êtres supérieurs dans l'humanité; la phalange des névropathes devrait, d'après l'opinion fort à la mode de certains théoriciens, se grossir d'un contingent des plus appréciables et des plus sélects, celui des hommes de génie eux-mêmes dans toutes les manifestations de l'activité et du savoir humains.

César Lombroso, Moreau de Tours, Max Nordau déclarent que les hommes supérieurs, dont s'enorgueillit chaque patrie et dont l'humanité entière admire les talents ou vénère la mémoire, sont des malades; le génie et la folie sont de même essence : il ne peut exister entre eux de différence spécifique, et seuls le degré pathologique ou l'intensité morbide peuvent les distinguer: le génie est une forme de la névrose. Singulière revanche de la foule sur l'élite des intellectuels de tout ordre; les médiocres et les inconnus se portent bien, tandis que les supérieurs et les glorieux sont des névropathes atteints des accidents les plus divers! Dans un discours récent, M. Paul Deschanel signalait, avec raison, ce malaise historique des démocraties depuis l'athénienne jusqu'à la française, qui les pousse à se méfier des hommes supérieurs (2). Mais on voit que les théories de Max Nordau peuvent modifier ce fâcheux état psychologique des foules; désormais la méfiance fera place à la pitié pour ces hommes dominateurs qui ne sont que des malades. Comme le dit fort spirituellement M. Grasset, les paroles de l'Évangile sont plus véridiques que jamais : Heureux les pauvres d'esprit, parce qu'ils se portent bien!

A l'appui de cette théorie paradoxale, vient le flot des exemples : c'est une marée montante que rien n'arrête, car depuis le livre de Moreau de Tours publié en 1859, les documents n'ont cessé de paraître pour imposer les conclusions nouvelles aux médecins et aux penseurs. M. Grasset y insiste beaucoup dans la première partie de sa conférence, et pourtant il ne nous découvre que quelques armes dans ce merveilleux arsenal de preuves et d'exemples sans cesse renouvelés. Chaque homme de génie aura bientôt sa fiche spéciale dans ce répertoire dressé avec toute l'attention d'une méticuleuse expertise médicale.

Le Tasse est un halluciné sans cesse gêné par des auditions bien involontaires de cris et de rires. Newton devient fou dans sa vieillesse; Jean-Jacques Rousseau a le délire de la persécution; Villemain se croit poursuivi par des Jésuites et il les cherche sous tous les fauteuils de son appartement.

(1) Conférence faite en janvier 1900 à l'Association générale des étudiants de Montpellier. — In-8°, 67 pages. — Montpellier 1900, Coulet et fils, édit.

(2) Discours du 4 mars 1900, à Nogent-le-Rotrou.

Schopenhauer, le grand pessimiste, est aussi un terrible maniaque; Auguste Comte est saisi d'aliénation mentale au cours de son enseignement et le romancier Guy de Maupassant meurt dans toutes les affres de la folie. D'autres, supérieurs, sont frappés à de moindres degrés. Voltaire était neurasthénique et malade imaginaire; Flaubert, l'un des créateurs du roman naturaliste, était épileptique. On ne saurait oublier, dans cette revue, Napoléon : il « souffrait d'une convulsion habituelle de l'épaule droite et des lèvres». Que nos lecteurs prennent connaissance, dans l'opuscule de M. Grasset, de cette copieuse énumération que nous ne faisons ici qu'effleurer et ils verront à quel prix s'achète, dans notre triste humanité, le droit de figurer dans la galerie des êtres supérieurs!

Mais dans la seconde partie de sa conférence, M. Grasset interprète les nombreux exemples fournis par Lombroso et les adeptes de son école, dans un sens plus rassurant pour le maintien de nos idées traditionnelles sur le chapitre de la gloire; il s'appuie maintenant sur les travaux de Réveillé-Parise et de M. Henri Joly. La vie intellectuelle poussée à l'extrême chez les hommes supérieurs peut certainement amener des lésions mentales, des troubles dans l'économie générale, en un mot des cas de névropathie d'une explication toute naturelle. L'organe cérébral, fatigué par une excitation permanente, est susceptible de s'altérer lui-même ou de compromettre les fonctions des autres membres de notre vie de relation. Des pédagogues prudents et bien intentionnés pour l'avenir de notre race ont tant parlé du surmenage souvent problématique de nos écoliers, qu'on peut comprendre sans peine le surmenage presque inévitable chez les intelligences supérieures. Les termes du rapport sont donc absolument renversés : ce n'est pas la névrose qui est une des conditions inhérentes au génie, c'est le génie qui, par la pléthore cérébrale, peut provoquer la névrose. La supériorité intellectuelle n'est plus un accident du système nerveux, mais nous revenons à l'ancienne définition chère à M. de Buffon : Le génie est une longue patience. Il se développe par la mise en œuvre de nos facultés naturelles. Si l'homme supérieur a une névrose, le rôle du médecin sera de la combattre, et s'il peut la guérir, il doit le faire sans crainte aucune de compromettre la genèse des chefs-d'œuvre futurs.

M. Grasset a traité ce délicat sujet d'une façon très heureuse, avec une exposition toujours lucide, une expression nette et souvent imagée; il y a joint une qualité qui ne gâte aucune question, même médicale, un esprit bien français, capable de charmer les lecteurs qui n'ont pas eu le plaisir d'entendre sa conférence. L. BENAERTS.

Les médicaments chez les enfants (1), par M. Jules Comby.

Les livres de thérapeutique sont légion. Il en est de tous les formats et de toutes les sortes; et cependant, il y a peu de temps encore, si l'on avait voulu chercher, dans la littérature médicale, un ouvrage d'ensemble sur les remèdes et les diverses médications usitées en médecine infantile, il eût été impossible de le rencontrer. Cette lacune vient d'être comblée. M. Comby a eu l'heureuse inspiration de réunir en un fort beau volume le résultat de ses recherches sur « les médicaments chez les enfants ». Dans ce volume on trouve par lettre alphabétique, l'ensemble des médicaments, non seulement usuels et anciens, mais encore les nouveaux, peu connus, non employés, sur lesquels les médecins praticiens manquent de renseignements indispensables. On ne saurait trop féliciter M. Comby de son entreprise qui sans aucun doute fut longue et pénible. Qu'importe si le succès est au bout? Il n'est rien de plus utile qu'un traité de thérapeuti-

(1) In-8°, 3e édit. Prix: 18 francs. — Paris, Rueff.

que bien fait. Quoi de plus difficile à manier que les drogues? S'il faut chez l'adulte déjà une grande circonspection, n'en faut-il pas une plus minutieuse encore chez l'enfant?

On ne saurait s'entourer de trop de garanties et c'est pourquoi on doit vivement applaudir à l'apparition d'un livre bien venu conçu, sur un plan clair et nouveau.

S.

Lecons cliniques sur les maladies des enfants (1), par M. E. AUSSET.

Dans cet ouvrage, M. Ausset met en lumière les faits d'ordre pratique : diagnostic et traitement, auxquels doit surtout s'attacher le clinicien.

Il passe en revue le rachitisme, quelques affections du système nerveux et de l'appareil respiratoire.

Abordant le *rachitisme* qu'il déclare maladie générale, il insiste sur les troubles digestifs; le ventre est gros, par suite de l'augmentation de la masse gastro-intestinale : estomac dilaté, intestin allongé, ce qui est un mode de défense de la nature; à une digestion plus lente, correspond un intestin plus long, comme cela s'observe chez les herbivores.

A signaler encore la possibilité d'une micropolyadénie non tuberculeuse.

Le rachitisme procède d'une alimentation vicieuse. Il importe donc de veiller à la bonne alimentation des jeunes enfants et l'auteur termine par un éloquent appel au prosélytisme des médecins qui lutteront par l'hygiène contre ce mode de dépopulation, et sauveront « ces pauvres petits êtres qui ne demandent qu'à vivre et qui, ainsi que l'a dit le poète, sont : le père de l'homme ».

Les affections du système nerveux étudiées sont : la *paralysie faciale*, d'un diagnostic rendu plus difficile chez l'enfant par l'impossibilité de la recherche des troubles de l'audition et de la gustation; l'*ophtalmoplégie nucléaire progressive*, dont un cas est l'objet d'une intéressante analyse, et surtout les *convulsions*, dont M. Ausset précise soigneusement la pathogénie.

Parmi les affections des voies respiratoires, l'auteur étudie les *spasmes laryngés* dans leurs rapports avec le tubage. Ces spasmes sont le plus souvent causés par des ulcérations de la muqueuse dans la région sous-glottique (Boulay), observés surtout chez les rachitiques et les adénoïdiens atteints d'inflammations chroniques du rhino-pharynx et des premières voies respiratoires.

Le spasme doit, dans ce cas, imposer le détubage et la trachéotomie.

Des trois leçons consacrées à la *pleurésie*, retenons surtout l'importance attribuée par l'auteur, élève de M. Pitres, au signe du sou, infaillible, précieux pour le diagnostic des pleurésies enkystées, et qui, par son timbre même, peut indiquer la plus grande épaisseur de l'exsudat, et, partant, la purulence.

Ce signe, joint à la ponction exploratrice et à la radioscopie, est utile encore dans le diagnostic différentiel entre la pleurésie et la spléno-pneumonie.

Citons enfin les leçons sur la *bronchite chronique* étudiée par Comby, sur la *dilatation des bronches*, et sur la *bronchite fibrineuse chronique*, bronchite pseudo-membraneuse des auteurs : c'est une bronchite que l'on traite avec succès par l'iodure de potassium joint à une médication tonique.

Telles sont les affections étudiées toutes avec un soin minutieux dans cet ouvrage où l'auteur s'est efforcé, avec succès, de tirer des données pathogéniques et anatomiques les indications pratiques pour le diagnostic et le traitement. Et c'est bien au clinicien que s'adressent ces cliniques.

L. B.

(1) Gr. in-8°. Prix : 5 francs. — Paris, A. Maloine.

Aide-mémoire du médecin militaire, service de santé en campagne (1), par le docteur G. SALLE, médecin-major de première classe, lauréat de l'Académie de médecine et de la Société d'anthropologie.

Le fonctionnement normal et régulier du service de santé en campagne exige une connaissance approfondie, non seulement du réglement technique, mais aussi des nombreux règlements militaires : armées en campagne, étapes, transports, etc., pour ne citer que les principaux.

A tous les degrés de la hiérarchie, qu'ils soient des armées de première ou de seconde ligne, les médecins doivent être bien pénétrés des prescription réglementaires ; — ils doivent connaître exactement la composition des unités sanitaires, tant en personnel qu'en matériel ; — il est nécessaire enfin qu'ils soient familiarisés avec les nombreux détails du fonctionnement du service. Or pour acquérir l'ensemble de ces multiples connaissances, il faudrait une somme de travail considérable, et encore nul ne pourra être assuré que ses souvenirs ne lui feront pas défaut précisément au moment où il en aura le plus besoin.

Le présent aide-mémoire a donc pour but, son nom l'indique, de venir en aide à la mémoire des médecins militaires de carrière, et de suppléer à un défaut de connaissances bien naturel chez les jeunes stagiaires à leur entrée dans la vie militaire ou chez les médecins qui n'appartiennent pas au cadre actif.

Les grandes divisions de cet ouvrage sont les suivantes : *personnel*, *matériel*, *fonctionnement*, *généralités* administratives, tactiques et statistiques. Pour terminer, un résumé succinct d'*hygiène en campagne*.

La plus grande méthode a été observée par l'auteur qui a su rester pratique; en un style concis, mais clair, il a pu exposer son sujet après l'avoir fouillé dans tous ses détails. Nous estimons que l'aide-mémoire de M. Salle est appelé à rendre de grands services à tous les médecins militaires, qu'ils appartiennent à l'armée active, à la réserve ou à la territoriale.

Le cinquantenaire de la librairie C. Reinwald. (SCHLEICHER frères, éditeurs, neveux et successeurs, 15, rue des Saints-Pères.)

MM. Schleicher ont eu l'heureuse idée de publier, en l'honneur du cinquantenaire de leur librairie, fondée par Charles Reinwald en 1849, une élégante brochure suivie d'un catalogue général. Cette brochure reproduit les portraits des auteurs dont la librairie a édité les œuvres. Citons parmi les plus connus du monde médical : MM. P. Broca, L. Büchner, Ramon y Cajal, Corlieu, Dareste, Darwin, Gegenbaur, Hœckel, Hallion, Hertweg, Hovelacque, Huxley, Kölliker, Laborde, de Lacaze-Duthiers, de Lanessan, Letourneau, Lombroso, Maudsley, de Mortillet, F. Regnault, Ch. Richet, Robiquet, J. Soury, Topinard, Carl Vogt, etc. Nous félicitons sincèrement MM. Schleicher, qui ont le droit d'être fiers de leur maison. Grâce à elle, les idées de grands savants et de grands philosophes étrangers tels que Büchner, Darwin, Maudsley et autres se sont répandues en France et ont eu une influence féconde.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 11e semaine, 1 024 décès, au lieu de 1 165 la semaine précédente (moyenne 1 090).

La fièvre typhoïde a causé 31 décès (semaine précédente, 20; moyenne, 6).

La rougeole, 29 (moyenne 20); la coqueluche, 6 (moyenne 9); la diphtérie 9, chiffre égal à la moyenne ; la phtisie pulmonaire,

(1) In-18 de XVI-512 pages. Prix : 7 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

200 (moyenne 214); la méningite tuberculeuse, 30 (moyenne 25); les autres tuberculoses, 34 (moyenne 27).

La broncho-pneumonie, 40, la pneumonie 30, les autres affections de l'appareil respiratoire 25. Tous ces chiffres sont sensiblement inférieur aux moyennes habituelles de mars.

La grippe, enfin, a causé 24 décès, au lieu de 45 la semaine précédente (moyenne 16).

La variole et la scarlatine n'ont causé aucun décès.

En somme, recrudescence de la fièvre typhoïde et diminution de la grippe.

Le comité d'organisation du Congrès des sourds-muets (section des entendants) a laissé à ses nombreux adhérents un délai de plusieurs mois pour faire parvenir les questions qui pourraient paraître plus particulièrement intéressantes. Il ne croit pas qu'il y ait lieu de prolonger ces délais, afin que chacun ait un temps suffisant pour étudier et rédiger des mémoires sur les questions que le comité a choisies.

Ce choix a été dicté par le désir de provoquer les membres du Congrès, qui voudront rédiger des mémoires, à y consigner, outre leur expérience personnelle, les documents qu'ils pourront recueillir dans leur propre pays.

Les trois questions inscrites en tête du programme du Congrès présentent un intérêt universel et sont assez vastes pour que chacun puisse en étudier une partie et faire connaître ce qui intéresse plus particulièrement son pays; les travaux apportés au Congrès formeront ainsi un faisceau dont l'importance n'échappera à personne.

Première question. — Organisation de l'enseignement des sourds-muets dans les différents pays. — Les établissements d'éducation des sourds-muets doivent-ils être considérés comme des établissements de bienfaisance ou d'instruction?

Deuxième question. — Résultats obtenus par la méthode orale. Indiquer, dans le but de l'unification des méthodes, les procédés les plus pratiques pour l'application de la méthode orale telle qu'elle a été définie par le Congrès de Milan.

Troisième question. — Assistance des sourds-muets. — Création de sociétés de patronage et de placement. — Création d'asiles et d'hospices. — Encouragement aux associations et aux sociétés coopératives.

Les trois questions ci-dessus seront placées en tête de l'ordre du jour du Congrès et seront celles dont on votera les conclusions s'il y a lieu.

Le comité d'organisation, très reconnaissant des nombreuses indications qui lui ont été adressées, ne s'est pas cru en droit de ne tenir aucun compte des autres questions qui lui ont été proposées.

Il a donc accepté les questions suivantes :

1° Y a-t-il lieu de créer, pour les sourds-muets particulièrement bien doués, des écoles spéciales (écoles de commerce ou autres), ou simplement des cours annexes dans les écoles actuelles?

Y a-t-il lieu de créer, dans les institutions de sourds-muets, des cours spéciaux pour les sujets arriérés?

L'organisation actuelle des écoles de sourds-muets (administration, inspections, programmes et sanction des études) répond-elle aux besoins de l'époque et aux intérêts réels des sourds-muets?

2° Comment la méthode orale peut-elle être appliquée à tous les sourds-muets? — Quel doit être le rôle de l'écriture?

3° Enseignement professionnel donné dans les écoles de sourds-muets? — Choix d'un état qu'ils puissent exercer dans leur pays et, autant que possible, près de leurs parents.

4° Les sourds-muets avant leur admission dans les écoles. — Écoles enfantines.

5° Education auriculaire. — Enseignement auriculaire à voix nue sans le secours de cornets.

6° Moyen de poser la voix des sourds.

7° Livres scolaires pour les sourds-muets.

8° Quels sont les meilleurs procédés d'articulation?

9° Faut-il se consacrer uniquement à l'articulation jusqu'au moment où tous les éléments du langage sont connus, ou faut-il, à mesure que les éléments acquis le permettront, enseigner les mots usuels renfermant ces éléments, et même de courtes phrases, afin de donner au sourd-muet, dès les premiers temps, l'occasion d'exprimer les pensées qui sont d'un usage constant?

10° Quelle méthode convient-il de suivre pour développer tout ensemble les idées et le langage dans les meilleures conditions pour donner aux sourds-muets le goût et la possibilité de la lecture, pour leur donner, en un mot, une connaissance de la langue suffisante pour leur permettre de lire et de comprendre les ouvrages que lisent et que comprennent les entendants?

11° De l'utilité qu'il y aurait, en attendant que l'externat prenne la place de l'internat, à réunir, aux heures de récréation, les sourds-muets avec les entendants dans les cours des écoles.

12° Quels progrès ont été réalisés dans les institutions, depuis les derniers congrès, en vue de l'amélioriation du sort des sourds-muets? — Quelles œuvres ont été fondées, depuis lors, dans ce but?

13° L'enseignement professionnel est-il donné ou organisé d'une façon suffisamment pratique?

14° Des moyens d'assurer l'instruction obligatoire des sourds-muets.

15° Statistique des sourds-muets dans les différents pays.

16° Est-il à souhaiter qu'une collaboration entre les médecins et les maîtres soit établie, dans les écoles des sourds-muets, plus intime qu'elle ne l'a été jusqu'à présent?

Le comité d'organisation est très désireux que ses adhérents développent en des mémoires les questions inscrites au programme du Congrès.

Des résumés de ces mémoires, ne dépassant pas deux pages d'impression, devront être adressés au comité avant le 1er mai 1900, afin qu'ils puissent être traduits en français et que cette traduction, imprimée, puisse être distribuée à chacun des membres du Congrès.

Si les mémoires ne peuvent pas tous, faute de temps, être mis en discussion, les auteurs peuvent être assurés que leurs travaux seront publiés dans les comptes rendus du Congrès.

Une salle spéciale sera consacrée à la présentation des livres, des instruments et même des élèves que quelques instituteurs se proposent de conduire à Paris et de montrer aux membres du Congrès.

Une circulaire fera connaître en temps opportun aux membres adhérents le règlement du Congrès et les facilités qui seront accordées, soit pour le voyage, soit pour le séjour de Paris.

Les personnes qui se proposent de se rendre au Congrès sont instamment priées d'envoyer leur adhésion le plus tôt possible.

Les adhésions ou les communications relatives au Congrès doivent être adressées au président, M. Ladreit de Lacharrière, 3, quai Malaquais, Paris, ou au secrétaire général, M. Martha, 32, rue Fortuny, Paris.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Vacances de Pâques.* — A l'occasion des vacances de Pâques, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 7 avril 1900, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 26 avril.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 36. — MARDI 27 MARS 1900. 73e ANNÉE. MARDI 27 MARS 1900. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES, par le professeur DELORME, médecin principal de l'armée. — COMMENT TRAITER LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE? — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MÉDECINE PRATIQUE. De l'emploi thérapeutique des lavements alimentaires; — L'acide picrique dans le traitement du phagédénisme; — Encore un traitement du hoquet. — VARIÉTÉS. La naissance de l'Aiglon. — THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

SUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES

Par le professeur DELORME (1),
Médecin principal de l'armée.

Les chirurgiens se préoccupent beaucoup, à l'heure actuelle, des cals irréguliers, vicieux, difformes des fractures; certains les croient fréquents, plus fréquents qu'on ne le suppose communément.

Tandis que, de l'avis de quelques-uns, l'appareil radiographique serait d'un précieux secours pour les reconnaître, d'autres mettent en garde, plus que de raison, contre les difformités qu'il accuse.

Je ne crois pas, pour ma part, qu'il soit bien nécessaire de recourir à ce mode d'investigation si précieux d'ailleurs, mais qui, pour un certain temps encore et pour beaucoup de médecins, restera d'un emploi limité; je ne crois pas, dis-je, qu'il soit bien nécessaire d'y recourir pour reconnaître des déplacements un peu considérables, les plus fréquemment observés.

Que certains de ceux-ci soient plus difficiles à déceler, à la cuisse, par exemple, où les masses musculaires sont très épaisses et, dans d'autres segments, lorsque le gonflement est très accusé, soit; mais le raccourcissement du membre soigneusement relevé à intervalles, les changements de rapport des saillies osseuses similaires, pour le membre inférieur, sont toujours là pour nous préciser, même dans ce cas, l'étendue des chevauchements axiles; la rotation du segment inférieur est souvent suffisante pour nous révéler les déformations suivant l'épaisseur, et quand un os est sous la peau, comme le tibia, qu'on en suit la crête, soit directement, soit après massage, que les saillies comme les dépressions que laissent ses fragments sont si aisément perçues qu'il est très facile de reconnaître les déviations antéro-postérieures ou latérales par la déviation d'un bord saillant, j'avoue que je ne puis comprendre qu'un chevauchement total ou presque total de fragments ne puisse être décelé et corrigé.

(1) Communication à la Société de chirurgie.

Sans doute, malgré une difformité parfois considérable, un membre fracturé peut être utile, surtout lorsqu'il s'agit du membre inférieur. Qui n'a fait cette constatation ? Mais, est-ce à dire que la recherche de la forme régulière de l'os fracturé ne doive plus rester aujourd'hui comme autrefois une préoccupation importante du chirurgien? Je ne le pense pas pour ma part.

L'admettre serait, à mon sens, nier que deux surfaces absolument similaires ne sont pas plus aptes à s'unir vite et bien que deux surfaces de constitution dissemblable; ce serait oublier ce fait bien démontré par la clinique et l'anatomie pathologique à savoir : que la surface extérieure de fragments qui chevauchent n'a que peu ou pas de tendance à fournir les matériaux d'une réparation osseuse; que, dans ces cas, le cal est *indirect*, moins solide, souvent retardé; c'est admettre que l'augmentation de longueur des muscles, qui résulte d'un raccourcissement notable de l'os, ne nuit pas à leur fonctionnement; c'est méconnaître enfin les effets compressifs d'un cal volumineux sur les muscles, les vaisseaux et les nerfs et le trouble qui résulte des déviations axiles des segments de membres.

Je crois que c'est bien assez que le chirurgien ait à déplorer les cals volumineux d'une fracture irréductible ou d'une contention difficile, sans avoir à chercher pour ses autres fractures à atténuer ses regrets et ceux de ses malades, en songeant que l'irrégularité de la forme n'est pas incompatible avec un fonctionnement utile.

Mais dans les autres cas, de beaucoup les plus nombreux, la poursuite d'un cal régulier, aujourd'hui que l'épreuve radiographique précise et accuse la responsabilité du chirurgien, me paraît toujours désirable d'autant que, contrairement à ce que certains pensent, la conservation de la forme n'est pas incompatible avec le libre jeu des articulations et un fonctionnement régulier des muscles. J'y reviendrai tout à l'heure.

Les cals réguliers que M. Tuffier a montrés à la Société de chirurgie, ont ouvert à nouveau la discussion sur l'*inamovibilité* comme traitement des fractures.

Cette méthode a encore une fois subi un assaut et M. Lucas-Championnière n'a pas été tendre pour elle. « Ce sera précisément, dit-il, l'usage et l'abus des appareils inamovibles qui nous aura permis de mettre en relief la thérapeutique *fautive* des fractures. »

J'accepte en grande partie ce qu'il pense d'appareils inamovibles mal surveillés (et ils ne l'ont jamais été si mal qu'à

notre époque où la chirurgie opératoire détourne l'attention et le temps des chirugiens du traitement des fractures); mais l'appareil inamovible n'est pas seul à assurer la contention d'un membre fracturé et la thérapeutique séculaire des fractures qu'il regarde « comme une thérapeutique sans valeur », poussé par un enthousiasme bien compréhensible pour une autre méthode toute différente qu'il fait sienne et qui entre ses mains donne de si bons résultats, cette thérapeutique séculaire comporte une autre pratique : l'amovo-inamovibilité, qui est loin de mériter cette défaveur, à condition que l'*appareil employé soit bon, bien appliqué et qu'un traitement consécutif convenable soit assuré au fracturé.*

Je m'expliquerai sur ces points en faisant appel à ma pratique.

Il m'est difficile de comprendre, pour les raisons que j'ai indiquées, que nous fassions aujourd'hui si bon marché de la coaptation et de la contention régulières des factures quand, dans les traumatismes accidentels ou chirurgicaux de la peau, des aponévroses, des muscles, des tendons et des nerfs, nous recherchons toujours les accolements bout à bout et les assurons, après ou sans suture, par une immobilisation, une contention suffisamment prolongées.

Pourquoi faire différemment pour les os? Oublierions-nous ce fait que tous nous avons constaté pour l'avoir regretté, savoir : qu'à la levée prématurée d'un appareil, un cal irréprochable, imperceptible, s'accuse au point de devenir difforme et qu'une contention nouvelle aidée d'une compression localisée redonne souvent à l'os ou sa forme primitive ou une forme plus normale.

Je cesse ces considérations qu'il serait si facile d'étendre.

Choix de l'appareil. — L'appareil *amovo-inamovible* qui facilite si bien l'examen fréquent du membre et le contrôle de la rectitude de ses os, qui suit le retrait du membre, qui laisse le chirurgien libre de modifier par l'application de tampons d'ouate pressés et laissés quelques jours ou quelques semaines en place, la saillie de certains fragments, d'en relever d'autres comme l'a bien montré Raoult-Deslongchamps, qui permet même le massage, cet appareil aujourd'hui trop délaissé au profit de l'extension continue ou de l'appareil inamovible, me paraît devoir rester ici en dehors des critiques si justes adressées à l'inamovibilité obtenue par les inamovibles proprement dits.

Le système d'appareil que j'emploie, auquel je reste très attaché parce que, depuis douze ans, il m'a rendu les plus signalés services, à la fois dans les fractures simples et les fractures compliquées de plaie, est taillé dans des lames de zinc n° 12 ou 13, à la façon de ceux de Raoult-Deslongchamps. J'ai emprunté à ce chirurgien (qui par ses succès m'a montré les avantages de l'appareil de zinc) certains de ses dispositifs, mais mes appareils se rapprochent bien plus de ceux du chirurgien hollandais Moij que des siens. J'ai substitué à la gouttière, dont les bords s'écartent mal, des valves qui à volonté entourent toute la circonférence d'un membre ou la découvrent dans plus de ses quatre cinquièmes; les points d'appui multiples pris sur les articulations et les segments voisins permettent au chirurgien de mettre à découvert le foyer de la fracture, sans secousse, sans douleur, sans risque de nouveaux déplacements osseux. Dans les fractures à grands chevauchements de l'humérus, j'emprunte à M. Hennequin son dispositif de point d'appui contre-extensif dans l'aisselle et par une traction sur le coude, dans un appareil trop long pour le membre, j'assure l'extension. Pour la cuisse, les points d'appui contre-extensifs sont pris sur l'ischion, comme le faisait Raoult-Deslongchamps et l'extension se pratique sur le pied dans un appareil un peu long pour le membre, comme le faisait ce chirurgien.

Grâce à ces appareils, le traitement consécutif peut être commencé de très bonne heure.

Les valves entourent circulairement le membre à la façon de deux mains et mieux qu'avec elles, et fixant bien la fracture, ces appareils ne s'opposent en rien à l'exécution précoce des mouvements du pied, du genou, du poignet, du coude, de l'épaule. Les valves étant déplissées au contraire et les points d'appui étant repris sur les segments voisins, la portion du membre qui correspond à la fracture peut être électrisée et massée aussi souvent et aussi tôt que le veut le chirurgien.

Avec des appareils qui prennent des points d'appui aussi étendus, la contention directe et circulaire n'a pas besoin d'être assurée avec le degré de constriction qu'imposent des appareils de dimensions plus circonscrites. La constriction est d'ordinaire très modérée — ce qui est un point essentiel à réaliser pour ne pas nuire à la circulation du membre et ne pas accentuer l'amyotrophie — et si la fracture est compliquée, en quelque point du membre que siège la plaie, celle-ci est d'un pansement très facile, grâce au large déplissement des valves, ce que ne permettrait pas le système de Raoult-Deslongchamps imaginé pour les fractures simples. Les incisions que peut nécessiter l'infection possible de la plaie se font sur un membre mis à découvert; l'imperméabilité de l'appareil autorise au besoin des lavages et, quant à la contention du matériel de pansement, elle est assurée par la réapplication même des valves à surfaces régulières qui dispensent des tours de bande habituellement employés et dont l'adaptation au membre se traduit, pour l'os brisé, par des secousses, la reproduction des déplacements, et, pour la malade, par des douleurs.

Je n'aurai garde d'insister davantage sur la description d'un système d'appareils que j'ai déjà décrit ailleurs, dans mon *Traité de chirurgie de guerre* et que le *Traité des bandages*, classique, de mon collègue Chavasse a repris, et je me contenterai de rappeler qu'il m'a mis, pour la très grande majorité des fractures que j'ai eu à traiter et chez lesquelles la réductibilité primitive était possible, à l'abri de cals volumineux, difformes et de raccourcissements notables.

Beaucoup de mes fracturés, surtout ceux de la jambe, avaient des cals à peine visibles, sans raccourcissement, et j'ajoute que chez tous mes malades, en dépit de l'amovo-inamovibilité continuée pendant le temps normal de la consolidation des fractures, le résultat fonctionnel a été très satisfaisant.

S'il en a été ainsi, le mérite n'en doit pas être exclusivement rattaché à l'emploi de ce système d'appareil mais aussi *au soin mis à assurer le traitement consécutif* c'est-à-dire la deuxième partie de la tâche du chirurgien l'une des plus importantes et de beaucoup la plus négligée.

Un principe a toujours guidé ma pratique et je ne saurais trop en affirmer ici la valeur, c'est de ne *jamais abandonner un fracturé à lui-même* avant d'avoir tiré *soi-même*, du traitement complémentaire, tout ce qu'il doit fournir. En accord avec ce principe je n'ai jamais envoyé un fracturé aux établissements d'eaux thermales, bien que l'armée en possède et des mieux installés, parce que ce traitement complémentaire n'eût pas été continué là par le chirurgien qui avait

assuré les premiers soins et qui avait le plus de souci de les compléter méthodiquement.

Si, à la levée de l'appareil, quelque articulation n'a pas toute sa mobilité je *m'impose* de la lui donner en *une séance* et il est très rare que cette séance ait besoin d'être suivie d'autre chose que de séances d'assouplissement.

Je me range tout à fait, avec mon collègue Lucas-Championnière, dans le camp des ankylophobes. *Toute articulation enraidie doit être déraidie par le chirurgien lui-même* et *au plus tôt*. Abandonner le malade, en pareil cas équivaut à transformer la raideur en ankylose. Les premiers mouvements sont douloureux, le malade s'arrête naturellement dès qu'il souffre, après avoir imprimé à l'articulation un jeu insignifiant; chaque jour il l'immobilise volontairement, toujours pour éviter les douleurs qui résultent de la distension de ligaments ou de muscles rétractés et quand, au bout de quelques mois, il revient vers le chirurgien, le mal est fait et difficilement curable.

C'est à nous qu'il appartient de lui imposer en un instant les douleurs inséparables, mais passagères, de la mobilisation de la jointure.

Mobilisation des articulations. — Si pour la hanche et l'épaule, le coude et les doigts je n'ai rien à dire de ces mouvements provoqués poursuivis d'une facon prudente, progressive et *poussés à fond seulement à partir du moment où la contraction musculaire de défense est épuisée*, pour éviter les déchirures musculaires (1), pour le poignet, le pied et le genou je vous demanderai la permission d'insister en quelques mots sur ma façon de faire.

Je ne mobilise pas le *poignet* en saisissant la main en lui imprimant des mouvements de flexion et d'extension, comme la chose se fait d'habitude. On calcule mal l'effort à accomplir en agissant ainsi. Je trouve plus simple de saisir l'avant-bras près de son extrémité inférieure ou au niveau de la fracture, de fléchir à moitié le coude, puis d'imprimer des mouvements d'oscillation à la main.

A ces mouvements d'abord légers, le malade oppose la contraction antagoniste de ses muscles, mais ceux-ci sont lassés au bout de quelques instants; le mouvement d'oscillation s'accuse et se précipite aussi vite qu'on peut le faire, il est continué séance tenante par un aide, n'importe lequel, puisque l'acte à lui demander est élémentaire, enfin il est repris au besoin par le chirurgien. Bref, la mobilité de l'articulation radio-carpienne est, par ce moyen, acquise en quelques instants. Pour les séances ultérieures, les mouvements de flexion et d'extension habituels suffisent. J'ai pu ainsi mobiliser rapidement des articulations enraidies depuis de longs mois.

Pour le *pied*, après avoir, par des mouvements de rotation, rétabli le jeu de l'articulation astragalo-calcanéenne et par des mouvements de flexion et d'extension celui des articulations des orteils, je fais fixer solidement la jambe et la cuisse sur le lit, puis appliquant la *paume de la main* sur la plante du pied, je cherche à le fléchir. Le malade résiste; je lasse la résistance de ses muscles en appuyant sur la plante d'une façon continue, sans jamais exercer de violence. Au bout de quelques secondes, les mouvements intermittents imprimés au pied par le malade témoignent de la lassitude de ses muscles; je fais appliquer sur le dos de ma main successivement une deuxième main, une troisième main d'aides vigoureux et, sans secousse, comme sans violence, mais aussi sans arrêt, j'obtiens la flexion totale. L'extension complète n'a guère besoin d'être recherchée : la traction du tendon d'Achille, les dispositifs souvent vicieux de nos appareils ayant permis au pied de prendre une position extensive au cours du traitement.

Pour le *genou*, je fais élever *la cuisse à angle* droit sur le bassin et, par deux mains de deux aides vigoureux entrelacées et appliquées contre la face postérieure de la cuisse, vers sa partie moyenne, je la maintiens dans sa position. Le malade raidit d'abord son genou, mais ses extenseurs étant insuffisants, au bout de quelques instants le genou *se fléchit de lui-même*, tombe jusqu'à l'angle droit.

A ce moment même, le chirurgien qui n'a pas à compter avec des muscles actifs accuse, jusqu'à son degré extrême, la flexion du membre d'une façon progressive, mais assez rapide pour ne pas avoir à compter avec un retour offensif de la contraction musculaire.

La pression d'un doigt, une pression légère de la main sur la jambe suffisent habituellement pour compléter la flexion.

Les articulations étant déraidies, le membre fracturé commence à fonctionner et il fonctionnera chaque jour d'une façon continue et progressive sous ma surveillance ou sous la surveillance de personnes sûres. Pour les fractures du membre supérieur, je ne dédaigne pas, pendant les premières séances, en variant les exercices, les maniements, les soulèvements d'objets, d'assurer les mouvements de flexion, d'extension, d'abduction, de rotation.

Pour le membre inférieur, la ligne de conduite est bien spéciale et, si je vous demande d'insister sur les détails qui vont suivre, c'est que chaque jour m'en démontre la valeur pratique.

Et d'abord *je ne donne jamais de béquilles ou de béquillon, à un fracturé du membre inférieur*. En effet, avec un peu d'exercice, la béquille ou le béquillon va chez lui remplacer le membre fracturé qu'il se gardera de faire fonctionner. D'ailleurs, les flexion et extension du genou, qui apportent des changements dans la longueur du membre, ne sont possibles qu'avec un écartement de la béquille, une obliquité que le blessé n'apprend qu'à la longue et qu'il lui répugne même d'employer parce qu'ils nuisent à la solidité du point d'appui ; aussi la béquille reste droite et le genou enraidi.

Notre malade est-il atteint d'une fracture de jambe ? Sa marche, pendant plus ou moins longtemps, s'effectuera d'une façon vicieuse, le pied à plat, le membre étant porté en abduction et en rotation en dehors et cela dans le but instinctivement recherché de ne pas fléchir le coup de pied pour ne pas tirer sur les gastro cnémiens, rétractés et douloureux; il faut imposer à ce malade d'exécuter *une marche dans la rectitude*; il faut surtout lui apprendre la marche à pas égaux, qu'il a désapprise, et à interrompre la marche à pas inégaux qui peut se continuer indéfiniment si on n'y prend garde, et qui se traduit par une disgracieuse claudication.

Rien ne vaut dans ces cas l'exercice, qui consiste à imposer des pas de 65 à 70 centimètres, *de grands pas*, sur un sol sur lequel ces longueurs sont fixées à la craie.

Quand le malade est pusillanime, que, par le degré d'attention qu'il fixe sur ses muscles, il immobilise son pied

(1) Le tremblement du membre est un indice excellent de la défaillance musculaire. C'est lorsque je l'observe que je pousse à fond le déraidissement.

d'une façon continue, *je ne le fais plus marcher, je le fais courir*.

Je le fais saisir par deux aides sous les aisselles et le fais courir devant moi pendant cinq à dix minutes, rectifiant la mauvaise attitude de son pied. Il court d'abord mal, mais bientôt et souvent son pied se déplisse, l'abduction cesse, l'attitude du membre pendant la course et la marche redevient normale.

Le *genou* se déplisse-t-il mal, je réapprends *le pas physiologique* qui, avec la flexion du pied et le mouvement de pendule du membre inférieur en totalité, comporte aussi la flexion du genou. Et encore ici la course est d'un précieux secours.

Électrisation. — Tous ceux qui parlent du traitement complémentaire des fractures n'ont eu garde d'oublier de conseiller l'électrisation du membre fracturé et cela en toute raison, car il n'est pas de meilleur moyen de combattre l'amyotrophie. Mais si nous passons du conseil à la pratique, nous constatons qu'il n'y a guère d'accord entre le premier et la seconde.

Nous pouvons les compter, les médecins qui s'astreignent ou qui astreignent leur entourage à pratiquer, à un ou plutôt à deux jours d'intervalle, une vingtaine ou une trentaine de séances d'électrisation. La chose paraît fastidieuse sans doute, devrait-elle l'être en réalité puisque, sans conteste, elle est utile et que la répétition du même acte utile, fût-il pour lui banal, est habituelle pour le praticien?

Mais ce n'est pas là la seule raison pour laquelle l'électrisation ne donne pas communément le résultat qu'on est en droit d'en attendre.

J'ai été longtemps en contact avec des élèves, avec de jeunes docteurs en médecine, souvent avec des praticiens aux connaissances éprouvées, eh bien! j'ai été toujours surpris du peu de méthode qu'ils apportaient à l'électrisation du membre. La pose des réophores est très irrégulière, et l'un, sans s'en rendre compte, obtient un courant ascendant, l'autre, un courant descendant; le même opérateur, tantôt un courant ascendant, tantôt un courant descendant. La dose d'électricité n'est ni en rapport avec l'épaisseur de la couche adipeuse à traverser ni en rapport avec le degré d'amyotrophie, et il est habituel ou de voir donner un courant si faible qu'il ne peut réveiller l'activité musculaire, ou plus rarement (car le malade réagit) un courant si fort qu'il surmène le muscle.

Duchenne (de Boulogne), dans son immortel ouvrage, a bien établi que le courant faradique, le plus employé, est surtout douloureux à deux moments, lors de l'application et lors de l'ablation des réophores, et que la douleur est d'autant plus vive que le courant est plus intense. En dépit de ce précepte si important, vous pouvez compter ceux qui ont le soin de commencer par un courant peu intense, d'en augmenter progressivement l'intensité pour l'atténuer au minimum dès que l'effet recherché a été produit.

Le plus souvent avec un courant *quelconque*, les réophores sont, par des mouvements rapides, incessants, appliqués, enlevés, réappliqués sur des points *quelconques* des muscles.

J'ai vu la chose se reproduire si souvent que j'avais pris l'habitude, lorsque j'avais des élèves à instruire, de leur faire découvrir l'avant-bras et de reproduire souvent sur eux-mêmes ce mode d'électrisation *à secousses* avec un courant un peu intense. La sensation pénible éprouvée ne leur faisait plus oublier l'avantage du bon procédé non douloureux.

Ces douleurs, qu'il faut à tout prix limiter et qu'une application irrégulière détermine, sont bien faites pour produire chez les malades une lassitude qui a déjà gagné le chirurgien, peu convaincu de la si grande efficacité du moyen qu'il emploie. Cette lassitude ne se traduit-elle pas souvent par l'abandon au malade de l'appareil électrique? On est sûr alors qu'il sera aussi inoffensif qu'inutile.

Tel est le tableau habituel et non chargé du mode d'application du courant électrique, si précieux encore une fois pour remettre les muscles en valeur.

Avec des traitements complémentaires aussi imparfaits que ceux qui sont communément utilisés avec l'oubli des obligations que le déraidissement des articulations et l'amyotrophie imposent au chirurgien, il n'est point étonnant que les résultats définitifs que nous constatons sur nos facturés soient souvent si défectueux.

Je résumerai cette longue communication en disant :

1° Aujourd'hui que la méthode radiographique précise et accuse la responsabilité des chirurgiens, il paraît indiqué de redonner au traitement des fractures la part d'attention et de soins assidus et variés qu'il nécessite.

2° Le traitement classique des fractures par l'immobilisation n'est pas passible de tous les reproches qu'on lui adresse : souvent ces reproches doivent atteindre le chirurgien.

3° Il me semble bien préférable de rechercher l'immobilisation des fractures des diaphyses par les *appareils amovo-inamovibles* plutôt que par les appareils inamovibles.

Les premiers permettent une surveillance plus attentive, l'application de moyens propres à corriger des déformations intercurrentes, ils contiennent mieux le membre.

4° De ces appareils amovo-inamovibles l'un des plus avantageux me paraît être l'appareil de zinc à valves entourant circulairement les segments musculaires, rétréci au niveau des articulations et présentant des dispositifs qui, dans les fractures avec grands déplacements, permettent l'extension. Il exerce une contention modérée et suffisante, permet de la compléter localement par des tampons d'ouate tassée qui s'opposent à des déplacements latéraux des fragments, enfin il facilite, simplifie et rend inoffensive l'application des pansements dans les fractures compliquées.

5° La recherche de la forme n'est pas plus aujourd'hui qu'autrefois un but de minime importance, à dédaigner par le chirurgien, elle n'est pas incompatible avec le maintien de la fonction du membre fracturé. Une fracture bien coaptée guérit vite et mieux qu'une fracture mal coaptée. Si une constriction énergique et anémiante compromet la formation du cal, elle n'est pas nécessaire pour l'obtenir régulier.

6° La recherche de la forme et de la longueur du membre doit être poursuivie chaque fois que la chose est possible.

7° Un traitement complémentaire insuffisant et trop tardif est la principale cause des résultats défavorables constatés à la suite du traitement des fractures des diaphyses.

8° Ce traitement complémentaire qui s'attache à atténuer l'amyotrophie et à maintenir la souplesse et la mobilité des articulations, peut être commencé bien avant la guérison de la fracture en cours de traitement.

Il est complété après la consolidation ;

Il n'est pas incompatible avec l'immobilisation et la contention des fragments ;

Il est facilité par l'emploi de l'appareil amovo-inamovible à valves que j'ai préconisé.

9° C'est une faute trop souvent commise, parfois irréparable, que d'abandonner un fracturé à lui-même avant que le traitement complémentaire, en particulier le massage et l'électrisation, ait donné tout ce que ces moyens pouvaient fournir, avant que les articulations aient repris toute leur mobilité passive et active et, pour les fractures du membre inférieur, avant que la marche ait repris sa régularité.

10° L'usage des eaux thermales n'est qu'un traitement complémentaire de second ordre, un pis-aller auquel feraient bien de ne recourir que les chirurgiens trop occupés pour consacrer un long temps à leurs malades, que les praticiens inexpérimentés. Je reconnais qu'il peut être encore utile pour les malades nerveux et pusillanimes.

COMMENT TRAITER LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE?

De toutes les affections abdominales, la péritonite tuberculeuse est peut-être celle dont la thérapeutique a provoqué le plus grand nombre de recherches. La laparotomie exploratrice ou suivie de la toilette de la séreuse, la ponction simple, les injections de substances antiseptiques ou d'air stérilisé ont été tour à tour préconisées ; le traitement médical compte encore de nombreux partisans; enfin il n'est pas jusqu'aux rayons Rœntgen qui n'aient paru capables d'enrayer la marche de la tuberculose péritonéale.

Toutes ces méthodes ont donné d'excellents résultats. Mais il s'en faut que l'une quelconque d'entre elles soit applicable à tous les cas. Chacune possède en effet des indications très nettes, qu'expose clairement la récente monographie de M. Laroche (1).

Les observations de péritonites tuberculeuses guéries par le seul *traitement médical* sont rares. Elles n'en sont pas moins intéressantes parce qu'elles montrent que la tuberculose péritonéale est curable, que, par conséquent, le traitement à instituer contre elle consiste surtout à favoriser la guérison naturelle, à diriger le processus réparateur. Dans toutes ces observations, les auteurs se sont attachés à deux choses : faire de la révulsion locale et soutenir l'état général avec l'huile de foie de morue, le sirop de fer, la suralimentation, les sels de soude. Quelle est la valeur respective de ces deux moyens thérapeutiques?

« Chacun d'eux a eu isolément quelques succès. La révulsion a presque toujours pour résultat immédiat de diminuer les douleurs. Il ne semble pas qu'elle ait une action très efficace sur la rétrogradation des lésions. Elle doit cependant intervenir parfois pour modérer la congestion du péritoine. »

Quant à la nécessité de relever l'état général, c'est un fait universellement admis. Quel que soit le procédé employé : suralimentation, grand air, médicaments dits fortifiants, il est indispensable d'y recourir concurremment avec les autres traitements. On peut donc dire que la péritonite tuberculeuse, parfois spontanément curable dans ses formes chroniques, est toujours justiciable d'un traitement médical approprié.

Depuis l'erreur célèbre de Spencer Wells (1862), depuis les travaux de Truc, de Kümmel, König, Pic, etc., la *laparotomie* est le mode de traitement le plus usité contre la péritonite tuberculeuse. Aussi peut-on, de l'examen des différents cas publiés, tirer d'importantes conclusions : les lésions pulmonaires restent le plus souvent indifférentes au traumatisme, mais elles peuvent aussi rétrograder, et cela particulièrement chez les enfants : la présence de lésions pulmonaires n'est donc une contre-indication à la laparotomie que si le malade est par trop cachectique et incapable de supporter la narcose.

Il est, en revanche, généralement admis qu'un épanchement pleural considérable doit empêcher d'intervenir. On trouve un cas malheureux dans la thèse d'Aldibert et il est certain que la chloroformisation, dans ces conditions, est dangereuse.

Les autres causes d'affaiblissement (alcoolisme, syphilis, etc.) constituent pour le malade des complications graves. Quant aux lésions tuberculeuses des organes pelviens, il semble qu'elles évoluent d'une façon indépendante. Mais, elles n'en restent pas moins la cause la plus fréquente, chez la femme, des tuberculoses péritonéales : aussi faut-il, lorsqu'on le peut, extraire ces organes au cours de la laparotomie et traiter simultanément ainsi la cause et l'effet. L'influence des organes génitaux, pour être moindre chez l'homme, n'est pas absolument négligeable. La péritonite tuberculeuse peut succéder à une péritonite herniaire funiculaire ou à une hydrocèle tuberculeuse. Les tuberculoses osseuses et cutanées seraient plutôt améliorées par l'opération. Il faut enfin signaler, parmi les suites possibles de la laparotomie, l'apparition de bourgeons charnus sur la plaie ou de fistules. Les bourgeons charnus ne présentent aucune gravité et cèdent le plus souvent à un simple grattage. Il n'en est pas de même des fistules qui peuvent être dues au séjour prolongé des drains ou se former secondairement. Les fistules indépendantes d'une perforation intestinale sont susceptibles de guérison spontanée. Les fistules stercorales, au contraire, comportent un pronostic extrêmement grave; leur extirpation est d'ailleurs pénible et dangereuse.

Relativement au mode opératoire de la laparotomie, il convient d'abord de rappeler que celle-ci doit être très prudente, à cause des adhérences. Une fois le péritoine incisé, plusieurs cas peuvent se présenter.

Si l'on a affaire à une ascite avec semis de granulations, évacuer et dessécher soigneusement le péritoine. Si les intestins sont accolés, adhérents, chercher à les libérer, mais très doucement, du bout des doigts. Si l'on se trouve devant des masses tuberculeuses ulcérées adhérentes, baignées de pus, les nettoyer soigneusement. *En tous cas, procéder doucement à la libération des adhérences.*

Que faut-il penser des différentes manœuvres supplémentaires? Le lavage avait, dans les premiers temps, paru indispensable : illogique dans la forme sèche et inutile dans la forme ascitique, le lavage ne se comprend que dans les cas où l'on trouve du pus, des parties caséeuses, et là encore son utilité est discutable, car il expose à semer dans le péritoine des produits tuberculeux.

Dans ce dernier cas seulement les caustiques semblent indiqués. Il y a en effet avantage à détruire le plus possible de tissu tuberculeux, indépendamment de l'action irritative qui contribue, elle aussi, pour une large part, à la guérison de la péritonite.

Plus grave est la question du drainage. On est souvent, par suite des hémorragies en nappe que produit la dilacération des adhérences, obligé de placer un drain. Le drainage à la Mickulicz, depuis longtemps conseillé par

(1) Thèse de Paris, 1900.

M. Routier, est le plus sûr et le moins dangereux, mais il importe de ne pas le laisser plus de quarante-huit heures dans la plaie.

La laparotomie vaginale, très usitée à Lyon, présente de nombreux inconvénients, dont le premier est d'offrir une voie étroite et obscure à l'opérateur.

Ainsi *la laparotomie n'est contre-indiquée qu'en cas de cachexie avancée ou d'épanchement pleural abondant : elle donne d'excellents résultats à condition d'être prudente, de dessécher le péritoine, d'enlever les masses caséeuses qui sont enlevables, de ne pas drainer*. D'une manière générale, les antiseptiques sont nuisibles.

Les *lavages* du péritoine, essayés en 1891 par M. Debove, ont été ardemment préconisés par M. Riva. Cette méthode, qui consiste à employer des agents faiblement modificateurs en grande quantité, ne diffère pas essentiellement de celle des injections antiseptiques, où l'on utilise à faible dose des agents très actifs, et particulièrement le naphtol camphré.

La méthode à suivre pour injecter du *naphtol camphré* est la suivante. La peau étant soigneusement nettoyée, on ponctionne en un point où l'on ne perçoit aucune sonorité superficielle ni même profonde. On évacue le liquide et l'on procède à l'injection de naphtol. Puis on brasse la masse intestinale, on l'agite doucement de façon à mettre toute la surface du péritoine en contact avec le liquide modificateur. On doit enfin *ne pas* retirer la totalité de l'épanchement, pour que celui-ci serve en quelque sorte de véhicule au naphtol.

Cette méthode comporte de sérieux inconvénients. D'abord elle n'est pas applicable à tous les cas. Si l'on a affaire à une série de poches enkystées, il faudrait agir sur chacune d'elles séparément, et l'on peut craindre alors soit l'action trop vive du caustique, soit encore la rupture des adhérences, et la pénétration d'un liquide purulent dans la grande cavité péritonéale. Dans les formes sèches, on peut craindre de blesser l'intestin. La prudence exige donc de réserver ce procédé pour les formes où il y aura de l'ascite avec abondance et sans adhérences. Ce sont là, du reste, les plus bénins et les plus favorables à tout traitement. Il faut enfin savoir que la réaction péritonéale, due à l'injection, peut dépasser la mesure et provoquer des accidents graves et même mortels (Netter).

Le naphtol camphré ne peut donc être employé qu'avec réserve et dans certains cas bien déterminés.

Les *injections d'air stérilisé dans le péritoine*, introduites dans la thérapeutique par Mosetig-Moorhof, ont été utilisées dans un certain nombre de cas. Ce procédé, dont la technique est simple, a donné d'excellents résultats dans les formes ascitiques sans adhérences.

Enfin, l'observation unique de MM. Ausset et Bédart (1) semble démontrer l'action thérapeutique *des rayons Röntgen*, mais elle a contre elle les résultats expérimentaux et la facilité avec laquelle ces rayons déterminent des congestions périphymiques. On ne saurait donc en approuver absolument l'emploi.

Si, maintenant, l'on étudie le traitement de la péritonite tuberculeuse, non plus d'après les méthodes, mais d'après les formes, on arrive, avec M. Laroche, aux conclusions suivantes :

I. *Dans les formes miliaire aiguë et ulcéreuse, intervenir activement, chirurgicalement, le plus tôt possible.*

II. *Dans les formes fibreuses commencer par les traitements médicaux : recourir, en cas d'échec, à la laparotomie.*

III. *Se rappeler que, d'une façon générale, le traitement de la péritonite tuberculeuse doit avoir pour but l'exagération des phénomènes normaux de défense de l'organisme.* L. B.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 7.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(23 MARS 1900)

Nous avons seulement mentionné, dans le précédent compte rendu, les deux communications de MM. Rabé et Merklen sur l'**origine et la valeur séméiologique du rythme respiratoire de Cheyne-Stokes.** Ces deux communications se complétant, il est intéressant de les étudier comparativement.

D'une façon courante, on attribue le rythme de Cheyne-Stokes à l'intoxication urémique. Or, M. Rabé cherche à mettre en relief l'importance qui revient, dans le développement de ce type respiratoire, aux troubles de l'irrigation encéphalique.

L'apparition du type respiratoire périodique est d'observation fréquente, au cours des lésions méningo-encéphaliques (méningites aiguës ou chroniques, hémorragies ou tumeurs du cerveau), et tous les médecins s'accordent à rapporter l'évolution de cette allorythmie respiratoire aux troubles de l'irrigation cérébro-bulbaire. La même pathogénie reste valable, dit M. Rabé, dès qu'il s'agit de donner la raison de la dyspnée périodique, au cours de l'artério-sclérose cérébrale. Un seul et même facteur pathogénique commande l'éclosion du phénomène de Stokes, au cours des états cérébraux auxquels on vient de faire allusion : l'irrigation artérielle insuffisante ou irrégulière des centres nerveux, et c'est à l'artério-sclérose diffuse, aggravée par l'insuffisance cardiaque, qu'il faut rapporter le développement de ce symptôme.

Voici le résumé d'une observation sur laquelle l'auteur s'appuie pour soutenir le bien fondé de sa théorie.

Chez un malade de cinquante-quatre ans, éthylique et ancien syphilitique, atteint d'artério-sclérose diffuse, avec aortite chronique et dilatation hypertrophique secondaire du cœur, on a vu évoluer durant six mois le rythme respiratoire de Cheyne-Stokes, et cela sous deux espèces différentes; parfois, la dyspnée périodique se développe au cours d'une crise d'asystolie : elle revêt alors une allure dramatique, escortée par les symptômes d'une grave insuffisance cardiaque; d'autres fois, c'est dans l'intervalle des crises d'asystolie qu'on l'observe, et alors il s'agit d'un symptôme à allure discrète, évoluant pendant le sommeil, et sans angoisse respiratoire.

A l'autopsie, on trouve les reins normaux, avec une parfaite intégrité de l'appareil glomérulaire et l'absence totale de sclérose interstitielle. Par contre, les artères cérébrales sont atteintes d'athéromasie diffuse, frappant les vaisseaux de tout calibre; au niveau même du lobe frontal droit, il s'est développé un foyer de thrombo-artérite avec plaque de ramollissement. Mais c'est l'appareil cardio-aortique qui présente le maximum de lésions : dilatation et infiltration des parois de l'aorte et des gros vaisseaux, dilatation hypertrophique du cœur.

On peut, dans ce cas, opposer l'état des reins, dont l'appareil glomérulaire est relativement indemne, à l'existence des altérations graves relevées du côté de l'appareil cardio-aortique et des hémisphères cérébraux, et de faire jouer

dans la pathogénie du rythme de Cheyne-Stokes un rôle primordial d'ischémie cérébrale, aggravée par l'insuffisance cardiaque.

Il faut, enfin, attirer l'attention sur l'importance que peut acquérir, en séméiotique, l'apparition du rythme de Cheyne-Stokes pendant le sommeil. Ce serait encore un signe de l'artério-sclérose cérébrale au début.

M. Merklen s'associe aux conclusions précédentes, mais fait en outre remarquer que la respiration de Cheyne-Stokes peut être un *signe précoce de l'artério-sclérose*, peut se prolonger pendant des mois et plus, ce qui infirme l'hypothèse de son origine urémique.

Il cite, à l'appui de son dire, l'observation d'un malade qui présenta le type de Cheyne-Stokes pendant près d'une année; respiration d'abord diurne, puis nocturne, concordant avec de l'albuminurie, de la polyurie, de l'insuffisance rénale, de la dyspnée d'effort et des paroxysmes dyspnéiques, dus à de l'œdème pulmonaire. Cette évolution et ces multiples accidents ne laissent aucun doute sur le diagnostic d'artério-sclérose ou insuffisance rénale et cardiaque, et l'on peut conclure que la respiration de Cheyne-Stokes des artério-scléreux est un signe d'ischémie cérébrale, mise en évidence ou exagérée par l'insuffisance cardiaque.

Puisque nous venons de citer deux travaux qui ont trait à des particularités intéressantes de l'artério-sclérose, nous résumons de suite un nouveau travail de MM. Merklen et André Martin sur **la polyurie et l'imperméabilité rénale chez les cardiaques artério-scléreux.** Presque tous les auteurs affirment que la polyurie des artério-scléreux résulte de l'hypertension artérielle; quelques autres pensent qu'elle dépend de l'imperméabilité rénale, dont elle est le phénomène compensateur; d'aucuns, enfin, croient qu'elle peut tenir à une irritation directe ou réflexe provoquée et entretenue par les altérations inflammatoires et dégénératives du rein.

Pour MM. Merklen et Martin — c'est à cette conclusion qu'aboutit leur mémoire — l'usage du lait est la cause principale de cette polyurie. Toutefois, son degré paraît dépendre de dispositions organiques individuelles, dont la plus importante est la pléthore créée par l'abus prolongé d'une alimentation trop riche et surtout des boissons alcooliques.

Cette polyurie est variable; elle va de deux à quatre et cinq litres; et ces variations tiennent à la capacité variable de l'appareil circulatoire.

M. Ravaut rapporte l'observation d'une malade qui présentait les symptômes ordinaires et classiques de l'**acromégalie**; cette affection avait débuté six années auparavant à l'âge de vingt et un ans. Du jour au lendemain, cette malade fut prise de céphalée intense, de troubles oculaires surtout accusés du côté de l'œil gauche, et en même temps de polydipsie et de polyurie; l'examen immédiat des urines révéla la présence du sucre; la polyurie était de 20 litres et la glycosurie de 1 200 grammes de sucre en vingt-quatre heures. Ce diabète intense évolua en six mois et demi, la polyurie et la glycosurie se maintenant constamment au même taux; cette évolution fut entrecoupée par des ébauches de crises de coma diabétique, améliorées chaque fois par des alcalins à haute dose à l'intérieur et par la voie sous-cutanée, sous forme de sérum bicarbonaté à 1 p. 100; finalement, la malade mourut de pneumonie droite. A l'autopsie, on constata, à la place du corps pituitaire, une tumeur lobulée, molle, de couleur rouge brun, formée par une série de végétations faisant hernie à travers le sinus caverneux gauche et la portion de la dure-mère qui recouvre la selle turcique; histologiquement, cette tumeur rappelle, en quelques-uns de ses points, la structure du corps pituitaire normal, mais, en d'autres, présente l'aspect et les éléments du sarcome. Tous les autres viscères présentent une augmentation considérable de poids et de dimension : les hypertrophies viscérales portant sur tous les viscères sont attribuables à une sorte de gigantisme viscéral, l'acromégalie ayant débuté trop tardivement chez la malade pour réaliser du gigantisme osseux.

MM. Mathieu et Morichau-Beauchant ont étudié, dans un fort curieux et suggestif mémoire, quelques modalités des **perversions de la faim et en particulier la faim douloureuse, la faim nauséeuse et la faim angoissante ou phobique.**

La faim peut être vraiment douloureuse dans deux circonstances principales : chez les hyperchlorhydriques et chez les névropathes. Les premiers, en même temps qu'ils ont faim, éprouvent une sensation plus ou moins pénible à l'estomac, sensation de tiraillement, de crampe, d'endolorissement. Cette sensation est calmée par l'ingestion d'une petite quantité d'aliments; les névropathes peuvent présenter non seulement un malaise général plus ou moins marqué sous l'influence de la faim, mais même une sensation véritablement douloureuse.

Chez certains malades, la sensation de faim s'accompagne fréquemment d'une sensation plus ou moins marquée *de nausée.* Il arrive même que la nausée l'emporte sur la faim. Si bien que les malades méconnaissent complètement ce qu'ils ressentent; ils ont mal au cœur, de la salivation, ils se demandent s'ils ne vont pas vomir; en somme, ils ont besoin de manger.

La faim anxieuse est comprise par presque tous les auteurs comme une variété de la boulimie. Dans ce mémoire, les auteurs cherchent seulement à mettre en relief la relation avec les phobies. L'anxiété que ressentent ces malades est très comparable à celle qu'éprouve un agoraphobique au moment de s'engager sur une place publique. Beaucoup de ces malades ont la précaution d'avoir toujours des aliments à leur portée. Le jour, ils ont du pain dans leur poche; la nuit, ils ont des aliments sur une table près de leur lit. De cette facon, ils sont rassurés, ils peuvent sortir ou dormir sans crainte, certains de trouver promptement des aliments si leur faim les prend. Si, au contraire, ils n'ont pas d'aliments à proximité, cela les inquiète, et cette inquiétude provoque la crise.

Citons, pour finir, le très curieux malade présenté par M. Rendu : il s'agit d'un homme adulte porteur de malformations congénitales et en particulier d'un **encéphalocèle** et d'un **arrêt de développement des deux clavicules.**

MÉDECINE PRATIQUE

De l'emploi thérapeutique des lavements alimentaires.

« Le bouillon, les extraits de viande, les peptones et, en général, les produits dérivés de l'action, sur la viande, de l'eau aidée ou non des ferments digestifs, de la chaleur, des acides ou des alcalis, toutes ces préparations souvent commandées comme aliments éminemment substantiels, réconfortants et digestibles, dont quelques-uns même sont utilisés dans ce but, de temps immémorial, fournissent-elles

réellement à l'économie une quantité importante de matières utilisables? Doivent-elles être simplement considérées comme des excitants de l'appétit et de la digestion? Ou faut-il les regarder, ainsi que le veulent certains physiologistes et médecins, comme des préparations à peu près inassimilables, quelques-unes même irritantes et peut-être nocives? »

Telle est la question que se posait récemment M. A. Gautier, au début d'une communication à l'Académie de médecine (1).

Et, en effet, ces questions intéressent tout le monde, chacun s'étant fait là-dessus une théorie et la soutenant avec plus ou moins d'assurance.

Mais dès maintenant, il y a un fait que l'on peut considérer comme tout à fait établi, c'est le rôle d'excitant de l'appétit que jouent les préparations dérivées de la viande, et en particulier les peptones.

Différents auteurs ont récemment bien montré ce rôle. D'après Pawlow, les peptones sont le meilleur excitant de la *sécrétion* gastrique, et d'après J.-Ch. Roux et Balthazard (*Arch. de physiologie*, 1899), elles sont un excitant de premier ordre de la *motricité* gastrique.

Ces substances jouent-elles un rôle aussi net dans la nutrition? Telle est la question que M. Gautier a essayé de résoudre. Laissant de côté les thèses toutes faites, il a soumis le problème au contrôle expérimental, en choisissant le cobaye comme animal d'expérience. Le régime expérimental avec addition de produits dérivés de la viande à doses modérées auquel il a soumis ses cobayes, leur a été très favorable et, dans certaines conditions, « il faisait prospérer les animaux mieux que leur régime ordinaire. »

Voyons quelle est la valeur relative de ces substances.

Le bouillon et les extraits de viande constituent, pour M. Gautier, « un aliment proprement dit, un stomachique excitant des sécrétions gastro-instestinales et un tonique, ce qui suffit à expliquer la vogue qu'a toujours eue, à bon droit, quelles qu'aient été les théories régnantes, le bon bouillon de nos ménagères. »

Parmi les produits dérivés, la gélatine est assimilable lorsqu'elle est mélangée aux autres aliments même en quantité considérable.

Il faut faire une place à part aux peptones dont l'usage est actuellement courant.

M. Gautier distingue les peptones obtenues en faisant digérer les substances albuminoïdes avec des ferments digestifs, pepsiques ou trypsiques et celles qui dérivent de l'hydrolysation chimique des mêmes substances albuminoïdes par l'action de l'eau surchauffée aidée ou non d'une petite proportion d'acides ou d'alcalis.

Les premières renferment 70 p. 100 de peptones et albumoses, substances éminemment assimilables lorsqu'elles sont pures, car R. Maly, et en France, Catillon (2), ont démontré que ces principes pouvaient remplacer la presque totalité des substances albuminoïdes des aliments ordinaires et nourrir aussi bien qu'elles l'homme et les animaux. Quant aux peptones, dérivées de l'hydrolysation chimique, elles ont l'avantage de ne pas contenir « ces substances de goût généralement amer, azotées et, en partie, alcaloïdiques, qui souillent quelquefois les peptones industrielles de digestion et leur communiquent des propriétés irritantes, plus ou moins tolérables par les malades » (Gautier).

Il résulte de ces expériences que les peptones trouvent leur indication dans les nombreux cas où les aliments naturels sont insuffisants, où l'estomac est impropre à les digérer, où il y a inappétence quelquefois absolue de cause chimique, nerveuse ou toxémique, et cependant où il faut de nécessité urgente alimenter le malade.

Chez les convalescents, dans l'hémorragie stomacale, ou intestinale, le rétrécissement de l'œsophage, le cancer de l'estomac, les vomissements incoercibles de la grossesse, il faut, à tout prix, nourrir le malade. C'est ici que la voie rectale trouve son indication.

La manière de donner les lavements alimentaires a été trop longuement décrite ici même (1) pour que nous y revenions, mais il nous semble utile de rappeler quelques-unes des formules que l'on peut employer.

Bouillon		250 grammes.
Jaune d'œuf		N° 2.
Peptone soluble	4 à	20 grammes.

F. S. A. — Pour un lavement à garder (Jaccoud);

ou

Lait		200 grammes.
Jaune d'œuf		N° 2.
Peptone sèche	10 à	20 grammes.
Laudanum		v gouttes.
Bicarbonate de soude		1 gramme.

F. S. A. — Pour un lavement à garder (Debove).

L'acide picrique dans le traitement du phagédénisme.

Les heureux effets produits par l'emploi de l'acide picrique dans le traitement de certaines affections vénériennes, notamment des chancrelles et des bubons, ont donné l'idée à M. Ed. Hawthorn, interne des hôpitaux de Marseille (2), d'utiliser les propriétés « kératinisantes » de ce produit contre le phagédénisme qui complique malheureusement souvent les chancres simples ou syphilitiques chez les gens malpropres ou affaiblis.

C'est ainsi qu'il a pu réunir dans le service de son maître, M. Michel, douze observations qui montrent l'heureuse influence du traitement sur l'évolution du phagédénisme dû à un agent pathogène localisé sur les parties malades, que ce soit le bacille de Ducrey ou tout autre microorganisme. Dans cette catégorie n'entrent pas les ulcérations de la syphilis tertiaire si rebelles pour lesquelles (une observ.) l'acide picrique n'a donné aucun résultat.

Voici en quoi consiste la méthode:

Nettoyage de la surface malade, attouchement avec un tampon d'ouate imbibée de solution phéniquée camphrée, bains locaux chauds à l'acide picrique (solution saturée), pansements humides à l'acide picrique (solution saturée); quand le phagédénisme a disparu, pansement sec iodoformé.

Dans tous les cas, sauf celui que nous avons cité, l'amélioration se faisait sentir dès l'institution du traitement.

Mais rappelons que les malades doivent éviter autant que possible de mettre les téguments sains en contact avec l'acide picrique; car ceux-ci ne tardent pas à prendre une consistance parcheminée, puis, au bout de quelques jours, survient une desquamation accompagnée d'un érythème prurigineux très désagréable; à noter pourtant que ces inconvénients ne se produisent pas sur la muqueuse balano-préputiale.

Encore un traitement du hoquet.

La liste des remèdes qui ont été employés contre le hoquet est longue; on a eu recours aux antispasmodiques, sans beaucoup de succès, à l'électricité, à la compression du nerf phrénique gauche, à l'élévation de l'os hyoïde pratiquée avec les doigts, aux tractions rythmées de la langue, etc.

M. Maurice Bastié préconise un moyen nouveau, d'un

(1) Influence des diverses préparations dérivées de la viande sur la croissance et la santé des animaux, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 13 mars 1900.

(2) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1880.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1899, n° 59.

(2) *Marseille méd.*, 15 mars 1900.

emploi extrêmement facile, qui réussit bien des fois, dont le résultat est très prompt, et qui paraît l'emporter sur ceux qui viennent d'être énumérés.

Il s'agit de l'emploi du chlorhydrate de cocaïne. On prend un morceau de flanelle de 12 centimètres carrés environ, et on le place sur l'épigastre, après l'avoir imbibé de la solution suivante :

Chlorhydrate de cocaïne.......	1 gramme.
Eau distillée.................	16 grammes.

Cette application provoque d'abord une sensation de froid assez intense, bornée à la région épigastrique; mais le hoquet cesse immédiatement, et ne reparaît plus (1).

VARIÉTÉS

La naissance de l'Aiglon.

Voici un intéressant document qui mérite d'être rapproché du remarquable article de notre collaborateur M. Cabanès sur la mort du duc de Reichstadt (2). C'est une lettre que le comte de Saint-Aulaire, chambellan de l'impératrice Marie-Louise, adressait à un de ses amis en 1811, après la naissance du roi de Rome.

Nous l'empruntons au *Gaulois*, où M. Emmanuel d'Harcourt, petit-fils de M. de Saint-Aulaire, vient de la publier :

« Mars 1811.

Cher ami, ce n'était pas mon projet de t'écrire ce soir, car je suis bien las des couches de l'impératrice et je trouve tout à fait raisonnable la coutume de ce pays où les hommes se couchent en pareil cas. Mais je reçois ta lettre qui me demande des détails et ce sera le seul article de cette lettre auquel je répondrai ce soir. Mardi, à dix heures du soir, j'étais chez la reine Hortense, qui ne se doutait de rien, lorsqu'un page vint la prévenir que le travail commençait. Je fus m'habiller sur-le-champ et j'arrivai au château, où je trouvai nombreuse compagnie. Je regretterai toujours que la vulgaire fatigue m'ait empêché de savourer tous les moments de cette nuit *verhængnissvoll* (fatale).

Le spectacle en était piquant sous tous les rapports. Des femmes coquettes, des hommes endormis, des ministres désœuvrés, l'empereur ému. Tout cela presque pêle-mêle autour des tables où l'on servait du vin, du chocolat, etc., etc.

L'enthousiasme de plusieurs n'était pas moins plaisant que l'indifférence de la plupart ; il n'y avait de raisonnables que ceux qui attendaient avec une curiosité religieuse ce que la Providence allait prononcer sur un événement si fécond pour le monde et probablement pour les siècles. Il s'agissait de savoir si elle abandonnerait l'empereur aux chances ordinaires de l'humanité ou si elle continuerait à conduire son homme par des voies aussi manifestement tracées pour lui.

L'affirmative paraissait si peu incertaine à plusieurs que le compte Crasinski avait signé le pari de mille ducats contre cent. A six heures, on nous avertit que, le travail paraissant suspendu, nous pouvions retourner chez nous.

L'envie de dormir nous avait tellement blasés sur toutes les pensées ci-dessus que chacun a été se coucher et n'a été réveillé que par le canon.

Je suis arrivé au château pendant qu'il tonnait encore.

J'ai vu le roi de Rome, qui est un gros garçon criant tout comme un autre. J'ai appris que lui et sa mère avaient couru les plus grands dangers. Duroc m'a dit que pendant un quart d'heure il avait cru que l'un ou l'autre périrait. L'empereur l'a cru aussi, à l'air indécis de Dubois, et il a dit une belle parole. Je la tiens pour sûre et je la répète volontiers parce qu'elle tient à l'homme et que l'homme est plus rare que le héros. Il a dit donc, à Dubois :

« Faites comme pour un bourgeois de la rue Saint-Denys. Sauvez la mère. » Dubois s'est servi du forceps avec une grande adresse et l'enfant est arrivé sans la moindre égratignure. Ces détails ne seront pas mis dans la gazette et ne doivent être répétés qu'avec mesure. On veut que l'accouchement ait été facile, probablement pour ne pas effrayer pour l'avenir.

Adieu, cher ami, je te verrai dans deux jours.

SAINT-AULAIRE. »

THESES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

209. M. SAMBON. Cancer du cæcum. — 210. M. THIROUX. La protection légale des femmes enceintes et accouchées dans la classe ouvrière. — 211. M. LOISEAU. Alcoolisme et réforme sociale. — 212. M. DUJARRIER. Du traitement sanglant dans les fractures de jambe. — 213. M. BRENANS. Des adénites du sillon delto-pectoral. — 214. M. Robert PROUST. De la prostatectomie périnéale totale. — 215. M. LE GUAY. Du rôle de la prostate dans les urétrites aiguës et chroniques. Urétro-prostate. — 216. M. CLAISSE (André). Recherches sur le développement des fibromyomes et des adénomyomes de l'utérus. — 217. Mme VOGT. Etude sur la myélinisation des hémisphères cérébraux. — 218. M. PIPET. Tuberculose et fièvre typhoïde. — 219. M. OUAZANA. De la valeur du protargol en thérapeutique oculaire. — 220. M. COLLET. Quelques recherches sur l'acide cacodylique dans la tuberculose. — 221. M. GAUTHIER. Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement des érysipèles spontanés de la face à répétition. — 222. M. LESUEUR. Recherches sur la stomatite ulcéro-membraneuse, l'angine ulcéro-membraneuse à bacilles fusiformes et spirilles et leur analogie. — 223. M. GLEIZE. Contribution à l'étude du traitement de l'avortement. — 224 M. ROUXEL. De l'emploi du lait digéré dans l'alimentation du nouveau-né. — 225. M. REBIÈRE. Contribution à l'étude de la tuberculose dans ses relations avec la grossesse et les suites de couches. — 226. M. RUMPELMAYER. Des injections rectales de sérum artficiel chez les enfants dans la débilité congénitale et acquise. — 227. M. MAZEYRIE. Du traitement de l'ectopie testiculaire inguinale simple, type mobile. — 228. M. VIGNAUD. Des rapports de l'appendicite avec l'occlusion intestinale aiguë ou chronique. — 229. M. BERNARD (Léon). Fonctions du rein dans les néphrites chroniques. — 230. M. PETIT (Albert). D'une classe de délinquants irresponsables, intermédiaires aux aliénés et aux criminels (clinique, assistance, médecine légale). — 231. M. STATE. Forme douloureuse de l'acromégalie. — 232. M. PETIT (Paul). Recherches cliniques et bactériologiques sur les infections aiguës de la cornée. — 233. M. ÉLOY. Des progrès du traitement chirurgical de l'invagination intestinale depuis 1895. — 234. M. BÉRA. Complications post-opératoires, immédiates et éloignées de l'appendicite. Conséquences thérapeutiques. — 235. M. GROSJEAN. Traitement des rétentions placentaires consécutives à l'avortement par le tamponnement intra-utérin. — 236. M. DECLOUX. Étude sur les polypes dermoïdes du pharynx. — 237. M. DUPONT. Traitement de la tuberculose du genou, au début, chez l'enfant. — 238. M. MOTEL. Étude sur la tuberculose de l'intestin grêle à forme hypertrophique. — 239. M. LECŒUR. De l'oxalurie physiologique et pathologique. — 240. M. DUMONT. La tuberculose testiculaire est-elle locale ? — 241. M. IRIBARNE DE GOYÉNÈCHE. Exostoses ostéogéniques. — 242. M. GIBERT. Des suppurations tardives dans les cures radicales de hernie inguinale. — 243. M. HARDY. Des tumeurs du prépuce. — 244. M. GOISLARD. Contribution à l'étude des ictères d'origine infectieuse des nouveau-nés. — 245. M. LABROY. De la rétention dans les cystites. — 246. M. ADER. État actuel du traitement médicamenteux de la tuberculose pulmonaire. — 247. M. SOULARUE. Recherches sur les dimensions des os et les proportions squelettiques de l'homme dans les différentes races. — 248. M. HERBET. Le sympathique cervical. Étude anatomique et chirurgicale.

(1) *Concours méd.*, 24 mars 1900.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 303.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de province. — *Lyon.* — A la suite du concours qui vient de se terminer, M. Frarier est nommé chef de clinique obstétricale.

Bordeaux. — M. Le Dantec, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, d'un cours complémentaire de pathologie exotique.

La création des Facultés. — Le Sénat a adopté en première délibération la proposition de M. Deandreis, tendant à décider que toute création de Facultés nouvelles dans les Universités de l'État ne pourra avoir lieu qu'en vertu d'une loi. Il a adopté en outre un amendement de M. Leydet qui a pour objet de décider que les transferts ou suppressions de Facultés ne pourront, eux aussi, avoir lieu que par une loi.

Écoles de médecine. — *Poitiers.* — Un concours s'ouvrira, le 5 novembre 1900, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Poitiers.

Marine. — MM. les médecins principaux Prat, du cadre de Toulon, désigné pour le *Melpomène*, et Ropert, en service à Lorient, sont autorisés à permuter.

MM. les médecins de première classe de Biran, du cadre de Toulon, désigné pour le *Suchet* (division navale de l'Atlantique), et Masurel, en service au même port, sont autorisés à permuter.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Denis, ancien interne des hôpitaux de Lyon, chirurgien en chef de l'hôpital français de Constantinople, est nommé officier d'Académie.

Congrès internationaux. — Le dixième Congrès international d'hygiène et de démographie s'ouvrira à Paris, le 10 août 1900, et sera clos le 17 du même mois.

Le Congrès se compose des membres français ou étrangers, qui auront fait acte d'adhésion et auront préalablement versé une somme de 25 francs. Le comité exécutif se réserve le droit de refuser toute demande d'adhésion qui ne paraîtrait pas suffisamment justifiée.

Les dames (épouses ou parentes) des membres du Congrès ne seront considérées comme membres qu'à la condition de présenter un diplôme médical ou scientifique ou tous autres titres se rapportant aux sciences de l'hygiène ou de la démographie. Celles qui ne posséderaient pas ces titres pourront, néanmoins, moyennant une cotisation de 10 francs, avoir les avantages accordés aux membres du Congrès, mais elles ne pourront pas prendre part aux discussions et n'auront aucun droit aux publications du Congrès.

Le Congrès est divisé en sections, savoir :

I. *Hygiène.*

1. Microbiologie et parasitologie appliquées à l'hygiène.
2. Hygiène alimentaire. — Sciences chimique et vétérinaire appliquées à l'hygiène.
3. Salubrité. — Sciences de l'ingénieur et de l'architecte appliquées à l'hygiène.
4. Hygiène individuelle et des collectivités (première enfance, exercices physiques, écoles, hôpitaux, prisons, etc.). — Crémation.
5. Hygiène industrielle et professionnelle. — Logements insalubres.
6. Hygiène militaire, navale et coloniale.
7. Hygiène générale et internationale (prophylaxie des maladies transmissibles, administration et législation sanitaires).
8. Hygiène des transports (transports en commun, chemins de fer, navires, omnibus, tramways, automobiles).

II. *Démographie.*

Secrétariat du Congrès : 21, rue de l'École de médecine, à Paris.

Les eaux potables de Paris. — Bien que déjà, à sa dernière séance, le Conseil municipal ait renvoyé en bloc à la commission compétente tous les projets de résolution formulés à propos des eaux de source, de leurs qualités originelles, des moyens d'éviter leur contamination, etc., la discussion a continué encore vendredi dernier.

M. Berthaut, président de la sixième commission a déclaré que les critiques formulées contre la pureté des eaux étaient mal fondées. M. Navarre, et plusieurs de ses collègues maintiennent, au contraire, que le bacille de la fièvre typhoïde a été trouvé dans la Vanne.

M. le préfet de la Seine répond à son tour, et faisant preuve d'une science bactériologique insoupçonnée jusqu'ici, il essaye de mettre tout le monde d'accord en affirmant que l'on a pu trouver des bacilles « éberthiformes », mais aucun bacille d'Éberth...

L'épidémie de variole à Lyon est en décroissance : 27 cas seulement ont été notifiés au bureau d'hygiène du 7 au 14 mars, au lieu de 45 la semaine dernière, et parmi eux 20 sur la rive gauche du Rhône.

On a constaté un seul décès par variole.

Un legs aux hospices de Lyon. — Les hospices de Lyon viennent d'hériter d'une fortune considérable dans des conditions originales et inattendues.

Il y a quelques jours mourait subitement, à la Guillotière, un vieillard nommé Riverson qui avait toujours vécu comme un pauvre et était vêtu de loques.

Le commissaire de police, en faisant les constatations, a découvert en numéraire ou en titres une fortune qui monterait à un million environ.

Sur un mauvais chiffon de papier se trouvaient ces mots : « Je lègue toute ma fortune aux hospices civils de Lyon, à la charge d'entretenir mon tombeau à Villeurbanne. »

Un lazaret à Mogador. — Le conseil sanitaire de Tanger vient d'obtenir du sultan du Maroc la concession de l'île de Mogador pour y créer un lazaret.

Les vols à la Faculté de médecine. — Le commissaire de police du quartier de l'Odéon vient d'arrêter trois faux étudiants qui depuis longtemps s'étaient fait la spécialité de voler les pardessus et les parapluies dans les vestiaires des laboratoires de la Faculté de médecine. On a retrouvé chez eux un grand nombre d'objets volés.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Deneuville (d'Avesnes-le-Comte); Largillière (de Roubaix); Charles Perrin (de Saverne); Gabriel Samalens (d'Auch).

Tableaux synoptiques d'obstétrique, par les docteurs Saulieu et Lebief, anciens internes des hôpitaux. Un vol. gr. in-8° de 206 pages, avec 314 photographies d'après nature, cartonné. — Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 37. — JEUDI 29 MARS 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 29 MARS 1900. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — De l'actinomycose humaine pendant ces deux dernières années (1898-1900), par MM. Antonin Poncet et Léon Bérard. — Séance de l'Académie de médecine. — Revue de la Presse. *Médecine* : Signe différentiel des pustules varioliques chez les vaccinés et les non-vaccinés; — *Psychiatrie* : Du sourire obsédant; — *Thérapeutique* : Pansements à l'alcool et au bicarbonate de soude; — La glycérine dans le traitement des concrétions rénales d'acide urique. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

DE L'ACTINOMYCOSE HUMAINE

PENDANT CES DEUX DERNIÈRES ANNÉES (1898-1900)

Par MM. Antonin Poncet et Léon Bérard.

Depuis le début de l'année 1898, nous avons réuni à nouveau d'assez nombreux documents, relatifs à l'actinomycose humaine (1).

Pendant ces deux dernières années, quelques faits généraux importants ont été mis à jour.

A côté de Wolff et Israël, qui ont poursuivi leurs études sur la biologie du parasite, sur les conditions de son inoculabilité, et sur les caractères anatomo-pathologiques des lésions qu'il détermine, Alissow et Skwozow, Harbitz, ont fait des recherches analogues. D'autre part, on s'est appliqué à distinguer l'actinomycose vraie des affections qui peuvent la simuler : pseudo actinomycoses (Berestnew, L. Dor, Sabrazès), botryomycose (Poncet et Dor, Spick, Delore, Reclus et Lenormant).

A l'étranger, l'histoire de l'actinomycose humaine a été continuée, surtout à propos des formes graves, ou des localisations rares.

Helferich, Isemer, Geissler, Ewald ont publié des faits d'actinomycose abdominale, à point de départ, en général, dans l'intestin (cæcum). Litten a envisagé l'actinomycose du foie, J. Israël celle du rein. Ce dernier chirurgien croit même, à tort, que son cas, publié en décembre 1899, est le premier où l'on ait constaté la localisation du champignon rayonné dans la glande rénale. — Plönnigs, Hüter, Karewski, Bütler ont eu en vue surtout l'actinomycose du poumon: de Quervain, l'actinomycose méningo-encéphalique; Lieblein, celle de la vulve et de la grande lèvre; Gold et Vermel, enfin, ont insisté sur la complexité des symptômes, chez un malade qui présentait un pyopneumothorax, consécutif au développement d'un kyste hydatique, et d'une actinomycose pleuro-pulmonaire.

(1) En avril 1898, parut notre *Traité clinique de l'actinomycose humaine* (Paris, Masson, éditeur), qui contient l'indication des cas d'actinomycose publiés en France jusqu'à la fin de 1897.

Quant aux cas d'actinomycose cervico-faciale de localisation banale, ils sont considérés actuellement, en Allemagne, en Angleterre, en Autriche, en Italie, en Russie, en Suisse et en Suède, comme des faits trop connus, pour mériter une publication distincte, à propos de chaque cas isolé.

En France, la connaissance de l'actinomycose n'est pas encore aussi généralisée, moins peut-être parce qu'elle y est peu commune, que parce que les médecins ne veulent pas s'astreindre à élucider l'origine de tous les cas d'inflammation chronique, à allure suspecte, qu'ils rencontrent.

On se croit, en général, dispensé de toute nouvelle recherche, lorsque, à un premier examen des fongosités ou des parois d'abcès et de trajets fistuleux chroniques, on n'a pas décelé des grains jaunes. Or, il est exceptionnel que de telles conditions d'examen donnent un résultat positif; d'abord, parce que les grains jaunes ne se trouvent guère, en abondance, que dans les collections récentes ou encore vierges de toute exposition à l'air, et aussi, parce que non seulement ces grains, mais toutes les autres formes du parasite (mycélium incurvé, ramifié, sporulé) disparaissent d'ordinaire des lésions, dès qu'elles sont modifiées par des infections secondaires (1). Le champignon colonise alors plus profondément, et on le découvrirait sans doute, si l'on explorait l'épaisseur même des parois des fistules, ou les zones celluleuses infiltrées au voisinage, quand il n'existe déjà plus sur les tissus superficiels en désagrégation. Mais il faut savoir que, dans ces zones d'infiltration, les massues caractéristiques du grain jaune peuvent faire défaut, et que la forme mycélienne du parasite, qui seule subsiste,

(1) Récemment, à la Société de médecine berlinoise (séance du 28 février 1900), M. Tillmans a, dans cet ordre d'idées, rapporté une curieuse observation d'actinomycose pleuro-pulmonaire, méconnue pendant la vie, et constatée à l'autopsie.

Il s'agit d'une fillette de trois ans, envoyée à l'hôpital pour une pneumonie catarrhale du côté droit, et chez laquelle est survenue au bout de trois mois une pleurésie purulente pour laquelle on a fait, en mars 1899, une thoracotomie avec résection des huitième et neuvième côtes.

Un mois plus tard, l'enfant ayant été prise de symptômes de gangrène pulmonaire, on pratiqua la pneumotomie après résection des septième, huitième, neuvième et dixième côtes. Malgré l'opération, l'enfant a succombé avec des symptômes de septicémie.

A l'autopsie, on trouva le poumon droit presque complètement détruit par la gangrène. *Dans la bronche droite se trouvait un épi de blé entouré de pus, et dans ce dernier des grains d'actinomycose. Le fait est d'autant plus intéressant que, dans les crachats de l'enfant, qui avaient été plusieurs fois examinés, on n'avait trouvé que des streptocoques et des staphylocoques.*

demande, pour être reconnue, un examen microscopique approfondi.

Aussi ne doit-on pas considérer l'actinomycose comme une affection exclusivement de laboratoire, dont le diagnostic n'est possible que par la constatation d'emblée des grains jaunes ou du mycélium. Comme toujours en clinique, il importe d'abord de dégager les caractères séméiologiques généraux de l'affection, qui sont pour l'actinomycose : l'aspect hybride, à la fois inflammatoire et néoplasique des lésions, leur évolution torpide, capricieuse, avec cicatrisation d'anciennes fistules, au voisinage immédiat de foyers récents, ou en voie d'extension.

A la face et au cou en particulier, on est frappé de l'empâtement diffus, en général très douloureux, avec trismus, précoce, serré, dès que les plans musculaires superficiels sont envahis; et de l'absence de tout engorgement ganglionnaire, malgré l'existence de plusieurs trajets ou collections ulcérés.

Quand ces caractères se trouvent réunis, même après une recherche infructueuse du parasite, le diagnostic d'actinomycose est probable. Il doit être, non rejeté de suite, comme on a trop de tendance à le faire, mais simplement réservé, jusqu'à ce que de nouveaux examens microscopiques, plusieurs fois répétés, l'aient confirmé ou démontré incertain. Nous disons incertain et non pas faux, car il n'est actuellement aucune maladie infectieuse, à commencer par la tuberculose, dont le diagnostic *clinique* exige, pour être fait, la constatation directe de l'agent causal dans les lésions.

Ces quelques remarques n'étaient pas superflues. Elles expliquent pourquoi en France le nombre des chirurgiens ou médecins, qui ont relevé des cas d'actinomycose, est encore restreint, et pourquoi, par contre, chacun de ceux-ci compte à son actif une série plus ou moins nombreuse de ces faits.

On accuse ces derniers de voir de l'actinomycose partout, alors qu'en réalité ils ont simplement l'attention plus éveillée que d'autres sur cette maladie, et que, une fois leurs recherches orientées dans ce sens, d'après l'aspect clinique grossier des lésions, ils n'ont abandonné leur diagnostic primitif, qu'après un contrôle suffisamment prolongé, pour être sûrs de leur erreur.

Un exposé sommaire des observations suivantes, recueillies en France depuis 1898, va nous prouver combien souvent la découverte du diagnostic n'a été due qu'à la perspicacité et à la patience du chirurgien (1).

Celles de ces observations qui n'ont pas été publiées dans les sociétés savantes, ou dans les périodiques, nous ont été communiquées par leurs auteurs avec une complaisance dont nous tenons à les remercier ici : ce sont les cas de MM. Annequin et Marcus, L. Dor, Nové-Josserand, Nélaton, Maurice Pollosson, Odin, Pantaloni, Pochon, Tellier, Thiéry, Wassilieff.

(1) Nous n'avons naturellement conservé, dans cette énumération, que les observations portant la mention d'un examen microscopique positif. Plusieurs cas ont été écartés de ce fait, quoique leur origine actinomycosique soit des plus probables; tel est le cas de lésions ulcéreuses étendues des régions anales et périnéales, présenté par M. Robert à la Société de chirurgie en 1898, et que nous avions pu examiner nous-mêmes dans son service du Val-de-Grâce; tels aussi quatre cas de M. Thiéry et deux cas de M. Guinard, sur lesquels ces deux chirurgiens n'avaient fait des réserves que d'ordre microscopique. Pour trois de ces six derniers cas, nous avions songé nous-mêmes à de l'actinomycose, après avoir examiné les malades.

L'ensemble de ces observations se répartit dans les régions de l'économie ainsi qu'il suit :

a. *Région cervico-faciale :* 21 cas appartenant à MM. Annequin et Marcus : 1 cas; Camus et Lagoutte : 3 cas; L. Dor : 1 cas; Guinard : 1 cas; Legueu et Salmon : 1 cas; Nové-Josserand : 1 cas; Odin; 1 cas; Maurice Pollosson : 1 cas; Pantaloni : 1 cas; Pochon : 1 cas; Thiéry : 5 cas; Wassilieff : 4 cas.

b. *Région pleurale avec infiltration périrénale et noyau secondaire dans la mamelle* : 1 cas de M. Nélaton.

c. *Région cæcale et péricæcale :* 2 cas de M. Wassilieff.

d. *Région ombilicale :* 1 cas de M. Reboul.

e. *Région vésico-ano-rectale :* 1 cas de M. A. Poncet.

Soit, au total, 26 observations.

Nous ne pouvons, sans sortir du cadre de cette communication, donner, même très succinctement, l'histoire clinique de tous ces malades. D'ailleurs, la plupart des observations, encore inédites, seront publiées *in extenso*, par leurs auteurs. Cinq seulement ont été recueillies dans les services hospitaliers de Lyon; mais notre enquête auprès de nos collègues a été très sommaire; et, d'autre part, les jeunes médecins de la région, qui tous ont appris, depuis huit ans, à faire le diagnostic de l'actinomycose, n'adressent plus leurs malades à l'hôpital, que lorsqu'il s'agit de cas graves.

Les détails que nous avons relevés dans ces 26 observations, à propos de l'étiologie, de l'évolution et du pronostic thérapeutique, confirment les idées que nous avions émises antérieurement.

Ces cas proviennent des points les plus divers de la France : Marseille, Nîmes, Lyon, Dijon, Paris, etc.

Les chirurgiens de Paris, qui semblaient se trouver jusqu'ici dans un centre préservé de l'infection actinomycosique, retiennent, pour leur seule part, 14 de ces faits récents, plus de la moitié. Et, dans leurs malades, s'en trouvent au moins quatre qui, par leurs conditions d'existence et par le milieu social auquel ils appartiennent, ne sauraient être rangés parmi les ruraux.

Néanmoins, même pour les cas évoluant chez des citadins, la contagion par les végétaux semble encore la plus commune.

Parfois on a retrouvé le corps du délit au sein même des lésions : c'étaient des barbes d'épis dans un actinomycome ombilical chez un moissonneur de M. Reboul; c'étaient encore des débris d'épis dans l'actinomycose vésico-anorectale dont nous avons présenté la photographie en couleurs à l'Académie de médecine en 1899. Il s'agissait d'un vieux maniaque, qui s'introduisait fréquemment des épis barbelés dans l'urètre, et chez lequel se développa, à côté de lésions prostato-périnéales actinomycosiques, un volumineux calcul vésical, au centre duquel on découvrit des fragments de paille, et des enveloppes de graines chargées de mycélium.

Ou bien les antécédents sont assez nettement établis pour qu'on reconstitue les étapes de l'infection; une malade de M. Camus était une fille de la campagne, qui vit apparaître un abcès actinomycosique de la gencive et de la joue, au point même où elle avait été piquée, quelque temps auparavant, par une barbe d'épi d'orge. M. Pantaloni nous a, de même, communiqué le cas d'un portefaix, occupé sur le port de Marseille à décharger des sacs de blé et des balles de paille, et chez lequel les lésions évoluèrent au niveau de petites ulcérations, produites par le contact répété

des sacs, avec la région malaire droite. D'autres malades étaient grainetiers, moissonneurs, etc.

Pour son dernier cas, M. Guinard a conclu à l'infection par des soies de porc mal lavées chez une ouvrière en brosses qui, pendant son travail, gardait dans sa bouche les soies, avant de les fixer dans la plaque de la brosse ; il conclut même à la nécessité de désinfecter toujours les brosses à dents avant de s'en servir. Est-ce là un mode de contagion fréquent dans les villes? Nous serions plutôt portés à croire qu'une brosse à dents trop dure peut faire des ulcérations minimes des gencives, et créer ainsi au parasite des portes d'entrée multiples.

C'est par le tube digestif, bouche, pharynx, intestin, que la plupart des sujets se sont infectés, sauf les cas d'inoculation directe de MM. Reboul, Pantaloni, Poncet.

Dans le fait de M. Nélaton, ce point n'a pas pu être élucidé. Le début de l'affection par un épanchement pleural gauche, avec infiltration lombaire consécutive, ne permet pas de se prononcer plutôt en faveur d'une infection par inhalation, que d'une infection par voie œsophagienne.

L'évolution de la maladie fut constamment subaiguë ou chronique (de trois mois à six ans), avec des poussées inflammatoires successives déterminant la production d'abcès en série. Souvent ces foyers évoluèrent d'abord comme des phlegmons chroniques d'origine dentaire, ne contenant que des fongosités ou du pus banal, alors que cependant déjà l'évolution clinique appelait le diagnostic d'actinomycose, par le trismus très douloureux, par l'empâtement induré sans engorgement ganglionnaire perceptible, par la pluralité des fistules, etc. Ce ne fut parfois qu'au bout de plusieurs mois, après l'évacuation de foyers multiples, suivie plusieurs fois de recherches infructueuses des grains jaunes, que l'on arriva à découvrir le parasite.

Chez le malade de MM. les médecins militaires Annequin et Marcus, un abcès de la gencive est incisé, alors qu'il y a déjà du gonflement sous-angulo-maxillaire. Du pus sanguinolent s'écoule sans grains jaunes. Trois mois après, nouvel abcès pointant en dehors. On l'incise ; il renferme des grains. L'affection suit néanmoins son cours ; de nouveaux abcès se développent où l'on ne peut plus déceler la trace du parasite.

Même particularité chez une malade de M. Camus, et dans le premier cas d'actinomycose cæcale rapporté par M. Wassilieff : là, on croyait à un cancer du cæcum. Frappé de l'aspect inflammatoire des trajets fistuleux ouverts à la peau de la région, et de l'infiltration étendue des téguments du voisinage, M. Wassilieff soumet à l'attention du chirurgien traitant l'hypothèse d'une lésion actinomycosique. Sans beaucoup d'empressement, on examine alors le pus : le parasite s'y trouve.

Mais de tous les faits, celui de M. Nélaton est à ce point de vue le plus caractéristique. De septembre 1895 à juillet 1896 M. Nélaton surveille de près une malade, chez laquelle il a ouvert une collection lombaire, avec placard cutané violacé et induré, avec géodes multiples et foyers en taupinière. L'aspect si étrange des lésions lui fait affirmer cliniquement l'actinomycose, qu'à deux reprises il fait rechercher en vain par M. Gastou. Dans cet intervalle de dix mois, il est amené à débrider ou à cureter fréquemment les trajets anciens, sans arriver à contrôler son diagnostic par la constatation des grains jaunes. La malade rentre chez elle, améliorée, quoique conservant un trajet fistuleux lombaire. Elle reprend ses occupations, et en 1899 seulement, à la suite d'une poussée grave, avec apparition dans un des seins d'une tuméfaction, d'abord indurée puis ramollie et fluctuante, M. Charmoy (de Courtenay, Loiret) constate, dans le pus de ce foyer, une quantité de grains jaunes d'actinomycose.

Certaines de ces lésions réclament, pour être identifiées, un sens clinique encore plus avisé : telles les lésions viscérales profondes, avant toute évacuation à l'extérieur.

Pour son second cas d'actinomycose cæcale, M. Wassilieff affirma le diagnostic d'origine, d'après la diffusion de l'empâtement douloureux cæcal et péricæcal, avec retentissement sur les plans profonds de la fosse iliaque et sur le plexus lombaire, d'après la tuméfaction progressive de la paroi abdominale ; autant de signes dont le malade lui-même avait noté l'évolution « sournoise, hypocrite ». A la suite de l'administration d'un purgatif, la collection actinomycosique s'ouvrit dans l'intestin. Le malade, prévenu de cette éventualité, reconnut dans les selles les grains jaunes qu'on lui avait annoncés, et dont le microscope établit la nature.

Quant aux *suites éloignées* de ces diverses lésions, elles ne nous sont connues que pour 15 cas. Les autres cas sont encore récents, ou se rapportent à des malades hospitalisés, qui ont été ensuite perdus de vue.

On a noté dès lors sur 15 faits :

5 morts,
2 récidives,
8 guérisons temporaires.

Dans les 5 morts, rentrent : 4 localisations cervico-faciales, 1 localisation péricæcale.

Les récidives ont été observées dans une localisation périmaxillaire, et dans le fait si curieux de M. Nélaton, où des lésions pleuro-lombaires se propagèrent à la glande mammaire.

Mais il est à remarquer que certaines des guérisons n'ont été suivies que pendant quelques mois, et que les malades demandent encore à être surveillés.

Le seul pronostic général à dégager de cette petite statistique est, comme nous l'avions déjà indiqué, le caractère de gravité des lésions viscérales profondes, dès qu'elles ont diffusé largement dans les parties molles voisines, et aussi l'incurabilité presque constante des lésions péritemporo-maxillaires, lorsqu'elles ont infiltré les muscles de l'articulation et la fosse zygomatique. L'envahissement des organes encéphaliques par la base du crâne est surtout alors à redouter.

Cette proportion effrayante des morts (5 sur 15) ne doit pas être rapportée à une insuffisance involontaire du traitement.

Sauf un cas d'actinomycose cæcale, qui ne fut reconnu qu'*in extremis*, les autres avaient été soumis, méthodiquement et pendant longtemps, au traitement mixte, chirurgical et ioduré.

Les interventions chirurgicales allèrent du simple curetage, avec injections iodées ou phéniquées, jusqu'à l'ablation large des parties molles envahies, au grattage et à la résection des points osseux suspects. Les doses d'iodure de potassium administrées furent portées progressivement de 0,50 à 6, 8 et même 12 grammes par jour.

Parmi les cas guéris, un seul fut soumis exclusivement au traitement interne ioduré (Pantaloni). Pour les sept autres, une large part fut faite au traitement chirurgical,

et l'iodure fut administré pendant, et longtemps après ce traitement.

Il serait oiseux et superflu de discuter ici la valeur exacte de l'iodure, comme prétendu spécifique ou comme simple adjuvant. On doit toujours le prescrire, mais ne jamais se porter garant de son efficacité, car les résultats obtenus avec lui sont, nous venons de le constater encore une fois, des plus variables. Il en est de même de l'essence d'eucalyptus, qui a donné récemment (1899) un succès à Butler dans un cas d'actinomycose des voies respiratoires.

La conclusion à retenir de ces nouvelles observations, est la nécessité d'un diagnostic précoce, si l'on veut avoir quelque prise sur les lésions du champignon rayonné. Mieux vaut pécher par excès que par défaut de zèle dans la recherche de cette affection. Une collection péridentaire banale n'en guérira pas moins, si elle est soigneusement curetée, cautérisée et soignée à l'iodure, que si l'on se contente de l'inciser; et par contre, une actinomycose faciale méconnue, abandonnée à elle-même après une simple évacuation, toujours insuffisante, risquera, quand on la reconnaîtra enfin, d'être au-dessus des ressources thérapeutiques. Le grain jaune est sans doute le critérium du diagnostic, mais l'observation des symptômes cliniques doit précéder et déterminer sa recherche, car c'est elle le plus souvent qui a conduit à sa constatation, et c'est à elle que doit revenir la part prépondérante dans le diagnostic (1).

(1) Communication faite à l'Académie de médecine (séance du 27 mars).

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(27 MARS 1900)

La discussion soulevée par M. Vallin, au sujet de la **désinfection** et des **maladies contagieuses**, suit son cours. Dans sa première communication, on se le rappelle, M. Vallin concluait à la nécessité d'inscrire la rougeole sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire. M. Grancher, en prenant la parole dans la dernière séance, a de nouveau fait connaître les raisons pour lesquelles il lui paraissait inutile d'exiger la déclaration de la rougeole simple et, par contre, il a demandé que l'Académie émette le vœu que la pneumonie, la broncho-pneumonie et la tuberculose ouverte soient comprises parmi les maladies dont la déclaration est obligatoire. Aujourd'hui, c'est M. Vallin qui répond à M. Grancher, puis M. Grancher qui réplique à son tour.

M. Vallin, tout en se déclarant d'accord avec M. Grancher sur le fond du débat, n'en insiste pas moins sur ce fait qu'il est incontestable que les maladies zymotiques ont diminué en même temps qu'augmentait le nombre des désinfections, sauf pour la rougeole, dont la mortalité allait toujours croissant. Il n'est donc pas possible de nier toute influence à la désinfection sur la diminution des maladies zymotiques. Sans doute, il faut tenir compte du vaccin dans la diminution de la variole, de la sérothérapie dans la diminution de la diphtérie; mais il faut tenir compte aussi de la désinfection, dont M. Vallin ne se lasse pas de vanter les bienfaits. En résumé, dit-il, nous avons pour combattre ces maladies plusieurs armes : l'isolement, la désinfection et les vaccins. Ce n'est pas trop; n'en négligeons aucune et faisons en sorte de ne pas diminuer la confiance que chacune d'elles mérite. Ces conclusions sont, sans aucun doute, fort sages, et tout le monde s'y ralliera, même M. Grancher.

M. Lereboullet, retenu chez lui, intervient par lettre dans cette discussion. Nous reproduirons une grande partie de cette lettre, parce qu'à nos yeux elle résume fort bien l'opinion générale des praticiens de la ville sur ces questions fort délicates :

« S'il est vrai, dit M. Lereboullet, qu'à Paris le service de désinfection, dirigé avec tant de zèle et de compétence par mon ami A.-J. Martin, fonctionne avec toute la célérité, toute la discrétion et toute l'efficacité nécessaire, il n'en est pas de même en province ni surtout dans nos campagnes. Pourquoi dès lors imposer au médecin, qui n'en veut pas, une déclaration qui restera sans aucune sanction efficace? Que va-t-on faire d'ailleurs contre la tuberculose, qui dure de longues années consécutives? Va-t-on attacher en permanence, aux malades phtisiques, une équipe de désinfection qui les suivra dans tous leurs déplacements? Va-t-on les condamner à perpétuité à la surveillance de la haute police sanitaire? Et si vous vous bornez à donner des conseils, pourquoi n'en point laisser l'initiative et la responsabilité au médecin de la famille? Pourquoi chercher toujours à transformer en fonctionnaire le médecin qui veut être un homme libre? Si vous voulez imposer la déclaration obligatoire, faites-la faire par le chef de famille ou le chef d'atelier, faites voter une loi sur la protection de la santé publique. Intervenez à l'usine, à l'atelier, à l'école, dans les bureaux et dans les magasins, partout où l'agglomération entretient et favorise la contagion. Mais n'aggravez pas, en l'étendant indéfiniment, une loi qui n'est observée presque nulle part, parce qu'elle blesse profondément le médecin à qui elle impose la violation du secret professionnel. »

M. Grancher intervient de nouveau dans le débat; il s'applique surtout à combattre cette opinion soutenue par M. Vallin, par M. Kelsch et par d'autres, que le germe morbilleux est très vivace, très résistant et persiste fort longtemps, d'où la nécessité de la désinfection. C'est là une grave erreur pour M. Grancher qui ne croit pas à cette persistance du germe morbilleux. Mais, par contre, il insiste sur la contagion indirecte, la contagion propagée par une tierce personne saine La contagion indirecte ou à distance de la rougeole est beaucoup plus fréquente qu'on le croit, et M. Grancher cite, à ce sujet, de nombreux exemples dont il a été témoin et qui ne peuvent laisser aucun doute dans son esprit : par exemple, une mère qui a chez elle un enfant atteint de rougeole, vient voir son autre enfant à l'hôpital et lui transmet la rougeole de son frère, sans l'avoir elle-même. Ce fait a pu s'observer dans le service de M. Grancher où se fait chaque jour, cependant, la désinfection la plus soigneuse. Mais la désinfection ne peut rien contre ce mode de transmission. Elle ne devient utile que dans les cas de rougeole compliquée; elle peut alors exercer son action favorable pour empêcher la propagation de la complication de la rougeole.

M. Grancher répond aussi à la lettre de M. Lereboullet : celui-ci met en doute la contagiosité de la pneumonie et de la broncho-pneumonie en dehors de l'état épidémique.

M. Grancher n'hésite pas à déclarer que ces deux affections sont toujours contagieuses, même en dehors de l'état épidémique. Il cite plusieurs exemples, il cite même des exemples d'épidémies de famille, plusieurs enfants étant pris successivement de pneumonie dans la même famille.

Quant à la grave question du secret professionnel soulevée par M. Lereboullet, quant à l'impossibilité pour les médecins de la province ou de la campagne d'exécuter la loi

de 1892 sur la déclaration des maladies transmissibles, quant à la difficulté du rôle du médecin dans beaucoup de cas, toutes questions touchées par M. Lereboullet, M. Grancher ne veut pas s'y arrêter. Nous sommes ici, dit il, pour émettre des principes, pour indiquer la voie à suivre et nous n'avons pas à entrer dans d'autres considérations. M. Grancher constate même, avec plaisir et avec regret tout à la fois, que la foule, bien plus que les médecins eux-mêmes, est avec les promoteurs de ces idées de progrès dans l'hygiène et la prophylaxie des maladies transmissibles. C'est souvent le médecin, dit-il, bien plutôt que le malade, qui est l'obstacle à l'accomplissement de telle ou telle mesure. Que M. Grancher nous permette de lui dire qu'il est ici un peu sévère pour nos confrères praticiens. Sans doute la plupart exécutent fort mal ou n'exécutent pas du tout la loi sur la déclaration obligatoire des maladies transmissibles; mais il en est bien peu aujourd'hui, du moins à Paris, dans les grandes villes et même dans les stations thermales, qui appliquent la désinfection chaque fois que celle-ci est possible. Ajoutons, en terminant, que, s'il y a une maladie qui exige la désinfection, c'est bien certainement la tuberculose ouverte. Aussi approuvons-nous sans réserve M. Grancher quand il demande que cette maladie soit considérée comme essentiellement transmissible. Mais, là encore, nous n'avons pas besoin de la déclaration obligatoire pour conseiller et imposer au besoin la désinfection. (*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Signe différentiel des pustules varioliques chez les vaccinés et les non-vaccinés. — M. Maurice COSTE, médecin des hôpitaux de Marseille, dans une étude très documentée sur l'immunité vaccinale, signale un fait clinique qu'il a observé chez plusieurs milliers de varioleux et montrant, jusque dans l'âge le plus avancé, l'influence vaccinale :

« Si, chez un varioleux, quels que soient son âge et la forme variolique (sauf, bien entendu, la forme hémorragique), on retire un membre de la chaleur des draps, et si on l'expose à l'air, on voit, au bout de quelques instants, l'aréole péripustulaire prendre chez les non-vaccinés la teinte rose de Provins, rouge fuchsine de la rosaniline, tandis que, chez les vaccinés, cette aréole conserve quand même alors sa teinte rouge vif, rouge garance. » Ce simple fait clinique permettant de différencier les vaccinés des non-vaccinés, montre, concurremment avec les statistiques, qu'une seule vaccination imprègne à l'organisme un stigmate indélébile, y développe une sorte d'élément nouveau. Celui-ci peut bien à la longue s'affaiblir plus ou moins, mais ne disparaît jamais en entier, et ses effets, contrairement à ce que l'on soutient depuis Narder et Heim, peuvent toujours se faire sentir à des degrés divers, jusque dans l'âge le plus avancé. (*Marseille médical*, 1[er] mars 1900.)

PSYCHIATRIE

Du sourire obsédant — Le professeur BECHTERER décrit ainsi cet état morbide.

Le sourire survient à tout propos et hors de propos, même quand le malade parle de choses très sérieuses ou même tristes; dès que le malade voit quelqu'un ou se sent observé, il lui devient impossible de ne pas sourire; cette obsession diminue ou disparaît lorsque le malade parle, pour reparaître immédiatement après. De même, elle disparaît lorsque l'attention du malade est portée sur autre chose, ou lorsque ce malade est seul. L'apparition du sourire ne s'accompagne nullement d'une idée qui pourrait l'expliquer, mais s'accompagne plutôt de confusion, de trouble. Ce serait donc une confusion obsédante avec sourire, analogue à la peur obsédante, à l'érythrophobie ou peur de rougir. (*Rev. russe de psychiatrie*, n° 6.) S. B.

THÉRAPEUTIQUE

Pansements à l'alcool et au bicarbonate de soude. — M. ALESINSKY a recouru à ces pansements dans le traitement des plaies et des inflammations du tissu cellulaire, et il a constaté que le pansement humide à l'alcool à 95 degrés amène souvent la résolution dans des cas où, avec un autre pansement, il eût été impossible d'éviter l'incision au bistouri (panaris, adénites, mammite). Si la surface cruentée est trop sensible à l'action de l'alcool, on la recouvre d'abord de gaze stérilisée sèche et on applique les compresses alcoolisées sur cette dernière seulement.

Les pansements au bicarbonate de soude (solution à 2 p. 100), limitent d'une façon remarquable l'inflammation et la suppuration, mais ils n'agissent que lorsqu'il y a une solution de continuité de la peau. (*Wratch*, 1899, n° 40.) S. B.

La glycérine, dans le traitement des concrétions rénales d'acide urique. — M. HERMANN (de Carlsbad) a obtenu des résultats favorables dans la néphrolithiase en administrant la glycérine par la voie buccale. La glycérine, d'après lui, est un dissolvant de l'acide urique et a d'autre part l'avantage de s'éliminer par le rein. Mais en outre il pense que la glycérine entraîne un changement dans l'état physique de l'urine, en modifiant son poids spécifique, ce qui amènerait la mobilisation du calcul. La glycérine administrée contre la lithiase rénale est donnée à la dose de 1 à 4 onces (1) dissoute dans une égale quantité d'eau et prise en une seule fois, entre les repas. Cette dose est répétée deux ou trois fois en l'espace de plusieurs jours. M. Hermann a employé cette méthode dans 115 cas de néphrolithiase, et dans 60 p. 100 des cas il y a eu une amélioration de la maladie et diminution des douleurs. La présence de l'albuminurie ne contre-indique pas l'emploi de la glycérine. La glycérine donnée, pour commencer, à dose faible est bien supportée; les seuls ennuis observés ont été dans 12 cas de la céphalée, dans 3 cas de la diarrhée. (*Brit. med. Journ.*, 17 fév. 1900, et *Gaz. hebd.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 2 AU 7 AVRIL 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 2 AVRIL, à une heure. — 1[er], *Faculté, salles n[os] 1 et 2* (1[re] série) : MM. Rémy, Gley et Sébileau; — (2[e] série) : MM. Poirier, Retterer et Heim; — M. Desgrez, suppléant.

5[e] (1[re] partie, chirurgie), *Pitié* (1[re] série) : MM. Terrier, Delbet et Leguéu; — (2[e] série) : MM. Delens, Tuffier et Broca (Aug.); — M. Launois, suppléant.

5[e] (1[re] partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1[re] série) : MM. Tillaux, Lejars et Walther; — (2[e] série) : MM. Lannelongue, Kirmisson et Mauclaire; — (2[e] partie) : MM. Potain, Déjerine et Gaucher; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

MARDI 3 AVRIL, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Mathias-Duval, Quénu et Thiéry.

1[er] (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Rémy, Poirier et Retterer.

2[e] (2[e] partie), *Faculté, salle n° 3* : MM. Blanchard, Weiss et André.

3[e] (2[e] partie), *Faculté, salle n° 2* (1[re] série) : MM. Joffroy, Roger et Thiroloix; — (2[e] série) : MM. Grancher, Marfan et Charrin.

4[e] : MM. Chantemesse, Langlois et Chassevant; — M. Thoinot, suppléant.

(1) L'once vaut 28g349.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Le Dentu, Brun et Faure ; — (2e série) : MM. Berger, Schwartz et Albarran ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Proust et Achard ; — M. Dupré, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

MERCREDI 4 AVRIL, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Rémy, Poirier et Sébileau.

2e (nouveau régime), *Ecole pratique, salle n° 4* : MM. Broca (André), Retterer et Heim.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salles nos 2 et 1* : MM. Lannelongue, Delbet et Varnier ; — (2e partie) : MM. Joffroy, Déjerine et Gaucher.

4e, *Faculté, salle n° 3* : MM. Pouchet, Hanriot et Wurtz ; — M. Weiss, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Jalaguier et Legueu ; — (2e série) : MM. Delens, Kirmisson et Walther ; — (2e partie) : MM. Hayem, Widal et Launois ; — M. Lejars, suppléant.

JEUDI 5 AVRIL, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Mathias-Duval, Rémy et Retterer.

Anatomie pathologique, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Blanchard et Thiroloix.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 3* (1re série) : MM. Schwartz, Poirier et Wallich ; — (2e série), *Faculté, salle des thèses, n° 2* : MM. Berger, Budin et Faure ; — (2e partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Grancher, Dupré et Achard.

4e, *Faculté, salle n° 1* : MM. Thoinot, Chassevant et Vaquez ; — M. Widal, suppléant.

VENDREDI 6 AVRIL, à une heure. — 1er, *Faculté, salles nos 3 et 2* (1re série) : MM. Kirmisson, Delbet et Sébileau ; — (2e série) : MM. Jalaguier, Poirier et Retterer.

4e, *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Landouzy et Thoinot ; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Lannelongue, Tuffier et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Tillaux, Broca (Aug.) et Legueu ; — (2e partie) : MM. Grancher, Déjerine et Widal ; — M. Walther, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 7 AVRIL, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Schwartz, Quénu et Albarran.

1er : MM. Poirier, Brun et Faure.

2e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Mathias-Duval, Rémy et Thiéry.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 3* : MM. Debove, Blanchard et Roger.

3e (2e partie), *Petit amphithéâtre* : MM. Hutinel, Ménétrier et Thiroloix.

4e, *Faculté, salle n° 4* : MM. Pouchet, Letulle et Langlois ; — M. Weiss, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Cornil, Ballet et Vaquez ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Marfan et Dupré ; — M. Achard, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich ; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — L'épreuve écrite du concours des hôpitaux (chirurgie) a eu lieu lundi. Question donnée : « Canal crural ; Anatomie pathologique et traitement opératoire de la hernie crurale. » M. Le Dentu s'est retiré du jury pour raison de santé.

Facultés de province. — *Lyon.* — M. Courmont est nommé professeur d'hygiène en remplacement de M. Bard.

Académie de médecine. — MM. Patrick Manson (de Liverpool) et von Bergmann (de Berlin) sont élus membres associés étrangers.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Lucciardi, du cadre de Toulon, est appelé à servir au 2e régiment de tirailleurs malgaches, en remplacement de M. le docteur Parin.

— Le transport la *Vienne*, devant être placé en réserve 2e catégorie, M. le médecin de deuxième classe Sarrat, qui a reçu cette destination, est désigné pour embarquer sur le *Carnot* (escadre du Nord) au lieu et place de M. le docteur Aurégan.

L'état sanitaire de la garnison d'Arras. — Il a fallu l'annonce d'une interpellation pour déterminer M. le ministre de la Guerre à envoyer M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz s'enquérir sur place des causes réelles de l'épidémie de méningite cérébro-spinale qui a déjà causé une dizaine de décès au 33e de ligne et au 3e génie.

Notons qu'il y a plus d'un mois que des décès suspects ont été constatés dans la garnison d'Arras.

A ce propos, M. Paul Renard montre une fois de plus dans l'*Echo de Paris*, combien est insuffisant en nombre, le cadre supérieur du corps de santé. Dans trop de corps d'armée, le directeur du service de santé est inférieur en grade aux autres chefs de service.

Dans le cadre des médecins-inspecteurs comme, dans les cadres inférieurs, le corps de santé est insuffisant en nombre. M. Treille, sénateur d'Alger, qui demande l'augmentation des cadres, la fixe à 1 430 au lieu de 1 473, chiffre fixé par la loi de 1898. L'armée allemande dispose de 2165 médecins militaires. Il en faudrait en France au moins 1 600, et le cadre supérieur devrait être analogue à celui de l'intendance et compter 4 médecins-inspecteurs généraux et 24 médecins-inspecteurs.

La pharmacie au Conseil général de la Seine. — Le Conseil général vient d'émettre un vœu invitant le préfet de police à faire des démarches auprès des pouvoirs publics pour que les pharmaciens soient tenus d'indiquer en entier, sur chaque récipient, la formule constitutive de chaque préparation.

Notons que cette utile précaution est usitée déjà dans certains pays d'Europe.

Faculté des sciences. — *Cours de médecine opératoire expérimentale.* — M. le docteur Tuffier, agrégé, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, commencera le vendredi 4 mai, à trois heures et demie, une troisième série de dix démonstrations portant sur la technique opératoire de l'estomac, de l'intestin et de l'appareil urinaire.

Tous les élèves, sous la direction de deux assistants, répètent eux-mêmes les opérations sur les animaux. Renseignements et inscription à la Faculté des sciences (laboratoire de physiologie expérimentale, place de la Sorbonne).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Henry Beauregard, professeur à l'École de pharmacie de Paris ; Matice, médecin honoraire des hôpitaux, décédé à l'âge de quatre-vingt-deux ans ; le professeur Hofmokl (de Vienne) ; le professeur Murphy (de Cincinnati) ; M. A. Murillo, doyen de la Faculté de Santiago (Chili).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique des maladies du système nerveux (hospice de la Salpêtrière, année 1897-1898), par F. RAYMOND, professeur de clinique des maladies nerveuses à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière. Un vol. gr. in-8° de 610 p. avec 56 fig. dans le texte et 2 pl. chromolithographiques hors texte. — Prix : 15 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 38. — SAMEDI 31 MARS 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 31 MARS 1900. — N° 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50.** — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. La tuberculose de la rate, par M. Xavier BENDER, interne des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — PRATIQUE MÉDICALE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Legs à des hôpitaux. — Parmi les nombreux legs laissés par feu la baronne de Hirsch à des œuvres de bienfaisance, nous relevons un legs de 100 000 francs au professeur Landouzy, pour l'hôpital Laënnec, et un legs de 10 000 francs à M. Bergeron, pour les hôpitaux maritimes.

Facultés de province. — *Toulouse.* — Lundi dernier a eu lieu à la Faculté, l'élection du doyen pour les trois prochaines années. M. Labéda, doyen sortant, n'a pas posé sa candidature.

La Faculté présente, en première ligne, M. Caubet, ancien doyen; en seconde ligne, M. Abelous, professeur de physiologie.

Préfecture de la Seine. — Par arrêté du préfet de la Seine, il est créé un nouvel emploi de médecin en chef du service des aliénés du département de la Seine, dont le titulaire exercera ses fonctions à la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).

M. le docteur Vigouroux, médecin-adjoint à la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), est nommé médecin en chef de cet établissement.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 12e semaine, 1 060 décès, chiffre inférieur à la moyenne ordinaire des semaines de mars (1 090).

La fièvre typhoïde a causé 19 décès, chiffre inférieur à celui des cinq semaines précédentes. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins s'élève à 217.

La rougeole a causé 34 décès, en augmentation sur les semaines précédentes (la moyenne est de 20).

La scarlatine a causé 1 décès, la coqueluche 3, la diphtérie également 3. La variole a causé 2 décès; les médecins n'ont signalé que 7 cas nouveaux de cette dernière maladie.

La grippe proprement dite a causé encore 35 décès.

Il y a eu 14 suicides et 11 autres morts violentes.

Service médical et vétérinaire de la gendarmerie. — — L'attention du ministre de la guerre a été appelée sur les conditions dans lesquelles fonctionnent le service médical et le service vétérinaire dans la gendarmerie. En vue de remédier aux inconvénients signalés, il a adopté les dispositions suivantes :

Les médecins et pharmaciens civils qui donnent gratuitement des soins ou des médicaments à la gendarmerie, ainsi que les vétérinaires civils qui soignent sans rétributions les chevaux de l'armée, peuvent être proposés pour les récompenses suivantes : 1° après dix ans de services gratuits, une lettre d'éloges conférant le titre de médecin, pharmacien ou vétérinaire de la gendarmerie; 2° après quinze ans, une médaille de bronze; 3° après vingt ans, une médaille d'argent; 4° après vingt-cinq ans, une médaille de vermeil; 5° après trente ans, la croix de chevalier de la Légion d'honneur. En cas de services exceptionnels, les limites de temps indiquées ci-dessus seront diminuées.

Des décorations de l'Instruction publique et du Mérite agricole pourront être demandées, de temps à autre, pour les médecins, pharmaciens et vétérinaires signalés par l'autorité militaire.

L'épidémie d'Arras. — Il résulte des renseignements télégraphiés au ministre par M. Dujardin-Beaumetz que cette épidémie — qui était une épidémie de grippe — est en pleine décroissance, tant au point de vue du nombre de cas qu'à celui de leur gravité, et qu'elle ne présente plus un caractère alarmant.

La cure de nudité. — Il existe, paraît-il, en Autriche, près de l'Adriatique, un village où se pratiquent des cures de nudité. Les débilités, les neurasthéniques, les fatigués, peuvent là, s'il faut en croire le *Strand Magazine*, passer des journées entières dans le costume de notre père Adam, exposés aux caresses du soleil, de l'air et de la pluie. Des bosquets soigneusement aménagés dérobent les malades aux yeux des indiscrets. Un simple pagne et un chapeau sont les seuls vêtements autorisés. Inutile de dire que les sexes sont soigneusement séparés.

Des ablutions, des massages, des exercices et des jeux variés alternent avec le repos allongé au soleil. Un régime strictement végétarien complète le traitement.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Baillif et Chaussade, du corps de santé des colonies, qui ont succombé à la fièvre jaune au Grand-Bassam; Létinois, médecin de deuxième classe des colonies, mort à l'ennemi à la Côte d'Ivoire; de la Chataîgneraye, Faisnel et Mosemann, médecins sanitaires maritimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas-Manuel des maladies de la peau, par le professeur Mracek. Edition française, par le docteur L. Hudelo, médecin des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis. Un vol. in-16 de 350 p. avec 102 pl. coloriées, relié en maroquin souple, tête dorée. — Prix : 20 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

Manuel complet de gynécologie médicale et chirurgicale, par A. Lutaud. (Nouvelle édition entièrement refondue, contenant la technique opératoire complète.) Un fort vol. in-8° de 730 p. et 607 fig. — Prix : 20 francs. — Paris, A. Maloine.

Conférences pour l'externat des hôpitaux de Paris (anatomie, pathologie et petite chirurgie), par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux de Paris. Un vol. gr. in-8° de 720 p., illustré de 200 fig., publié en 15 fascicules bi-mensuels depuis le 1er janvier 1900. — Chaque fascicule : 1 franc. Souscription à forfait : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, par Simon Duplay, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, recueillies et publiées par les docteurs Maurice Cazin, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté, chef du laboratoire de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, et S. Clado, ancien chef de clinique chirurgicale de la Faculté, chef des travaux gynécologiques à l'Hôtel-Dieu. — Troisième série. Un vol. in-8° de 439 p. avec fig. dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, Masson et Cie.

Précis de technique histologique et embryologique (guide de l'étudiant aux travaux pratiques d'histologie), par L. Vialleton, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Montpellier. — Collection Testut. — Un vol. in-18 colombier, cartonné toile, de 450 p. avec 118 fig. dans le texte dont 47 tirées en couleurs. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Nouveau matériel de laboratoire et de clinique, à l'usage des physiologistes expérimentateurs, médecins, praticiens, vétérinaires, anatomistes, etc., par le docteur Roussy, maître de conférences à l'École pratique des Hautes-Études au Collège de France, etc. Un vol. in-8° de 340 p., avec 85 fig. dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

REVUE GÉNÉRALE

La tuberculose de la rate.

Par M. Xavier Bender,
Interne des hôpitaux de Paris.

La tuberculose de la rate est une affection fréquente. Cruveilhier écrivait, en effet, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, que : « De tous les organes de l'abdomen, à l'exception des ganglions lymphatiques, c'est celui qui est le plus sujet à la tuberculisation. » Pour mieux insister sur la fréquence de cette lésion, il ajoutait, un peu plus loin, que : « Au point de vue de l'aptitude à la tuberculisation, et dans le rapport de la fréquence des cas, la rate est à l'abdomen ce que le poumon est à la poitrine. »

Mais, pendant longtemps, on crut que la rate ne se tuberculisait que secondairement, on n'admettait pas que l'infection pût se localiser primitivement à la glande. Cruveilhier ne disait-il pas, en effet, que « la tuberculose splénique n'apparaît qu'à des époques avancées de la tuberculose pulmonaire », ajoutant simplement cette restriction que « l'on peut observer des cas où la tuberculose splénique et la tuberculose pulmonaire paraissent contemporaines »?

Il nous est permis aujourd'hui d'être plus affirmatifs; nous sommes en droit de dire que, non seulement, dans certains cas, la tuberculose splénique peut évoluer conjointement avec une autre tuberculose locale, mais que, parfois, l'affection peut atteindre primitivement la rate et y rester pendant un certain temps localisée.

Tout d'abord, un point nous paraît bien établi, c'est que la tuberculose splénique ne s'accompagne pas nécessairement de tuberculose pulmonaire. En effet, dans 12 observations d'enfants tuberculeux publiées par Manicatide, on a trouvé 10 fois de la tuberculose splénique, et sur ces 10 cas, 2 fois la tuberculose pulmonaire faisait défaut.

D'autre part, Tedeschi a décrit récemment une splénomégalie prétuberculeuse. Il observa sur 5 malades une hypertrophie considérable de la rate, que suivit plus tard une tuberculose fébrile. Mais on est en droit de se demander, en présence de cas de ce genre, s'il s'agissait simplement d'une splénopathie ayant précédé l'éclosion de la tuberculose, ou bien s'il n'y avait pas déjà une tuberculisation, histologique au moins, de l'organe. C'est une question qui, malheureusement, ne peut être tranchée, car les constatations objectives font défaut.

De plus, il existe tout une série de cas dans lesquels la tuberculisation peut débuter par un organe quelconque, puis, pour peu que cette tuberculose ait une tendance à la généralisation, la rate réagit rapidement et augmente de volume. Mais l'organe primitivement atteint peut guérir et la rate seule rester malade. La porte d'entrée de l'infection a disparu, il ne reste plus que la splénopathie. MM. Quénu et Baudet font très justement remarquer à ce propos que, « si, au point de vue pathogénique, la tuberculose splénique n'est pas primitive, au point de vue pratique et en clinique, cette tuberculose n'en mérite pas moins le nom de tuberculose locale ou, si l'on veut, localisée. »

Enfin, dans ces derniers temps, quelques observations ont été publiées, qui semblent établir nettement que la tuberculose peut atteindre primitivement la rate et y rester localisée pendant un temps plus ou moins long. Rien d'ailleurs, *a priori*, ne paraît devoir placer la rate hors de la loi commune qui met les différents viscères de l'économie, à un degré de fréquence très inégal, il est vrai, dans la possibilité d'être atteints primitivement par le bacille de Koch.

La tuberculose secondaire de la rate est évidemment la règle et la tuberculose primitive l'exception, mais on peut affirmer dès à présent que ce sont deux variétés bien distinctes et qui méritent d'être étudiées séparément.

I

La rate dans les différentes modalités de l'infection tuberculeuse (tuberculose secondaire). — La tuberculose splénique est fréquente surtout pendant l'enfance. Papavoine, sur 50 enfants morts de tuberculose, a trouvé 20 fois des tubercules dans la rate.

Rillet et Barthez donnent une proportion un peu moins élevée. Sur 312 autopsies d'enfants tuberculeux, ils ont trouvé 107 fois de la tuberculose splénique, c'est-à-dire dans un peu plus d'un tiers des cas. La fréquence varie un peu suivant l'âge et le sexe :

D'un an à un an et demi	garçons,	18.
	filles,	7.
De trois ans à cinq ans.......	garçons,	20.
	filles.	16.
De six ans à dix ans et demi..	garçons,	30.
	filles,	4.
De onze ans à 15 ans........	garçons,	6.
	filles,	4.

On voit, d'après ce tableau, que, dans l'enfance, la tuberculose splénique est environ deux fois et demie plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

Chez l'adulte la tuberculose de la rate est moins fréquente, et Louis, qui l'a recherchée systématiquement dans les autopsies, ne l'a rencontrée que chez un quatorzième des malades morts de phtisie pulmonaire. L'auteur ne mentionne pas le rapport de fréquence qui existait suivant le sexe.

La tuberculose secondaire de la rate a été très complètement étudiée par M. F. Bezançon, et nous lui emprunterons presque entièrement la première partie de cette étude.

M. Bezançon fait remarquer tout d'abord que l'état de la rate est extrêmement variable suivant les différentes modalités de l'infection tuberculeuse.

Dans la granulie, où la tuberculose se comporte comme une infection aiguë généralisée comparable à la fièvre typhoïde par exemple, la rate est envahie, comme tous les organes de l'économie, par le bacille de Koch, et profondément altérée dans sa structure.

Au contraire, dans les tuberculoses localisées, qu'elles soient viscérales, ganglionnaires ou cutanées, la rate peut ne pas contenir de bacilles, ou n'en contenir qu'un petit nombre; les lésions, dans ce cas, sont beaucoup moins marquées et dues, soit aux toxines élaborées par le bacille de Koch, soit aux microbes d'infections secondaires qui lui sont associés.

Enfin, dans un troisième ordre de faits, on peut ranger les cas où la rate subit le ralentissement des lésions déterminées par la tuberculose, sur un autre viscère, en particulier sur le foie.

Nous étudierons donc successivement avec M. Bezançon :

1° La rate dans la tuberculose aiguë généralisée;
2° La rate dans les tuberculoses locales;
3° La rate dans la cirrhose tuberculeuse du foie.

1° La rate dans la tuberculose aigue généralisée. — Les caractères fondamentaux que présente la rate dans la tuberculose aiguë généralisée sont une hypertrophie plus ou

moins considérable de la glande, et la présence dans son parenchyme de granulations miliaires.

L'hypertrophie de la rate est constante. Elle est particulièrement marquée chez le jeune enfant, mais elle est considérable aussi chez l'adulte. C'est ainsi que dans les différents cas qui ont été observés par M. Bezançon le poids de la rate atteignait 400, 450, 650 et même 1000 grammes.

Quant à l'aspect extérieur de l'organe, il varie suivant que la mort est survenue plus ou moins rapidement.

Quand la mort survient d'une façon précoce, l'aspect de la rate est absolument celui d'une rate typhique. Tantôt elle est ferme et résistante, distendant fortement la capsule, tantôt, au contraire, elle est molle et diffluente. La surface de section est d'un rouge lie de vin. Le plus souvent on aperçoit sur la coupe un grand nombre de granulations très fines, transparentes. Dans certains cas, cependant, ces granulations peuvent n'être pas visibles à l'œil nu.

Quand la mort est survenue plus tardivement, on observe, à côté des granulations transparentes, des tubercules à un degré de caséification plus ou moins avancé, et la rate présente alors un aspect marbré, tout à fait spécial par suite du mélange de zones blanchâtres, d'aspect caséeux, et de zones congestionnées, rougeâtres, lie de vin. Le volume de la rate peut être considérable dans ce cas, et atteindre 1000 grammes (Bezançon).

Au point de vue histologique de même qu'au point de vue macroscopique, l'état de la rate varie suivant le plus ou moins de durée de la maladie.

Quand on observe une rate, tout à fait au début de l'infection par le bacille de Koch, et alors qu'il n'y a pas encore de granulations appréciables à l'œil nu, on voit que la lésion qui domine est une congestion intense de la pulpe, dont les mailles sont extrêmement dilatées et renferment même, par endroits, de véritables foyers hémorragiques. Les fines arborisations veineuses sont distendues au maximum, et renferment, de même que la pulpe, de grands leucocytes mononucléaires, contenant souvent dans leur protoplasma des hématies, comme dans la fièvre typhoïde (1).

Les corpuscules de Malpighi semblent pour la plupart normaux; cependant, en examinant les coupes à un fort grossissement, on remarque que, dans un grand nombre de corpuscules, beaucoup de lymphocytes sont déjà transformés en cellules d'aspect épithélioïde; ces cellules commencent à perdre leur contour et leur noyau se fragmente plus ou moins, on ne voit pas de cellules géantes ou celles-ci ne sont qu'ébauchées. En d'autres points la lésion est plus avancée et l'on aperçoit dans l'intérieur du corpuscule, au milieu des cellules épithélioïdes mal colorées, trois ou quatre cellules géantes, arrondies ou en forme de fer à cheval. Enfin, on peut voir les cellules épithélioïdes centrales commencer à se désagréger et il n'y a bientôt plus, au centre du corpuscule, qu'un tissu plus ou moins granuleux, entouré de cellules épithélioïdes et semé de cinq à six cellules géantes bien constituées. Dans la partie du corpuscule restée relativement saine, au voisinage de ces follicules, on trouve, par places, des leucocytes en voie de division.

Quand l'infection est bien constituée, la rate est semée de granulations transparentes. Sur les coupes, la plupart des corpuscules de Malpighi semblent disparus; en réalité ils sont devenus le siège de granulations tuberculeuses qui les rendent méconnaissables. Ces granulations sont toutes constituées sur le même type; on y rencontre :

1° Un centre incolore, grenu, où l'on ne distingue plus guère que quelques débris de noyau;

2° Une zone moyenne, où toute texture a disparu et où l'on voit un plus ou moins grand nombre de cellules épithélioïdes à contours mal définis et dont le noyau, vésiculeux et plus ou moins déformé, est seul distinct. A la limite périphérique de cette zone moyenne, on trouve un certain nombre de cellules géantes;

3° Une zone périphérique formée de lymphocytes normaux, rangés en lignes circulaires, très tassés et présentant parfois des figures de division. Cette dernière zone est le reste du corpuscule de Malpighi, dans lequel s'est développé le follicule tuberculeux, comme le prouve ce fait que l'on retrouve parfois dans cette zone l'artériole corpusculaire, le follicule tuberculeux s'étant développé sur un point excentrique du corpuscule.

Dans cette forme, il n'est pas rare d'observer des follicules tuberculeux élémentaires sur le trajet des vaisseaux et, dans certains cas même, on peut voir la cellule géante, située au centre du corpuscule, se continuer nettement avec un capillaire. Les artérioles sont fréquemment le siège d'endartérite et souvent la lumière du vaisseau peut être oblitérée par suite de la tuméfaction de l'endothélium et de l'accumulation de leucocytes dans sa cavité.

Dans la pulpe, les follicules tuberculeux sont, en général, beaucoup plus rares; ce que l'on observe surtout, c'est, au voisinage des artères et des travées fibreuses, ou bien dans les mailles mêmes de la pulpe, une augmentation très considérable du nombre des leucocytes. Ceux-ci sont très souvent en état de division, et l'on a des figures de division nucléaire comme dans la pulpe de la rate du typhus exanthématique, sans qu'on puisse rencontrer trace de cellules géantes.

Dans cette forme, le nombre des macrophages est en général très diminué, il est rare de rencontrer des hématies dans leur intérieur. La congestion est presque toujours très marquée et souvent les capillaires dilatés forment autour des corpuscules une collerette congestive. Cette congestion peut être parfois assez intense pour amener la formation de foyers hémorragiques, tantôt dans les mailles de la pulpe, tantôt envahissant les corpuscules de Malpighi et pénétrant dans l'intérieur même des follicules tuberculeux.

Quand la mort, dans la tuberculose aiguë, survient tardivement, l'aspect de la rate est tout différent. Sur les coupes, on ne voit plus trace des corpuscules de Malpighi. C'est à leur niveau que s'étaient développées primitivement les granulations, et ils ont disparu par suite de la transformation des follicules tuberculeux en gros tubercules (1). Ceux-ci sont formés par des masses caséeuses semées de débris de noyaux, autour desquelles on retrouve quelques cellules épithélioïdes, mais très peu de cellules géantes; parfois même le tubercule est formé seulement d'une masse nécrosée, sans qu'on voie à sa périphérie aucune trace de processus d'envahissement. Entre les tubercules, le tissu de la pulpe a subi des altérations très profondes. Les mailles du réticulum, se sont épaissies et forment des travées d'aspect fibreux, plus ou moins rapprochées, dans lesquelles les cellules lymphatiques ont presque complètement disparu.

(1) Cette lésion a déjà été signalée par Billroth.

(1) Disons à ce propos que, contrairement à l'opinion de M. Bezançon, Ziegler et Manicatide n'ont pas observé la disparition des corpuscules de Malpighi et les ont même trouvés dans quelques cas plus volumineux que normalement.

Toute cette partie de la rate n'est plus qu'un tissu fibroïde, aréolaire, gorgé de sang, presque angiomateux.

Dans tous ces cas, soit dans l'intérieur des cellules géantes et des cellules épithélioïdes, soit dans les zones caséifiées, soit même dans les rares cellules qui restent dans le tissu aréolaire, gorgé de sang dont nous avons parlé. On trouve des bacilles de Koch, souvent en quantité considérable.

2° La rate dans la tuberculose localisée. — Dans la tuberculose pulmonaire, chez l'adulte du moins, la rate est rarement hypertrophiée, elle est le plus souvent diminuée de volume atrophiée et indurée (Grancher et Hutinel). Les lésions tuberculeuses y sont rares, et peuvent se présenter sous deux formes : granulations miliaires et tubercules caséeux. Dans certains cas de tuberculose pulmonaire, on a observé une augmentation de volume de la rate sans qu'on ait trouvé à l'autopsie de tubercules ou de dégénérescence amyloïde. Cette hypertrophie serait due aux infections secondaires si fréquentes à la période terminale de la phtisie.

Chez le jeune enfant, même dans les formes chroniques, la rate est augmentée de volume. M. Landouzy a le premier attiré l'attention sur cette hypertrophie, et ses vues ont été confirmées par les travaux de M. Queyrat.

Chez les enfants plus âgés la rate, comme chez l'adulte, n'est pas hypertrophiée.

Dans ces différents cas, on rencontre, soit dans la pulpe, soit dans les corpuscules, soit même dans la capsule, de nombreux tubercules. M. Bezançon ne nous dit pas, malheureusement, si l'on rencontre ou non des bacilles de Koch.

On peut enfin, et surtout dans la tuberculose chronique articulaire ou osseuse, observer la dégénérescence amyloïde de la rate.

3° La rate dans la cirrhose tuberculeuse du foie. — Dans la cirrhose hypertrophique graisseuse et même dans l'hépatite nodulaire (Hanot et Gilbert), la rate est augmentée de volume ; elle pesait 850 grammes dans un cas de cirrhose hypertrophique graisseuse, observé par M. Bezançon.

Dans les différents cas que nous venons d'examiner, l'augmentation de volume de la rate est souvent le seul symptôme traduisant les altérations de l'organe. Dans d'autres cas le malade ressent une douleur plus ou moins intense, au niveau de l'hypocondre gauche. Parfois on a noté des épistaxis, des troubles digestifs plus ou moins marqués; mais dans bon nombre de cas, tous ces phénomènes paraissent ressortir de l'infection générale plutôt que de l'altération de la rate.

Tuberculose splénique expérimentale. — La pathologie expérimentale donne des résultats tout à fait analogues à ceux qui nous sont fournis par la clinique dans l'infection tuberculeuse, en ce sens que les lésions observées seront très différentes selon que la survie aura été plus ou moins longue.

L'inoculation intra-péritonéale de bacilles de Koch peut, chez le lapin, ne déterminer que peu de modifications du côté de la rate; chez le cobaye, la réaction est ordinairement intense. Quand on pratique une injection sous-cutanée ou intra-veineuse, il se fait rapidement une généralisation de l'infection à la rate. Lorsque l'animal succombe rapidement, on trouve une rate très volumineuse, farcie de granulations. Cette hypertrophie est due principalement à des hémorragies qui se font d'une manière diffuse dans tout le parenchyme; à un degré extrême il se produit une apoplexie en foyer. MM. Achard et Castaigne rapportent même que, chez 3 cobayes, ils ont vu l'hémorragie aller jusqu'à provoquer la rupture de la rate et la mort de l'animal.

Au contraire, si l'évolution est plus lente, on assiste à la transformation fibro-caséeuse de la rate, que l'on trouve bosselée, jaunâtre, remplie de granulations et de tubercules caséifiés.

Histogenèse du tubercule. — D'après Billroth et Virchow, le début du tubercule se ferait dans le tissu conjonctif réticulé de la pulpe ; il se produirait un épaississement et une prolifération des cordons intervasculaires, ainsi qu'une prolifération des noyaux des cellules endothéliales des veines. Le tubercule ne siégerait jamais dans les corpuscules de Malpighi. D'après Baumgarten, dans la rate comme dans les autres organes, les cellules épithélioïdes proviendraient des cellules fines du réticulum.

D'après M. Cornil, dans la rate, les cellules géantes semblent souvent débuter dans les vaisseaux; il se fait des accumulations d'une substance granuleuse ou réfringente qui se fond avec les cellules lymphatiques voisines, ou bien il y a prolifération par karyokinèse des cellules lymphatiques, qu'on trouve souvent en cet état dans les vaisseaux de la rate.

D'après Yersin après injection d'une culture tuberculeuse dans la veine de l'oreille du lapin, les bacilles détermineraient dans les capillaires de la rate un petit coagulum fibrineux : ce n'est qu'à la fin de la première semaine que l'on verrait une prolifération active des cellules de la rate, et des leucocytes libres apparaître dans les vaisseaux. Vers le milieu de la deuxième semaine, presque tous les bacilles sont contenus dans les celules, où ils continuent à proliférer activement. Ces leucocytes formeraient les cellules épithélioïdes, et les bacilles, après avoir détruit les leucocytes, redeviendraient libres de nouveau; les phagocytes reviendraient à la charge, entoureraient la colonne de bacilles en demi-cercle et provoqueraient la rétraction de la fibrine; la cellule serait ainsi constituée.

Pour Metchnikoff, le premier phénomène serait la formation des cellules épithélioïdes aux dépens des leucocytes; la cellule géante se formerait par la coalescence de plusieurs cellules épithélioïdes.

D'après M. Bezançon, la cellule géante se développerait quelquefois dans l'intérieur des vaisseaux, comme l'a soutenu M. Cornil, non sur le trajet des grandes artérioles centrales, mais sur les fins capillaires du corpuscule. M. Bezançon a vu avec une grande netteté, sur une de ses préparations, une cellule géante se continuer avec un de ces capillaires; dans d'autres cas, autour de la couronne de noyaux de la cellule géante, on voyait d'autres noyaux fusiformes ayant tout à fait l'aspect et la disposition des cellules endothéliales vasculaires.

II

Tuberculose primitive de la rate. — Le travail de MM. Quénu et Baudet, le premier écrit sur cette question, renferme 5 observations de tuberculose primitive de la rate, dues à Coby, Scharoldt W. Saint Laurence Burke, Marriott, Quénu et Baudet. Les auteurs signalent encore une opération pour rate ectopique tuberculeuse pratiquée par Bland Sutton en 1897 et qui n'a pas encore été publiée. En 1898, Hayden fit également une splénectomie pour une rate tuberculeuse. Enfin, récemment trois nouvelles observations de tuberculose primitive, avec autopsie, ont été publiées par MM. Rendu et Widal, Moutard-Martin et Lefas, Achard et Castaigne.

De ces observations, il semble résulter qu'il existe deux formes de la tuberculose primitive de la rate : une forme aiguë et une forme chronique. Ce fait n'a rien d'ailleurs qui doive nous étonner, car c'est une loi commune à tous les viscères de l'économie.

1° Tuberculose primitive aigue de la rate. — Nous ne connaissons jusqu'ici qu'un seul cas de tuberculose primitive aiguë de la rate, c'est le cas de Scharoldt. Marriott a bien publié son observation sous le titre de tuberculose aiguë de la rate, mais comme la maladie évolua lentement pendant deux ans et ne se termina, par une poussée aiguë, que dans le courant de la troisième année, ce cas nous paraît devoir rentrer plutôt dans le cadre des splénomégalies tuberculeuses chroniques.

L'observation de Scharoldt concerne un homme de vingt-cinq ans. Cet homme a été pris brusquement d'un frisson violent accompagné d'une fièvre très élevée et de sueurs profuses. Le malade est en proie à une grande faiblesse et à un abattement extrême; il se plaint de maux de tête insupportables, principalement au niveau de la région frontale. La toux est fréquente et accompagnée d'une expectoration catarrhale. Au niveau des poumons, on ne trouve que quelques râles fins disséminés. Les bruits du cœur sont clairs et nets. L'abdomen présente un météorisme léger, il n'est pas douloureux à la pression. Le foie est normal; la rate est très grosse, elle déborde les fausses côtes, elle est très facilement accessible à la palpation.

L'état s'aggrave rapidement. La céphalalgie augmente; la face se congestionne : « Sa coloration variait depuis le rouge jusqu'au bleu intense ; » des épistaxis se produisent, que suivent bientôt de la diarrhée et de la rétention d'urine. Le délire s'installe, permanent, d'abord tranquille, puis accompagné de carphologie, de jactation générale, avec tentatives d'évasion du lit, et le malade succombe dix-sept jours après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouve : « une rate extrêmement hypertrophiée présentant à peu près trois fois son volume normal, et contenant aussi bien à la surface de la capsule que dans le parenchyme, de nombreux tubercules miliaires. La rate se décortique très difficilement, et l'on arrive avec peine à détacher la capsule presque adhérente et soudée au parenchyme. Les innombrables tubercules miliaires se trouvent partout appliqué contre les vaisseaux : le parenchyme de la rate, lui-même, est ferme et gorgé de sang. »

Cette observation malheureusement unique, est très instructive. Voici un malade qui, durant sa maladie, présenta les signes d'une granulie, et, à l'autopsie, on ne trouva de granulations que dans la rate.

Rien dans les phénoménes observés ne pouvait mettre sur la voie du diagnostic : et les cas analogues seront probablement méconnus.

Pour ce qui est de l'état anatomique de la rate, l'hypertrophie, la congestion intense de la pulpe, la présence de granulations miliaires à la surface et dans le parenchyme montrent la plus grande analogie avec ce que nous avons dit de l'état de la rate dans la tuberculisation aiguë généralisée.

2° Tuberculose primitive et chronique de la rate (Splénomégalie tuberculeuse primitive). — *Étiologie.* — La splénomégalie tuberculeuse primitive est une affection de l'âge adulte de vingt à quarante ans. Une seule observation (Coby) concerne un jeune enfant. Le sexe ne paraît pas indifférent: la maladie est environ deux fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Parmi les causes prédisposantes, l'hérédité de la tuberculose paraît seule avoir quelque importance. Les maladies infectieuses, même celles qui retentissent particulièrement sur la rate, comme la fièvre typhoïde et le paludisme, ne semblent pas jouer ici un rôle quelconque.

Anatomie pathologique. — La tuberculose, quand elle se localise à la rate, peut y édifier des lésions très différentes suivant les cas ; mais les diverses variétés de lésions observées, soit à l'autopsie soit sur des pièces enlevées opératoirement, peuvent être ramenées, d'une manière générale, à deux formes principales, une *forme scléro-caséeuse* et une *forme hémorragique et nécrotique.*

1. La forme scléro-caséeuse semble être de beaucoup la plus fréquente. Dans ce cas, on trouve à l'autopsie une rate très volumineuse, remplissant tout l'hypocondre gauche, ou même une grande partie de la moitié gauche de la cavité abdominale; son extrémité inférieure est habituellement libre d'adhérences, tandis que l'extrémité supérieure adhère fortement aux parties avoisinantes.

La tumeur splénique pèse 1500 à 3500 grammes, sa forme, irrégulièrement allongée, représente assez bien cependant la forme primitive de l'organe : c'est un croissant à concavité interne, dont l'extrémité supérieure est en général un peu plus volumineuse, et dont l'extrémité inférieure, plus effilée, plonge dans la fosse iliaque gauche. Les dimensions de la rate sont également variables. La longueur oscille généralement entre 25 et 30 centimètres avec une largeur de 15 à 18 et une épaisseur de 12 à 14.

La surface extérieure de la tumeur est rugueuse, inégale, semée de creux et de dépressions séparées par des bosselures de forme et de dimensions très variables, le plus souvent du volume d'un pois ou d'une noisette, mais pouvant atteindre celui d'une noix ou même d'une orange.

La couleur est habituellement d'un brun grisâtre sur lequel tranchent, par intervalles, des placards blanchâtres, d'aspect fibreux.

Si l'on pratique une coupe de la tumeur, on est frappé d'abord par sa grande dureté, presque fibreuse. L'ongle s'enfonce difficilement et la surface de section ne saigne pas. Sur le fond brun foncé, noirâtre même parfois, de la coupe tranchent, formant des marbrures plus claires, des îlots blanchâtres ou jaunâtres constitués par des amas caséeux. Les uns sont très volumineux et groupés surtout dans la région du hile où ils forment des masses arrondies ; d'autres ont une forme sinueuse ou polycylique et sont de dimensions plus petites; d'autres enfin atteignent à peine le volume d'une tête d'épingle.

Le plus souvent, le tissu caséeux qui compose tous ces amas est d'un blanc jaunâtre opâque ; certaines de ces masses présentent cependant, au niveau de leur centre, une coloration feuille morte (Rendu et Widal); un certain nombre de ces nodules caséeux sont ramollis à leur partie centrale.

En pratiquant des coupes au niveau des bosselures que nous avons signalés plus haut, on se rend compte qu'elles sont constituées par des nodules non ramollis.

En somme, macroscopiquement nous avons à la périphérie de la tumeur des placards fibreux d'où se détachent des bandes de sclérose qui sillonnent le parenchyme en tous sens, si bien qu'en certains points le tissu splénique semble transformé en tissu fibreux; puis, par places, des masses caséeuses pouvant former parfois de véritables blocs.

A l'examen histologique, la capsule d'enveloppe de la rate se montre notablement épaissie, formée par du tissu fibreux adulte, soit d'aspect hyalin, soit présentant des traînées embryonnaires et pigmentées. De sa face interne, partent de grosses bandes de tissu fibreux qui s'enfoncent dans le tissu splénique sous-jacent, englobant dans les mailles qu'elles forment les blocs blanchâtres, d'aspect caséeux, que nous avons signalés. Ces blocs sont formés, soit d'une masse nécrosée dans laquelle on ne voit aucune forme cellulaire, soit d'une masse centrale caséeuse avec, à la périphérie, quelques débris de noyaux et de cellules épithélioïdes. Les cellules géantes, quand on en trouve, y sont toujours en très petite quantité. C'est à peine si l'on distingue quelques vestiges des corpuscules de Malpighi. Ceux-ci, en effet, ont été envahis par le processus tuberculeux et remplacés par les amas caséeux.

Quant à la pulpe splénique, elle est aussi profondément altérée; elle est le siège d'une sclérose très étendue, adulte ou demi-adulte suivant les points. La lésion primordiale consiste dans un épaississement de la trame réticulée. Entre ces fibrilles, on ne trouve plus de leucocytes, mais seulement des globules rouges et du pigment sanguin, de telle sorte que toute la région de la pulpe est remplacée par un tissu fibroïde aréolaire, gorgé de sang, presque angiomateux. Parfois, en quelques rares points disséminés dans ce tissu fibroïde, on reconnaît des alvéoles contenant quelques globules blancs. Par places, sur les préparations, on aperçoit des îlots et des traînées embryonnaires, à bords irrégulièrement découpés, constitués par des cellules rondes.

En d'autres points, la sclérose est plus avancée; les travées, épaisses, se rapprochent et tout élément figuré disparaît dans leur intervalle. On a alors l'aspect d'une sclérose diffuse pénicillée, qui souvent rayonne autour d'une plaque ou d'une bande de tissu fibreux, d'aspect hyalin. Cette sclérose diffuse peut s'étendre à de larges territoires, au niveau desquels on ne distingue plus rien que le tissu fibreux épaissi de la rate.

Enfin, de place en place, on aperçoit de fines granulations constituées par des follicules tuberculeux. Ces follicules sont constitués, tantôt par un amas de cellules épithélioïdes, semé de quelques cellules géantes, tantôt par des cellules géantes et des cellules épithélioïdes encerclées par un anneau de tissu conjonctif adulte; le centre des cellules géantes est opaque et pigmenté. En certains points le sang a envahi le follicule et l'on voit à son centre quelques cellules géantes, à la périphérie une bande scléreuse, et du sang épanché dans l'intervalle. Dans certains cas même on ne trouve, au milieu d'un vaisseau, qu'une cellule géante.

Nous insisterons particulièrement sur ce fait qu'il est rare de trouver sur les coupes de nombreuses cellules géantes. Sur certaines, il est impossible d'en découvrir, sur d'autres, on en aperçoit deux ou trois, au plus; le plus souvent elles sont situées au voisinage des îlots embryonnaires. Enfin, si l'on traite ces préparations par le procédé de Kussmaul (acide acétique, violet de méthyle). On peut constater en certains points la coloration rose caractéristique de la dégénérescence amyloïde.

MM. Moutard-Martin et Lefas, Rendu et Widal ont recherché les bacilles de Koch par les méthodes de Ziehl et de Kuhne-Borrel, il ne leur a jamais été possible d'en découvrir un seul.

On voit donc que, dans cette première forme, les lésions observées présentent les plus grandes analogies avec celles que l'on est habitué à rencontrer dans les gros ganglions atteints de tuberculose chronique.

2. Forme hémorragique et nécrotique. — C'est ce type de lésions que présentait le malade de MM. Achard et Castaigne. Dans ce cas, la rate était volumineuse, pesait 1,250 grammes. Son aspect était tout à fait spécial. La surface de l'organe était parsemée de bosselures allant du volume d'un grain de millet à celui d'une noix. En pratiquant des coupes au niveau de ces bosselures, on remarque qu'elles sont mollasses, non diffluentes, mais donnant beaucoup de suc par leur râclage; leur couleur est d'un gris cendré ne ressemblant en rien à la substance caséeuse.

L'organe tout entier a l'aspect de ces bosselures, avec cette particularité cependant que l'on note, en certains points, des travées qui semblent plus résistantes que le reste du tissu, si bien que la rate paraît présenter un aspect lobulé.

A l'examen histologique, on remarque que les coupes pratiquées au niveau des parties molles et grisâtres présentent un aspect un peu différent suivant les points, mais d'une façon générale on trouve partout des éléments mortifiés qui se colorent très mal même par une action prolongée des différents réactifs. En laissant agir le picro-carmin pendant vingt-quatre heures on aperçoit des fibrilles conjonctives colorées en rose et, dans leur intervalle, des cellules arrondies, sans noyau, remplies de granulations, et de place en place des débris de globules rouges, nulle part on ne trouve de vaisseaux sanguins ou lymphatiques. En somme on a partout, malgré des différences de détails, l'aspect général de la nécrose totale de coagulation.

Dans les zones intermédiaires aux bosselures, on peut retrouver, en de nombreux points, la structure de la rate normale, mais les auteurs disent n'avoir pu constater nulle part, d'une façon nette, les corpuscules de Malpighi. Les tractus fibreux sont plus développés qu'à l'état normal; par places on trouve de larges zones d'infiltration hémorragique récente; les vaisseaux sont épaissis mais non oblitérés. Ce n'est qu'en multipliant les coupes que les auteurs ont trouvé dans les bandes interlobulaires quelques follicules tuberculeux typiques. A l'intérieur ou à proximité des travées conjonctives qui dissociaient la pulpe se trouvaient des cellules géantes avec de nombreux noyaux, quelques rares bacilles purent être colorés par la méthode de Ziehl.

On voit donc que cette forme diffère du tout au tout de la forme scléro-caséeuse : la sclérose est ici peu marquée et ce qui domine, ce sont des lésions d'hémorragie en foyers multiples et disséminés.

Quelquefois même, au lieu d'une hémorragie en foyers multiples, il peut se produire un infarctus volumineux de la rate. C'était le cas du malade de MM. Quénu et Baudet. La partie supérieure de la rate présentait son aspect normal, la partie inférieure, au contraire, formait une tumeur qui, lorsqu'on l'incisa au cours de l'opération, apparut constituée par une poche renfermant des masses grisâtres, d'aspect fibrinoïde. L'examen histologique de ces débris montra qu'ils étaient uniquement formés par de la fibrine sans la moindre trace de tissu organisé; on y trouva quelques rares bacilles tuberculeux. Ces masses spongieuses n'étaient donc autre chose que des caillots décolorés, englobés dans la pulpe splénique. La tuberculisation de la rate avait abouti à la production d'une apoplexie en foyer, laquelle avait déjà subi un commencement d'enkystement.

Lésions de voisinage. Péritoine et ganglions. — Dans la tuberculose primitive de la rate comme dans la tuberculose se-

condaire, d'ailleurs, le péritoine peut être atteint à des degrés très divers.

1° Il peut être sain et présenter son aspect normal (Burke).

2° Il peut présenter dans sa portion splénique des granulaitons qui, nées dans l'écorce de la rate, repoussent le péritoine et le soulèvent; ou bien des granulations grises et opalines qui siègent sur la séreuse elle-même et lui donnent un aspect chagriné.

3° Il peut exister une péritonite périsplénique sèche qui ne se manifeste que par la production d'adhérences : ces adhérences sont rares ou nombreuses, molles ou solides.

4° Enfin le péritoine peut réagir en produisant de l'ascite (Marriott). C'est une sérosité citrine dont la quantité varie d'un demi-litre à 3 litres.

La péritonite périsplénique peut acquérir une grosse importance dans les cas où l'on se décide à une intervention chirurgicale, car suivant la forme qu'elle revêt, elle peut décider de telle ou telle méthode opératoire.

Quant aux ganglions ils sont le plus souvent volumineux et nettement tuberculeux. Les ganglions du hile sont les premiers envahis mais les ganglions mésentériques et gastro-hépatiques peuvent également être pris.

Lésions des autres organes. — *Le foie* est généralement augmenté de volume, sa surface est lisse, d'un brun jaunâtre, sa consistance est augmentée, mais elle est rarement très dure. A l'examen histologique on a observé des altérations très diverses : foie cardiaque, dégénérescence granulo-pigmentaire, dégénérescence graisseuse. Dans deux cas (Moutard-Martin et Lefas, Rendu et Widal), on a trouvé dans le foie des lésions tuberculeuses consistant en follicules tuberculeux élémentaires, siégeant soit dans les espaces portes, soit dans le centre du lobule.

Le pancréas est généralement plus ou moins induré et sclérosé. Dans un cas (Rendu et Widal), on trouva à la coupe quelques noyaux caséeux du volume d'un pois.

Rien n'est mentionné dans les observations, au sujet du *tube digestif*, sinon l'existence d'une congestion plus ou moins intense.

Les reins sont le plus souvent congestionnés, cyanotiques dans certains cas. On a rencontré des granulations tuberculeuses soit à la surface de l'organe, soit dans l'épaisseur du parenchyme.

L'état des *poumons* ne présente rien de constant. Ils peuvent être indemnes de toute lésion tuberculeuse (Achard et Castaigne), ou bien être le siège d'une congestion ou d'une splénisation plus ou moins marquées (Rendu et Widal). Dans le cas de MM. Moutard-Martin et Lefas on trouvait deux ou trois petites granulations fibro-calcaires du volume d'un grain de mil.

Du côté des *plèvres* on a observé des lésions de pleurésie sèche ou même une symphyse pleurale plus ou moins étendue.

Le cœur ne présente rien de particulier.

Les ganglions lymphatiques périphériques sont rarement pris. Dans certains cas, cependant, ils peuvent être augmentés de volume et envahis par des follicules tuberculeux (Quénu et Baudet).

Enfin, MM. Rendu et Widal ont eu l'idée d'examiner la moelle des os. Ils l'ont trouvée d'une couleur chocolat et d'une consistance gélatineuse. Au microscope, ils constatèrent une congestion intense et la présence dans la moelle de globules rouges nucléés. *(A suivre.)*

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
[27 MARS 1900 (*fin*)]

A propos du travail de M. Thoinot sur les **sources de la craie et la fièvre typhoïde**, que nous avons déjà résumé il y a quelque temps, M. Hanriot, s'unissant à MM. Vallin et Landouzy, demande à l'Académie d'émettre le vœu suivant : « Le captage, l'amenée et la distribution des eaux d'alimentation seront placées d'une façon expresse et permanente sous le contrôle des conseils d'hygiène départementaux, qui devront chaque année adresser un rapport au préfet du département. » Ce vœu est adopté à l'unanimité.

M. Laborde a présenté des **estomacs de chiens** isolés par M. Frémont pour obtenir du suc gastrique pur.

Il dépose en outre sur le bureau de l'Académie le curieux ouvrage de notre collaborateur et ami M. Cabanès, **le Cabinet secret de l'histoire**.

Enfin à la fin de la séance, devant un public trop peu nombreux, nous avons entendu deux très intéressantes communications, l'une de MM. Poncet et Bérard (de Lyon) sur **l'actinomycose humaine pendant ces deux dernières années** (voir notre numéro précédent); l'autre de M. Chipault sur la **scoliose rachitique infantile et son traitement.** Photographies à l'appui, M. Chipault montre les résultats vraiment remarquables obtenus par la méthode du redressement modelant, maintenu par des corsets plâtrés qui permettent la poly-ankylose vertébrale en attitude améliorée.

Nous recevons, au sujet de notre compte rendu de cette même séance (voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 368), la lettre suivante de M. le professeur Grancher :

« Paris, le 29 mars 1900.

Monsieur le rédacteur en chef,

Dans le compte rendu que donne la *Gazette des hôpitaux* de la séance de l'Académie de médecine du 27 mars, je crains que ma pensée n'ait pas été fidèlement reproduite et je vous prie d'accueillir une petite rectification.

J'ai dit, en effet, qu'en matière de désinfection l'opinion publique était avec nous et précédait souvent l'intervention médicale; j'ai dit encore que l'Académie devait avant tout formuler les règles nécessaires; mai j'ai ajouté que le médecin les appliquerait selon sa science et sa conscience; que ma proposition de ne déclarer que la tuberculose *ouverte* lui laissait une grande latitude, tout en étant conforme à la science.

J'ai dit, enfin, que la loi sur la déclaration obligatoire étant inapplicable et inappliquée presque partout en dehors des grandes villes, les principes posés par l'Académie ne gêneraient pas beaucoup de praticiens.

Mais, j'ai dit qu'il était utile, nécessaire, qu'après avoir voté la déclaration obligatoire pour la rougeole, l'Académie la votât également, et *a fortiori*, pour la pneumonie et la tuberculose.

A aucun moment de ma réponse improvisée à M. Vallin, je n'ai entendu blâmer mes confrères, car je connais trop combien leur devoir dans la famille est chose délicate et complexe.

Mais je ne crois pas ce devoir incompatible avec les nécessités de la prophylaxie, au contraire.

Veuillez agréer, monsieur le rédacteur en chef, mes sentiments bien dévoués.

L. GRANCHER. »

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(28 MARS 1900)

Dans cette séance s'est terminée la discussion sur les **fractures** : M. Lucas Championnière s'est vivement défendu d'avoir émis les opinions qu'on lui a prêtées. Il n'a jamais entendu condamner la radiographie, ni nier les services qu'elle peut rendre. Il a seulement soutenu que souvent les difformités du cal, à la suite des fractures, étaient plus considérables qu'on le croyait et que ces difformités étaient encore augmentées par la radiographie. Or, les observations qui ont été données ensuite par ses collègues, par M. Reynier entre autres, n'ont fait que confirmer cette opinion. Les épreuves de M. Contremoulins qui ont été présentées n'ont fait que mettre sur le papier ce que M. Lucas Championnière avait avancé. En somme dans toutes les communications qui ont été faites sur ce sujet, M. Lucas Championnière a toujours trouvé la confirmation de ce qu'il a pensé et dit à la Société. Il ne faut donc pas lui faire dire qu'il est en désaccord avec ses collègues. Cela n'implique pas qu'il ne trouve pas la radiographie intéressante ; seulement elle a besoin d'être étudiée, car elle peut donner lieu à de graves erreurs d'interprétation.

En réalité, c'est là la véritable conclusion de cet intéressant débat : L'épreuve radiographique doit être traduite et interprétée par quelqu'un d'expérimenté et non par des gens du monde, essentiellement incompétents.

Abordant ensuite le traitement des fractures, question soulevée surtout par M. Delorme, M. Lucas Championnière répond à son collègue ce qu'il répondait déjà, en 1886, à Trélat : Les faits qu'il a soumis à l'examen de la Société, dès cette époque, ne sont pas des idées théoriques; c'est une question de pratique. M. Lucas Championnière rappelle, à ce sujet, que, quand il y a des déformations latérales, il a recours à des appareils, mais il ne s'en sert que quand il ne peut pas faire autrement, car il trouve à ces appareils de graves inconvénients. En somme, le but de M. Lucas Championnière en préconisant le massage et la mobilisation précoce dans le traitement des fractures, est d'éviter au malade ces douleurs et ces raideurs articulaires consécutives, si pénibles et si difficiles à corriger. M. Delorme les combat, quand elles sont produites, par des mouvements brusques qu'il imprime lui-même aux membres malades. M. Lucas Championnière ne saurait recourir à des moyens aussi atrocement douloureux et il préfère n'avoir pas à corriger ces raideurs articulaires. Il est donc bien plus ankylophobe que ne l'est M. Delorme.

Au début de la séance, M. Guinard a présenté une observation de **tumeur gazeuse du cou** : femme de trente-deux ans, portant au cou une tumeur du volume d'une mandarine, ressemblant à un ganglion tuberculeux. A l'examen on reconnaît que cette tumeur est sonore à la percussion et contient des gaz et du liquide. Cette femme a souvent des migraines avec vomissements et surtout des efforts de vomissement considérables; de là, l'origine probable de cette tumeur. M. Guinard enleva cette tumeur qui, en effet, contenait des gaz et un liquide citrin. L'examen histologique fait par M. Gombault a montré que ses parois présentaient un revêtement épithélial; mais il n'y avait pas d'épithélium à cils vibratiles.

Cette observation a donné lieu à une petite discussion à laquelle ont pris part MM. Quénu, Monod, Berger, Broca, Reclus et Delbet, qui ont observé des cas analogues et qui en discutent la pathogénie, ils concluent généralement à une origine ou du moins à une prédisposition congénitale.

M. Moty communique une observation de **péritonite appendiculaire traitée par la cure radicale et l'ébouillantage.** M. Moty vante les bons effets de l'ébouillantage des anses intestinales. Cette méthode, déjà ancienne et bien connue, rallie les suffrages de MM. Reclus, Routier, Quénu et Championnière. A ce propos, M. Quénu rappelle ce fait intéressant que son maître, M. Després, dont il n'a pas toujours suivi exactement les préceptes, employait cette méthode de lavage des anses intestinales à l'eau très chaude dans des opérations de hernies et qu'il réussissait généralement assez bien ces opérations. C'est dire que, dans ces cas, Després faisait un peu d'asepsie sans le savoir.

M. Delbet présente un enfant qui a été atteint cinq fois de **luxation de l'épaule**; et est actuellement en état de subluxation permanente, sans aucun trouble fonctionnel.

M. Jalaguier, qui a examiné cet enfant, pense qu'il s'agit plutôt d'une fracture itérative sous-périostée, avec productions osseuses ou analogues à l'exostose ostéogénique. C'est aussi l'avis de MM. Routier, Kirmisson, Quénu et Brun, qui rapportent des cas analogues.

PRATIQUE MÉDICALE

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de médecine infantile (1), par M. E. Weill.

Cet ouvrage est consacré exclusivement aux maladies propres à l'enfant, ou revêtant chez lui une allure spéciale. Ces limites bien déterminées permettent à l'auteur de condenser, en quelques pages excellentes, les notions essentielles.

De l'anatomie pathologique et de la bactériologie, à dessein écourtées, il ne dit que ce qu'il est nécessaire au praticien de connaître pour éclairer son diagnostic. C'est l'étude des symptômes qui occupe la première place, les plus importants étant nettement mis en relief. Par là, on arrive à obtenir un diagnostic sûr, une thérapeutique utile. Celle-ci diffère notablement chez l'enfant et chez l'adulte : aussi un tableau, placé en tête de l'ouvrage, indique-t-il les médicaments employés dans l'enfance, leurs doses, leurs indications et rend-il de grands services aux médecins peu habitués à cette thérapeutique spéciale.

Notons la place importante attribuée aux affections du système nerveux, aux affections du tube digestif : gastro-entérite aiguë ou chronique des nourrissons, athrepsie dont le traitement est souvent aussi difficile que long. Les cirrhoses du foie, bien embarrassantes chez l'enfant, sont traitées avec la plus grande netteté. Il est d'ailleurs impossible d'indiquer les meilleurs chapitres : il faudrait tout citer.

(1) In-18 col. cart. toile, 700 p., 77 fig. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Ce livre, court mais complet, permet de se familiariser rapidement avec les maladies de l'enfance : il en faut louer la grande clarté et la précision. L. B.

La chirurgie de l'oreille (1), par MM. C. Astier et J. Aschkinasi.

Dans ce volume, les auteurs décrivent la technique des opérations chirurgicales qui peuvent se pratiquer sur l'oreille : résection des synéchies, bougirage et cathétérisme de la trompe, extraction des osselets, des polypes de l'oreille, etc. ; ils parlent même longuement de la ténotomie du muscle tenseur du tympan, et de celle du muscle de l'étrier, opérations qui ne reconnaissent que des indications tout à fait exceptionnelles ; de la mobilisation et de l'excision de l'étrier, interventions auxquelles ils attribuent du reste avec raison, je crois, des résultats tout à fait problématiques ; enfin, en terminant, ils posent des indications de la trépanation mastoïdienne et de la cure radicale de l'otorrée dont ils décrivent le manuel opératoire. Ils oublient de signaler, au cours de cette description, le coup de curette qu'il faut éviter au niveau du rebord supérieur de la fenêtre ovale si l'on ne veut pas blesser le facial ; ils ne parlent pas non plus du traitement abortif des poussées de mastoïdite aiguë par l'application de glace, et des lavages par la trompe d'Eustache qui permettent souvent de ne pas aboutir à l'opération ; il est vrai que le livre n'a en vue que la chirurgie de l'oreille.

PAUL VIOLLET.

Contribution à l'étude de l'infection tuberculeuse par la voie nasale (2), par M. Liaras.

Les très intéressantes recherches de M. Liaras sur la flore des fosses nasales ont plus particulièrement trait au bacille de la tuberculose. Cependant l'auteur a tenu à s'assurer au préalable de l'état de septicité normale du nez ; il s'est servi, dans ce but, d'une technique qui exclut toute cause de contamination provenant du vestibule et comme presque tous les auteurs qui se sont occupés depuis quelques années de la question, il a toujours obtenu des ensemencements positifs (7 examens) ; en revanche des prises faites dans le pharynx nasal, à l'aide d'un instrument spécialement construit à cet effet, ont cultivé 8 fois sur 13 ; ce qui est encore une fort jolie proportion pour une région que l'on croit trop volontiers aseptique.

M. Liaras n'a pas cherché à apprécier l'action des leucocytes et de l'épithélium de la muqueuse nasale dans le travail d'épuration qui se fait au niveau du nez ; il y fait seulement allusion après avoir fait la remarque très juste que, par simple raison mécanique, les poussières et les germes introduits dans les fosses nasales avec l'air inspiré se déposent à la surface de la muqueuse nasale tapissée de mucus comme elles le feraient sur les parois d'un tube dont on aurait badigeonné les parois d'une solution gommeuse ; l'entrée du nez qui reçoit le premier choc doit naturellement en fixer la majeure partie.

Mais l'originalité et l'intérêt primordial des conclusions de l'auteur résultent d'un travail de contrôle des expériences de Straus qu'a fait l'auteur. Straus avait conclu à la présence fréquente du bacille de la tuberculose virulent dans le nez de personnes exposées aux poussières d'hôpital. Les expériences de Straus étaient passibles d'une grave objection, formulée depuis longtemps par M. Lermoyez, résultant de ce que l'auteur n'avait pas songé à éviter la contamination de ses prises par les parois du vestibule du nez. M. Liaras s'est mis à l'abri de cette critique et de fait jamais il n'a obtenu de résultats positifs, sur un total de 18 inoculations pratiquées dans des conditions analogues à celles qu'employait Straus avec le mucus nasal d'infirmiers ou de malades hospitalisés depuis au moins deux mois. Ces résultats obtenus avec une méthode suffisamment rigoureuse sont remarquables et modifient les idées reçues.

Dans la seconde partie de son étude, l'auteur recherche en vain par la méthode des inoculations au cobaye la présence du bacille dans nombre de coryzas que l'on aurait pu croire tuberculeux : notamment dans les coryzas qui précèdent le lupus de la face ou accompagnent le lupus de la fosse nasale elle-même, coryzas des strumeux, coryzas mucopurulents chez les tuberculeux pulmonaires ou laryngés, il le fait avec beaucoup de circonspection et un véritable sens expérimental critique, ne se hâtant pas de conclure, contrôlant ses inoculations de mucus par des inoculations parallèles de tissu lupique prélevé sur les nez examinés, toutes précautions qui donnent à ce travail bien documenté une véritable valeur.

En terminant l'auteur constate d'après une statistique de 210 cas de laryngite tuberculeuse avec ozène et de 287 cas de coryzas atrophiques que le coryza atrophique ozénateux ne paraît pas favoriser l'infection tuberculeuse par inhalation d'une façon appréciable. P. VIOLLET.

La moelle osseuse à l'état normal et dans les infections (1), par MM. H. Roger, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et O. Josué, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

La moelle osseuse exerce dans l'économie générale des fonctions aussi nombreuses qu'importantes. Latente à l'état normal, l'activité de la moelle osseuse acquiert, dans les infections ou les intoxications, une force nouvelle, et la prolifération des cellules médullaires donne naissance aux leucocytes qui jouent un rôle si important dans la lutte de l'organisme contre les agents pathogènes. MM. Roger et Josué ont exposé avec une clarté remarquable, dans ce travail d'ensemble, l'histoire physiologique et pathologique de la moelle osseuse. Après l'avoir étudiée complètement à l'état normal, les auteurs exposent, dans un chapitre spécial, les résultats obtenus par voie expérimentale et dont l'importance pratique est considérable. La fin du travail est consacrée aux réactions et lésions de la moelle osseuse dans les infections.

Cette monographie met au point une des questions les plus actuelles de la science médicale. Les médecins y trouveront le chapitre complet de « Pathologie générale », qui manquait jusqu'à présent.

American Orthopedic Association, treizième session tenue à New-York, vol. XII (Philadelphie 1899).

Ce volume, magnifiquement édité, illustré de très nombreuses photogravures, contient une série de mémoires sur les maladies congénitales de l'orthopédie. Plusieurs appareils nouveaux y sont décrits ou figurés. Ce travail sera consulté avec le plus grand profit par les chirurgiens.

The Medical Review (année 1899) édité par Nathan E. Boyd, Londres.

La deuxième année de ce recueil constitue un magnifique volume d'environ 800 pages, renfermant les principaux articles médicaux parus dans le courant de l'année. C'est une véritable anthologie de la littérature médicale périodique du monde entier.

(1) in-18, 327 p., 77 fig. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.
(2) Gr. in-8°, 128 p. Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

(1) Gr. in-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PARALYSIES RADICULAIRES OBSTÉTRICALES DU PLEXUS BRACHIAL, par M. Auguste BROCA, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Trousseau. — PÉRITONITE APPENDICULAIRE TRAITÉE PAR LA CURE RADICALE ET L'ÉBOUILLANTAGE, par M. le médecin principal MOTY (de Lille). — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MÉDECINE PRATIQUE. Les gerçures du mamelon, prophylaxie et traitement (d'après M. OUI, agrégé à l'Université de Lille). — FORMULAIRE. Pommade contre l'anthrax. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — A la suite du concours qui vient de se terminer M. Paviot est nommé médecin des hôpitaux.

Un Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales se tiendra, au cours de l'Exposition universelle, à Paris, du 27 juillet au 1er août 1900.

Il comprendra, en dehors des communications personnelles qui seront faites par les adhérents, la discussion des questions suivantes qui sont mises à l'ordre du jour :

La loi de du Bois-Reymond, rapporteur : M. le professeur Dubois (de Berne).

Indications générales de la galvanisation et de la faradisation, rapporteur : M. J. Althaus (de Londres).

Indications générales de la franklinisation, rapporteur : M. A. Tripier.

Électrothérapie et suggestion, rapporteur : M. le professeur Eulenburg (de Berlin).

Traitement franklinien des dermatoses, rapporteur : M. Chatzky, professeur agrégé à l'Université de Moscou.

Traitement électrique des névralgies, rapporteur : M. le professeur S. Leduc (de Nantes).

L'électrolyse dans le traitement des fibromes utérins, rapporteur : M. le professeur F. La Torre (de Rome).

Propriétés physiologiques et thérapeutiques des courants de haute fréquence et de haute tension, rapporteurs : M. le professeur E. Doumer (de Lille) et M. P. Oudin.

Syndrome électrique de la paralysie faciale, rapporteur : M. le professeur Wertheim-Salomonson (d'Amsterdam).

Applications des rayons X à la dermatologie, rapporteur : Schiff, professeur agrégé à l'Université de Vienne.

Du diagnostic des affections thoraciques à l'aide des rayons X, rapporteur : M. Béclère.

Propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'ozone, rapporteur : M. Labbé.

A l'exception des adhésions (1), qui doivent être adressées à M. A. Moutier, rue Miromesnil, 11, à Paris, toutes les communications et toutes les demandes de renseignements relatives au Congrès doivent être adressées à M. le professeur E. Doumer, secrétaire général, rue Nicolas-Leblanc, 57, Lille.

COMMISSION D'ORGANISATION. — MM. les docteurs Weiss, ingénieur des ponts et chaussés, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, président; Apostoli et Oudin, vice-présidents; E. Doumer, professeur à la Faculté de médecine de Lille, secrétaire général; A. Moutier, secrétaire; Boisseau du Rocher, trésorier.

Membres. — MM. les docteurs Bergonié, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Bouchacourt; Branly, professeur à l'Institut catholique de Paris; Broca, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; M. Radiguet et MM. les docteurs Villemin, chirurgien des hôpitaux, et Larat.

Intérêts professionnels. — Un intéressant procès vient de se terminer devant la première chambre, présidée par M. Dubost.

Un confrère après avoir absorbé, afin d'encourager une de ses clientes, un petit verre d'une potion préparée sur son ordonnance, fut sérieusement indisposé, et fort mécontent, se hâta de poursuivre en dommages-intérêts l'élève-pharmacien qui s'était trompé dans le dosage et le pharmacien civilement responsable de celui-ci.

Il réclamait 5 000 francs de dommages-intérêts, le tribunal lui en a accordé 500.

Elle a jugé qu'il y avait bien eu faute de l'élève et que le pharmacien était responsable. Mais elle estime aussi que le médecin n'est pas sans avoir eu quelques torts, celui d'abord d'écrire au crayon, d'une façon assez illisible, son ordonnance, et ensuite de ne pas avoir réfléchi, avant de boire, que sa cliente avait été indisposée après avoir bu elle-même.

La réduction de la taxe des chevaux et voitures de médecins à partir de 1900. — Grâce aux efforts persévérants de M. Dron, député du Nord, la taxe pleine appliquée aux chevaux et voitures des médecins va être réduite, dès cette année, de moitié. — Toutes nos félicitations à M. Dron.

La malle couveuse. — La cour d'assises de la Seine, sur la plaidoirie de Me Demange, vient d'acquitter une jeune bonne accusée de tentative d'infanticide. Détail particulièrement intéressant :

Au moment de la naissance de son enfant, venu à sept mois, elle cacha celui-ci dans une malle, où on le retrouva vivant le lendemain matin. Les experts ont affirmé que la malle avait fait l'office de couveuse, et que c'est en réalité cette tentative d'infanticide qui avait sauvé la vie à l'enfant, qui n'aurait certainement pas vécu sans cela.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Duché, conseiller général de l'Yonne; Joseph Gruber, le célèbre otologiste, professeur à l'Université de Vienne depuis 1889; Vœlker et Wickham (de Paris).

(1) Prix des cotisations, 25 francs.

PARALYSIES RADICULAIRES OBSTÉTRICALES

DU PLEXUS BRACHIAL

Par M. Auguste Broca, professeur agrégé,
chirurgien de l'hôpital Trousseau.

De temps à autre, vous voyez apporter à notre consultation des nouveau-nés atteints d'impotence d'un membre supérieur et diverses questions de diagnostic se posent alors : pour déterminer, en particulier, s'il y a réellement paralysie ou simple impotence sans paralysie par lésion syphilitique du squelette ; en cas de paralysie, si la lésion causale est périphérique ou centrale. L'intérêt pratique de ces discussions est réel, car en cas de syphilis osseuse, notre action thérapeutique est considérable ; car pour les paralysies périphériques, la connaissance exacte de leur cause et de leur mécanisme nous apprend à éviter leur production. C'est pourquoi je vais attirer votre attention sur un bébé que l'on m'a apporté le 20 février dernier et sur lequel je vous ai montré une paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial droit. Il s'agit là d'une lésion assez rare, puisqu'en quatre ans c'est seulement le troisième cas qu'il m'est permis d'observer : le premier a servi de base à une intéressante note de mon élève P.-E. Weill; quant à l'autre, il s'est présenté à nous quelques jours seulement avant celui dont je désire vous entretenir.

I

Voici donc une fillette de vingt-quatre jours, Suzanne W..., dont les antécédents héréditaires sont nuls. Trois frères et sœurs, actuellement vivants et bien portants, ont donné lieu à de bonnes grossesses et à des délivrances favorables. L'enfant s'élève elle-même fort bien, et on l'apporte à l'hôpital exclusivement parce que le membre supérieur est paralysé depuis la naissance, sans qu'en trois semaines il semble y avoir de modifications.

A l'examen, le fait grossier est que le membre supérieur droit pend inerte le long du corps, l'avant-bras et la main étant en pronation. Mais regardez l'enfant pendant quelques minutes, et vous constaterez que la main et les doigts sont le siège de petits mouvements; écartez un peu le bras du tronc, et vous verrez que petit à petit l'enfant le ramènera contre le corps.

Il y a donc une paralysie partielle seulement du membre supérieur; et je vous apprendrai, en particulier, que certaines lésions de syphilis héréditaire osseuse se manifestent à vous comme des paralysies, — des pseudo-paralysies syphilitiques, disait Parrot, — où, dans le membre inerte, de petits mouvements localisés des doigts, de la main, démontrent que, malgré l'apparence première, il n'y a pas une paralysie complète. Il n'y a même pas de paralysie du tout, mais seulement une impotence du membre par lésion du squelette aboutissant au décollement épiphysaire.

Serait-ce ici le cas ? Certainement non, et tout de suite deux notions me permettent d'éliminer ce diagnostic. Ne parlons pas, malgré l'importance du fait, des quatre grossesses — y compris celle-ci — toutes quatre à terme, avec enfants bien portants; passons aussi sous silence l'excellence de l'état général, l'absence de toute lésion cutanée en évolution ou cicatrisée. Il nous suffit de savoir d'abord que la paralysie existait telle quelle *dès la naissance* : or, les pseudo-paralysies syphilitiques, pour être précoces et survenir avant l'âge de trois mois, ne sont cependant pas congénitales. D'autre part, et surtout, par la palpation attentive du membre, par la pression localisée, exercée le long de tous les leviers osseux, je n'ai trouvé aucun point gonflé, manquant de souplesse, où une douleur fût trahie soit par un cri, soit par un mouvement instinctif de défense du membre sain; donc toutes les jointures sont libres dans leurs mouvements.

Nous arrivons de la sorte à conclure que, le squelette étant normal, il s'agit d'une lésion nerveuse, car sur les enfants de cet âge, je ne connais pas d'amyotrophie primitive ; le diagnostic se trouve ainsi circonscrit entre une paralysie de cause centrale et une paralysie de cause périphérique. Il existe, en effet, des paralysies d'origine centrale, par lésion cérébrale, soit spontanée, soit traumatique et obstétricale. Aussi mon premier soin a-t-il été de palper le crâne du côté gauche, de demander s'il y avait eu emploi du forceps : or, pas de forceps, et intégrité complète des téguments craniens aussi bien que de la boîte osseuse. Quant à la paralysie congénitale par lésion hémisphérique spontanée, ramollissement, hémorragie ou développement vicieux du faisceau pyramidal, elle n'offre pas le caractère que je viens de décrire : si, souvent, elle prédomine au membre supérieur, elle n'a pas coutume de respecter complètement le membre inférieur; et de plus c'est une paralysie avec contracture, où persistent des mouvements athétosiques dans le poignet raidi en flexion.

Dans le cas actuel, la paralysie est flasque; depuis vingt-quatre jours elle le reste. Et s'il n'y a pas, à vrai dire, de troubles trophiques, les téguments étant intacts, au moins constatez-vous une atrophie évidente de certains muscles, surtout à la région brachiale antérieure. En outre, les mouvements partiels de la main et des doigts n'ont rien d'athétosique : ils sont seulement la preuve que les muscles de l'avant-bras ne sont pas paralysés. Cela nous permet de conclure à une paralysie périphérique, par lésion de troncs nerveux. Mais vous allez être maintenant embarrassés pour spécifier de quel tronc nerveux il s'agit.

Au premier abord, cette réserve vous paraît peut-être étrange : en somme, il y a paralysie évidente des muscles qui font fléchir le coude, et c'est en effet le biceps et le brachial antérieur qui, à la palpation, sont trouvés atrophiés; par conséquent, il s'agit d'une lésion du musculo-cutané. Lésion sans doute mécanique, d'ordre obstétrical et non point congénital, car l'interrogatoire nous apprend tout de suite que l'accouchement a été laborieux.

Le cours de la grossesse avait été troublé par de fréquents vomissements : toutefois l'accouchement s'annonçait normal, par une présentation du sommet dont la mère ignore la variété. Et la tête sortit en effet facilement. Mais à partir de ce moment, et sans que nous sachions pourquoi, la rotation ne se fit pas. L'épaule gauche se dégagea, mais la droite resta dans la cavité pelvienne, et comme l'enfant devenait bleue, asphyxiait, la sage-femme, la croyant perdue, s'efforça de terminer l'accouchement à tout prix. Elle fit tirer d'un côté la tête par le père, tandis qu'elle-même accrochait le membre et exerçait sur lui de fortes tractions. Elle arriva ainsi à sortir l'enfant, mais en état d'asphyxie et l'on eut quelque mal à le ranimer.

C'était une petite fille, bien constituée, pesant onze livres. On s'aperçut bientôt que le bras droit tombait inerte le long du corps. On crut qu'il existait une luxation de l'épaule, et l'on immobilisa l'articulation, après des manœuvres de réduction. Cela ne fit rien, naturellement, car vous savez que les luxations de l'épaule par traumatisme

obstétrical n'existent pas. Et je vous répète que l'examen attentif du squelette m'a montré que tous les os étaient intacts : ni sur la clavicule, ni sur l'humérus, il n'y avait de fracture ou de cal.

Vous pourriez donc admettre qu'au cours de ces manœuvres, dont la brutalité est certaine, le nerf musculo-cutané a subi une injure, contusion, compression ou élongation. Ce serait possible si l'expérience ne nous apprenait pas que, dans ces conditions, d'autres muscles sont toujours frappés. Avec un enfant aussi jeune, la palpation ne peut guère nous renseigner sur l'état précis de certains muscles, mais j'étais à peu près certain *a priori* que le deltoïde et le long supinateur participaient à la paralysie, et c'est pour le démontrer que j'ai prié mon ami le docteur Huet, chef de service d'électrothérapie à la clinique de la Salpêtrière, d'étudier électriquement les muscles du membre supérieur. Voici la note qu'il m'a adressée :

« Dans tout le domaine radiculaire supérieur du plexus brachial, on constate une grande diminution ou même l'abolition de l'excitabilité faradique des muscles, avec conservation de l'excitabilité galvanique. Mais les contractions sont lentes et la contraction que produit la fermeture du courant est plus forte au pôle négatif qu'au pôle positif.

On a ainsi la réaction de dégénérescence bien nette sur tout le deltoïde, sur les muscles innervés par le musculo-cutané, sur le long supinateur et peut-être existe-t-elle un peu sur les radiaux. Au niveau du sous-épineux, il est difficile de la constater, mais elle est probable.

Tous les autres muscles du membre supérieur sont sains et ont des réactions électriques normales. »

Ainsi, avant d'adresser la mère à mon élève Weill et à mon ami Huet pour examen plus circonstancié, je vous avais annoncé une *paralysie radiculaire supérieure ;* M. Huet me répond qu'il y a paralysie dans tout le domaine radiculaire supérieur du plexus brachial. Et l'examen électrique nous montre qu'avec celle des muscles innervés par le musculo-cutané il y a paralysie du long supinateur innervé par le radial, du deltoïde innervé par le circonflexe. C'est là, en effet, ce qui caractérise la paralysie radiculaire supérieure, et vous allez le comprendre après quelques mots d'étude générale sur les paralysies radiculaires.

II

Quel que soit l'âge du sujet, lorsqu'une traction énergique est exercée sur le membre supérieur, lorsqu'un abaissement brusque est imprimé au moignon de l'épaule, on observe quelquefois, qu'il y ait ou non fracture ou luxation dans le squelette voisin, des phénomènes paralytiques plus moins graves dans le domaine du plexus brachial correspondant. Ces paralysies, observées également à la suite de certaines compressions nerveuses par tumeur, par mal de Pott, sont au premier abord très bizarres, en ce sens qu'elles ne portent pas sur tous les muscles innervés par une des branches terminales du plexus brachial; que d'autre part elles frappent des muscles innervés de toute évidence par différentes de ces branches terminales.

C'est avec Duchenne (de Boulogne) que commence, en 1861, l'histoire de ces paralysies qui paraissent d'une pathogénie si déconcertante ; peu à peu la question a été élucidée, grâce aux travaux d'Erb, de Sécrétan, de Féré, de Forgue, de Mlle Klumpke surtout, et nous savons maintenant à quoi tient cette dissociation étrange des troubles paralytiques. Mais d'abord, quelle est cette dissociation et quels sont les types cliniques observés ?

Dans certains cas, le *membre supérieur tout entier* est paralysé à la fois du mouvement et de la sensibilité, et avec cela on observe des troubles oculo-pupillaires : du côté paralysé, la pupille est contractée et la fente palpébrale est rétrécie. Ces troubles peuvent persister en cet état; dans d'autres cas, ils se localisent à certains groupes musculaires, qui peuvent d'ailleurs être pris isolément et primitivement. Mais quel que soit le mode de début, ces paralysies partielles constituent deux types.

Dans l'un, appelé *type supérieur*, les muscles atteints sont le deltoïde, le biceps, le brachial antérieur, le long supinateur : c'est-à-dire que les nerfs circonflexe, musculo-cutané et radial y participent, mais pour une partie seulement de leur territoire. Avec cela sont atteints, d'une façon variable et moins grave, les muscles grand pectoral, grand rond, grand dorsal, grand dentelé et corut supinateur. Les troubles sensitifs sont souvent nuls; quand ils existent ils sont légers, limités au territoire du circonflexe et du musculo-cutané.

Dans le *type radiculaire inférieur*, la paralysie occupe au bras le triceps, à l'avant-bras tous les muscles, sauf le long supinateur. Mais avec cela existent des troubles sensitifs caractérisés par une anesthésie qui a coutume de remonter un peu au-dessus du coude, qui peut même atteindre le bras, sauf sa région interne innervée par les perforants intercostaux. En outre, on observe les troubles oculo-pupillaires que je signalais il y a un instant.

Il convient d'ajouter immédiatement que ces divisions, qui correspondent cependant à de nombreux faits cliniques nettement caractérisés, sont parfois un peu artificielles, et que la paralysie peut, sans être totale, atteindre à la fois, mais en partie, des muscles dans les deux territoires que nous venons de limiter.

Rien dans tout cela ne rappelle les paralysies consécutives aux sections dans l'aisselle des nerfs terminaux du plexus brachial, mais on n'a pas tardé à trouver l'explication de ces disséminations et de ces associations au premier aspect paradoxales. Ce fut d'abord Erb qui, en 1874, provoqua des contractions simultanées dans les muscles deltoïde, biceps, brachial antérieur et long supinateur, en excitant électriquement, sur le vivant, un point situé à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la clavicule, un peu en arrière du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, au niveau de l'apophyse transversale de la septième vertèbre cervicale. Ce « point d'Erb » est situé sur le trajet des cinquième et sixième paires cervicales.

Cette donnée était évidemment d'une précision anatomique insuffisante, mais elle nous faisait comprendre qu'inversement une lésion de ces deux paires devait être capable de réaliser en clinique le type déjà connu de la paralysie actuellement appelée radiculaire supérieure. Et en fait, à l'aide de dissociations, sans doute assez grossières, mais cependant probantes, faites en peignant, pour ainsi dire, de bas en haut les principaux fascicules des branches terminales du plexus brachial, on est arrivé bientôt à établir que :

1° Les filets nerveux qui forment une paire rachidienne aboutissent, après un trajet complexe dans le plexus, à plusieurs branches terminales.

2° Les filets nerveux qui forment une branche terminale remontent, après un trajet complexe dans le plexus, à plusieurs racines.

En d'autres termes, chaque racine constituante du plexus commande partiellement à plusieurs branches terminales; chaque branche terminale dépend de plusieurs racines.

On a été plus loin, et Féré a pu résumer en un schéma l'origine radiculaire dissociée des branches terminales et collatérales du plexus brachial. Voici ce schéma, qu'on aurait tort de considérer comme absolu et définitif, mais qui est suffisant pour expliquer les principaux faits cliniques :

Circonflexe et musculo-cutané : cinquième et sixième cervicales.

Radial : sixième, septième et huitième cervicales.

Médian : sixième, septième et huitième cervicales; première dorsale.

Cubital : septième et huitième cervicales, première dorsale.

Brachial cutané interne et son accessoire : première dorsale.

Nerfs du sous-clavier, de l'angulaire, du rhomboïde, du sus-scapulaire, nerf supérieur du sous-scapulaire : cinquième cervicale.

Nerfs du grand rond et du grand dentelé : cinquième et sixième cervicales.

Nerf du grand pectoral et nerf thoracique postérieur : cinquième, sixième et septième cervicales.

Nerf du grand dorsal : septième cervicale.

Nerf du petit pectoral : septième et huitième cervicales, première dorsale.

Nerf intercostal : première dorsale.

Filets sympathiques oculo-pupillaires : première dorsale et peut-être septième cervicale. Leur action est de dilater la pupille et, par contraction du muscle de Muller, de faire saillir le globe oculaire.

Je n'ai pas besoin d'insister pour vous faire comprendre que des lésions très diverses, traumatiques ou spontanées, agissant par compression ou par contusion, peuvent fort bien porter sur les racines ou sur le plexus avant l'émergence des branches collatérales ou terminales; et vous concevez, par exemple, que la destruction des cinquième et sixième paires, au niveau du point d'Erb, va vous donner le type de la paralysie radiculaire supérieure. Ce qu'il importe de vous signaler à nouveau, c'est le fait par lequel j'ai commencé ce rapide résumé : par traction sur le membre supérieur ou, ce qui revient au même, par abaissement du moignon de l'épaule, une élongation à conséquences plus ou moins graves peut atteindre le plexus et ses racines. Autrefois, à l'autopsie d'un sujet qui avait subi des manœuvres violentes à propos d'une luxation de l'épaule, Flaubert (de Rouen) a trouvé, par arrachement, une déchirure complète des racines du plexus brachial dans les trous de conjugaison. Entre ce trauma formidable et la parésie passagère par élongation légère, tous les intermédiaires existent.

Nous voici maintenant en état d'appliquer ces données générales aux paralysies obstétricales.

III

On trouvera des renseignements, assez vagues il est vrai, — et la date nous l'explique, — sur les paralysies radiculaires dans la thèse qu'en 1872 Nadaud consacrait aux paralysies obstétricales. Mais il faut arriver à la thèse de Roulland, en 1887, pour avoir des notions précises; et peu à peu notre instruction a été perfectionnée par Comby (1), par Guillemot (1) surtout, dont la thèse contient des documents fort instructifs; depuis, je mentionnerai les observations et mémoires de mon élève P.-E. Weill (2), de Fieux (3), de Duval et Guillain (4). Grâce à ces travaux, nous connaissons bien l'étiologie, le mécanisme, les variétés et le pronostic de ces paralysies radiculaires obstétricales.

Dans l'étiologie, le premier point à mettre en relief est que les paralysies radiculaires du plexus brachial succèdent toujours à un accouchement pénible, et d'une façon presque constante à une intervention, que ce soit une application de forceps, une version, une traction pour dégager un bras. On les voit compliquer tantôt un accouchement par la tête, tantôt une présentation du siège; peu importe, du reste, que l'engagement se soit fait dès l'abord par cette extrémité ou qu'il ait été le résultat d'une version, transformant une présentation de l'épaule.

Les paralysies qui succèdent à la présentation céphalique sont moins fréquentes que celles des présentations du siège. La raison en est que l'accouchement par le sommet a d'ordinaire une évolution facile et spontanée. On comprend donc que, plus volontiers dystociques, les présentations postérieures soient plus souvent coupables que les antérieures. Toujours, d'ailleurs, on trouve notées des interventions, telles qu'applications de forceps, tractions sur les épaules, la tête. Dans l'accouchement par le siège, les paralysies sont également dues à des difficultés d'expulsion fœtale. Tantôt, les bras étaient relevés au-desus de la tête et leur dégagement fut laborieux; tantôt, la sortie des membres opérée, la tête ne se dégagea qu'après de fortes tractions exercées sur les épaules ou le cou.

Mais, qu'il s'agisse du sommet ou du siège, le fait important est que la brutalité des manœuvres est responsable de l'accident. Direz-vous que l'accouchement a été pratiqué avec douceur et méthode dans l'observation que j'ai résumée il y a un instant? Et chez mon autre malade, celle dont Weill a publié l'histoire, le médecin a appliqué le forceps, puis a tiré sur un bras : d'où, variété rare, une paralysie radiculaire inférieure après présentation du sommet. Quant aux accouchements par le siège, nous savons tous qu'ils sont assez délicats à mener à bien : mais n'est-il pas instructif de signaler que si, dans un coin de la Bretagne, Guillemot a pu réunir 12 observations, cette véritable « endémie » est due à la pratique d'une seule sage-femme? Et nous conclurons sans hésiter que c'est la faute de manœuvres maladroites et brutales. Voilà pourquoi j'ai commencé par vous dire que la connaissance de ces paralysies nous apprenait à les éviter.

Mais quelles sont, exactement, les manœuvres dangereuses? On a d'abord incriminé la compression du point d'Erb, soit par les cuillers du forceps, soit par les mains de l'accoucheur : et Roulland, dans sa thèse, défendit cette pathogénie, qui fut en général adoptée. Mais les recherches récentes de Fieux, de Duval et Guillain, semblent prouver que, si ce mécanisme peut être, dans quelques cas rares, invoqué de façon indéniable, il ne peut le plus souvent en être question : ces paralysies peuvent se produire sans qu'on ait touché au forceps, sans que les doigts aient été seulement appliqués au cou, mais alors on a exercé des tractions soit

(1) Comby. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, Paris, 22 janvier 1891, p. 13.

(1) Guillemot. *Ann. de gyn. et d'obstét.*, janvier 1897, t. XLVII, p. 35.

(2) P.-E. Weill. *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, octobre 1896, p. 484.

(3) Fieux. *Ann. de gyn. et d'obstét.*, janvier 1897, t. XLVII, p. 52.

(4) Duval et Guillain. *Arch. gén. de méd.*, août 1898, t. II, p. 143.

sur la tête, soit sur un bras : et l'on devrait en somme, dans presque toutes les observations, incriminer l'élongation des nerfs, qui peut aller du tiraillement jusqu'à la rupture (1). Faisant un pas de plus, Duval et Guillain ont étudié les conditions anatomiques qui prédisposent les nerfs du plexus brachial à la distension. Ils ont vu les raisons pour lesquelles les cinquième et sixième paires cervicales et la première paire dorsale subissaient, plus facilement que les autres, l'élongation, d'où la fréquence plus grande des paralysies radiculaires supérieures.

Les racines, dans leur trajet intra-rachidien, sont de plus en plus obliques en bas et en dehors de la cinquième cervicale à la première dorsale. Après leur fusion au niveau du trou de conjugaison, les racines antérieures et postérieures se réfléchissent, sauf la huitième cervicale et la première dorsale, sur la gouttière des apophyses transverses, sur « la gargouille transversaire ». Dans leur trajet extra-rachidien, les racines se dirigent en dehors pour s'anastomoser plus loin. La septième racine cervicale continue directement son trajet en bas et en dehors, tandis que les deux racines supérieures font un angle ouvert en bas, et les deux inférieures un angle obtus ouvert en haut. La première racine dorsale, en outre, s'enroule autour de la première côte.

D'autre part, la situation des branches du plexus brachial n'est pas fixe ; les mouvements du bras retentissent normalement sur elle et la modifient, à plus forte raison les mouvements exagérés. C'est ainsi que les mouvements d'abaissement de l'épaule tendent toutes les racines et surtout les supérieures (Tarnier, Fieux) ; la distension est forte, quand à l'abaissement se joint une inclinaison latérale du côté opposé.

(1) Il résulte de recherches récentes de Schœmaker (*Zeits. f. Geburtsh. u. Gynæk.*, 1899, t. XLI, fasc. 1) que, lorsqu'on refoule l'épaule en haut, les nerfs sont parfois comprimés entre la clavicule et la première côte ; si en même temps on repousse l'épaule en dedans, ils peuvent se trouver pris entre la clavicule et la colonne vertébrale. Il en est de même quand on amène le bras derrière la tête. Ces diverses conditions peuvent se réaliser même dans des accouchements spontanés et se présentent souvent à l'occasion de diverses manœuvres obstétricales.

Le forceps ne peut atteindre le point indiqué par Erb que si l'on éloigne les marches de l'axe du corps. Dans ce cas la cuiller supérieure peut comprimer les racines des nerfs contre l'apophyse transverse de la cinquième vertèbre cervicale.

Au cours de la manœuvre de Mauriceau, il y a très peu de chances pour que la pression directe des doigts compromette les racines des nerfs cervicaux.

Sur 95 observations que M. Schœmaker a pu recueillir dans la littérature médicale, il s'agissait 55 fois d'une présentation de la tête : 10 fois l'accouchement avait été spontané, 8 fois on avait pratiqué sur la tête des tractions latérales pour faciliter l'engagement des épaules, 9 fois on avait placé le doigt en crochet dans l'aisselle, enfin il y a eu 28 applications de forceps. Sur 40 présentations de siège, il y avait eu 6 accouchements spontanés, et 13 fois les bras étaient relevés derrière la tête.

Au point de vue pratique, il importe de remarquer que, dans les accouchements normaux, il faut ne pas se hâter de tirer sur la tête pour faciliter l'engagement des épaules. Il est préférable de se borner à l'expression. Si l'on tire sur la tête, on doit chercher à le faire suivant l'axe du corps ; l'orsqu'on est obligé d'accrocher l'aisselle, il faut se garder d'exercer de fortes tractions.

D'autre part, toutes les fois qu'on applique le forceps, on doit aider son action par l'expression, s'il y a lieu de craindre que les épaules ne rencontrent un obstacle au détroit supérieur. Il faut maintenir le forceps dans l'axe du corps et, au besoin, recourir à la position de Walcher.

Enfin, dans l'extraction par les pieds il faut se hâter de dégager les bras s'ils sont relevés. Pour la manœuvre de Mauriceau, il faut tirer surtout avec le bras dont les doigts sont appliqués dans la bouche du fœtus. Il est préférable d'utiliser la position de Walcher et d'appliquer le forceps tête dernière que de pratiquer des tractions trop vigoureuses.

Au premier abord, il semble que les mouvements d'élévation de l'épaule devraient mettre les racines en relâchement. Il n'en est rien pourtant. Dans ce cas, le paquet vasculo-nerveux axillaire se réfléchit sur la tête humérale en bas et en avant, et fait angle avec les nerfs du bras. Ceux-ci servent de point fixe, et les racines sont encore distendues ; l'élongation porte surtout alors sur les deux paires supérieures et la première dorsale, qui peut également être aplatie sur la première côte.

Ces notions nous expliquent que les racines supérieures ou l'inférieure puissent être touchées isolément. Le traumatisme, de violence variable, lèsera plus ou moins les racines, et les paralysies seront légères ou graves, passagères ou définitives, simples ou compliquées d'autres troubles. Nous comprenons aisément que les paralysies supérieures soient plus fréquentes que les autres, puisqu'un moindre trauma les peut réaliser. On a d'ailleurs insisté sur ce fait, que la brusquerie de la distension jouait un rôle notable dans la production de la lésion nerveuse ; s'il faut une force, un poids considérable pour déterminer lentement la rupture d'un nerf, au contraire une subite et violente traction peut produire dans le nerf des lésions allant de l'hémorragie à la rupture névro-traumatique.

On pourrait s'étonner que ces paralysies, souvent durables, ne s'accompagnent que peu ou pas de troubles de sensibilité. La raison en est que la distension a une moindre répercussion sur les racines postérieures, ou que les territoires cutanés de distribution nerveuse s'imbriquent les uns les autres, si bien que la lésion de trois racines est nécessaire pour déterminer une zone anesthésique, comme l'ont bien montré Sherrington, Thornburn, Turner. Aussi l'absence de troubles de sensibilité, dont l'examen est d'ailleurs bien difficile chez le nouveau-né, ne peut-elle permettre de porter un bon pronostic. Il faudra recourir à l'examen électrique des muscles.

Il est, je crois, inutile de revenir ici sur la description symptomatique : il me suffira de vous dire que les paralysies obstétricales du plexus brachial présentent les mêmes variétés que les paralysies radiculaires de l'adulte. Et je vous rappelle en deux mots les paralysies radiculaires totales, accompagnées généralement de troubles de sensibilité, avec ou sans troubles oculaires.

Mon troisième malade, sur lequel MM. Huet et Cestan ont bien voulu m'envoyer une note détaillée, présente la réaction de dégénérescence nette dans le deltoïde, le biceps, le brachial antérieur, le long supinateur et les extenseurs des doigts ; en outre, le nerf cubital, sans présenter nettement la réaction de dégénérescence, n'a pas ses contractions normales ; enfin, il existe une diminution de la fente palpébrale. Il s'agit donc d'une paralysie totale, plus grave dans le domaine radiculaire supérieur.

Les paralysies peuvent être partielles ; les lésions des seules racines supérieures réalisent le type Erb-Duchenne, dont nous avons un exemple sous les yeux, et qui souvent ne s'accompagnent ni de troubles de la sensibilité ni de troubles trophiques.

Enfin, les lésions des racines inférieures déterminent des paralysies radiculaires ne portant que sur les muscles de l'avant-bras. Mlle Klumpke a montré ces paralysies toujours complétées par un syndrome oculaire que caractérisent le myosis, la rétraction du globe de l'œil, la diminution de la fente palpébrale, et que cause l'atteinte du premier nerf dorsal.

Les paralysies partielles se montrent d'emblée ou bien elles succèdent au bout de quelques jours à une paralysie totale, et ce sera peut-être le cas chez l'enfant dont je viens d'esquisser l'histoire.

La fillette que j'ai vue il y a quatre ans était un cas typique de paralysie inférieure obstétricale. L'enfant s'était également présentée par le sommet, la mère était une primipare et l'accouchement ne put se terminer spontanément. Non seulement le médecin fit une application de forceps, mais encore il dut exercer des tractions sur les bras.

L'enfant nous fut amenée, âgée déjà de trois mois, et la paralysie du bras droit, apparue dès la naissance, persistait encore. Le bras tombait inerte en pronation le long du corps. La sensibilité avait disparu à la main et à l'avant-bras, où la piqûre, les pincements ne provoquaient ni cris ni mouvements de défense; au contraire, elle persistait au bras. Les muscles de l'épaule n'étaient pas indemnes, mais les mouvements d'abduction du bras persistaient à l'état d'ébauche. On trouvait en plus du myosis, et les parents faisaient remarquer d'eux-mêmes que « l'œil droit était plus petit que l'œil gauche ». Toutefois il n'y avait pas d'atrophie de la face, ni de troubles trophiques autres que la diminution de volume des muscles de l'avant-bras. Les réactions électriques ne furent pas cherchées, mais on peut avancer avec certitude qu'on aurait trouvé la réaction de dégénérescence des muscles antibrachiaux.

Chez cette enfant, l'examen somatique nous révéla d'autres altérations. Il existait en même temps une luxation antérieure incomplète de la tête radiale et on ne pouvait mettre l'avant-bras ni en supination ni en flexion complète. En outre, toujours du côté droit, on trouvait un torticolis du chef sternal du sterno-mastoïdien.

J'attire votre attention sur les lésions traumatiques concomitantes. Le fait n'est pas exceptionnel, puisque sur 12 cas, tous consécutifs, il est vrai, à des présentations du siège, Guillemot a trouvé 2 fractures de la clavicule, 1 fracture de l'humérus, 2 lésions mal déterminées ayant causé une ankylose partielle de l'épaule. Dans des cas de paralysie totale, une ankylose de l'épaule a été vue par Duchenne, une fracture de l'omoplate et de la clavicule par Seeligmüller.

Si vous vous souvenez de ce que je vous ai dit, en examinant notre malade actuelle, de l'aide que l'intégrité voisine du squelette a apportée au diagnostic, vous conclurez sans peine qu'une fracture concomitante sera souvent une cause d'erreur. La fracture sera une explication suffisante à l'impotence du membre, surtout s'il y a paralysie supérieure avec conservation des mouvements de la main et des doigts : puis une fois venue la consolidation, vous serez tout surpris de constater une paralysie persistante, jusqu'alors méconnue. Trop heureux si à ce moment la famille ne vous accuse pas d'avoir causé cette complication par un appareil mal appliqué. Il y a là une question embarrassante, parfois même insoluble sans l'aide de l'exploration électrique des muscles, car chez le nouveau-né le diagnostic entre l'impotence et la paralysie peut être à peu près impossible par les moyens ordinaires d'investigation.

Et la surprise sera pénible, car quoi qu'on en ait dit, le pronostic est bien médiocre. Certes, il y a des cas légers, où la guérison est rapide et complète. Mais on a eu tort d'en vouloir faire la règle. Je suis resté sans nouvelles, après mon examen, de la fillette dont Weill a publié l'observation. Les parents l'avaient amenée de Belgique pour consulter à Paris, et depuis ils ne sont pas revenus. Mais quoique je ne l'aie pas revue, je suis convaincu que ses lésions ont persisté, et qu'aucun traitement n'a pu les améliorer beaucoup. Aussi bien, ses lésions nerveuses semblaient-elles profondes, puisque, en trois mois, elles ne s'étaient nullement modifiées, puisqu'elles s'accompagnaient d'une lésion articulaire, puisque, à défaut de troubles trophiques cutanés, il y avait une grande atrophie musculaire.

Pouvons-nous croire que la fillette qu'on nous amène aujourd'hui guérira complètement?

Nous aurions été en droit de l'espérer, si nous nous en rapportions aux affirmations des classiques, qui considéraient comme bénignes et de peu de durée les paralysies obstétricales. Il est probable que les auteurs de cette affirmation étaient tombés sur une heureuse série. Quoique, dans notre cas, il n'y ait ni troubles de sensibilité ni de trophicité, l'existence de la réaction de dégénérescence dans les domaines musculaires atteints nous oblige à réserver notre pronostic. Il est vraisemblable que nous n'aurons jamais de guérison complète. Cet examen électrique est précieux, car il permet à peu près seul d'établir un pronostic sur des bases sérieuses.

Il convient donc de savoir que le pronostic des paralysies radiculaires du plexus brachial d'origine obstétricale est aussi variable que celui des paralysies radiculaires traumatiques de l'adulte. On peut voir des paralysies légères, on rencontre plus souvent des paralysies durables.

Comby rapporte le premier en 1891 trois cas de ces paralysies radiculaires graves.

Mais surtout c'est à la thèse de Guillemot qu'il faut s'adresser pour avoir des renseignements sur ce point.

Les faits qu'il rapporte, au nombre de 12, sont des plus instructifs, car ils concernent des adultes et l'on peut juger par eux de ce que deviennent, dix et vingt ans après, les paralysies graves du plexus brachial. Constamment M. Guillemot a noté des troubles trophiques du membre supérieur portant sur la peau, les ongles et surtout les muscles. Il a vu apparaître une scoliose lente consécutive à l'atrophie du bras.

Si vous tenez compte, en outre, des ankyloses parfois consécutives aux lésions ostéo-articulaires concomitantes, vous voyez combien grande peut être l'infirmité définitive.

Quelquefois même le pronostic immédiat est rendu grave, au point de vue de la vie, par des lésions similaires produites en même temps sur le plexus cervical et le phrénique, sur le pneumogastrique.

Ces faits, il est vrai, n'ont rien à voir avec le pronostic de la paralysie radiculaire du plexus brachial envisagé en soi. C'est déjà bien assez qu'elle puisse conduire à une infirmité permanente, et dans les cas graves votre thérapeutique sera impuissante. Cependant, ce n'est pas un motif pour rester de parti pris dans l'inaction. Dans les cas légers, sans réaction de dégénérescence, vous prescrirez de courtes séances d'électricité faradique et des massages des muscles atteints. Si vous constatez déjà la réaction de dégénérescence, vous vous efforcerez de prévenir l'atrophie musculaire par les massages et des courants galvaniques de faible intensité. C'est ce que fait M. Huet, à ma demande, sur l'enfant que je lui ai adressée, sans grande illusion toutefois sur le résultat final.

PÉRITONITE APPENDICULAIRE

TRAITÉE PAR LA CURE RADICALE ET L'ÉBOUILLANTAGE (1)

Par M. le médecin principal Moty (de Lille).

Il s'agit d'un cas de péritonite survenue au cours d'une première atteinte d'appendicite, et qui a nécessité l'intervention immédiate.

Voici cette observation.

G..., soldat au 43e régiment d'infanterie, entre dans la nuit du 15 au 16 février, évacué d'un fort avec un diagnostic indécis. Il a été pris le 12, sans aucun phénomène prémonitoire et sans cause appréciable, d'une violente douleur au flanc droit, les mouvements exaspèrent la douleur, il marche courbé en avant; la nuit suivante, vomissements; la douleur s'étend le lendemain à tout l'abdomen, le poids des couvertures est mal supporté, un purgatif amène une selle très petite, le mercredi aggravation de l'état général; constipation, faiblesse, dyspepsie, vomissements, soif vive, douleur gravative au flanc droit. Le jeudi il est évacué par voiture sur l'hôpital où il arrive entre sept et huit heures du soir.

La température est de 38°8. Le pouls, le 16 au matin était petit, à 84, au moment de mon premier examen, mais la vivacité de la douleur au flanc droit et le facies anxieux du malade ne laissaient aucun doute sur l'urgence d'une intervention immédiate.

Le 16, à dix heures et demie, chloroformisation, incision iliaque droite, à trois doigts en dedans de l'épine iliaque intéressant successivement l'aponévrose du grand oblique et les plans musculo-aponévrotiques sous-jacents, ces derniers incisés plus en dedans, à l'imitation du procédé de Jalaguier, ouverture de la paroi et ouverture du péritoine après d'assez longues hésitations dues au dédoublement du fascia sous-péritonéal qui me fait croire un instant à des adhérences multiples du cæcum. L'incision complétée, on reconnaît qu'il n'existe aucune adhérence et, en écartant les anses congestionnées qui se présentent, on trouve sous le cæcum un appendice de 5 centimètres environ, turgescent, ainsi que son méso, non perforé, mais de couleur rouge; on le résèque au thermocautère, après ligature de son méso et écrasement de sa base avec des pinces et ligature double au catgut du point écrasé. On absterge le pus qui vient sourdre des replis péritonéaux voisins du foyer en dégageant une odeur fécale très accusée. Une fois le péritoine desséché, je passe rapidement, sur les anses de l'intestin grêle les plus dilatées et les plus rouges qui avoisinent le foyer, des tampons d'ouate montés sur pinces de Péan trempés dans un récipient d'eau bouillante.

Saisissant une des pinces, je passe rapidement le tampon sur l'anse, suivant son axe, et à plusieurs reprises; je renouvelle cette sorte de badigeonnage deux ou trois fois sur les anses les plus malades, en faisant reprendre par un aide, avec des tampons secs, l'eau qui se dépose sur l'anse en traitement, et je remarque que, sous l'influence de cette eau très chaude, la coloration de l'intestin redevient presque normale en quinze ou vingt secondes.

Si bien que je me décide à réunir la paroi en laissant seulement un gros drain en rapport avec le foyer; pansement habituel sec au salicylate de bismuth. Il y avait 96 pulsations à la fin de l'opération, le soir 86, les injections de sérum n'ont pas paru nécessaires.

Le 18, changement du pansement imprégné de sang;

Le 23, première selle, mise en place d'un tube plein étroit; le drain donne du pus d'odeur fécaloïde toujours assez accusée;

Le 25, ablation du deuxième drain;

Le 28, suppuration encore assez abondante; l'odeur fécaloïde est presque disparue.

(1) Communication à la Société de chirurgie.

Ablation des fils le 5 mars.

Dans la première quinzaine de ce mois, la suppuration se tarit rapidement, le trajet du drain se comble complètement et le malade est présenté le 23 à la Société de médecine du Nord. Il est sorti le 25 de l'hôpital avec un congé de convalescence de deux mois et une paroi parfaitement résistante.

L'emplacement du drain infecté par le pus est resté fongueux pendant quelque temps, ce qui a nécessité trois ou quatre attouchements à la solution d'acide salicylique au dixième dans l'alcool.

Nous trouvant en présence d'une péritonite généralisée, à marche lente, nous avons réglé notre conduite sur les commémoratifs, la vivacité de la douleur abdominale et son étendue, l'arrêt des selles, l'expression anxieuse du facies et la faiblesse progressive; notre impression était que la mort était certaine et proche si l'on s'abstenait d'intervenir, la suite a montré qu'il en était bien ainsi.

J'emploie depuis longtemps l'ébouillantage pour déterger les points d'adhérence des appendicites chroniques; c'est ce qui m'a amené à ne pas craindre d'ébouillanter directement et rapidement les anses intestinales atteintes; on sait que les lotions d'eau chaude maniable aux environs de + 50 degrés paraissent insuffisantes dans les péritonites généralisées : j'ai donc été un peu plus loin.

Le cas était favorable, puisque le pouls n'était qu'à 84, mais je doute que, sans l'ébouillantage, j'eusse obtenu une réunion aussi satisfaisante et des suites aussi simples. Au point de vue de la température supportée par les tissus ébouillantés, j'ai constaté qu'un thermomètre reposant sur de la ouate humide à + 40 degrés et soumis au même traitement, monte à + 70 degrés. L'élévation thermique momentanée n'est donc pas aussi considérable qu'on pourrait le croire.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(30 mars 1900)

Dans la dernière séance, M. Bar était venu, devant la Société médicale, faire une communication sur l'**excrétion rénale dans l'éclampsie**. Notre compte rendu était déjà si chargé que nous avons dû remettre le résumé de ce travail. En voici rapidement — car cette fois encore les communications sont nombreuses et intéressantes — les principales conclusions :

D'abord, l'éclampsie peut apparaître chez des femmes dont les reins excrètent avant le premier accès une quantité normale ou même exagérée d'urine.

Puis l'oligurie apparaît, mais seulement dans les heures qui suivent le premier accès. Lorsqu'il existait préalablement de l'oligurie, cette oligurie s'accroît considérablement après le premier accès.

Les lésions rénales ne sont pas préalables, mais elles sont secondaires; elles ne sont pas la cause, mais l'effet des accès éclamptiques. Ces accès sont produits par de véritables décharges de toxines dans le sang; les reins en éliminent autant qu'ils le peuvent, et leur perméabilité n'est pas diminuée, du moins primitivement. Ces toxines semblent provenir du foie; et c'est la destruction des cellules du foie qui paraît être la cause directe des accès éclamptiques.

M. Achard, poursuivant le cours de ses intéressantes recherches sur le **mécanisme de l'élimination du bleu de méthylène par les reins**, apporte une nouvelle étude, faite en collaboration avec M. Clerc, sur l'élimination de cette substance lorsqu'elle est prise à doses répétées.

Si l'on fait prendre du bleu de méthylène à doses répétées quotidiennement, on constate que la quantité de matière

colorante qui passe dans les urines de vingt-quatre heures peut être aussi élevée chez des malades dont la perméabilité rénale est diminuée que chez des sujets sains. Ce fait s'explique par l'accumulation du bleu dans l'organisme. Le premier jour, le sujet malade en élimine moins et par conséquent en retient davantage; par suite de l'accumulation quotidienne, il arrive un moment où la quantité de bleu qui circule dans le rein malade est telle que ce rein, sans améliorer sa perméabilité et tout en restant passif, en laisse passer une proportion plus forte et capable d'égaler celle qu'élimine le sujet sain. Mais quand on cesse l'administration du bleu, les différences reparaissent. Chez le sujet sain, l'élimination est promptement terminée. Chez le malade, elle se prolonge et, à partir de la dernière dose, la quantité de matière colorante éliminée peut même être plus élevée chez le malade que chez le sujet sain, ce qui démontre bien la réalité de l'accumulation.

L'étude des doses répétées de bleu démontre aussi que, chez les sujets qui éliminent une quantité inférieure à la normale, cet abaissement du taux d'élimination n'est pas dû à une destruction plus grande du bleu dans l'organisme, car si les tissus avaient un pouvoir de destruction plus fort à l'égard du bleu, l'accumulation de la matière colorante n'aurait pas lieu ou serait moindre que chez les sujets sains, et c'est le contraire qui s'observe.

Les lecteurs se souviennent peut-être qu'il y a bientôt un an, MM. Enriquez et P. Lereboullet ont présenté à la Société médicale un malade atteint de **pigmentation arsenicale** si généralisée qu'il avait été considéré comme atteint de maladie d'Addison. Cette fois, les mêmes auteurs rapportent un second cas très analogue; chez un malade atteint de psoriasis, est apparue, après quatre mois d'un traitement arsenical à la dose quotidienne de XXV gouttes de liqueur de Fowler, une mélanodermie prédominant au tronc et à l'abdomen, respectant en partie les membres et notamment les extrémités; cette mélanodermie avait un aspect tacheté; il existait un état lichénoïde de la paume des mains et de la plante des pieds. Il convient d'insister sur l'aspect tacheté, dont la netteté relevée dans beaucoup d'observations est assez spéciale, à la mélanodermie arsenicale.

On peut rapprocher de cette observation un fait rare et curieux de **maladie d'Addison**, rapporté par MM. Ménétrier Oppenheim. Ce cas se distingue surtout :

1° Parce que la maladie d'Addison a eu une évolution suraiguë; 2° parce que les symptômes addisoniens furent peu accentués; 3° parce que la mort a été occasionnée par une infection angineuse. Celle-ci fut une angine à pneumocoques, dont on sait cependant d'habitude la relative bénignité. Dans ce cas spécial, l'angine prit rapidement une gravité exceptionnelle et cela sans doute en raison de la suppression complète de la fonction surrénale (démontrée par les lésions constatées à l'autopsie), qui supprimait ainsi un moyen de défense organique.

La question de la **leucémie lymphocytique** a été mise à l'ordre du jour et discutée au cours des dernières séances par MM. Labbé, Widal. Elle donnera lieu sans doute encore à d'autres controverses. Signalons un nouveau cas apporté par MM. Petit et Weil qui ont observé un malade porteur de tumeurs volumineuses occupant tous les champs ganglionnaires. Le début de l'affection remontait à un an.

L'examen du sang montra que la leucocytose était presque uniquement due aux leucocytes mononucléaires; à l'autopsie aucun organe ne présentait macroscopiquement des lymphômes alors que le microscope en décela dans tous les organes examinés. On peut conclure, de ces différents travaux, que la leucémie lymphocytique constitue un type clinique et anatomique bien net.

MM. Bourcy et Laignel-Lavistine présentent un malade atteint de **lymphangite dermique hypertrophique récidivante** (elephantiasis nostras).

MÉDECINE PRATIQUE

Les gerçures du mamelon; prophylaxie et traitement.

[D'après M. Oui, agrégé à l'Université de Lille (1).]

Les gerçures du mamelon sont extrêmement fréquentes dans les premiers temps de l'allaitement, et l'on peut dire que les nourrices en sont atteintes à peu près une fois sur deux.

La véritable cause déterminante des gerçures, c'est la macération de l'épiderme sous la double influence de la salive du nourrisson et du lait qui s'écoule du sein dans l'intervalle des tétées. L'épiderme s'exfolie alors : le derme, mis à nu, s'excorie : ainsi se produit une petite plaie qui s'infecte et qui, au lieu de marcher vers la guérison, tend à s'étendre sous l'influence combinée de l'infection et de la succion exercée par l'enfant.

Telles sont les causes déterminantes des gerçures du mamelon. Mais il existe aussi des causes prédisposantes dont il faut signaler l'importance. Le traumatisme est, en effet, d'autant plus violent, d'autant plus prolongé, et dès lors d'autant plus nuisible que le mamelon est plus difficilement préhensible. Les mamelons les plus exposés aux gerçures seront donc les mamelons courts et peu extensibles, les mamelons non saillants, et surtout les mamelons rentrés ou ombiliqués.

La primiparité constitue, elle aussi, une cause prédisposante. Chez la femme qui a nourri un ou plusieurs enfants, la peau devient plus résistante. Aussi les gerçures, que l'on observe 59 p. 100 chez les primi et secondipares, n'existent plus que dans 45 p. 100 des cas chez les multipares.

Le défaut de propreté a une importance considérable. Si les bouts de sein ne sont pas lavés après chaque tétée, le mélange de salive et de lait qui reste à la surface du mamelon peut fermenter et favoriser ainsi l'apparition des gerçures.

Quelles sont les conséquences des crevasses pour la mère?

C'est tout d'abord la douleur, si vive dans certains cas qu'elle impose l'obligation de cesser l'allaitement. Les hémorragies provoquées par la succion sont par elles-mêmes peu importantes : mais l'enfant déglutissant le sang le rend ensuite plus ou moins modifié, sous forme d'hématémèse ou de melæna. C'est là un fait dont il est prudent de prévenir les parents, ne fût-ce que pour éviter des erreurs fâcheuses de diagnostic.

De toutes les complications des gerçures, la plus importante comme la plus grave est la production de lymphangites et d'abcès du sein. Ces accidents, dont la nature a soulevé tant de discussions, s'observent assez fréquemment. Aussi peut-on dire que « douleurs très vives, risques de suppuration, tels sont les dangers pour la mère; cessation possible de l'allaitement à cause de l'une ou l'autre de ces complications, voilà le danger pour l'enfant ». D'où la nécessité d'un traitement prophylactique et curatif.

Peut-on, au cours de la grossesse, modifier le mamelon de façon à diminuer sa prédisposition aux gerçures?

Les titillations d'un mamelon insuffisamment saillant

(1) *Écho méd. du Nord*, 18 mars 1900.

n'ont pas une grosse influence. Les succions ne sont efficaces qu'à condition d'être fréquemment répétées. De plus elles peuvent, lorsqu'elles sont pratiquées avec des instruments d'une propreté douteuse, être l'occasion d'accidents infectieux. M. Varnier a vu plusieurs cas d'abcès du sein au cours de la grossesse, dus à l'emploi de ces moyens.

Restent les lotions astringentes ou alcooliques. Elles sont préférables aux pommades, qui rancissent et irritent la peau, mais ce serait aller bien loin que de leur attribuer une valeur absolue dans tous les cas.

Après l'accouchement, on manque de temps pour faire une prophylaxie sérieuse, car les gerçures apparaissent généralement du troisième au cinquième jour après les premiers essais d'allaitement. On peut toutefois diminuer les chances d'apparition des gerçures en évitant les tétées trop rapprochées. On peut aussi agir en combattant l'infection des petites érosions superficielles qui pourraient se produire.

L'enfant sera donc mis au sein très régulièrement, toutes les deux heures et demie. On ne le laissera pas au sein plus de dix minutes à un quart d'heure. Avant et après chaque tétée, le mamelon et l'aréole seront lavés soigneusement à l'eau boriquée. Enfin, dans l'intervalle des tétées, le sein sera couvert d'un pansement antiseptique.

« La liste des médications employées pour traiter la gerçure une fois développée est longue, et sa longueur même est la meilleure démonstration de l'inefficacité des différents topiques successivement préconisés. » Le seul remède efficace serait la suspension de l'allaitement, remède aussi excellent pour la mère que déplorable pour l'enfant : aussi ne devra-t-on y recourir que dans les cas d'extrême nécessité.

On a donc essayé de soustraire le mamelon au contact direct de la bouche de l'enfant. Le collodion, employé dans ce but, offre l'inconvénient d'être très douloureux et de se décoller pendant la tétée. Le stérésol n'arrive pas à soulager les douleurs ni à produire la cicatrisation plus rapide des lésions.

Les bouts de sein artificiels et téterelles variées sont d'un emploi difficile : de plus, la succion faite à l'aide de ces instruments doit être très prolongée et est souvent presque aussi douloureuse que la succion directe.

L'antisepsie consciencieusement et intelligemment faite donne des résultats aussi satisfaisants au point de vue d'une prompte cicatrisation et met en outre la femme à l'abri des complications septiques qui sont trop souvent la suite des gerçures du mamelon.

Depuis 1883, M. Pinard utilise les compresses imbibées d'eau boriquée saturée, maintenues en permanence sur le mamelon dans l'intervalle des tétées. Tarnier conseille le sublimé en solution à 1 p. 5000; M. Lepage le bi-iodure à 1 p. 5000. M. Oui emploie plus volontiers la solution de sublimé à 1 p. 4000, dont il imbibe un peu d'ouate hydrophile. Ce pansement reste appliqué sur le mamelon et l'aréole, durant l'intervalle des tétées. Il est enlevé avant chaque tétée et le mamelon lavé alors soigneusement à l'eau boriquée.

Contre la douleur on a préconisé la cocaïne. A ce médicament dangereux il convient peut-être de substituer l'orthoforme, soit en poudre, soit plutôt en solution alcoolique saturée, comme l'a conseillé M. Maygrier. Ce médicament réussit dans la plupart des cas contre l'élément douleur.

FORMULAIRE

Pommade contre l'anthrax.

Ichthyol.................... 3 grammes.
Cérat camphré............... 15 —

Faire trois applications par jour du cette pommade sur la tumeur. (Félix, de Bruxelles.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 23 AU 27 AVRIL 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 23 AVRIL, à une heure. — 1er, *Faculté, salles nos 1 et 2* (1re série) : MM. Poirier, Retterer et Delbet; — (2e série) : MM. Tillaux, Rémy et Sébileau.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime) : MM. Hayem, Gilles de la Tourette et Heim ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Delens, Broca (Aug.) et Legueu ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Lejars et Walther ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Déjerine et Gaucher ; — M. Mauclaire, suppléant.

MARDI 24 AVRIL, à une heure. — 3e (2e partie), Anatomie pathologique, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Hanriot et Roger.

1er *Ecole pratique, salle no 4* (1re série) : MM. Le Dentu, Thiéry et Langlois ; — *Faculté, salle no 3* (2e série) : MM. Rémy, Quénu et Albarran.

2e (oral, 1re partie), *Faculté, salle no 2* : MM. Mathias-Duval, Poirier et Brun.

3e (2e partie), *Faculté, salle no 1* (1re série) : MM. Debove, Raymond et Marfan ; — *Petit amphithéâtre* (2e série) : MM. Grancher, Hutinel et Thiroloix.

4e : MM. Proust, Chantemesse et Chassevant ; — M. Vaquez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Berger, Schwartz et Faure; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Ménétrier et Dupré ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Joffroy et Charrin ; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

MERCREDI 25 AVRIL, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Broca (Aug.), Kirmisson et Walther.

1er *Faculté, salles nos 3 et 1* (1re série) : MM. Poirier, Retterer et Gley ; — (2e série) : MM. Rémy, Sébileau et Heim.

4e, *Faculté, salle no 2* : MM. Pouchet, Hanriot et Wurtz ; — M. Weiss, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Delens, Delbet et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Tuffier, Jalaguier et Lejars ; — M. Widal, suppléant.

JEUDI 26 AVRIL, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Guyon, Le Dentu et Faure

1er *Faculté, salle no 3* (1re série) : MM. Mathias-Duval, Quénu et Thiéry; — *Faculté, salle des thèses, no 2* (2e série) : MM. Rémy, Brun et Poirier.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle no 1* : MM. Berger, Schwartz et Bonnaire ; — (2e partie), *Petit amphithéâtre* (1re série) : MM. Debove, Chantemesse et Charrin ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Widal et Thiroloix.

4e : MM. Proust, Raymond et Thoinot; — M. Wurtz, suppléant.

VENDREDI 27 AVRIL, à une heure. — 1er *Faculté, salles nos 3 et 2* (1re série) : MM. Jalaguier, Gley et Sébileau ; — (2e série) : MM. Poirier, Lejars et Legueu.

3e (2e partie), *Faculté, salle no 1* : MM. Potain, Brissaud et Wurtz.

4e : MM. Pouchet, Thoinot et Widal ; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Kirmisson et Broca (Aug.) ; — (2e série) : MM. Delens, Delbet et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Grancher, Déjerine et Gaucher ; — M. Walther, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. André, suppléant.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 40. — JEUDI 5 AVRIL 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 5 AVRIL 1900. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE DATANT DE SIX ANS, AVEC CONTINENCE PARFAITE DU MÉAT HYPOGASTRIQUE, CHEZ UN VIEILLARD DE SOIXANTE-DIX-HUIT ANS, ATTEINT D'EMPOISONNEMENT URINAIRE AIGU D'ORIGINE PROSTATIQUE; INTÉGRITÉ DE L'APPAREIL URINAIRE; MORT A L'AGE DE QUATRE-VINGT-QUATRE ANS, DE CIRRHOSE HÉPATIQUE, par M. Xavier DELORE, chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine* : La mort dans la fièvre typhoïde, particulièrement la mort subite; — L'obstruction intestinale par les calculs biliaires; — *Chirurgie :* De la compression intra-abdominale de l'aorte dans les opérations sur le ventre; — Plaie contuse du foie (et du poumon droit); péritonite purulente circonscrite, pleurésie séreuse et pneumonie secondaires; — *Otologie et rhinologie :* Des végétations adénoïdes dans leurs rapports avec certaines maladies infectieuses de l'enfance, notamment la diphtérie; — *Ophtalmologie ;* Dacryo-adénite d'origine blennorragique. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE DATANT DE SIX ANS

AVEC CONTINENCE PARFAITE DU MÉAT HYPOGASTRIQUE, CHEZ UN VIEILLARD DE SOIXANTE-DIX-HUIT ANS, ATTEINT D'EMPOISONNEMENT URINAIRE AIGU D'ORIGINE PROSTATIQUE. — INTÉGRITÉ DE L'APPAREIL URINAIRE. — MORT A L'AGE DE QUATRE-VINGT-QUATRE ANS, DE CIRRHOSE HÉPATIQUE.

Par M. Xavier DELORE,
Chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon.

Dans notre *Traité de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques* (1), nous avons, page 278 et suivantes, publié (Obs. XXXVII) l'histoire d'un vieillard cystostomisé, pour des accidents très graves d'empoisonnement urineux aigu, chez lequel la continence du méat hypogastrique était parfaite.

Nous tenons à compléter aujourd'hui cette observation, qui s'arrêtait alors à la date du 15 janvier 1899. M. H... est, en effet, mort ces jours-ci, 9 mars 1900, d'une maladie (cirrhose hépatique) complètement indépendante de ses voies urinaires, restées jusqu'à la fin en bon état.

Ainsi que nous l'écrivait notre très distingué confrère, M. Rondet (de Neuville-sur-Saône), grâce à la cystostomie sus-pubienne, la survie de M. H... a été de six ans.

Voici cette observation qui se passe de tout commentaire.

M. H..., soixante-dix-huit ans, capitaine en retraite.

Depuis quinze ans, environ, envies fréquentes d'uriner. A trois reprises différentes, accidents de rétention ayant cédé aux cathétérismes et aux lavages de la vessie. Mais l'évacuation de l'organe restait toujours incomplète. Parfois, incontinence par regorgement.

(1) A. PONCET et X. DELORE. Paris 1899, Masson et Cie.

6 avril 1894. Cathétérisme et lavages de la vessie par M. Rondet. Amélioration.

Vingt-quatre heures après, nouveau sondage, frisson intense, température : 40 degrés. Les jours suivants jusqu'au 10 avril, la température oscille entre 39 et 40 degrés. Langue sèche, rouge sur les bords, fendillée comme une langue spécifique. Lèvres et dents recouvertes de fuliginosités. État général mauvais.

10 avril. État général de plus en plus grave, avec angoisse, agitation, subdelirium continu. M. le professeur Poncet pratique dans la soirée la cystostomie, avec l'assistance de M. Rondet.

17 avril. Grande amélioration. Température normale. Le malade ne souffre plus. Trois semaines après l'opération, il y a déjà un peu de continence des urines. Tous les signes d'empoisonnement urineux ont progressivement disparu.

Juillet 1894. M. Lagoutte (1) revoit le malade en excellente santé. Les fonctions digestives sont parfaites. Le méat hypogastrique est absolument continent. Pendant la nuit, pas une goutte ne s'écoule spontanément. Le malade éprouve, toutes les cinq heures environ, le besoin d'uriner.

L'urine s'écoule alors, soit avec un léger jet, soit en bavant et en descendant le long de la verge. Au point de vue de sa disposition, le méat est infundibuliforme. Il est soulevé par une légère éventration apparente, complètement indolente et réductible.

20 août 1897. M. Rondet a l'obligeance de nous communiquer les renseignements suivants : « La santé de M. H... est excellente, bien meilleure qu'avant l'opération, car à cette époque, le sommeil était fréquemment interrompu par les mictions, les digestions étaient très mauvaises. Le malade avait souvent de la fièvre et de l'embarras gastrique.

Toutes ces misères ne se sont pas renouvelées. Le capitaine est maintenant un homme, à allures vives, auquel on ne donnerait pas plus de soixante ans.

Il ne se lève plus que deux fois par nuit, pour uriner, une fois vers minuit, et l'autre vers quatre ou cinq heures du matin. Le jour, les mictions sont plus fréquentes. *Elles ont lieu toutes les trois heures*, *sont parfaitement volontaires*, *précédées du besoin ordinaire d'uriner*.

Le malade, ou plutôt le capitaine (car il ne veut pas qu'on le traite comme un malade), urine dans une large cuvette, parce que le jet est quelquefois bifide et divergent. Les mictions se font entièrement par la voie hypogastrique. Les urines sont limpides, assez foncées en couleur.

Il est assez difficile de reconnaître le trajet de l'urètre contre nature. M. Rondet croit cependant que le trajet du canal est oblique de bas en haut et de dehors en dedans.

(1) LAGOUTTE. *Résultats éloignés de la cystostomie sus-pubienne (63 observations)*, Th. de Lyon, 1894.

Le méat apparaît, dans un repli de la peau, comme un point situé à quatre centimètres au-dessus du pubis, non sur la ligne médiane, mais un peu en dehors et à gauche. »

23 décembre 1898. « Malade dans le même état parfait, » nous écrit M. Rondet.

Ces jours-ci, après un copieux dîner en ville où il s'était comporté en jeune homme (il avait accepté vin vieux, cognac, champagne), il a été atteint d'une légère indisposition.

Le lendemain : température 40 degrés, frissons et rétention. La dilatation du méat hypogastrique a fait disparaître rapidement tous ces accidents.

15 janvier 1899. Nous avons eu l'occasion d'examiner M. H... Comme nous l'a si bien dépeint son médecin, il est, malgré ses quatre-vingt-trois ans, alerte, plein de vie et d'entrain. « Je me porte beaucoup mieux, nous dit-il, qu'avant l'opération. Auparavant, j'avais la figure jaune, je digérais mal, je me lassais facilement, etc... ; aujourd'hui, il en va tout autrement ! » Ce récit, nous l'avons entendu faire, maintes fois, par d'autres cystostomisés. L'opération avait, en effet, entraîné la disparition de toute une série de malaises, premiers signes méconnus d'un empoisonnement urinaire, qui se révélant dans la suite par des accidents graves, devaient exiger la cystostomie.

3 décembre 1899. Le méat hypogastrique s'est rétréci, à tel point que la miction devient difficile. Un accès de rétention, avec élévation de la température, s'est déclaré hier. Le cathétérisme hypogastrique restant laborieux, nous pratiquons, avec M. Rondet, un débridement de l'urètre. Les accidents disparaissent aussitôt. Mais, depuis cette époque, des séances de dilatation, tous les huit à dix jours, furent exécutées, pour prévenir toute récidive de sténose.

9 mars 1900. L'opéré a succombé aujourd'hui à la suite d'une affection, sans corrélation avec les troubles urinaires. Son médecin nous écrit, quelques jours après sa mort :

« L'affection, à laquelle a succombé M. H..., a débuté il y a deux mois. A cette époque, je fus appelé auprès de lui pour une légère chute du rectum, qui réapparaissait, dès que le malade se mettait debout.

Je constatai alors que l'abdomen était légèrement météorisé et présentait un peu de flot ascitique. Le foie dépassait légèrement les fausses côtes, il était douloureux à la palpation. Les jours suivants, les phénomènes s'accentuèrent : la circulation veineuse superficielle se développa progressivement, et je portai le diagnostic de cirrhose hypertrophique du foie.

L'appétit ne tarda pas à diminuer, et le malade dut garder le lit. La teinte subictérique des conjonctives et de la peau, après avoir débuté il y a un mois, augmentait, mais sans atteindre cependant une couleur vraiment foncée.

On avait soin de pratiquer, tous les jours, des sondages hypogastriques. Les urines sont devenues rares vers la fin. Jamais elles n'ont été purulentes. L'urètre hypogastrique a admirablement fonctionné jusqu'à la mort. Il aurait ainsi fonctionné jusqu'à un âge encore plus avancé, si notre malade n'avait pas, durant ces dernières années, pris l'habitude de l'absinthe, habitude que lui, un vieux soldat d'Afrique, n'avait jamais eue dans sa carrière militaire. Pas de souffrance, conservation de l'intelligence jusqu'aux derniers moments. »

M. H... vint, en septembre 1894, se montrer aux membres du Congrès de chirurgie qui visitèrent la clinique de M. Poncet.

Déjà à cette époque, il urinait à volonté, par son néo-méat, qui était continent.

Depuis lors, sa santé était restée excellente. La miction avait lieu exclusivement par le méat hypogastrique, pas une goutte d'urine ne passait par l'urètre normal. Ainsi, la création d'un canal artificiel se trouvait, chaque jour, de plus en plus justifiée.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(3 avril 1900)

Qui aurait pu croire que la **rougeole** fût capable, à elle seule, de défrayer cinq ou six séances de l'Académie de médecine? Et ce n'est pas fini. On nous promet encore de nouvelles communications sur ce sujet. Il n'y a d'ailleurs pas à le regretter, car la discussion actuelle n'est pas sans intérêt. M. Vallin a répondu aujourd'hui à M. Grancher; il a rappelé ce qui se fait dans l'armée : quand un cas de rougeole apparaît dans une caserne, on transporte aussitôt le malade à l'hôpital dans une voiture, qui est ensuite désinfectée; on pratique immédiatement la désinfection de la chambrée qu'occupait ce malade; on soumet ensuite à une surveillance active, pendant quinze jours, les autres soldats occupant la même chambrée; chaque jour, chacun de ces hommes passe à la visite et est examiné pour être envoyé à l'hôpital s'il présente le moindre symptôme de rougeole. Les médecins militaires ne peuvent-ils pas ainsi suivre la marche d'une épidémie avec moins de chances d'erreur qu'en ville? Pouvons-nous donc, ajoute M. Vallin, dire à nos confrères de l'armée : La rougeole est la plus inévitable des maladies contagieuses ; toutes les mesures d'isolement ou de désinfection sont superflues; devons-nous répondre ainsi par ce *non possumus* aux médecins militaires qui s'appliquent à exécuter rigoureusement ces prescriptions? Ce serait là une véritable banqueroute de l'hygiène et de la prophylaxie des maladies contagieuses. M. Grancher prendrait-il la responsabilité d'une telle conduite?

A cela, M. Grancher répond qu'en entendant cette discussion il semblerait qu'il y eût une rougeole militaire et une rougeole civile. La vérité est qu'il existe un désaccord complet entre M. Grancher et ses collègues de l'armée sur l'un des modes de propagation de la rougeole. Le fait suivant, rapporté par M. Kelsch, paraît typique à M. Grancher : dans la caserne d'Avignon, installée au palais des Papes, où depuis deux ans il n'y avait pas eu un seul cas de rougeole, un soldat qui n'était pas sorti de la caserne, et qui était chargé de brosser des vêtements militaires enfermés dans des caisses, est atteint de rougeole ; on fait une enquête et on reconnaît que l'un de ces vêtements avait été porté par un rubéoleux. M. Kelsch conclut de ce fait que c'est ce vêtement qui a donné la rougeole à ce malade. M. Grancher déclare de nouveau ne pouvoir admettre cette interprétation. C'est là, suivant lui, un cas d'importation nouvelle du germe rubéolique et non un exemple de la reviviscence de ce germe. Ces faits d'importation extérieure s'observent constamment dans le service de M. Grancher, où la désinfection est répétée chaque jour avec le plus grand soin. Il peut donc, suivant l'expression d'un ministre célèbre, « enfermer MM. Vallin et Kelsch dans ce dilemme : ou bien ce sont des faits d'importation extérieure, ou bien la désinfection ne sert à rien. Nulle part, en effet, dit-il, celle-ci n'est pratiquée avec plus de soin que dans mon service. Grâce à elle, nous faisons de bonne besogne contre toutes les maladies infectieuses... sauf contre la rougeole. » Et M. Grancher fait remarquer la contradiction qui se retrouve dans les faits invoqués par MM. Kelsch et Vallin qui, croyant à la reviviscence du germe morbilleux, continuent à préconiser la désinfec-

tion reconnue parfaitement inefficace. « Si donc, répète-t-il, vous croyez à la reviviscence, vous ne croyez pas à la désinfection. »

Tous les médecins d'enfants, MM. Hutinel, Sevestre, sont d'accord sur ce point qu'il est impossible de découvrir la reviviscence du germe morbilleux après un certain temps et qu'il est, au contraire, de toute nécessité d'admettre l'importation par une tierce personne saine, ces faits d'importation s'observant journellement. En matière de rougeole, on aura beau faire, on aura beau prendre toutes les mesures les plus rigoureuses, on arrivera toujours trop tard. Il y a des cas de rougeole transmissible qui ne donnent lieu à aucun symptôme appréciable pendant la période d'incubation.

« Quoi qu'il en soit, ajoute cependant M. Grancher en s'adressant à M. Vallin, vous faites fort bien de désinfecter parce que, si vous ne faites rien contre le germe morbilleux lui-même, vous détruisez au moins d'autres germes qui peuvent devenir la source d'infections variées. »

Sommes-nous donc absolument impuissants contre la propagation de la rougeole? Pas tout à fait, nous concède M. Grancher, et voici les résultats très intéressants qui ont été obtenus dans son service : autrefois, la morbidité de la rougeole était dans le service, en moyenne, de 34 cas par an. Elle est actuellement de 10 à 11 seulement. Comment ce résultat a-t-il été obtenu? Ce n'est pas par la désinfection, mais bien par la *prévention*. Beaucoup d'enfants, dans nos hôpitaux, prennent la rougeole à la consultation. Or, chaque fois qu'un enfant est amené à la consultation, est reconnu n'avoir pas eu la rougeole, M. Grancher le fait isoler en boxe et traiter comme s'il était en incubation de rougeole. C'est grâce à cette mesure que la morbidité par la rougeole a pu être abaissée des deux tiers.

En résumé, la désinfection n'est pas l'arme de choix contre la rougeole. C'est à combattre les importations du dehors qu'il faut d'abord s'attacher. Il faut réserver la désinfection pour des cas où elle est bien autrement utile et efficace et si on veut l'appliquer à tous les cas de rougeole, il ne restera plus assez de désinfecteurs pour les cas de tuberculose ou d'autres maladies transmissibles autrement graves que la rougeole.

Telle est, très résumée, la nouvelle argumentation de M. Grancher sur la rougeole.

En somme, au point de vue pratique, le désaccord n'est pas bien grand entre M. Vallin et M. Grancher, celui-ci, tout en déclarant inutile la désinfection pour la rougeole, ne s'oppose pas autrement à ce qu'on la pratique; il approuve moins complètement la conduite suivie par nos confrères de l'armée. Mais où M. Grancher se sépare complètement de ses confrères, c'est sur la reviviscence du germe morbilleux qu'il n'accepte pas, alors qu'il attache, au contraire, une grande valeur à l'importation extérieure, comme moyen de propagation des germes morbilleux.

La discussion se poursuit entre MM. Grancher, Vallin et Kelsch sur ce point. M. Lancereaux, intervenant à son tour, demande à M. Kelsch combien de temps s'est écoulé, dans le cas d'Avignon, entre le moment où le soldat en question a été mis en contact avec le vêtement incriminé et le moment où il a présenté les premiers signes de la rougeole. M. Kelsch ne peut le préciser, mais quatorze jours se seraient-ils écoulés entre le brossage et l'éruption, cela prouverait-il que les germes n'ont pas été importés de l'extérieur à la même époque?

M. Henrot (de Reims) apporte à cette discussion une intéressante observation. Tous les cinq ans environ, on constate à Reims une épidémie de rougeole; pendant les périodes intercalaires, on ne compte annuellement que 3 ou 4 décès, dus à cette maladie; les années d'épidémie le chiffre des morts s'est élevé jusqu'à 250. Curieuse périodicité que M. Henrot se borne à signaler, laissant à l'Académie le soin d'en rechercher les causes.

Sur la discussion de la rougeole vient se greffer alors une nouvelle discussion, M. Lancereaux demandant à quel moment une pneumonie devient infectieuse.

Question délicate qui ne peut se résoudre mathématiquement. Les faits de pneumonie bénigne devenant le point de départ de pneumonies de plus en plus graves sont assez connus depuis les observations citées par M. Hutinel et M. Hallé pour que, dans cette question encore, chaque médecin agisse suivant sa science et sa conscience. C'est ce que pense l'Académie en votant la proposition de M. Vallin qui **adjoint à la liste des maladies à déclaration obligatoire, la pneumonie et la broncho-pneumonie.**

Signalons un très intéressant rapport de M. Laveran sur les travaux de la session organisée par l'École de médecine tropicale de Liverpool pour l'**étude du paludisme** à Sierra-Leone.

Les moustiques du genre *anopheles* sont les vrais propagateurs du paludisme et non les moustiques du genre *culex*. Les anopheles transmettent la maladie en suçant le sang des paludiques.

Pendant la saison sèche, où il n'y a plus de moustiques, l'hématozoaire du paludisme se conserve dans le sang des malades, où les moustiques viennent le chercher pour le disséminer à la saison suivante.

Si on évacuait tous les malades atteints de paludisme ou s'ils étaient tous soumis à un traitement quinique suffisant, on peut concevoir qu'on débarrasserait un pays du paludisme. Telle est la conclusion de l'enquête faite à Sierra-Leone.

Quant aux moyens de se débarrasser des moustiques vecteurs du paludisme et des larves vivant dans l'eau stagnante, ils consistent dans le dessèchement de ces eaux, si possible. Sinon, on peut répandre à leur surface de l'huile de pétrole en mince nappe. Du goudron frais versé goutte à goutte donne encore d'excellents résultats.

Enfin, l'usage des *punkas*, grands éventails fixés au plafond, l'usage des moustiquaires, peuvent éloigner plus efficacement les moustiques que les enduits d'huile de lavande, de vaseline camphrée ou naphtalinée.

A la fin de la séance, M. Castex montre cinq malades atteints de laryngopathies graves (épithéliomas, tuberculose) et qui paraissent définitivement guéris, les uns par l'ablation, les autres par des injections sclérogènes de solution de chlorure de zinc au vingtième.

M. A. Darier termine enfin cette longue séance, par la lecture d'une note fort intéressante, dans laquelle il dit avoir obtenu la cessation des douleurs oculaires les plus violentes (iritis, glaucome, kératite), par l'application, sur l'œil malade, de chlorhydrate d'éthylomorphine en poudre.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

La mort dans la fièvre typhoïde, particulièrement la mort subite. — M. Remlinger a dépouillé les rapports d'autopsie de 315 typhoïdiques décédés à l'hôpital militaire de

Tunis de 1887 à 1899. A peu près nulle pendant le premier septenaire, la mortalité de la dothiénentérie augmente considérablement pendant le deuxième; elle a son maximum au cours de la troisième semaine. La quatrième comporte un chiffre sensiblement égal à celui de la deuxième. La mortalité baisse ensuite progressivement. Les deux jours où la mortalité s'est montrée le plus élevée sont le dix-neuvième et surtout le vingtième. La mort survient plus tôt lorsqu'elle résulte d'une fièvre typhoïde hypertoxique que lorsqu'elle résulte d'une complication telle que l'hémorragie intestinale, la perforation dépendant directement de la dothiénentérie. Elle est plus tardive encore (quarante jours en moyenne) lorsqu'elle résulte d'une infection surajoutée, telle que la diphtérie ou la tuberculose. Enfin, la mort subite dont M. Remlinger relate 38 observations se produit en moyenne au dix-neuvième jour de l'affection. La plupart des dothiénentéries qui se sont terminées subitement étaient des fièvres typhoïdes bénignes. De même aux autopsies, les lésions intestinales étaient très discrètes. Les troubles cardiaques observés pendant la vie, la myocardite, la thrombose du cœur aux autopsies paraissent avoir été très exagérés et on peut admettre avec Dewèwre que les lésions cardiaques ne peuvent pas être incriminées dans plus de 10 p. 100 de cas de mort subite. Par contre, il est fréquent de noter, les jours qui précèdent le décès, l'existence de crises convulsives hystériformes ou épileptiformes. Aux autopsies, les lésions du foie et surtout des reins sont fréquentes, de sorte qu'on est tenté de faire jouer dans la pathogénie de la mort subite un grand rôle aux émonctoires. Les convulsions, les lésions du foie et des reins constituent des analogies curieuses entre certaines formes de fièvre typhoïde d'une part; d'autre part, certaines formes d'urémie et d'éclampsie. Dans l'un et l'autre cas, la mort paraît devoir être attribuée à une décharge bulbaire de toxines et de poisons, retenus dans l'organisme à la faveur de ces lésions du foie et des reins.

Il ne semble pas toutefois que les troubles des émonctoires puissent rendre compte de tous les cas de mort subite. Si on veut à toute force trouver à ces cas une explication, on n'a que l'embarras du choix entre les multiples théories proposées : réflexe stomacal, réflexe intestinal, anémie cérébrale, névrite du pneumogastrique etc., et qui sont successivement passées en revue... (Recherches statistiques sur la mort dans la fièvre typhoïde, particulièrement sur la mort subite. *Arch. de méd. mil.*, janvier 1900.) M.

L'obstruction intestinale par les calculs biliaires. — L'obtruction intestinale par les calculs biliaires, qui constitue un accident de très haute gravité, n'est pas très rare, car M. Brochard a pu en réunir 91 cas dans sa thèse (1). C'est presque toujours au niveau de la valvule de Bauhin que les calculs s'arrêtent. Celle-ci, d'ailleurs, présente des dimensions très variables, ainsi que M. Brochard a pu s'en assurer en en prenant la mesure, au moyen d'un appareil ingénieux imaginé par lui, sur un grand nombre de cadavres.

Chez l'homme, le diamètre varie entre 27 et 35, et le diamètre moyen est de 31^{mm}071.

Chez la femme, il oscille entre 26 et 33, et on trouve 29^{mm}8 comme diamètre moyen.

Le diamètre moyen de tous les sujets sans distinction de sexe est de 30^{mm}20, chiffre très supérieur à celui que Sappey avait donné et qui n'était que de 20 millimètres.

Comme, d'autre part, le diamètre moyen des calculs qui ont produit l'obstruction est de 30 millimètres environ, on conçoit que des calculs de ce genre ne passent que très rarement par le cholédoque. Celui-ci, en effet, se laisse parfois dilater; mais, dans l'immense majorité des cas, la migration se fait par une fistule qui réunit la vésicule au duodénum. Le calcul ainsi lancé dans l'intestin peut, pour ainsi dire, se contenter d'y apparaître pour provoquer une occlusion mortelle, comme dans des cas cités par M. Labadie-Lagrave (obs. I de la thèse de Garin). Plus souvent, après une pénétration franche, le calcul mélangé au chyme cheminera dans l'intestin grêle, entraîné par les mouvements péristaltiques; ou bien, surtout si la fistule est haut située, les mouvements antipéristaltiques le remonteront à travers le pylore jusque dans l'estomac, d'où il sera vomi plus tard par le malade. Les vomissements de cholélithes ne sont point un fait excessivement rare.

Beaucoup plus fréquemment le calcul s'engage dans le duodénum, s'apprêtant à parcourir la filière intestinale. Le plus souvent, le calcul adapte sa forme et son orientation, de telle sorte qu'il se trouve dans les meilleures conditions de progression, et au bout d'un temps hypothétiquement fixé par Maclagan à une dizaine de jours, il arriverait à la valvule de Bauhin.

Peut-être peut-il alors remonter encore, mais le plus souvent il reste fixé à ce point, et c'est de là que proviennent les phénomènes d'obstruction; mais ces accidents ne se produisent qu'après un temps tout à fait indéterminé.

Ces accidents, il faut le reconnaître, sont d'un diagnostic très difficile. En présence d'un vieillard atteint d'occlusion intestinale, on doit envisager la possibilité d'une cholélithe pour en faire le diagnostic différentiel. Si l'on attend qu'un signe en éveille l'idée, on risque fort de passer à côté sans le voir, de n'obtenir sur les antécédents que des renseignements incomplets. La première chose à faire, c'est l'étude minutieuse des antécédents biliaires : l'ictère, les coliques hépatiques, l'évacuation de calculs par vomissements ou dans les selles, la douleur de l'hypocondre droit et sa corrélation avec la digestion.

Ils manqueront souvent.

Les antécédents intestinaux seront recherchés avec le même soin. L'obstruction est-elle à répétition, les répits sont-ils francs ou bien trouve-t-on une difficulté permanente avec paroxysmes du cours des matières?

On procédera ensuite à l'examen objectif du malade. L'inspection indiquera peut-être une tuméfaction de la région de la vésicule biliaire. Quant au ballonnement du ventre, il est plus en rapport avec le siège de l'obstruction qu'avec sa cause. C'est un signe de valeur secondaire. La palpation décélera quelquefois une tumeur de la vésicule où la disparition d'une tumeur persistante, une hyperesthésie de la région; elle permettra de sentir un corps dur, mobile ou non, dans un point où le malade accusera quelquefois une douleur spontanée. Si l'abdomen est trop douloureux et trop tendu, la palpation devra être pratiquée sous le chloroforme. L'examen de la région hépatique sera particulièrement méticuleux.

Bien entendu on fera, comme dans toutes les occlusions, l'examen des trajets herniaires; on pensera aux hernies rares. Le toucher rectal ne sera pas négligé; on pourra employer les sondes rectales, le lavement électrique qui sera à la fois un agent de diagnostic et un mode de traitement.

Il est à noter que la radiographie est impuissante à déceler l'existence d'un calcul biliaire.

Le pronostic de cette obstruction est extrêmement grave, car la moitié des cas environ se terminent par la mort.

Si le diagnostic est posé, lorsque l'état général est bon et les accidents non menaçants, il faut prescrire l'huile de ricin à doses élevées, la belladone, les lavements électriques ou l'entéroclyse. Mais si le diagnostic est douteux, il vaut mieux procéder à la laparotomie qui permet d'enlever directement l'obstacle. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 mars 1900.)

(1) Thèse de Paris, 1899.

CHIRURGIE

De la compression intra-abdominale de l'aorte dans les opérations sur le ventre, par K. G. Lennander (d'Upsal). — Dans ce travail, qui complète celui déjà publié sur le même sujet deux ans avant, l'auteur revient sur les avantages, que donne la compression temporaire de l'aorte abdominale dans les cas d'extirpation des tumeurs adhérentes du petit bassin. Cette compression temporaire a duré de vingt à vingt-cinq minutes, selon les circonstances, et n'a jamais été suivie d'aucun accident; elle se fait généralement au niveau de la mésentérique inférieure, mais, pour un cancer adhérent de l'ovaire, l'auteur dut la faire porter jusqu'à l'origine de la mésentérique supérieure. Si l'on veut hémostasier une moitié seulement du petit bassin, il suffirait de comprimer l'iliaque primitive. La compression temporaire est des plus utiles, car on sait avec quelle facilité saignent les adhérences intrapéritonéales : l'hémorragie ne peut guère être arrêtée que quand on a pincé ou lié le vaisseau principal. L'auteur a proposé, dans le même ordre d'idées, le pincement temporaire des vaisseaux du foie ou de la rate, mais il n'a pas eu encore l'occasion ou la nécessité d'y recourir; J. Berg (de Stockholm) a pourtant ainsi enlevé une rate. (*Hygica*, LXI, 1899, p. 420.) R. DE B.

Plaie contuse du foie (et du poumon droit?); péritonite purulente circonscrite, pleurésie séreuse et pneumonie secondaires, par K. G. Lennander. — Un homme de trente-deux ans est heurté par le timon d'une voiture au niveau du rebord costal droit : il s'ensuit bientôt des douleurs, de la fièvre, du gonflement, quelques vomissements, de la toux (avec une petite hématémèse). Entré à l'hôpital quinze jours après, on lui trouve une tuméfaction de tout l'épigastre et de l'hypocondre droits. A la percussion, en arrière, la matité s'élevait jusqu'à la pointe de l'omoplate. Une ponction exploratrice, suivie aussitôt d'une incision, évacue une quantité énorme d'un liquide couleur chocolat, mais un peu rougeâtre. Entre le foie et le diaphragme existe une vaste cavité, qui descend jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure. Elle est limitée par des adhérences péritonéales. Le foie est dévié en bas et en dedans : il est en rotation légère autour de son axe antéro-postérieur. Sa surface présente un trou, gros comme un œuf de poule, à surface contuse. Tamponnement à la gaze. Les suites opératoires furent marquées par de graves complications pulmonaires : pleurésie et pneumonie droites et même tendance à l'invasion du poumon gauche. La première dut être plusieurs fois ponctionnée. Guérison après deux mois. Ce cas est intéressant par l'infection spontanée, en apparence, de l'épanchement biliaire sous-diaphragmatique, par l'enkystement de cet énorme épanchement, la stérilité de la pleurésie et la torsion probable de la veine-cave par rotation du foie. (*Nord Med. Arkiv*, 1899, n° 35, II.) R. DE B.

OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

Des végétations adénoïdes dans leurs rapports avec certaines maladies infectieuses de l'enfance, notamment la diphtérie. — M. A. Plottier (de Genève) a cherché à établir s'il n'existait pas un rapport plus ou moins constant de coexistence entre les végétations adénoïdes et certaines maladies infectieuses de l'enfance. Dans ce but, il a procédé à un examen minutieux du naso-pharynx sur une série de 268 enfants décédés à l'hôpital des Enfants-Malades, dans l'espace de quatre mois.

Sur ce nombre l'auteur a constaté 65 fois l'existence de végétations adénoïdes. Dans le tableau résumé que publie l'auteur je relève la coexistence de végétations adénoïdes et de la diphtérie 29 fois sur 53 cas de cette maladie.

Cette coexistence est d'une fréquence remarquable et s'oppose nettement à celle des végétations adénoïdes dans d'autres affections : 7 fois sur 54 cas de rougeole, 6 fois sur 27 cas de broncho-pneumonie, 5 fois sur 20 cas de tuberculose pulmonaire. L'auteur a constaté 3 fois l'existence de végétations adénoïdes sur 7 cas de coqueluche, ce qui donne une proportion presque aussi élevée que celle qu'il a constatée chez les enfants morts de diphtérie, mais le petit nombre de cas recueillis de la première affection ne permet pas d'attribuer à ces chiffres la même valeur qu'à ceux dont il a été fait mention à propos de la seconde.

Les végétations adénoïdes existaient 1 fois sur 5 cas de scarlatine, 2 fois sur 7 cas de méningite aiguë, 1 fois sur 12 méningites tuberculeuses.

Le fait prédominant qui ressort de cette statistique est la fréquence énorme des végétations adénoïdes au cours de la diphtérie, 54,7 p. 100, alors que les observations de M. Plottier, prises en bloc, donnent une proportion de 24,2 p. 100. Leur rareté dans la rougeole, contrairement à ce que l'on pourrait supposer d'après les idées reçues, est remarquable : l'auteur ne les constate que dans 12,9 p. 100 des cas de rougeole; il en conclut que, dans les cas de coexistence de ces deux affections, il ne s'agit généralement que d'une simple coexistence fortuite sans aucune relation de cause à effet.

Contrairement à l'opinion émise par M. Marfan dans son article sur la méningite tuberculeuse du *Traité des maladies de l'enfance* du professeur Grancher, la statistique de M. Plottier montre que les végétations adénoïdes ne sont pas bien fréquentes chez les sujets ayant succombé à cette maladie (1 fois sur 12). On sait du reste, aujourd'hui, que l'envahissement des végétations adénoïdes par le bacille de Koch n'est pas aussi fréquent qu'on l'avait enseigné autrefois.

L'auteur pense que, si les végétations adénoïdes coexistent souvent avec la broncho-pneumonie dans la proportion de 26,4 p. 100 (proportion résultant de l'adjonction aux 27 cas de broncho-pneumonie, des 7 cas de coqueluche dans lesquels la mort est survenue à la suite de cette complication), c'est que cette maladie est assez souvent la conséquence d'une poussée d'adénoïdite affectant les allures d'un coryza vulgaire.

Cette statistique basée sur des autopsies suggère quelques réflexions. En effet, la fréquence constatée des végétations adénoïdes chez les enfants morts de diphtérie, peut être le résultat d'un processus inflammatoire intense donnant naissance à des végétations adénoïdes dans les diphtéries graves puisqu'elles ont entraîné la mort de l'enfant. Cette fréquence peut également résulter d'une affinité particulière de la diphtérie pour les végétations adénoïdes ou plutôt pour les enfants que les végétations adénoïdes ont mis en état de réceptivité plus grande; si les enfants porteurs de végétations adénoïdes sont plus souvent atteints que d'autres de diphtérie, la proportion des végétations adénoïdes trouvée à l'autopsié d'enfants morts de diphtérie doit également augmenter, le nombre des morts pouvant rester néanmoins proportionnellement le même que dans la diphtérie banale; enfin la proportion trouvée peut tenir à ce que la localisation de la diphtérie sur les végétations adénoïdes ou chez des enfants porteurs de végétations adénoïdes est plus grave qu'une autre et entraîne plus souvent la mort.

L'auteur n'a pas envisagé la première de ces possibilités; c'est à la seconde et surtout à la troisième qu'il s'est plus particulièrement attaché : pour lui, la présence de végétations adénoïdes dans le naso-pharynx est un *locus minoris resistantiæ* véritable porte d'entrée pour toutes sortes de germes infectieux; de plus par la gêne respiratoire qu'elles déterminent, elles mettent les sujets dans de mauvaises conditions de résistence; chez eux la réceptivité à l'égard de la diphtérie paraît également accrue. Non pas que l'affinité des végétations adénoïdes pour la diphtérie soit forcément plus grande. Bien que l'auteur semble l'admettre, M. Plottier n'a constaté que dans un cas la présence de pseudo-membranes

diphtériques sur les végétations alors que la bouche était complètement indemne et deux fois l'envahissement simultané des amygdales palatines et des végétations sur 29 cas examinés. Rien ne permet d'ailleurs de conclure qu'il se soit agi dans ces 3 cas de localisation primitives sur l'amygdale pharyngienne.

L'auteur en terminant, fait remarquer que la diphtérie du pharynx passant souvent inaperçue l'absorption des toxines continue à se produire au niveau du rhino-pharynx alors que les autres parties de la gorge ont été détergées, ce qui avec l'insuffisance respiratoire que la présence de végétations adénoïdes détermine, contribue encore à aggraver les cas de ce genre.

L'auteur pense qu'un certain nombre de cas de diphtérie buccale, dans lesquels on ne constate qu'une rougeur de la gorge sans fausses membranes apparentes, alors que l'examen bactériologique du mucus révèle l'existence du bacille de Löffler, cas dits *diphtéries catarrhales ou bactériologiques latentes* ou *larvées*, sont souvent fonction d'une diphtérie dissimulée derrière le voile du palais. Il en est probablement de même, ajoute-t-il, de certains *croups* dits d'*emblée*. La présence de végétations adénoïdes peut également favoriser l'envahissement de l'oreille moyenne et des fosses nasales par la diphtérie.

Une poussée d'adénoïdite survenant au cours de la convalescence de la diphtérie pourrait en réveillant la virulence du bacille de Löffler déterminer une rechute de la maladie.

L'exploration systématique du naso-pharynx s'impose dans tous les cas suspects, ou avérés de diphtérie, surtout quand l'enfant présente des symptômes graves d'intoxication, alors qu'il n'existe que des fausses membranes discrètes et peu épaisses et qu'un examen attentif de la gorge n'a pas démontré l'existence de foyers dissimulés à la partie postérieure des amygdales, dans les fosses nasales ou à la base de la langue. L'amygdale pharyngienne peut alors être en cause. (*Revue hebd. de laryng.*, 1899, n° 41, p. 449.) P. V.

OPHTALMOLOGIE

Dacryo-adénite d'origine blennorragique, par M. A. Terson. — Les cas de dacryo-adénite consécutive à une blennorragie sont rares. Seelighson, en 1891, MM. Panas et A. Terson, en 1894, en ont publié des exemples.

Une nouvelle observation est la suivante : Il s'agit d'un cuisinier de trente-huit ans, qui eut, il y a deux mois, une blennorragie urétrale qui était enfin réduite à un suintement, lorsque, sans aucune cause occasionnelle, il se développa une dacryo-adénite typique bilatérale : la glande *orbitaire* du côté droit, le plus pris, était du volume d'une petite noix et extrêmement dure. Les glandes de Rosenmüller ne paraissaient pas, par contre, augmentées de volume. Il n'y avait ni exophtalmie, ni ténonite, ni iritis, ni conjonctivite marquée. Les yeux étaient plutôt larmoyants que secs. La résolution se fit en un mois, le malade étant traité par les balsamiques, la chaleur localisée, la révulsion à la tempe et l'onguent belladoné mercuriel.

La résolution simple a été également la règle dans les observations précédemment citées, et, dans un cas, il y avait, en même temps que la dacryo-adénite, une iritis violente.

La dacryo-adénite est donc, au même titre que les autres nombreuses complications générales de la blennorragie, à citer parmi les troubles métastatiques d'origine urétrale pouvant occuper les autres régions de l'œil et la capsule de Tenon.

Le malade n'a eu aucun accident articulaire ni d'orchite.

Il serait intéressant de savoir si l'ophtalmie purulente vraie peut quelquefois donner une dacryo-adénite ascendante. (Soc. d'opht. de Paris, mars 1900.) M.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Université de Paris. — Le Conseil de l'Université de Paris a désigné MM. les professeurs Lannelongue et Landouzy pour représenter l'Université de Paris au Congrès de la tuberculose qui se réunit à Naples du 25 au 28 avril, sous la présidence du professeur Baccelli, ministre de l'Instruction publique d'Italie.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Chartres, du cadre de Toulon, est désigné pour servir aux batteries d'artillerie de marine stationnées dans ce port, en remplacement de M. le docteur Rapuc.

M. le médecin de première classe Legrand, du cadre de Rochefort, a été détaché provisoirement en mission à Paris.

M. le médecin de deuxième classe Buisine, du cadre de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur le *Kersaint* (station locale de l'Annam et du Tonkin), en remplacement de M. le docteur Defressine.

M. le médecin de deuxième classe Henry, du cadre de Toulon, est désigné pour continuer ses services au régiment de tirailleurs sénégalais (compagnies détachées à la côte d'Ivoire), en remplacement de M. le docteur Le Strat.

Commission d'hygiène des établissements d'enseignement secondaire public. — Cette commission, instituée près le ministère de l'Instruction publique, donnera son avis sur toutes les questions relatives au régime des élèves, notamment dans les internats, et à la salubrité des locaux scolaires.

Elle inspectera, au moins une fois par an, les lycées du département de la Seine et procédera, en outre, à des inspections spéciales chaque fois que les circonstances l'exigent.

Ses membres pourront être délégués pour des inspections dans d'autres établissements d'enseignement secondaire des diverses académies.

A la suite de chaque inspection, la commission rendra compte au ministre, dans un rapport écrit, de ses observations et proposera les améliorations jugées nécessaires.

Cette commission comprend, outre le vice-recteur de l'Académie de Paris et le directeur de l'enseignement secondaire, MM. les docteurs Brouardel, J. Martin, Mosny, Netter, Ogier, Roux et Thoinot.

Lorsqu'il est procédé à l'inspection d'un lycée de la Seine, le médecin du lycée et l'inspecteur d'académie chargé, dans le même établissement, de l'inspection mensuelle des services matériels, sont adjoints à la commission et prennent part à ses délibérations.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ch.-Ferd. Marchal, décédé à Mondelange près Thionville (Lorraine), à l'âge de soixante-quinze ans, chevalier de la Légion d'honneur en récompense de ses services dans les ambulances de Metz en 1870, et officier de l'Ordre royal de la Couronne de chêne des Pays-Bas.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de l'agence des Voyages économiques, deux excursions permettant de passer la *Semaine sainte* ou les *Fêtes de Pâques à Rome*.

Départ de la 1re excursion : le 5 avril. — Retour le 1er mai.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 900 fr.; 2e classe, 810 fr.

Départ de la 2e excursion : le 8 avril. — Retour : le 21 avril.

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 495 fr.; 2e classe, 420 fr.

S'adresser, pour tous renseignements et billets, aux bureaux de l'agence des Voyages économiques, 10, rue Auber, et 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 41. — SAMEDI 7 AVRIL 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 7 AVRIL 1900. — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. La tuberculose de la rate (*fin*), par M. Xavier BENDER, intene des hôpitaux de Paris. — SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE ET DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. Traitement de la chlorose par les lavements de fer; — L'arsenic dans le traitement de la scarlatine.— REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — ACTES ET THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'HYPNOTISME EXPÉRIMENTAL ET THÉRAPEUTIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.— BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours pour six places de médecin des hôpitaux. — Sont déclarés admissibles :

MM. Bruhl, Renault, Soupault, Tissier et Bezançon, 50.

MM. Gouget, Macaigne, de Grandmaison et Belin, 47.

MM. Lévi (Léopold), Josué et Gallois, 46.

MM. Enriquez, Laffitte, Dufour, Thiercelin, Papillon (Henri) et Boix, 45.

Ex æquo, MM. R. Marie, Carnot, M. Labbé, Auclair et Phulpin.

La première séance de l'épreuve orale aura lieu le samedi 7 avril, à quatre heures et demie, à l'amphithéâtre de l'Administration centrale.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. Condé, médecin de première classe de la marine; Nègre, médecin en chef de réserve.

Au grade de chevalier. — M. Bouquet, médecin de première classe de réserve.

Guerre. — M. Wyart, médecin aide-major de deuxième classe du 21e régiment d'infanterie, est désigné pour être détaché pendant les saisons thermales de 1900 à l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains, en remplacement de M. le médecin aide-major de première classe Mathieu.

M. Choux, médecin-major de première classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine, est désigné pour l'emploi de médecin chef à l'École supérieure de guerre à Paris.

Marine. — M. le médecin principal Prat, du cadre de Lorient, est appelé à continuer ses services au port de Toulon.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 13e semaine, 1111 décès au lieu de 1060 la semaine précédente (moyenne 1090).

Cette augmentation est due en partie à la fièvre typhoïde, qui a causé 33 décès au lieu de 19 la semaine précédente (moyenne 6).

La variole n'a causé aucun décès, au lieu de 2 la semaine précédente. La rougeole a causé 26 décès, au lieu de 35 la semaine précédente (moyenne 20). La scarlatine 1 décès. La grippe 20.

La phtisie pulmonaire 221 (moyenne 214); la broncho-pneumonie 57 (moyenne 59); enfin, la pneumonie 54 (moyenne 66).

Faculté de médecine de Paris. — Les travaux pratiques de médecine opératoire spéciale, sous la direction de MM. Berger, professeur, et Hartmann, agrégé (Cours de M. le docteur Ombredanne, prosecteur), s'ouvriront le 23 avril, à une heure un quart.

Opérations d'urgence et de pratique courante. — I. Sutures des téguments en général; de la paroi abdominale. — Sutures des tendons; anastomose, allongement, transplantation, dédoublement des tendons; — Ténotomies.

II. Sutures des nerfs. — Sutures des os. — Sutures de l'intestin (traitement des plaies et ruptures de l'intestin).

III. Greffes épidermiques; greffes dermo-épidermiques à grand lambeau. — Autoplasties; méthodes française, indienne, italienne modifiée. — Traitement de l'ongle incarné.

IV. Extraction des corps étrangers du conduit auditif. — Trépanation de l'apophyse mastoïde. — Ponction lombaire.

V. Tubage; trachéotomie; laryngectomie. — Tamponnement des fosses nasales.

VI. Amputation du sein. — Thoracentèse; pleurotomie; résection temporaire ou définitive des côtes.

VII. Traitement du varicocèle, des hémorroïdes, de l'hydrocèle vaginale; des fistules anales.

VIII. Circoncision. — Urétrotomie interne. — Ponction de la vessie.

IX. Traitement de l'appendite; résection de l'appendice. — Anus artificiel iliaque.

X. Cure radicale de la hernie inguinale. — Traitement des hernies étranglées.

Le nombre des élèves à ce cours est limité. — Seront seuls admis les docteurs en médecine français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés. — Les droits à verser sont de 50 francs. — S'inscrire au secrétariat général (guichet n° 3) de midi à trois heures les lundis, mardis, jeudis et samedis).

— MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire, sous la direction de M. Quénu, commenceront le lundi 23 avril 1900.

Des conférences sur l'histologie pathologique contnueront à être faites par M. Macaigne, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'Assistance publique.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur J.-B. Malherbe, ancien médecin en chef des hôpitaux de Nantes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine, deuxième édition publiée sous la direction de MM. les professeurs Bouchard et Brissaud. Tome IV, par MM. A. Ruault, A. Mathieu et Courtois-Suffit : *Maladies de l'estomac, du pancréas, de l'intestin, du péritoine, de la bouche et du pharynx*). Un vol. gr. in-8° avec fig. dans le texte. — Prix : 16 francs. — Paris, Masson et Cie.

Pratique de la chirurgie courante, par le docteur M. Cornet, préface de M. le professeur Ollier. Un fort vol. in-12. — Prix : 6 francs. — Paris, Félix Alcan.

Mementos de médecine thermale, à l'usage des praticiens, publié sous la direction du docteur Morice, rédacteur en chef de la « Gazette des eaux », avec introduction par M. Huchard. *Stations hydro-minérales de la France* (1re série). Un vol. in-8° de 250 p. de texte, cartonné. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Comment on se défend contre les maladies du cœur, la lutte pour la vie, par le docteur Henry Labonne, licencié ès sciences, officier de l'Instruction publique. Une broch. in-8° avec belles fig. dans le texte. — Prix : 1 franc. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

La tuberculose de la rate (1).

Par M. Xavier Bender,
Interne des hôpitaux de Paris.

III

Symptômes. — La symptomatologie de la splénomégalie primitive est encore fort mal connue. Les cas sont trop peu nombreux et les différences individuelles trop marquées pour qu'il nous soit possible d'en dessiner le tableau clinique avec quelque précision. Nous devons donc nous borner à grouper les symptômes qui nous ont paru le plus constants, en essayant d'en établir la valeur séméiologique.

Les *phénomènes douloureux* sont généralement les premiers en date. Ces douleurs peuvent présenter une intensité très variable. Parfois, c'est seulement une sensation de malaise, de vague gêne, de pesanteur dans le côté gauche. Plus souvent, c'est une douleur véritable, localisée à la partie supérieure de l'hypocondre gauche où la pression la réveille : douleur continue, sourde et profonde, accrue par la pression du corset et de la ceinture ou par le décubitus latéral gauche, exagérée surtout par tous les mouvements un peu violents et par les efforts brusques. La marche en est rendue pénible et hésitante; le malade ne peut monter les escaliers qu'avec de grandes difficultés.

Parfois, enfin, les douleurs sont aiguës, lancinantes, pulsatiles; elles peuvent irradier à la paroi abdominale antérieure, à l'épaule gauche et au membre inférieur correspondant; elles peuvent être assez vives pour arracher des cris au malade, qui ne peut marcher que plié en deux.

La *splénomégalie* est la règle. Cette tumeur se développe progressivement et plus ou moins rapidement, en même temps que l'abdomen devient tendu. L'augmentation de volume de la rate est le plus souvent perceptible à la simple inspection. Il suffit de découvrir le malade pour constater une voussure marquée au niveau du côté gauche de l'abdomen. Tandis que, du côté droit, le ventre est aplati et même déprimé, du côté gauche il est surélevé et bombé. Les dernières côtes sont souvent rejetées en dehors, ce qui accroît le diamètre de la partie inférieure de la cage thoracique. La peau de cette région est amincie, d'aspect vernissé, avec un épiderme craquelé par places.

A la palpation, on sent dans l'hypocondre gauche et le flanc correspondant une tumeur allongée, ovoïde, à grand diamètre vertical. Cette tumeur présente un bord interne facilement délimitable; ce bord est inégal et bosselé de même, d'ailleurs, que la surface antérieure de la tumeur, où la main rencontre une série d'inégalités mousses, séparées par des dépressions plus ou moins appréciables. Dans quelques cas, cependant, la surface peut être à peu près lisse au toucher. L'extrémité inférieure de la tumeur, arrondie et mousse, est située au voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche et atteint même parfois la crête iliaque. L'extrémité supérieure s'enfonce sous les dernières côtes. La consistance est dure et ligneuse. La tumeur n'est généralement pas complètement fixe et l'on peut, par des mouvements saccadés, mobiliser quelque peu l'organe dans sa totalité. Cette exploration peut se faire, le plus souvent, sans provoquer de douleur, ce qui donne à penser, disent MM. Rendu et Widal, que les phénomènes douloureux du début sont dus vraisemblablement au développement d'une péritonite adhésive entre la rate et le diaphragme.

La percussion permet de déterminer la limite supérieure de la tumeur. La matité remonte jusqu'à une hauteur variable, en général jusqu'à la huitième ou à la septième côte. Cette matité est complète, en avant, dans toute l'étendue de la tumeur. Quand on fait coucher le malade sur le ventre, on constate que la matité se continue en arrière, sans changer beaucoup de caractère, jusqu'au voisinage du rachis. Assez souvent, une zone de submatité sépare la limite postérieure de la tumeur de la ligne médiane rachidienne. Mais cette zone pré-rachidienne de sonorité relative peut faire défaut dans les tumeurs très volumineuses.

L'auscultation de la tumeur permet parfois de percevoir un souffle doux et continu, ne différant d'ailleurs en rien des souffles que l'on entend dans les diverses splénomégalies.

A une période plus ou moins avancée de la maladie apparaissent des *troubles digestifs*. Ils font rarement défaut, mais peuvent être plus ou moins marqués. La langue est sale, l'appétit diminué; la constipation s'installe bientôt avec des alternatives de diarrhée. Les vomissements, rares au début de l'affection, deviennent fréquents et abondants à la période terminale, accompagnés d'une diarrhée intense qui épuise le malade.

L'*état général* est toujours gravement atteint. Au bout de peu de temps, on voit le malade perdre ses forces et maigrir considérablement.

La peau revêt le plus souvent une coloration jaune sale, terreuse, allant parfois jusqu'à présenter un aspect brunâtre comparable à la pigmentation des individus qui ont absorbé du nitrate d'argent. Quand elle existe, cette pigmentation est disséminée sous forme de taches étendues à une surface plus ou moins grande de la peau. Les conjonctives peuvent revêtir une teinte subictérique.

Mais, dans certains cas, la coloration de la peau présente des caractères tout à faits particuliers : nous voulons parler de l'existence d'une *cyanose* marquée des téguments. Cette cyanose n'a été observée que deux fois, par Scharoldt et par MM. Rendu et Widal. L'observation de Scharoldt ne donne, à ce sujet, que des renseignements incomplets; il y est dit seulement que « la coloration de la peau changeait depuis le rouge jusqu'au bleu intense; il y avait de la congestion et de la cyanose ». Chez le malade de MM. Rendu et Widal, la cyanose était un des symptômes les plus accentués. Elle était des plus marquées au niveau de la face, des doigts, des orteils et, d'une façon générale, au niveau de toutes les extrémités. Les pommettes étaient bleuâtres et violacées, tranchant nettement avec la teinte jaunâtre du reste de la face. Le nez, les oreilles, les lèvres, le gland présentaient cette même coloration violette intense, qui disparaissait facilement à la pression pour se reproduire immédiatement après. Au niveau des doigts, la cyanose ne s'accompagnait pas de déformations osseuses et les extrémités n'étaient pas refroidies.

L'examen du *sang* a été pratiqué chez plusieurs malades et a donné des résultats très variables. Dans certains cas, on note une augmentation considérable du nombre des globules rouges : le chiffre des hématies peut atteindre 6200000 (Rendu et Widal), 8200000 (Moutard-Martin et Lefas). Dans d'autres cas, la proportion des globules rouges est normale ou voisine de la normale : 4495000 (Quénu et Baudet); ou bien, au contraire, diminuée : 3200000 (Achard et Castaigné).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 375.

Rien de constant, non plus, en ce qui concerne les globules blancs. Le chiffre de ces derniers peut-être voisin de la normale (4500 à 6200) ou bien, au contraire, on peut avoir une leucocytose marquée : le malade de MM. Moutard-Martin et Lefas avait 31428 globules blancs.

Les préparations du sang ne révèlent, en général, aucune modification dans le diamètre ni la configuration des hématies. Parfois, cependant, le diamètre des globules rouges peut être légèrement augmenté.

Les *urines* ne présentent rien de particulier, au point de vue de la coloration. On y trouve parfois une faible quantité d'albumine, parfois un peu d'urobiline. Le seul caractère important consiste dans le maintien du taux normal de l'urée ; la quantité oscille, en moyenne, entre 20 et 25 grammes par vingt-quatre heures.

La *température* est très irrégulière ; elle oscille entre 37 et 40 degrés ; elle est toujours plus élevée le soir.

Un fait intéressant consiste dans l'absence d'hémorragies, alors qu'on les observe communément dans la tuberculose secondaire et dans les diverses affections de la rate. Jamais on n'a décelé de sang dans les évacuations ; alors même que l'examen attentif décelait dans leur contenu des stries brunâtres, ces dernières, examinées au microscope, ne montraient pas de globules rouges.

Dans un seul cas, on observa des épistaxis assez abondantes et répétées (Quénu et Baudet).

IV

Marche. Pronostic. — La marche de la tuberculose primitive de la rate est lente et chronique. L'accroissement de la tumeur se fait rarement d'une façon régulière, plus souvent par poussées, au moment desquelles les douleurs augmentent d'intensité et peuvent être assez violentes pour contraindre le malade à garder le lit.

Assez souvent, on note dans l'évolution de la maladie un caractère spécial, c'est l'intermittence des accidents qui « cessent et se reproduisent avec une alternance aussi régulière que la fièvre du paludisme » (Quénu et Baudet).

Le pronostic semble devoir être fatal, à moins d'une intervention chirurgicale qui, du reste, ne sera possible et utile que dans un petit nombre de cas.

La mort peut survenir par cachexie ; elle est souvent aussi le fait d'une complication intercurrente, mais, dans la majorité des cas, c'est la généralisation de l'infection tuberculeuse qui marque l'étape dernière de la maladie.

La durée est assez variable ; elle est habituellement d'un an environ, mais elle peut atteindre cinq, six et même huit années (Rendu et Widal).

VI

Diagnostic. — Le diagnostic de la splénomégalie tuberculeuse primitive est toujours très difficile, souvent impossible à poser.

Généralement, l'existence d'une splénomégalie sera facilement reconnue. Il est facile, le plus souvent, de rapporter à la rate une tumeur occupant la partie supérieure de l'hypocondre gauche. La palpation et la percussion méthodiquement pratiquées permettent facilement d'arriver à ce résultat. La phonendoscopie pourra être de quelque utilité, dans certains cas douteux.

Les cancers de l'épiploon, de la grosse tubérosité, de l'angle colique gauche peuvent parfois prêter à hésitation, mais seulement à un examen superficiel. La tumeur splénique, quand elle atteint un volume moyen, se laisse palper aisément ; les doigts suivent facilement le bord antéro-interne, qui forme un relief appréciable et peuvent l'accrocher à travers la paroi. Le doute, si doute il y a, ne sera jamais de longue durée. Il peut se faire encore que la tumeur soit masquée par du météorisme, de l'ascite, mais un examen clinique minutieux permettra d'éviter ces causes d'erreur.

Mais le diagnostic de tumeur splénique une fois posé, y a-t-il des signes qui permettent d'affirmer que cette splénomégalie est d'origine tuberculeuse ?

Nous n'hésitons pas à répondre que non, du moins en l'état actuel de nos connaissances. Aucun des symptômes que nous avons énumérés plus haut n'a une valeur absolue, ni la forme de la tumeur, ni la douleur, ni les phénomènes généraux, ni même l'hyperglobulie et la cyanose.

La cyanose n'a été observée que deux fois, l'hyperglobulie également, et encore dans des conditions bien différentes. Dans l'un des cas, il s'agissait d'une hyperglobulie rouge, le nombre de leucocytes étant resté normal ; dans l'autre on notait, en même temps qu'une augmentation du nombre des hématies, une leucocytose assez prononcée. D'autre part, on a observé des cas où le nombre des globules était normal, où il existait même un certain degré d'anémie, et l'autopsie montra cependant qu'il s'agissait bien d'une tuberculose primitive de la rate. L'examen du sang n'est donc pas un critérium absolu.

Des observations ultérieures nous feront peut-être connaître les rapports qui existent, sans doute, entre telle ou telle forme anatomique de la tuberculose de la rate et l'état du sang ; mais actuellement, il serait prématuré de vouloir établir la formule hématologique de la splénomégalie tuberculeuse primitive.

Ainsi donc, pris isolément, aucun de ces signes n'a de valeur absolue ; quand ils sont associés, ils acquièrent une plus grande importance, mais il n'en est pas moins vrai que, dans les cas où le diagnostic sera possible, il ne pourra guère être porté que par élimination.

Il sera facile, le plus souvent, d'éliminer les splénomégalies qui accompagnent les diverses cirrhoses du foie. Les signes propres à ces affections permettront généralement de les reconnaître. De même, on éliminera facilement l'hypertrophie splénique de cardiaques asystoliques, principalement ceux qui, comme l'a dit Hanot, font leur asystolie au niveau du foie. L'examen du cœur, l'existence d'œdèmes et souvent d'ascite, les battements hépatiques, permettront de faire le diagnostic.

La recherche des antécédents permettra de reconnaître la grosse rate de l'impaludisme chronique. La tuméfaction splénique est quelquefois considérable, la rate pouvant atteindre l'ombilic et même le dépasser. M. Rendu a insisté sur la forme orbiculaire, en gâteau, que présente la rate paludique, et sur ce fait que l'organe a plus de tendance à se développer transversalement, vers l'ombilic, que verticalement. On a signalé, dans certains cas, de véritables pulsations spléniques avec souffle systolique.

Les antécédents négatifs permettront d'éliminer également la syphilis splénique. Dans ce cas, l'hypertrophie est en général peu considérable ; l'examen du sang révèle un certain degré d'anémie ; la céphalalgie est à peu près constante.

La grosse rate leucémique sera facilement reconnue. La rate est lisse, très volumineuse, se développant de préfé-

rence dans le sens vertical, en conservant sa forme primitive, et l'examen du sang révèle une augmentation considérable du nombre des leucocytes, tandis que, parallèlement, le nombre des hématies tend à diminuer, de telle sorte que si, à l'état normal, on compte 1 globule blanc pour 600 globules rouges, en moyenne; dans la leucémie, on trouve fréquemment 1 globule blanc pour 20 ou 30 globules rouges. L'adénie en diffère en ce que la rate est souvent bosselée. A l'examen du sang on trouve un taux leucocytaire normal ou une très légère augmentation du nombre des leucocytes, avec une anémie des globules rouges correspondant le plus souvent au deuxième degré de M. Hayem. De plus, dans l'adénie, le processus ne reste jamais localisé : les ganglions lymphatiques sont envahis primitivement ou tardivement, mais toujours il y a tendance à la généralisation.

La dégénérescence amyloïde pourra être soupçonnée, si l'on se trouve en présence d'un malade atteint d'une suppuration, surtout d'origine osseuse et exposée à l'air et présentant le syndrome amyloïde : augmentation de volume du foie; dégénérescence rénale se traduisant par des urines pâles, riches en albumine; troubles gastro-intestinaux : vomissements et diarrhée parfois incoercible.

Les productions kystiques et les tumeurs malignes de la rate doivent être également éliminées. Dans ces cas, la forme de la tumeur est absolument irrégulière. Les kystes pourront être soupçonnés, grâce à leur consistance moindre et à une sensation plus ou moins nette de fluctuation. Dans les cas de kystes hydatiques, on a observé le frémissement caractéristique (Trinkler, Magdelain). Les cancers sont le plus souvent des cancers secondaires et le néoplasme primitif devra être recherché avec le plus grand soin. On s'appuiera également sur l'examen du sang, la constatation des déformations globulaires, et sur la diminution du taux de l'urée. Quant à l'épithélioma primitif de la rate ou maladie de Gaucher, aucun signe clinique ne pourra permettre de le différencier. C'est, d'ailleurs, une affection extrêmement rare, et dont le tableau clinique est à peu près identique à celui de la splénomégalie primitive.

C'est avec cette variété d'hypertrophie chronique de la rate, désignée sous le nom de *splénomégalie primitive*, par MM. Debove et Brühl, que le diagnostic est souvent le plus difficile. Dans les cas complets et à la période d'état, la maladie est caractérisée par la splénomégalie et l'anémie. La rate est ordinairement lisse, rarement bosselée. Pour ce qui concerne le sang, on trouve une diminution parfois considérable du nombre des hématies. Il n'y a généralement pas de déformations des globules rouges, mais la valeur globulaire est notablement abaissée. Le nombre des leucocytes est normal, ou du moins très peu augmenté. Presque constamment on note une légère augmentation du volume du foie, assez souvent des hémorragies, surtout des hématémèses, quelquefois des épistaxis. La quantité de l'urine est tantôt augmentée, tantôt diminuée; il en est de même du taux de l'urée qui peut varier entre 40 à 45 grammes (Lodi) et 11 grammes (Brühl) par vingt-quatre heures. L'évolution est habituellement apyrétique, mais on peut observer des ascensions thermiques à 38 et 39 degrés, accompagnées de diarrhée et de vomissement. Après une période souvent assez longue, la mort survient par cachexie.

On conçoit que, lorsque le tableau clinique est au complet, il constitue un syndrome assez caractéristique, et qu'il serait difficile de confondre avec ces cas de tuberculose de la rate qui s'accompagnent d'hyperglobulie et de cyanose.

Mais parfois les signes cardinaux sont plus ou moins effacés. La rate, au lieu d'être lisse, peut présenter des nodosités et des bosselures. L'anémie apparaît à une période très variable de la maladie, parfois très tardivement; voici le caractère différentiel le plus important qui vient à faire défaut, et nous savons, d'autre part, qu'il est des cas de tuberculose primitive de la rate où les hématies sont en nombre normal ou même diminué. Les hémorragies peuvent manquer, la fièvre s'installer, il devient alors impossible de différencier cliniquement la splénomégalie tuberculeuse de la splénomégalie primitive.

Dans quelques cas, cependant, on pourra, sinon affirmer, du moins soupçonner la tuberculose de la rate, c'est lorsque les antécédents du malade sont assez chargés pour qu'on puisse le considérer comme étant en puissance de tuberculose. MM. Quénu et Baudet recommandent, si l'on trouve sur le malade quelque adénopathie, d'enlever le ganglion suspect et de le soumettre à l'examen histologique et bactériologique.

Disons enfin que le diagnostic, si difficile à faire en clinique, l'est parfois encore à l'autopsie. Quand on se trouve en présence de gros amas caséeux, il ne peut y avoir d'hésitation, mais souvent il n'en est pas ainsi, principalement en ce qui concerne la forme hémorragique et nécrotique de la tuberculose splénique. Chez le malade de MM. Achard et Castaigne : « A l'autopsie même le diagnostic ne s'imposait pas; les noyaux blanchâtres qui parsemaient la rate offraient l'aspect encéphaloïde et la première idée qui venait à l'esprit était celle d'une tumeur maligne d'un lymphadénome ou d'un sarcome par exemple. »

Dans ce cas, l'examen histologique pourra seul trancher la question et permettre de reconnaître la nature de la tumeur. Ce n'est point toujours chose aisée, et sans vouloir entrer dans le détail des altérations histologiques qui caractérisent les diverses splénomégalies, disons seulement que la splénomégalie primitive, peut revêtir parfois un aspect qui la rend plus difficile à reconnaître. Dans certains cas, en effet, on trouve au milieu des lésions de sclérose des hémorragies plus ou moins étendues, voire de véritables infarctus, le tout présentant une analogie remarquable avec ce que l'on rencontre dans la tuberculose de la rate. La constatation de follicules tuberculeux permettra seule de faire le diagnostic, et comme nous avons vu que ces follicules peuvent être en très petit nombre, il faudra, de toute nécessité, multiplier les coupes pour éviter de passer à côté de la lésion.

VII

Pathogénie. — En ce qui concerne la pathogénie de la tuberculose primitive de la rate nous ne pouvons émettre que des hypothèses. Dans quelles conditions et par quel mécanisme le bacille de Koch arrive-t-il à se localiser à la rate? Quelle est la porte d'entrée du microbe? Ce sont autant de points qui ne peuvent être encore élucidés.

Il est assez vraisemblable, a priori, que le bacille s'introduit dans l'organisme par l'appareil respiratoire ou l'appareil digestif.

Le tube digestif a toujours été trouvé indemne de toute lésion tuberculeuse, mais ce n'est point une raison absolue pour écarter ce mode de pénétration, car nous savons que le bacille peut traverser un épithélium sans en altérer la structure et sans produire de lésions spécifiques (Dobroklonsky). De là le microbe a pu être transporté à la rate par le courant sanguin ou, peut-être, par les lymphatiques. Mais

nous le répétons, ce n'est là qu'une simple hypothèse, ne reposant sur aucune constatation anatomique.

Pour ce qui concerne la possibilité de l'introduction de l'agent pathogène par l'appareil respiratoire, on peut être un peu plus affirmatif. Le malade de MM. Moutard-Martin et Lefas présentait, en effet, une symphise pleurale et deux petites granulations fibro-crétacées à la partie moyenne de l'un des poumons. Il est parfaitement logique d'admettre, comme le font ces auteurs, que le poumon a été frappé d'une façon bénigne et discrète à une époque ancienne. Cette lésion, bien guérie en apparence, a pu permettre le passage dans le sang des bacilles, qui se seraient arrêtés dans la rate.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, de l'origine possible de la localisation splénique, le mécanisme des lésions constatées dans les autres organes est facile à comprendre. Les altérations des ganglions périspléniques sont des lésions de voisinage, comme on en observe dans toutes les affections tuberculeuses, quel que soit leur siège. Quant aux tubercules jeunes que l'on a rencontrés au niveau du foie et du rein, ils s'expliquent aisément par une poussée granulique, qui a marqué l'étape dernière de l'infection, et dans laquelle le bacille a emprunté comme voie de transport la voie portale.

Est-il possible, maintenant, de s'expliquer l'hyperglobulie et la cyanose que l'on a observées chez certains malades? Laissant de côté la cyanose, dont le mécanisme est inconnu, MM. Rendu et Widal ont émis, en ce qui concerne l'hyperglobulie, l'hypothèse suivante :

« Peut-être, disent-ils, faut-il chercher la raison de cette hyperglobulie dans l'action vicariante d'autres organes hématopoiétiques, tels que la moelle des os. La présence de globules rouges nucléés constatée dans le sang de la moelle osseuse, l'existence de globules rouges angmentés de volume dans le sang en circulation, indiquent au moins une suractivité fonctionnelle de cette moelle. »

Pour M. Vaillard, l'hyperglobulie pourrait être due à ce fait que la rate étant un centre de destruction de globules rouges, si le tissu de l'organe vient à être alétré, il n'y aura plus de destruction globulaire et, par suite, augmentation du nombre des hématies dans le sang. Cette hypothèse expliquerait l'absence d'hyperglobulie chez le malade de MM. Achard et Castaigne, l'autopsie ayant montré qu'une grande partie du parenchyme splénique était conservée et capable de remplir ses fonctions physiologiques normales. Mais M. Widal objecte, à ce propos, que l'ablation de la rate chez l'homme et les animaux n'a jamais été suivie d'hyperglobulie. En somme nous sommes loin d'être fixés sur la pathogénie de ce symptôme : « Peut-être faut-il incriminer simultanément la disparition des fonctions physiologiques de la rate et la suractivité fonctionnelle de la moelle prolongée pendant de longues années? » (Widal.)

VIII

Traitement. — Le traitement médical se bornera à l'administration de préparations arsenicales et au traitement hygiénique de la tuberculose.

Quant au traitement chirurgical, dans les trois cas où il a été appliqué (1), le diagnostic de tuberculose splénique n'avait pas été porté. On s'y décida en présence de la gravité des symptômes.

Dans le cas de Lawrence Burke, l'augmentation de volume de la rate avait fait de grands progrès en peu de temps; tous les remèdes employés avaient été sans résultat; la malade perdait rapidement ses forces et ne pouvait plus supporter la douleur qu'elle ressentait; enfin : « c'était la seule solution qui se présentait. »

Dans le cas de Marriott, il n'y avait pas de douleurs, mais la tumeur, volumineuse, continuait à s'accroître très rapidement.

Dans le cas de MM. Quénu et Baudet, la rate avait beaucoup grossi dans les derniers temps, et les douleurs étaient devenues extrêmement vives; l'état général était de plus très inquiétant.

Donc trois ordres de phénomènes ont servi d'indications opératoires : l'accroissement rapide de la tumeur, des douleurs locales très vives et l'aggravation de l'état général.

Les chirurgiens ont eut recours à deux méthodes opératoires : la splénectomie et la marsupialisation.

Splénectomie. — Laurence Burke en 1899 et Mariott en 1895 firent tous deux la splénectomie. Après incision médiane, la rate mobilisable dans les deux cas fut attirée vers la plaie abdominale, facilement prédiculisée et enlevée. Voici quelles furent leurs suites opératoires : le malade de Marriott guérit, mais l'auteur ne nous dit pas si la guérison s'est maintenue; le malade de Lawrence Burke mourut dès le lendemain, mais, l'autopsie n'ayant pu être faite, la cause de la mort demeura inconnue; on l'attribua à l'infection péritonéale.

Marsupialisation. — Cette méthode opératoire fut employée par M. Quénu parce que, la partie supérieure de la rate étant adhérente en tous points et impossible à dégager, la splénectomie ne pouvait être pratiquée sans de trop grands délabrements. Le péritoine périsplénique fut fixé au péritoine pariétal près de la plaie; le foyer fut ouvert, évacué en partie par grattage et deux gros drains furent placés dans la poche artificielle ainsi créée. Les suites de l'opération furent bonnes; la rate s'élimina à peu près totalement et la malade paraissait être complètement guérie un an après l'intervention. A la palpation on ne trouvait plus le moindre vestige de la tumeur splénique. Ce procédé de marsupialisation est analogue à l'opération exécutée par M. Villar (de Bordeaux), en 1894, pour une lymphadénie splénique (exosplénopexie), et par M. Houzel (de Boulogne), en 1897, pour une énorme hypertrophie de la rate.

Chacun de ces procédés correspond à des indications particulières et la conduite à suivre nous paraît avoir été fort bien indiquée par MM. Quénu et Baudet. Ces auteurs posent, à la fin de leur travail, les conclusions suivantes :

« Lorsque la surface extérieure de la rate est parsemée de granulations comme cela était dans le cas de Burke et de Marriott, la splénectomie nous paraît rester la méthode de choix à la condition qu'elle ne nécessite pas trop de délabrements.

S'il s'agit d'une tuberculose qui paraît partielle, ou si, avec une tuberculose locale, on se trouve en présence de difficultés opératoires trop grandes, il sera bon de savoir, avant tout essai de décortication, qu'on possède dans l'exosplénopexie une méthode chirurgicale qui, en somme, a fait

(1) Nous avons dit plus haut que Bland Sutton fit également, en 1897, une splénectomie pour une rate ectopique tuberculeuse, mais l'observation n'a pas été publiée.

deux fois ses preuves (1). La rate amenée partiellement en dehors du ventre, il convient de l'y fixer, puis d'ajouter à cette fixation, soit d'emblée, soit secondairement, l'incision du foyer malade et son évacuation. »

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Achard et Castaigne. Tuberculose primitive de la rate, Soc. méd. des hôp., 9 juin 1899. — Aviragnet. *La tuberculose chez les enfants*, Th. de Paris, 1892. — Besnier. *Dict. Dechambre*, art. rate. — Bezançon (F.). *La rate dans les maladies infectieuses*, Th. de Paris, 1895, et *Gaz. des hôp.*, Revue générale. — Bezançon et Bruhl. Maladies de la rate, in *Manuel de méd.* de Debove et Achard, t. V. — Bruhl. De la splénomégalie primitive. *Arch. gén. de méd.*, juin-juill. 1891. — Coby. Tubercles in the spleen, *Tr. Path. Soc. London*, 1846, t. I, p. 276. — Cornil et Ranvier. *Anatomie pathologique.* — Cruveilhier. *Anat. path.*, t. IV, p. 826. — Debove et Bruhl. La splénomégalie primitive, Soc. méd. des hôp., 29 juill. 1892. — Forgue et Reclus. *Tr. de thér. chir.*, t. II. — Gaucher. Épithélioma primitif de la rate, Th. de Paris, 1882; *Semaine méd.*, 1892. — Giuliani. *Essai sur la splénomégalie tuberculeuse primitive avec hyperglobulie*, Th. de Paris, 1899. — Hayden. A case of tuberculose of the spleen with surg. treat., *Amer. Journ. med. Assoc.*, 2 avril 1898. — Hutinel et Grancher. *Dict. Dechambre*, art. phtisie. — Launois. Maladies de la rate, in *Traité de méd.* de Brouardel et Gilbert, t. V. — Litten. Die krankheiten der Milz. und die hæmorrhagischen Diathesen in H. Nothnagel, *Specielle Pathologie und Therapie.* — Louis. *Recherches anatomo-pathologiques sur la phisie*, 1825, p. 123. — Manicatide. Étude sur la rate des enfants tuberculeux, *Rev. des mal. de l'enf.*, fév. 1896. — Marriott. Acute tuberculosis of the spleen, *The Lancet*, 1895, p. 1293. — Médail. *Hypertrophie de la rate; sa valeur diagnostique dans la tuberculose du premier âge*, Th. de Paris, 1889. — Moutard-Martin et Lefas. Tuberculose primitive et massive de la rate, Soc. méd. des hôpitaux, 9 juin 1899. — Picou et Ramond. Soc. anat., 28 janv. 1895, et *Arch. de méd. expér.*, mars 1896. — Quénu et Baudet. La tuberculose primitive de la rate, *Rev. de gyn. et de chir. abd.*, n° 2, mars-avril 1898. — Queyrat. *Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge*, 1886. — Rendu et Widal. Splénomégalie tuberculeuse primitive avec hyperglobulie et cyanose, Soc. méd. des hôpitaux, 2 juin 1899. — Rilliet et Barthez. *Traité clin. et pr. des mal. des enfants*, t. III, p. 889. — Rutimeyer. *Corresp. Blatt f. schweiz. Ærzte*, oct. 1885. — Scharoldt. Ein Fall von substantiver acuter miliartuberculose der Milz, *Aerztliches Intelligenz Blatt*, München, 1883, t. XXX, p. 252. — Straus. *La tuberculose et son bacille*, p. 375. — St-Laurence Burke. Splenectomy in a case of tuberculose of the spleen, *Dublin Journ. of med. Sc.*, 1889, p. 540. — Tedeschi. Primi studii sulla splenomegalia pretubercolace, *Riforma med.*, 1898, p. 206. — Vanverts. *De la splénectomie*, Th. de Paris, 1897. — Vaquez. Hyperglobulie et splénomégalie, Soc. méd. des hôp., 1899, n° 23. — Villar. Maladies de la rate, in *Traité de chir.* de Le Dentu et Delbet, t. VIII. — Yersin. Étude sur le développement du tubercule expérimental. *Ann de l'Inst. Pasteur*, 1897. — Ziegler. *Anatomie pathologique*, Iéna, 1895.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(4 avril 1900)

Au début, petite discussion sur les **fractures itératives**, à laquelle prennent part MM. Delbet, Kirmisson, Broca et Tuffier, et d'où il résulte qu'on observe chez certains individus, et surtout chez des enfants, des fractures itératives, se reproduisant souvent sur le même os et au même point. On constate, dans ces cas, de gros cals qui peuvent donner le change pour des tumeurs osseuses.

M. Pousson (de Nantes) a fait une intéressante communication sur l'**intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale**, tuberculose qui doit être traitée comme toutes les tuberculoses locales. M. Pousson est intervenu 12 fois, il a fait 5 fois la néphrotomie et 7 fois la néphrectomie. Ces 12 interventions ont eu lieu sur 11 malades, une même malade ayant subi successivement les deux interventions. Sur les 5 néphrotomies, M. Pousson a eu 1 mort opératoire et 4 survies, dont 2 ont succombé après cinq et sept mois, à une récidive de leur affection rénale, et dont 2 vivent encore. Les 7 néphrectomies n'ont donné aucun insuccès opératoire.

La conclusion de M. Pousson est, qu'à l'heure actuelle, on doit donner la préférence à la néphrectomie sur la néphrotomie, chaque fois que cela est possible. La néphrotomie ne doit être qu'une opération d'exception.

Au point de vue de la technique opératoire, M. Pousson pratique la néphrectomie extra-péritonéale, par l'incision lombaire. Pour le traitement du pédicule, il estime qu'il faut lier les vaisseaux séparément et l'uretère à part. La résection de l'uretère s'impose, et il faut le lier aussi près que possible de la vessie. Enfin, dans ces cas de tuberculose rénale, il faut opérer largement ou ne rien faire.

MM. Reynier, Tuffier et Albarran partagent complètement les opinions que vient de soutenir M. Pousson. Toutefois il est un point sur lequel MM. Tuffier et Albarran ne se trouvent pas d'accord; tandis que M. Tuffier commence volontiers par la néphrotomie quand il y a pyo-néphrose, M. Albarran ne pratique cette opération absolument que dans les cas où il a des doutes sur l'intégrité de l'autre rein. C'est cette circonstance seule qui, pour lui, doit décider la question. Au point de vue de la technique de l'opération, M. Albarran insiste sur la nécessité de lier l'uretère au catgut et non à la soie. Sur cette observation de M. Tuffier qu'il y a des cas où il est impossible d'être fixé sur l'intégrité de l'autre rein, M. Albarran s'engage à porter prochainement les preuves qu'on peut toujours être exactement renseigné sur ce point. Attendons.

Signalons un rapport de M. Kirmisson sur une observation de M. Lyot, relative à un cas d'**invagination intestinale** sur un enfant de dix mois, opéré avec succès quatre heures après le début des accidents. Il s'agissait d'une invagination iléo-cæcale. L'intérêt de cette observation réside surtout dans la précocité de l'intervention et dans ce fait que le diagnostic a pu être porté. C'est ce qu'a indiqué à plusieurs reprises M. Kirmisson.

On reprend la discussion sur l'**inondation péritonéale.** M. Reynier partage l'opinion soutenue par M. Routier sur la nécessité d'aller vite, de pincer l'artère qui saigne, de nettoyer la cavité péritonéale en ne gardant pas la position de Trendelenbourg, sur le drainage avec un tube de caoutchouc et non avec un Mickulicz. M. Quénu redoute le lavage et préfère le nettoyage à sec.

Nous arrivons aux présentations : M. Picqué présente une **tumeur du mollet** qu'il a extraite chez une femme de cinquante ans. Cette tumeur, qui était un sarcome, a récidivé, et M. Walther présente, à son tour, le membre entier, la récidive ayant nécessité l'amputation de la cuisse.

Une discussion s'engage sur les sarcomes musculaires à récidive fatale et précoce, à marche foudroyante. Amputez,

(1) Le malade de M. Villar mourut trois jours après l'opération. Les malades de MM. Quénu et Houzel ont parfaitement guéri.

disent MM. Walther et Quénu; — N'amputez jamais, dit M. Routier, qui considère ces mutilations des membres comme l'opprobre de la chirurgie. Ce qui semble ressortir de cette discussion, c'est ceci : que vous amputiez ou que vous fassiez une exérèse aussi large que possible de la tumeur, dans certaines formes à petites cellules de ces sarcomes musculaires, la récidive est à peu près fatale et la mort toujours prochaine.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE
(6 AVRIL 1900)

M. Souques présente deux malades, homme et femme, atteints tous les deux de **tabes**. Le mari aurait contracté la syphilis en 1879 et l'auteur voit, dans cette infection, la cause qui doit expliquer ces cas de tabes conjugal. Sur 20 cas relevés par lui, la syphilis était certaine 13 fois. MM. Babinski, Marie et Gilles de la Tourette appuient cette communication de leurs résultats personnels favorables à cette idée. M. Babinski recherche systématiquement le tabes lorsqu'un conjoint est atteint de tabes ou de paralysie générale; il aurait pu, dans une quinzaine de cas, où l'un des deux était atteint de tabes ou de paralysie générale, retrouver chez l'autre époux soit du tabes, soit la paralysie générale, soit une autre manifestation médullaire. La syphilis doit être la cause de ces affections conjugales, et la contamination peut se faire bien longtemps après l'accident primitif.

M[lle] Pesker a observé dans le service de M. Bourneville, un malade atteint de **paraplégie avec tremblement intentionnel des mains et secousses nystagmiformes**, rappelant beaucoup le tableau clinique de la sclérose en plaques. Or, l'affection de son malade est congénitale et familiale. Elle a pu étudier la moelle d'un frère du malade atteint d'une affection semblable; l'examen histologique a montré une dysgenésie et du cervelet ainsi que du cerveau et des systèmes médullaires cérébelleux, pyramidaux et des cordons postérieurs.

Ce cas serait différent de la paraplégie spasmodique familiale et se rapprocherait plutôt de la sclérose en plaques familiale décrite par Pelizæus. M. Raymond croit que ce cas ressemblerait plutôt aux cas de diplégie familiale décrits par Frend où l'on a constaté des lésions médullaires d'agénésie, consécutifs à une méningo-encéphalite plus ou moins prononcée.

La **déformation du thorax en bateau dans la syringomyélie** a été étudiée depuis longtemps par M. Marie. Il présente trois malades qui en offrent de beaux exemples; chez eux, les épaules sont portées en avant, le sternum rejeté en arrière, de telle façon que le profil horizontal passant par les extrémités externes des clavicules est, non convexe en avant comme à l'état normal, mais bien concave. Il n'agit pas dans l'espèce d'un simple aplatissement du thorax, comme on peut l'observer dans la myopathie, mais bien d'une déformation qui n'appartiendrait qu'à la syringomyélie.

Revenant sur la communication faite dans la séance précédente par M. Sérieux, M. Ballet présente le **cerveau d'un paralytique général atteint d'aphasie motrice.** Syphilitique, ce malade aurait eu d'abord des périodes d'aphasie transitoire, avec accès d'épilepsie sensitive du bras droit, puis des troubles caractéristiques de la paralysie générale, avec délire des négations, tremblement des mains, etc. Subitement, il fut atteint d'aphasie motrice pure, sans surdité, cécité et agraphie. A l'autopsie, on a trouvé les lésions ordinaires de la méningo-encéphalite diffuse; en outre, on a trouvé au niveau de la troisième frontale gauche une boule d'œdème qui aurait comprimé et déformé le pied de cette circonvolution. Un examen histologique indiquera si cette compression a suffi à elle seule à créer l'aphasie sans déterminer des lésions centrale ou sous-corticale.

M. Joffroy lit une très intéressante observation d'**amnésie rétro-antérograde, consécutive à une tentative de suicide par pendaison.** Cette amnésie s'observe très rarement après des tentatives de ce genre. Dans le cas actuel, le malade n'est pas hystérique, au contraire, les convulsions et le coma qu'il a présentés immédiatement après la dépendaison permettent de supposer que cette amnésie doit être du même ordre que l'amnésie qui suit parfois les attaques d'épilepsie et peut-être faut-il invoquer, pour expliquer ces phénomènes, la compression des deux carotides avec les modifications de circulation cérébrale qu'elle entraîne.

M. Touche rapporte **trois observations anatomo-cliniques intéressantes.** Son premier malade a eu des attaques d'épilepsie Bravais-jacksonienne du bras droit et de la moitié droite de la face, phénomènes créés par une hémorragie méningée du pied de la troisième frontale et de la partie inférieure de la frontale ascendante de l'hémisphère gauche. Son deuxième malade a été atteint de cécité corticale, cas très rare causé par une double lésion intéressant à droite le cunéus et le lobule lingual, à gauche la scissure calcarine et le cunéus. Son troisième malade avait surtout perdu le sens d'orientation et était atteint d'une lésion double partielle du cunéus et du lobule fusiforme.

MM. Cl. Philipe et Hudovernig apportent enfin l'étude histologique détaillée de deux cas appartenant à cette **encéphalopathie infantile tubéreuse** qui fut individualisée en 1880 par MM. Bourneville et Brissaud. La *sclérose*, l'altération la plus apparente, se présente sous la forme de nodosités, de granulations ou de simples épaississements diffus, dans l'écorce, dans les faisceaux blancs, au voisinage des ventricules, à la surface de la méninge ventriculaire, même dans le cervelet (circonvolutions et arbre de vie). Histologiquement, elle est constituée par une trame névroglique très dense, par de nombreux noyaux névrogliques, par des vaisseaux très altérés dans leurs parois et dans leur calibre, depuis le simple rétrécissement jusqu'à l'oblitération totale; enfin par des cellules volumineuses de 60 à 100 μ; surtout fréquentes dans les masses blanches, cellules arrondies à noyaux souvent multiples, à protoplasma souvent homogène et vitreux, sans granulations pigmentaires, ni chromatophiles; ces cellules, avec la méthode de Nissl, ne se comportent pas comme les vraies cellules nerveuses jeunes, adultes ou séniles; convenablement étudiées à tous les stades de leur développement, elles paraissent être des cellules de nature névroglique, considérablement hyperplasiées (cellules géantes). Les éléments nerveux (tubes et cellules) subissent une atrophie lente, jusqu'à la destruction complète. Il n'y a pas d'infiltrats leucocytaires, périvasculaires ou interstitiels. Les corps granuleux sont très rares; dans la gaine adventice des vaisseaux, se voient assez souvent des granulations myéliniques poussiéreuses.

On observe aussi de la méningite fibro-plastique et de l'atrophie avec consistance fœtale d'un grand nombre de circonvolutions.

Cette multiplicité des lésions permet d'écarter avec beaucoup de vraisemblance la théorie nouvellement reprise, qui fait de la sclérose tubéreuse hypertrophique de Bourneville et Brissaud un gliome, ou mieux un neurogliome ganglio-cellulaire. *Pareilles lésions étendues à la totalité du cerveau et même du cervelet, et très variées dans leur mode histologique*, sont loin de rappeler le processus, habituellement univoque, de toute tumeur. Elles ne représentent aucunement un gliome ordinaire du cerveau, néoplasme le plus souvent unique.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la chlorose par les lavements de fer. — Après avoir essayé sans grand succès les suppositoires ferrugineux, M. Jollasse (de Hambourg) a eu recours aux lavements. Il formule ainsi :

Citrate de fer...... 0gr01 à 0gr06
Amidon .... 50 grammes.

Trois fois par jour, après lavement évacuateur préalable.

M. Jollasse a traité de cette façon 14 cas de chlorose. Il n'a pas remarqué une différence réelle entre l'emploi de doses fortes ou faibles. Chez des malades recevant 0gr01, les résultats furent très favorables, tandis que d'autres ayant 0gr06 ne présentaient qu'une faible amélioration.

Ces recherches ne sont en somme pas très favorables à l'emploi des lavements ferrugineux. Les résultats du traitement furent médiocres. L'action thérapeutique, moins rapide que par voie gastrique, n'est pas exempte d'inconvénients.

Les douleurs abdominales furent fréquemment observées, même en ajoutant un peu d'opium au lavement. Cependant un certain nombre de malades supportèrent bien le traitement et s'en trouvèrent beaucoup mieux (1). R.

L'arsenic dans le traitement de la scarlatine. — Il y a quelques années Speransky a fait connaître d'excellents résultats, qu'il a obtenus dans la scarlatine. Il a administré la liqueur de Fowler (d'un quart de goutte à une goutte entière, suivant l'âge de l'enfant) et il a constaté que l'arsenic diminue l'intensité de la maladie, prévient les complications graves, en même temps qu'il exerce une action prophylactique chez les personnes bien portantes de l'entourage.

Semtschenko a lui aussi expérimenté le traitement indiqué par Speransky, et en se basant sur un assez grand nombre de cas, arrive à des conclusions qui confirment les affirmations de Speransky, en ce qui concerne l'action thérapeutique de l'arsenic dans la scarlatine, tout en niant son action thérapeutique (2).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Cancer et tuberculose (3), par le docteur H. Claude.

Le temps n'est plus où la coexistence des lésions cancéreuses et tuberculeuses était considérée comme un fait exceptionnel et inexplicable ; nous savons aujourd'hui à n'en pas douter que, loin de s'exclure, les deux affections s'observent assez fréquemment chez un même individu. C'est à l'étude des diverses modalités suivant lesquelles peuvent se combiner cancer et tuberculose quand ils se développent sur une même partie de l'organisme, qu'est consacrée la remarquable monographie de M. le docteur Claude.

Après avoir soigneusement envisagé les cas de cancer développé sur une lésion tuberculeuse, et ceux d'infection tuberculeuse compliquant un néoplasme, M. Claude étudie les relations pathogéniques qui unissent les deux affections et conclut que les conditions variées dans lesquelles les lésions des deux maladies évoluent côté à côté créent des hybridités tuberculo-cancéreuses dont l'étude devra être élucidée car l'évolution, le pronostic et le traitement de ces néoplasmes mixtes encore si peu connus, pourront être très différents de ceux des lésions simples, pures, auxquelles on suppose avoir affaire. L. B.

(1) *Centr. f. Therapeut.*, janv. 1900.
(2) *Thérap. russe mod.*, 1899, n° 12, et *Rev. de thérap. méd.-chir.*
(3) In-16, cart. Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'entéro-colite muco-membraneuse (1), par le docteur Gaston Lyon, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

L'étude de l'entéro-colite muco-membraneuse est négligée dans les traités classiques, où l'on se borne à la signaler comme une complication éventuelle de la constipation chronique ; cependant, il s'agit d'une affection fréquente, soulevant d'importants problèmes de pathogénie et de traitement. On saura donc gré au docteur Gaston Lyon d'avoir consacré un travail d'ensemble à la question, travail pour lequel le désignaient son expérience pratique et ses publications antérieures sur le même sujet. L'auteur a décrit de façon détaillée les différentes variétés cliniques du syndrome morbide, discuté notamment les relations de la forme chronique des adultes avec les colites aiguës de l'enfance, ce qui est encore l'un des points en litige. La partie thérapeutique, très développée, donne aux praticiens les indications les plus précises sur la conduite à tenir aux différentes phases de l'affection.

Tableaux synoptiques d'obstétrique (2), par MM. Saulieu et Lebief, internes des hôpitaux.

Les *Tableaux synoptiques d'obstétrique* sont calqués sur le même modèle que les précédents volumes de la *collection Villeroy*. Dans ces tableaux, les auteurs ont eu pour but de résumer toutes les connaissances théoriques et pratiques qui constituent l'art des accouchements.

La forme adoptée est la seule qui permettait de présenter un résumé à la fois concis et complet des doctrines et des procédés des maîtres de l'obstétrique modernes : les diverses théories, les lignes de conduite différentes préconisées par les écoles qui se partagent l'enseignement y ont trouvé place : on a cependant développé celles qui sont les plus généralement admises.

Mais ce qui fait la nouveauté et l'originalité de ces nouveaux tableaux, ce sont les figures, qui, au nombre de 314, viennent illustrer chacun des 100 tableaux synoptiques : c'est surtout le procédé auquel on a eu recours, pour représenter la partie mécanique et opératoire de l'obstétrique, les divers temps, les diverses manœuvres, les diverses interventions ; afin d'être sûr de l'exactitude, on a eu recours à la photographie et ce sont les auteurs eux-mêmes qui ont exécuté tous les clichés, soit d'après le vivant, soit d'après le mannequin ; c'est la première fois qu'un livre d'obstétrique reçoit une semblable illustration ; la multiplicité, la succession de ces images, présentées elles-mêmes, comme le texte, en tableaux dont l'ensemble peut être embrassé d'un coup d'œil, en fait une véritable *cinématographie*.

Quelques figures, que la nature du sujet ne permettait pas de photographier, sont des schémas très simples et très clairs et d'autant plus faciles à comprendre.

Ce livre sera à la fois le *vade-mecum* de l'étudiant qui pourra l'emporter à l'hôpital et le relire à la veille de l'examen, et le *formulaire* du médecin accoucheur qui pourra le consulter à chaque intervention et qui y trouvera l'explication et l'image de tous les cas se présentant à lui dans la pratique journalière.

(1) Gr. in-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.
(2) Gr. in-8°, cart., 206 p., 314 photohraphies d'après nature. Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Année ophtalmologique, 1898-1899 (1), par M. A. Leprince, membre de la Société française d'ophtalmologie, médecin oculiste à Bourges; préface du professeur Truc (de Montpellier).

Cette publication résume avec clarté et exactitude tous les travaux publiés, en ophtalmologie, pendant ces deux dernières années. Ces travaux sont groupés en une série de chapitres dont chacun concerne une des branches de la pathologie de l'œil et même de l'anatomie et de la physiologie de cet organe. C'est ainsi qu'à côté des questions générales qui ont trait à la bactériologie de l'œil ou à ses troubles fonctionels, on trouve un chapitre spécial pour chacune de ses parties constituantes.

Ainsi disposé, ce travail permet non seulement d'avoir immédiatement le renseignement voulu dans telle ou telle partie de l'ophtalmologie, mais d'envisager, dans une vue d'ensemble, les progrès accomplis dans ce domaine spécial de la médecine, et il constitue une œuvre réellement utile dont il convient de féliciter l'auteur.

THESES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

249. M. Saurain. De la cure radicale de l'hypospadias balanique et de l'hypospadias pénien juxta-balanique. — 250. M. Baup. Les amygdales, porte d'entrée de la tuberculose. — 251. M. Angeli. Contribution à l'étude des rash scarlatiniformes dans la fièvre typhoïde. — 252. M. Bouvet. Adénopathies tuberculeuses chirurgicales. — 253. M. Bartoli. De l'hémothorax consécutif aux plaies pénétrantes de la poitrine. Recherches expérimentales et études clinique et thérapeutique. — 254. M. Kuhn. Le pied forcé. — 255. M. Giboteau. Luxations costo-vertébrales et chondo-sternales par arrachement direct d'origine traumatique et fractures de côtes de même nature. — 256. M. Rumpelmayer. Des injections rectales de sérum artificiel chez les enfants dans la débilité congénitale et acquise. — 257. M. Kelle. Du sommeil et de ses accidents en général et en particulier chez les épileptiques et chez les hystériques. — 258. M. Thil. De la technique bibliographique dans les sciences médicales. — 259. M. Coutal. Contribution à l'étude médico-légale de l'empoisonnement par le datura stramonium. — 260. M. Brémont. Dilatation aiguë de l'estomac. — 261. M. Roger. Le malade source de contagion dans la fièvre typhoïde. — 262. M. Roy. Infection d'origine auriculaire sans thrombosinusite. — 263. M. Blanc. Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale par brides. — 264. M. Butaud. Contribution à l'étude clinique des imperforations ano-rectales avec anus normalement conformé. — 265. M. Lugan. Assistance maritime au point de vue des secours médicaux et de la lutte contre l'alcoolisme. — 266. M[lle] Motchan. Sur certaines formes des contractures dans l'athétose. — 267. M[lle] Tarkhaniants. Contribution à l'étude du foie dans la chlorose. — 268. M[lle] Gunsbourg. Hystérotomie médiane antérieure vaginale et abdominale. — 269. M. Écoffet. Occlusion intestinale congénitale chez les nouveaunés. — 270. M. Louart. Le cancer du gros intestin dans la jeunesse (rectum excepté). — 271. M. Pinoche. Le prurigo anesthésique des éthyliques (syndrome de Gastou). — 272. M. Maruitte. Paul Portal. Sa vie. Son œuvre. — 273. M. Turner. Des interventions chirurgicales dans les fibromes gravidiques. — 274. M. Chouquet. Énucléation du globe oculaire et opérations consécutives. (Indications. Valeur thérapeutique. Résultats prothétiques.) — 275. M. Férendinos. Sur l'énucléation des fibromes utérins par voie abdominale. — 276. M. Dieupart. Étude clinique sur le traitement des accidents de la syphilis par les injections mercurielles. Calomel. Salicylate de mercure. Huile biiodurée. Sérum bichloruré du docteur Chéron. — 277. M. Rosenstein. Contribution à l'étude des relations entre la constitution chimique et l'action physiologique des dérivés alkylès des alcaloïdes.

(1) In-18. Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 28 avril 1900)

Examens de doctorat.

SAMEDI 28 AVRIL, à une heure. — 1er, *Faculté, salles nos 1 et 3* : MM. Mathias-Duval, Quénu et Thiéry ; — (2e série) : MM. Rémy, Poirier et Faure.

3e (2e partie), *Faculté, salle no 2* : MM. Joffroy, Hutinel et Marfan.

4e, *Petit amphithéâtre* : MM. Pouchet, Ménétrier et Langlois; — M. Weiss, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Dieulafoy, Achard et Dupré ; — (2e série) : MM. Raymond, Roger et Vaquez ; — M. Albarran, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich ; — M. Chassevant, suppléant.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL

DE L'HYPNOTISME EXPÉRIMENTAL ET THÉRAPEUTIQUE

Ce Congrès se réunira à Paris, au palais des Congrès, du 12 au 16 août 1900.

Seront membres du Congrès : 1° les membres de la Société d'hypnologie et de psychologie ; 2° tous les adhérents qui auront fait parvenir leur adhésion avant le 5 août 1900.

Les adhérents au Congrès auront seuls le droit de prendre part aux discussions.

Le droit d'admission est fixé à 20 francs.

Toutes les communications relatives au Congrès, demandes d'admission, ouvrages manuscrits et imprimés, etc., doivent être adressés à M. Bérillon, secrétaire général, 14, rue Taitbout, à Paris (téléphone 224-01).

Questions mises à l'ordre du jour. — I. Rédaction d'un vocabulaire concernant la terminologie de l'hypnotisme et des phénomènes qui s'y rapportent. — Rapporteurs : M. Bérillon, M. P. Farez.

II. Les rapports de l'hypnotisme avec l'hystérie. — Rapporteurs : M. Magnin (Paul), M. Crocq (de Bruxelles).

III. Les applications de l'hypnotisme à la thérapeutique générale. — Rapporteur : M. Milne Bramwell (de Londres).

IV. Les indications de l'hypnotisme et de la suggestion dans le traitement des maladies mentales et de l'alcoolisme. — Rapporteurs : M. Tokarsky (de Moscou), M. Lloyd Tuckey (de Londres).

V. Les applications de l'hypnotisme à la pédagogie générale et à l'orthopédie mentale. — Rapporteur : M. Bérillon.

VI. Valeur de l'hypnotisme comme moyen d'investigation psychologique. — Rapporteurs : M. Vogt (de Berlin), M. Farez (Paul), M. Regnault (Félix).

VII. L'hypnotisme devant la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine. — Intervention des pouvoirs publics dans la réglementation de l'hypnotisme. — Rapporteurs : M. Lemesle (Henry), M. Julliot (Ch.), docteur en droit.

VIII. La suggestion et l'hypnotisme dans leurs rapports avec la jurisprudence. — Rapporteurs : M. von Schrenk-Notzing (de Munich), M. Joire (Paul) [de Lille].

IX. Responsabilités spéciales résultant de la pratique de l'hypnotisme expérimental. — Rapporteur : M. le professeur Boirac.

Deux mois avant la réunion du Congrès, MM. les rapporteurs devront adresser à M. le secrétaire général le résumé et les conclusions de leurs rapports. Ces conclusions seront adressées à tous les adhérents, afin de permettre la discussion approfondie des sujets mis à l'ordre du jour.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 42. — MARDI 10 AVRIL 1900. 73e ANNÉE. MARDI 10 AVRIL 1900. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — UN CAS DE TÉTANOS CÉPHALIQUE AVEC PARALYSIE FACIALE DOUBLE, CONSÉCUTIVEMENT A UNE PLAIE SIÉGEANT SUR LA LIGNE MÉDIANE, par M. Henri Bourgeois, interne des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MÉDECINE PRATIQUE. Le massage du foie par la respiration profonde contre les coliques hépatiques. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 9 avril 1900.

La loi promulguée le 10 avril 1898, et mise en vigueur le 1er juillet 1899, exige que tout accident ayant entraîné une incapacité de travail soit déclaré dans les quarante-huit heures par le chef de l'entreprise. Cette déclaration doit être accompagnée d'un certificat médical.

A la demande de l'Union des syndicats médicaux de France, le ministre du Commerce, par une lettre-circulaire du 13 juillet 1899, a comblé une lacune de la nouvelle loi et a décidé que le patron devait se procurer, à ses frais, ce certificat d'origine, à moins que le blessé use du droit d'initiative que lui laisse justement la loi et n'appelle un médecin de son choix.

Le principe est donc nettement établi : le blessé, victime d'un accident du travail, ne doit pas être considéré comme un indigent, puisqu'il est couvert par son patron responsable ou le plus souvent par une riche compagnie d'assurances.

Dans la plupart des cas, les choses se passent simplement; mais dans les grands centres, à Paris notamment, l'ouvrier va volontiers à l'hôpital, et, dès lors, qui doit fournir le certificat d'origine? La question méritait d'être soulevée; elle a donné lieu à de longs pourparlers et à un échange de lettres entre le ministre du Commerce et le président du Syndicat des médecins de la Seine.

La réponse du ministre porte sur trois points. Elle peut se résumer ainsi :

1° Lorsqu'un blessé, victime d'un accident du travail, est transporté à l'hôpital et y séjourne, c'est le médecin d'hôpital qui doit délivrer le certificat d'origine, à l'exclusion des médecins de la ville qui ne sauraient sans inconvénient défaire les pansements, enlever ou déplacer les appareils, etc.

2° Il est admis en principe que les certificats établis dans les hôpitaux seront rémunérés.

3° Quand un ouvrier blessé veut être traité chez lui par un médecin de son choix, il a droit au médecin de l'Assistance médicale gratuite. Mais le ministre, tout en se déclarant incompétent pour trancher la question, incline à penser que « l'administration de l'Assistance publique pourrait admettre, au profit des médecins traitant à domicile, une rémunération recouvrable sur les chefs d'entreprise responsables ».

Ce serait de la saine et bonne justice. Mais la question n'est même pas encore à l'étude et le Syndicat des médecins de la Seine n'a pas trop de sa bonne volonté, de sa ténacité et de son énergie pour la faire aboutir.

Quant aux deux premiers points de la décision ministérielle, il est évident qu'ils ne sauraient contenter tout le monde. Le praticien de la ville est lésé dans ses intérêts; et le chirurgien d'hôpital est gêné dans son service par un surcroît de paperasserie.

Pour pallier, autant que faire se peut, les inconvénients de la situation créée, il est bon que pour toutes les légères blessures, pour lesquelles l'ouvrier vient consulter et pour lesquelles il n'est pas hospitalisé, le chirurgien ne soit tenu à donner aucun certificat, et il faut le dire, ces petits traumatismes sont de beaucoup les plus nombreux. Lorsque le blessé séjourne à l'hôpital, il faut, d'après la loi, que le certificat soit établi dans les quarante-huit heures. Or, il ne peut l'être que par le chirurgien du service ou son assistant. Il est impossible, en effet, ainsi que le fait remarquer la lettre ministérielle, que ce blessé — et il s'agit dans l'espèce d'un grand blessé — soit dépansé, exploré, examiné et repansé par un médecin autre que celui qui a la direction et la responsabilité du traitement. Il est également impossible, d'autre part, d'obliger le médecin du patron à venir à la visite du chirurgien examiner le blessé avec ce dernier. Les visites ont lieu à des heures variables; elles ont leurs exigences et leurs nécessités et le praticien n'a guère le temps, pour les minimes honoraires d'un certificat, de perdre toute une matinée à la remorque d'un chef de service d'hôpital.

Aussi, dans l'état actuel des choses, en attendant que l'application de cette loi nouvelle modifie l'organisation de l'assistance des blessés, en créant des hôpitaux spéciaux ou hôpitaux de prompts secours, il faut en passer par les certificats délivrés à l'hôpital. Mais la loi nouvelle crée des situations nouvelles. Les blessés ouvriers cessant d'être des indigents, puisque des Compagnies d'assurances sont responsables, pourquoi « celles-ci ne se syndiqueraient-elles pas pour établir, à frais communs, un ou plusieurs hôpitaux où seraient examinés et soignés leurs blessés »?

Nous ne pouvons qu'approuver ces justes réflexions du président du syndicat de la Seine. La solution de ces différents problèmes a encore besoin d'être étudiée avec soin et d'être mûrie. C'est le moment plus que jamais, pour les

médecins, de s'unir et de se solidariser, car tout le monde se groupe et s'organise autour d'eux, et le corps médical reste sans défense par le défaut de cohésion de ses membres, figés dans un imprévoyant isolement.

UN CAS DE TÉTANOS CÉPHALIQUE

AVEC PARALYSIE FACIALE DOUBLE, CONSÉCUTIVEMENT A UNE PLAIE SIÉGEANT SUR LA LIGNE MÉDIANE

Par M. Henri Bourgeois, interne des hôpitaux.

Nous avons eu l'occasion d'observer à la Pitié, dans le service de notre maître M. Faisans, le cas suivant de tétanos céphalique, qu'il a bien voulu nous autoriser à publier. Cette observation nous a paru intéressante à cause de sa rareté : nons n'en avons trouvé qu'une autre semblable, celle de Thénée; peut-être pourra-t-elle servir à faire mieux connaître cette forme spéciale de tétanos, encore si paradoxale en apparence.

Observation. — Il s'agit d'une femme de soixante-seize ans, jardinière. Le 20 décembre, dans la soirée, elle fit une première chute sur un sol semé de cailloux, puis une seconde dans laquelle elle eut la figure souillée par de la terre et du fumier.

Du 20 au 25, il ne se passa rien d'anormal; le 26, au matin, la malade se plaignit de gêne pour écarter les mâchoires. Le trismus a donc débuté entre cinq et six jours après la chute; quant au début de la paralysie faciale, il a passé inaperçu.

La malade entre dans le service le 27 février, dans l'après-midi.

Etat actuel. — On peut constater la trace de trois plaies récentes sur la face; il n'y en a pas sur le reste du corps.

La plaie la plus importante siège sur le dos du nez, exactement sur la ligne médiane; elle siège à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs; elle est ovalaire; son grand axe longitudinal a 2 centimètres environ; elle est recouverte d'une croûte brune, épaisse, entourée de téguments luisants, rouges, douloureux, œdémateux. La malade raconte avoir eu une épistaxis d'environ vingt minutes après sa chute. Les deux autres ne sont que des éraflures insignifiantes et cicatrisées siégeant à la racine des cheveux et au milieu du front.

Attitude. — Sauf au moment des paroxysmes, la malade est étendue sur son lit, les yeux ouverts, le visage immobile; une main, constamment portée à la bouche, tient abaissée et renversée en dehors la lèvre inférieure, qui est énorme.

Contractures. — Le trismus est actuellement très marqué; il est impossible d'imprimer aux arcades dentaires le moindre mouvement d'écartement; de chaque côté, on sent les masséters contracturés et la pression y est douloureuse.

Les deux peauciers du cou se dessinent énergiquement sous la peau.

Il n'y a aucune raideur ni du cou, ni du tronc, ni des membres.

Paralysie faciale. — La paralysie faciale est bilatérale et totale. Les deux yeux sont constamment ouverts; si on demande à la malade de les fermer, la paupière inférieure est absolument immobile, la paupière supérieure s'abaisse légèrement, puis le globe oculaire s'élève, en sorte que l'iris est entièrement caché par la paupière, mais une notable partie du globe oculaire reste à découvert. De même, quand on provoque le réflexe cornéen, il y a une ébauche de clignement, mais jamais occlusion complète. Il ne semble pas qu'il y ait ni paralysie, ni contracture du releveur de la paupière; quand on abaisse avec les doigts les paupières, les yeux restent clos, et la malade peut certainement contracter son muscle releveur.

Le reste de la face est absolument immobile; les rides sont encore visibles sur le front; les plis naso-géniens sont tirés par en bas, le gauche peut-être un peu plus que le droit, les commissures des lèvres sont fortement abaissées. La lèvre supérieure est invisible, la lèvre inférieure paraît très augmentée de volume, la malade s'ingénie à la maintenir constamment abaissée, soit avec la main, soit, quand elle repose, en interposant entre les deux lèvres un mouchoir, une compresse. Faute de cette précaution, elle est immédiatement prise de dyspnée.

Les muscles des joues, des lèvres sont absolument inertes; il n'y a, de leur côté, aucune modification au moment des paroxysmes; quand on demande de siffler, de souffler, elle n'ébauche aucun mouvement. Elle parle avec peine, mais on peut la comprendre.

Dysphagie. — En écartant ses lèvres, et grâce à l'absence de certaines dents, on peut lui faire pénétrer un peu de lait dans la bouche, mais elle n'en avale qu'une faible partie, le reste est rejeté. Ces essais de déglutition provoquent, à chaque fois, des spasmes pharyngés et une augmentation de son trismus.

Paroxysmes. — La malade se dresse alors sur son séant, son trismus s'exagère, de ses deux mains elle fait des efforts pour abaisser sa lèvre et sa mâchoire inférieure; elle gémit et semble beaucoup souffrir.

Sensibilité. — Elle accuse des douleurs frontales, des douleurs vagues dans les lombes et les membres inférieurs, des crampes dans les mollets.

Réflexes. — Il n'y a pas d'exagération des réflexes rotuliens, pas de trépidation épileptoïde; le réflexe des orteils se fait en flexion; il n'y a pas le signe de Kernig. Le réflexe pupillaire est conservé.

Phénomènes généraux. — Etat des viscères. — La température est à 36°8; le cœur, qui bat à 70, présente un certain degré d'arythmie, caractérisé par l'apparition, à certains intervalles, de pulsations plus précipitées. La malade a une garde-robe avec un lavement; les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Traitement. — On prescrit 8 grammes de chloral en deux lavements, pris à six heures d'intervalle.

Le 28, au matin. La malade a dormi une partie de la nuit; elle a eu cinq crises paroxystiques, toutes provoquées soit par des essais de déglutition, soit par des mouvements (garde-robe, soins, etc.). L'aspect du visage n'a pas changé, mais la malade ne prononce plus que quelques monosyllabes, la moindre tentative de déglutition provoque du spasme pharyngien, et la malade se refusera désormais à tout essai nouveau, sans qu'il y ait à proprement parler d'hydrophobie.

Température, 37°4; pouls, 100. Traitement : 12 grammes de chloral en trois lavements.

Le 28, au soir. Il semble que les plis de la face, rides du front et plis naso-géniens, sont plus effacés. Le trismus a augmenté. La malade ne parle plus du tout. Elle est vue par M. Borrel. Au cours de l'examen, elle est prise d'une crise paroxystique. Cette crise est beaucoup plus violente et plus longue que les précédentes; non seulement le trismus augmente, mais il y a une dyspnée manifeste; la malade est assise, les mains se portent à la bouche, à la gorge; la respiration est fréquente, courte; l'expiration s'accompagne d'un bruit qui se produit au niveau des dents et des lèvres, avec rejet d'un peu d'écume. On ne constate ni bruit laryngé, ni tirage; il y a spasme des muscles inspirateurs plutôt que spasme de la glotte. A la fin de l'accès, la face se cyanose, puis la malade retombe épuisée sur son oreiller.

En présence de ces troubles respiratoires, M. Borrel ne croit pas devoir pratiquer l'injection intra-cérébrale de sérum antitétanique.

Température, 37 degrés. Pouls à 100.

En examinant la malade à neuf heures du soir, pendant

son sommeil, on remarque qu'en lui pressant doucement sur les narines, de façon à faire passer le courant d'air expiré par la bouche, les lèvres se laissent soulever passivement à chaque expiration; la malade fume la pipe.

Le 29, au matin. La nuit a été mauvaise; à huit heures, à dix heures, il y a eu une crise; de deux à cinq heures du matin, agitation continuelle, crises fréquentes. Chaque fois, le chloral la fait dormir pendant deux heures. De nouveau, le matin, deux crises : à huit heures, puis à dix heures. La malade est examinée à ce moment; la crise est semblable à celle de la veille, mais elle dure plus longtemps. On lui fait une injection de 1 centigramme de morphine; elle repose jusqu'à onze heures et demie; nouvelle crise, nouvelle injection.

Les plis de la face sont manifestement plus effacés qu'au début; la malade ne parle plus, ne boit plus; elle perd ses urines et ses matières. Il n'y a toujours pas de contracture de la nuque ni des membres. Température, 37°2; pouls 102.

Traitement : 4 grammes de chloral en lavement toutes les six heures. Un lavement alimentaire. Injection hypodermique de 200 grammes de sérum artificiel.

Deux heures. Accès peu durable.

Cinq heures du soir. L'état général a manifestement empiré; la face est violacée, l'œil vitreux, atone; le pouls est à 108, petit, mou, irrégulier; la température est à 37°4.

Huit heures. Violent paroxysme, qui dure presque sans interruption jusqu'à neuf heures et demie. Puis la malade se met à râler et elle meurt à deux heures du matin, sans avoir présenté de nouvelles crises. La température n'a pas été prise au moment de la mort.

Autopsie. — L'examen du bulbe a été confié à M. Philippe, chef du laboratoire de la clinique de la Salpêtrière; il n'y avait aucune lésion appréciable à l'œil nu. Au microscope, on a noté seulement, par la méthode de Nissl, une pigmentation considérable des noyaux, en particulier de celui de l'hypoglosse, ce qui s'explique par l'âge de la malade. Du reste, par suite d'un retard accidentel, l'état défectueux de la pièce, quand elle a été livrée au laboratoire, ne donne à ces résultats qu'une importance relative.

L'intérêt de cette observation réside dans la pureté du type clinique de tétanos céphalique qui s'y trouve réalisé, et dans la bilatéralité de la paralysie faciale consécutivement à une plaie siégeant sur la ligne médiane.

Nous avons trouvé, dans les observations de tétanos céphalique qui ont été publiées, un seul cas de diplégie faciale, celui de Thénée; et, cette fois encore, la porte d'entrée était située sur la ligne médiane, à la racine du nez. Si, comme nous le verrons, dans tous les cas de paralysie unilatérale, sauf un, celui de M. Terrillon, où l'existence de la paralysie était douteuse, cette paralysie siégeait du côté blessé, on est en droit de dire que le siège de la plaie commande le siège de la paralysie, point qui doit avoir son importance pour éclairer la pathogénie encore obscure de cette complication du tétanos.

Décrit pour la première fois par Edmund Rose, en Allemagne (1870), observé depuis en Allemagne, en Angleterre en Italie (1), le tétanos avec paralysie faciale n'est connu en France que depuis la communication de M. Terrillon à la Société de chirurgie (1887). L'année suivante, MM. Schwartz et Terrillon publièrent, dans la *Revue de chirurgie*, l'analyse de 17 cas observés jusque-là à l'étranger, en y comprenant l'observation de Polloch, antérieure à la description de Rose, mais qui avait passé inaperçue, et en y joignant un nouveau cas inédit de M. Dumolard. A la fin de cette même année 1888, M. Terrillon fit à la Société de chirurgie un rapport sur une observation de M. Charvot, et M. Villar, à propos d'un malade observé avec M. Rémy, publia une Revue générale dans la *Gazette des hôpitaux*. Cette Revue générale de M. Villar est le travail le plus complet qui ait paru en France sur la question. Depuis 1888, nous n'avons plus à mentionner, dans les publications françaises, que la thèse de M. Janin (Paris, 1891-1892) et une clinique de M. Reclus dans le *Bulletin médical* (1893). La thèse de M. Janin, outre deux observations personnelles, contient l'observation de M. Crossouard (*Sur l'origine équine du tétanos*, Th. de Bordeaux, 1887), celle de M. Buisson (Verneuil, Acad. des sc.) et des faits de tétanos céphalique dans lesquels la paralysie faciale, si elle existait, n'avait pas attiré sur elle l'attention [cas de Larrey (1), de Huguier (2), de Robert (3)]. La leçon clinique de M. Reclus renferme 4 observations nouvelles, ce qui porte à 35 le nombre des observations que nous avons pu réunir, en y comprenant la nôtre et en négligeant celles où la paralysie faciale ne fait pas l'objet d'une mention spéciale, comme les observations anciennes de Larrey, etc., et celle de Gosselin, où il est dit qu'il n'y avait qu'apparence de paralysie faciale.

(1) Voir Villar. *Gaz. des hôpit.*, 1888, nº 147, p. 1357.

Rose avait appelé le syndrome qu'il avait décrit tétanos hydrophobique; l'hydrophobie vraie manque le plus souvent, la dysphagie est un symptôme prédominant, mais n'est pas aussi caractéristique que la paralysie faciale; on a proposé les noms de tétanos dysphagique, bulbaire, trismus hémiplégique, trismus unilatéral; la dénomination de tétanos céphalique avec paralysie faciale (Villar) est la plus compréhensive et la plus précise.

Cette forme de tétanos a pour caractères d'être consécutive à une plaie de tête, de s'accompagner de paralysie faciale, de trismus, de spasmes pharyngés et respiratoires précoces et prédominants, tandis que la contracture peut ne pas se généraliser aux muscles du tronc et des membres; nous verrons aussi ce qu'elle peut présenter de particulier au point de vue des phénomènes généraux et de l'évolution.

Siège de la plaie. — La plaie siège le plus souvent, comme dans notre cas, dans la région que Villar a appelée orbito-naso-temporo-malaire, mais elle peut siéger sur toute la face, et en particulier aux lèvres; en tout cas, elle est toujours « céphalique ». C'est à tort que Janin prétend que le siège de la plaie peut être quelconque, d'après une de ses observations où le tétanos aurait été secondaire à une piqûre de vaccin. Voici, en effet, en quelques mots, l'histoire de son malade : blessure de la région sourcilière droite le 12 avril, trismus et paralysie faciale droite le huitième jour, spasmes pharyngés et respiratoires, etc. Le malade sort le 20 juin, pour l'hospice de Vincennes, on l'y vaccine le 21, le soir douleurs, secousses convulsives, exagération de la déviation de la face, qui avait donc persisté. La vaccination a produit un réveil de contractures, mais il ne peut être question d'une nouvelle inoculation de tétanos suivie d'une nouvelle paralysie faciale.

Dans le cas de Buisson (Verneuil, Acad. des sc., 1888), angine, otite, paralysie faciale et trismus, la porte d'entrée aurait été dans la gorge, mais on peut se demander s'il s'agissait de tétanos.

Dans tous les autres cas, la plaie siégeait à la face.

Paralysie faciale. — La première question à se poser est

(1) Larrey. *Mémoires de campagnes.*
(2 et 3) Soc. de chir., mai 1848.

celle de l'existence même de cette paralysie. Certains auteurs, en effet, la nient : dans son article du *Traité de médecine et de thérapeutique* M. Vaillard écrit : « L'asymétrie de la face résulte uniquement de la contracture des petits muscles du côté où siège la blessure, le tétanos céphalique n'a donc pas de caractéristique. » D'autres fois, on s'est demandé, comme dans le cas de Gosselin (1), s'il ne s'agit pas plutôt d'une contracture des muscles du côté opposé.

Comme le fait remarquer Villard, « à côté des cas où la paralysie faciale est donnée comme certaine, il en est d'autres qui sont empreints d'une certaine hésitation facile à comprendre pour qui a vu un cas de ce genre. » On se rendra compte des difficultés de ce diagnostic par ce fait que Hadlich, Bernhardt, Guterbrock, Dumolard ont pensé que les muscles du côté paralysé étaient en même temps contracturés.

Dans les cas où le trismus est très prononcé, il ne peut être question de demander au malade de rire, souffler, siffler, etc., il ne parle plus, il ne mange plus, l'impotence fonctionnelle est difficile à constater. Quant à la déviation des traits, la contracture d'un côté peut simuler la paralysie de l'autre. L'état de flaccidité ou de contracture est d'une appréciation difficile quand il s'agit des petits muscles peauciers de la face.

Quoi qu'il en soit, il nous semble que dans certains cas, comme dans le nôtre, on ne saurait nier la paralysie faciale quand on observe l'inocclusion des paupières, l'effacement progressif des rides. Le soulèvement passif des lèvres par l'air expiré indique qu'elles étaient flasques, non contracturées, et, d'autre part, elles étaient complètement immobiles.

Nous n'insisterons pas sur les caractères et l'évolution de la paralysie faciale : elle est totale le plus souvent, elle peut apparaître avant le trismus, mais plus souvent elle est postérieure, le plus souvent, du reste, son début passe inaperçu. Les réactions électriques qui ont été cherchées quelquefois ont toujours été normales; l'épreuve de la pilocarpine n'a jamais été faite. Le pronostic de la paralysie est favorable, elle est toujours notée guérie ou en voie de guérison quand le malade quitte l'hôpital.

Pour ce qui est du siège, les auteurs disent que la paralysie siège presque toujours du côté blessé, nous croyons qu'elle y siège toujours.

Dans tous les cas où le siège de la plaie et de la paralysie est noté, si la plaie est médiane, la paralysie est unilatérale [Guimaraës (2), Reclus], ou bilatérale (Thénée, obs. personnelle); si la plaie n'intéresse qu'un côté de la face, toujours, sauf dans le cas de M. Terrillon, la paralysie porte sur ce même côté. C'est à tort, en effet, que M. Reclus donne le cas de M. Dumolard comme faisant exception à la règle : il s'agissait d'une plaie de la région sourcilière droite et « l'œil est largement ouvert, les larmes coulent sur la joue, la muqueuse de la joue droite a de la tendance à s'interposer entre les arcades dentaires » (3).

Il ne reste donc que le cas de M. Terrillon, mais l'auteur lui-même doute de l'existence de la paralysie, il fait remarquer que « le côté droit n'est pas aussi flasque que dans la paralysie, le gonflement des joues peut se faire sans grande déperdition de l'air au niveau de la commissure des lèvres »; nous ajouterons que la commissure labiale est dite abaissée du côté non paralysé, qu'il y avait de la contracture des muscles du côté blessé, s'exagérant au moment des spasmes, qu'aucun phénomène anormal n'est noté au niveau des paupières, enfin, que le septième jour il est dit expressément « toujours contracture de la face à gauche, mais sans paralysie à droite ». On est en droit de se demander s'il y a jamais eu autre chose que de la contracture à gauche.

Trismus. — Le trismus ne manque jamais, il est toujours le premier en date parmi les phénomènes de contracture; quelquefois, il débute par le côté blessé et y reste prédominant, d'où le nom de trismus unilatéral, hémitrismus; il est toujours très accentué, et empêche souvent toute tentative d'alimentation par la voie buccale.

Spasmes pharyngés et respiratoires. — Les troubles de la déglutition et de la respiration tiennent une place très importante dans la symptomatologie du tétanos céphalique. L'hydrophobie n'est notée qu'une fois (Lehrnbecher), mais sur les 34 cas restants, 20 fois sont notés des troubles de déglutition intenses; chaque tentative provoque un spasme pharyngé intense, il en est de même des essais de cathétérisme de l'œsophage. Ces spasmes pharyngés s'accompagnent bientôt de spasmes des muscles de la respiration, la face se cyanose, la respiration s'arrête. Guterbrock put tirer la langue au dehors et pratiqua la respiration artificielle, Von Wahl pratiqua la trachéotomie, M. Villar dit que son malade est mort « étouffé », etc.

Le malade de Giuffré eut des crises de suffocation sans dysphagie.

Généralisation des contractures. — Dans le tétanos vulgaire, les phénomènes de contracture débutent ordinairement au niveau des masséters, puis gagnent les muscles de la nuque, du tronc, des membres; quand il s'agit du tétanos céphalique, cette généralisation est loin d'être la règle. Chez notre malade, jusqu'au dernier moment il n'y eut aucune raideur de la nuque ou du tronc. Parmi les 34 autres observations que nous avons relevées, 14 fois seulement il est parlé de contractures de la nuque, du tronc, des membres; en général ces contractures sont tardives, elles ne se montrent qu'au moment de la mort (Rose, Von Wahl, Kirschner), ou longtemps après le début dans les cas à marche lente, suivis de guérison (Janin). 5 fois il y a eu des secousses convulsives dans les membres, sans contractures permanentes. MM. Terrillon, Reclus, Crossouard, Guimaraës, ont insisté sur la non-généralisation des contractures; enfin dans 11 observations, il n'est parlé de rien autre que la contracture des muscles de la face et de la mâchoire; on peut en inférer que la contracture des autres muscles ou bien n'existait pas ou était peu importante.

Phénomènes généraux. Évolution. Pronostic. — Dans un certain nombre d'observations (Rose, Janin, Dumolard, Villar, obs. personnelle), on a noté l'absence de fièvre; il n'en est pas de même dans tous les cas, mais la proportion n'est pas facile à établir à cause de l'absence de renseignements dans beaucoup d'observations. On peut dire néanmoins que les phénomènes généraux sont plutôt atténués; les malades meurent de leur spasme respiratoire.

Pour ce qui est de la marche et du pronostic du tétanos céphalique, il semble a priori que la mort doive survenir plus rapidement et plus souvent que dans toute autre forme de tétanos, étant donné l'envahissement précoce et habituel

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1880, n° 9, p. 65.
(2) In Clinique de Reclus. *Bull. méd.*, 1893.
(3) Terrillon et Schwartz. Loc. cit.

des noyaux du bulbe. Mais il ne faut pas oublier que tous les cas de tétanos ne sont pas comparables, et qu'il faut faire intervenir dans une large mesure la nature de la plaie, la quantité de matière septique inoculée.

Sur nos 35 malades, nous relevons 17 morts et 18 guérisons; une fois (Villar) la mort est survenue le quarantième jour; une fois le deuxième, trois fois le troisième jour; la plupart du temps la maladie a duré de trois à douze jours.

Le pronostic serait donc meilleur que celui du tétanos en général, puisque, d'après M. Vaillard, la léthalité dans le tétanos est de 65 à 70 p. 100.

Villar a fait remarquer que le pronostic était plus grave dans les cas où le tétanos se cantonnait dans les muscles de la tête que dans ceux où on observait la généralisation des contractures.

Pathogénie. — Ainsi qu'on a pu voir, les deux grands caractères du tétanos céphalique c'est, d'une part, la paralysie faciale, d'autre part, le cantonnement ou au moins la prédominance des contractures dans les muscles innervés par les nerfs dont les noyaux sont au bulbe (muscles de la face, masticateurs, de la respiration, du pharynx). De nombreux auteurs, depuis Larrey jusqu'à Verneuil, avaient insisté sur ce fait que, parfois, les contractures dans le tétanos débutaient par le membre blessé et que la maladie affectait ainsi des modalités diverses selon le point d'inoculation. L'expérimentation a montré que ce qui était une rareté chez l'homme était la règle chez le cobaye. M. Marie a fait voir (1) qu'une partie de la toxine nerveuse injectée sous la peau atteint la moelle en suivant la voie nerveuse. MM. Roux et Borrel puis M. Binot (2) ont vu que, comme on devait s'y attendre, les contractures variaient suivant les nerfs intéressés; chez le cobaye et le lapin, la contracture débute fatalement par le membre inoculé, et selon la dose de toxine inoculée elle envahit de proche en proche le rachis, puis la patte postérieure opposée.

Chez l'homme, MM. Roux et Borrel ont décrit le tétanos viscéral, chez le cobaye le tétanos cérébral. M. Binot a multiplié les sièges d'inoculation chez le cobaye et a obtenu des effets très différents les uns des autres, il n'a pu réaliser le tétanos céphalique avec paralysie faciale.

Néanmoins nous pouvons dire que le tétanos céphalique est un tétanos bulbaire, parce que la porte d'entrée siège sur le territoire d'une paire cranienne, que la toxine atteint immédiatement le bulbe. La mort peut survenir rapidement du fait des spasmes respiratoires, ou bien la maladie suit son cours et les contractures se généralisent, ce qui expliquerait la gravité plus grande du pronostic dans le tétanos localisé, grav té qu'avait notée Villar.

La paralysie faciale est d'une interprétation plus difficile : elle n'a pu être réalisée par l'expérimentation sur les animaux, et chez l'homme les autopsies ont été négatives.

Elle ne s'observe jamais que dans le tétanos céphalique, elle s'observe toujours du côté blessé, en conséquence toute explication qui ne tient pas compte du siège de la porte d'entrée est à rejeter. S'agit-il d'une réaction spéciale du noyau du facial vis-à-vis de la toxine tétanique? Non, puisque dans les autres formes de tétanos on observe de la contracture des muscles de la face. S'agit-il d'une réaction spéciale du nerf qui lui aussi est un nerf spécial, dans l'économie, exclusivement moteur, directement imprégné par la toxine? L'expérimentation nous l'apprendra peut-être un jour.

(1) *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1897.

(2) Binot. Thèse de Paris, 1899.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(6 avril 1900)

Il ne serait pas étonnant que l'on vînt à apprendre encore quelque nouveau méfait dû à la grippe. Cette idée me vient en lisant la très intéressante communication publiée par MM. Galliard et René Monod, ayant pour titre : **Choléra nostras avec entérocoque de Thiercelin.** Voici en quelques lignes l'observation clinique. *A une époque où sévissait la grippe*, disent textuellement les auteurs, mais où personne ne songeait aux entérites cholériformes, le 9 janvier 1900, on apporta, à l'hôpital Saint-Antoine, un malade âgé de trente-six ans, qui, dans l'après-midi du 6 janvier, avait été pris brusquement, sans prodromes, de coliques violentes et de diarrhée profuse. Le malade présenta bientôt les signes classiques du choléra vulgaire. Le facies abdominal s'accentua, la cyanose s'accrut, le refroidissement des extrémités devint peu à peu plus sensible, l'aphonie apparut, les vomissements furent bientôt incessants, les selles devinrent séreuses à grains riziformes. Ajoutons à ce tableau : les crampes très pénibles, l'anurie, la rétraction douloureuse des bourses, l'abolition des réflexes rotuliens et pupillaires, le myosis : comme on le voit, rien n'y manque; c'est bien le choléra. En dépit du traitement le plus énergique, le marasme survint, qui enleva le malade après dix jours de souffrances.

On ne trouva à l'autopsie rien de bien spécial; mais l'examen bactériologique montra l'absence de bacilles virgules et la présence exclusive de deux microbes : d'abord le colibacille, ensuite le diplocoque souvent entouré d'une auréole, cultivant facilement sur gélose. Ce diplocoque prédominait nettement dans les grains riziformes. Ces deux microbes se sont retrouvés dans l'urine recueillie à l'autopsie, dans le sang du foie, de la rate et des reins, pris sur le cadavre. Il présentait tous les caractères de l'entérocoque de Thiercelin. Or, nulle part, il n'y avait de diarrhée cholériforme, et partout il y avait grippe. N'y a-t-il pas là plus qu'une coïncidence?

MM. Souques et Ravaut rapportent l'observation d'un malade, homme de vingt ans, qui fut pris brusquement, au décours d'une fièvre typhoïde, d'un **accès de suffocation qui nécessita la trachéotomie**. Par la plaie trachéale, le malade rejeta une concrétion bronchique, longue de 16 centimètres, ramifiée dichotomiquement. Le malade succomba au laryngo-typhus, et l'autopsie montra de la congestion dans le lobe inférieur du poumon gauche. Il faut retenir ce fait que certains moules bronchiques pseudo-membraneux peuvent avoir une origine hémorragique.

C'est un fait bien intéressant que rapportent MM. Landrieux et Milian sous ce titre : **Cirrhose hypertrophique biliaire à début splénique avec adénomégalie.** Il convient d'insister surtout sur les résultats de l'autopsie. La rate pesait 1 900 grammes et le foie 2 070. *Tous les ganglions abdominaux et ceux du hile* du foie, en particulier, étaient hypertrophiés et de couleur gris noirâtre. Le sang n'était pas coagulé dans les vaisseaux.

L'examen microscopique révélait des lésions cirrhotiques de la rate, avec disparition presque complète des glomérules de Malpighi. Le foie montrait une cirrhose postobiliaire avec péri-angiocholite, les ganglions étaient sclérosés et chargés de pigments biliaires.

Il faut noter — les auteurs insistent beaucoup sur ce point — le début splénique qui a une si grande importance dans la genèse des hépatites (Chauffard); l'adénomégalie généralisée avec pigments biliaires dans les ganglions, et enfin la cirrhose splénique.

D'après M. Béclère, le moyen le plus simple et le plus inoffensif de mesurer la tension intra-pleurale, en cas de pneumothorax, consiste en une ponction capillaire de la plèvre faite aseptiquement, dans un espace intercostal, à l'aide d'une aiguille à injections hypodermiques, reliée par un tuyau de caoutchouc à un tube de verre de 15 centimètres environ, et plongeant à moitié dans une éprouvette emplie d'eau. Ce manomètre, facile à improviser, permet de reconnaître aisément si le pneumothorax est ouvert, à soupape ou fermé.

Cette ponction capillaire, instrument de diagnostic différentiel, est, en même temps, le meilleur mode de traitement du pneumothorax à soupape. Elle suffit à l'issue de l'air accumulé en excès dans la plèvre, n'est presque pas douloureuse, peut être répétée aussi souvent qu'il est nécessaire et n'expose pas le malade au danger de l'emphysème sous-cutané, comme l'évacuation faite avec les instruments habituellement employés pour la thoracentèse.

La ponction capillaire dans le pneumothorax est bien préférable à l'aspiration qui n'est pas seulement inutile, mais peut devenir nuisible quand elle provoque la réouverture d'une perforation en voie de se fermer.

L'usage interne de la morphine, très utile dans toutes les perforations pulmonaires pour combattre la douleur, la dyspnée et la toux, est particulièrement indiqué dans les cas de pneumothorax à soupape, où il est si nécessaire de s'opposer aux efforts de toux. Les injections sous-cutanées de morphine constituent le meilleur adjuvant des ponctions capillaires dont elles servent à prévenir ou à retarder le retour.

MM. Louis Rénon et Latron ont observé un malade **atteint d'acné comédon et de tuberculose pulmonaire** à la suite d'une intoxication professionnelle par les vapeurs de chlore.

L'acné comédon réparti sur les pommettes, sur les oreilles, dans la barbe, sur le ventre, présente tous les caractères que MM. Herxheimer, Thibierge et Pagniez ont, dans trois cas antérieurs, en 1899 et 1900, attribués à l'acné chlorique; on trouvait, par places, l'aspect « du tatouage produit par l'explosion d'une charge de poudre à peu de distance de la peau »; aux oreilles, les comédons alternent avec les kystes sébacés.

Ce malade a été employé, pendant neuf mois, dans la même usine que les malades de MM. Thibierge et Pagniez, à l'électrolyse du chlorure de sodium pour la fabrication du chlore et du chlorure de chaux. En nettoyant et remplissant les baquets en « cellules », ils étaient exposés à l'inhalation des vapeurs de chlore qui s'échappaient aussi parfois des ajutages des canalisations.

Les lésions pulmonaires tuberculeuses, avec ramollissement d'un des sommets et excavation de l'autre, n'ont débuté qu'après l'entrée du malade dans cette usine; cet homme se portait bien auparavant, il n'avait jamais toussé, travaillait dans les champs, et n'a point de tuberculeux dans sa famille. Il paraît bien difficile de ne pas faire jouer aux vapeurs du chlore un rôle dans la genèse de sa bacillose du poumon.

Il en résulte, qu'outre les accidents bronchiques et pulmonaires, l'intoxication par les vapeurs de chlore peut être le point de départ d'affections à évolution moins rapide, comme la tuberculose pulmonaire commune.

MÉDECINE PRATIQUE

Le massage du foie par la respiration profonde contre les coliques hépatiques. — Sujet depuis sept ans à des accès de coliques hépatiques dont l'arrivée lui était annoncée par une sensation douloureuse dans la région du foie, M. Möbius a trouvé un moyen très simple qui lui permet de faire avorter la crise ou d'en diminuer l'intensité. Ce moyen consiste à faire une série de mouvements respiratoires très profonds.

On fait une inspiration aussi profonde que possible, et pour arriver au maximum d'intensité, on emploie au moins cinq secondes; on reste dans cette position quinze, vingt voire même trente secondes, puis on fait très lentement un mouvement d'expiration, de façon que ce temps de la respiration dure à son tour douze à quinze secondes, et on recommence. Durant les inspirations profondes, le foie s'abaisse quelquefois de 5 centimètres; pendant l'expiratlon forcée, il remonte en suivant le diaphragme. Le va-et-vient du foie constitue un véritable massage de l'organe.

Les mouvement respiratoires peuvent s'exécuter aussi bien debout que couché; le mieux, c'est de s'asseoir dans un fauteuil, le dos appuyé contre le dossier et les avant-bras posés sur les bras du meuble.

M. Möbius estime que l'absence des mouvements du foie prédispose régulièrement à la cholélithiase, et ce serait pour cela que les femmes, dont la respiration est costale et qui ont les hypocondres comprimés par le corset, sont plus sujettes que les hommes à la lithiase biliaire.

Il va de soi que les individus prédisposés à la lithiase et dont le foie fonctionne d'une façon satisfaisante devraient s'habituer à respirer profondément d'une manière constante et à pratiquer de temps en temps le massage du foie par la respiration profonde et forcée.

Quant au massage du foie et de la vésicule biliaire à travers la paroi abdominale, tel qu'il est pratiqué par les spécialistes, M. Möbius le considère comme parfois dangereux et exigeant beaucoup de prudence de la part de l'opérateur. (*Journ. de méd. de Paris*, 1900, n° 14.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Banquet de l'internat. — Le banquet annuel de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 5 mai, à sept heures et demie précises, au restaurant Marguery, boulevasd Bonne-Nouvelle, sous la présidence de M. le professeur Reverdin (de Genève).

La bicyclette et les médecins militaires. — D'après le récent règlement pour les bicyclistes militaires en Allemagne, tous les hommes du service de santé doivent apprendre à monter à bicyclette suffisamment pour pouvoir s'en servir, soit pendant les marches, soit pendant le séjour des troupes au cantonnement.

Depuis longtemps en France, un certain nombre de colonels autorisent les étudiants en médecine faisant fonction de médecin auxiliaire à suivre les marches et manœuvres à bicyclette. Cette tolérance qui permet au médecin d'arriver frais à l'étape et de pouvoir remplir les fonctions dans de bonnes conditions mériterait d'être généralisée.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 43. — JEUDI 12 AVRIL 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 12 AVRIL 1900. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION. 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — De quelques accidents rénaux observés dans le cours de la syphilis acquise; leur fréquence, leur nature, par M. Gabriel Delamare, interne des hôpitaux de Paris. — Traitement du mal de Pott et redressement lent et progressif de la gibbosité par le décubitus abdominal prolongé. — Séance de l'Académie de médecine. — Revue de la Presse. *Chirurgie :* Destruction du sphincter anal par un phlegmon : autoplastie musculaire à l'aide du releveur de l'anus et du grand fessier; continence finale; — *Laryngologie :* Le tubage en ville; — *Voies urinaires* : Un cas de rupture traumatique de la muqueuse urétrale; — *Hygiène :* Bicyclette et grossesse; — *Thérapeutique :* Traitement de la syphilis par les injections de sérum antisyphilitique; — Applications thérapeutiques de la lumière électrique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

DE QUELQUES ACCIDENTS RÉNAUX

OBSERVÉS DANS LE COURS DE LA SYPHILIS ACQUISE; LEUR FRÉQUENCE, LEUR NATURE

Par M. Gabriel Delamare, interne des hôpitaux.

Si presque tous les classiques français s'accordent à considérer comme très rares les manifestations rénales de la syphilis, il n'en est pas moins vrai qu'en Allemagne surtout, on semble trouver assez souvent les néphrites latentes de la période secondaire, et qu'en France même, on a, ces temps derniers, affirmé que, bien souvent, la syphilis détermine une fragilité spéciale du rein.

C'est à vérifier ces notions nouvelles que je me suis employé, en étudiant, avec M. Ferreux, le rein de 478 syphilitiques.

Pas un des 57 syphilitiques tertiaires sur lesquels ont porté nos recherches, ne présenta le moindre symptôme de lésion rénale.

Sur les 421 syphilitiques secondaires, qui font le principal objet de cette étude, je n'ai pas trouvé, même une fois, l'albuminurie et la cylindrurie latentes rencontrées 22 fois sur 250 cas, par Schwimmer et 12 fois sur 100, par Fürbringer.

Et je n'ai observé que trois néphrites subaiguës.

Outre qu'ils prouvent l'excessive rareté de la syphilis rénale considérée dans son ensemble, celle des formes latentes de la phase secondaire, ces faits montrent encore que l'intervention de la syphilis à titre de cause prédisposante, déterminant une fragilité spéciale du rein, est, elle aussi, très rare, puisque cette dernière ne semble pas se manifester souvent chez les malades d'hôpital, pourtant soumis aux durs travaux, à la misère, à l'alcool, au froid.

D'ailleurs, l'histoire des trois néphrites rencontrées chez ces 421 syphilitiques est intéressante et vaut d'être rapportée, non seulement à cause des particularités cliniques qu'elles présentent, mais surtout à cause de leur nature, chaque fois différente.

Les deux premières nous offrent chacune un exemple spécial de ce qu'on pourrait appeler l'action indirecte de la syphilis sur le rein. Dans l'une, la vérole semble jouer le simple rôle de *cause occasionnelle;* dans l'autre, elle paraît provoquer la néphrite par l'étendue et surtout les érosions de ses manifestations cutanées. Seule, la dernière semble être un type de néphrite vraiment syphilitique.

Observation I. — Cl..., trente ans, terrassier, entre, le 8 mai 1899, dans le service de M. Renault. Robuste, sans tares héréditaires, il a eu la typhoïde à sept ans, quelques accès de fièvre intermittente, à vingt-deux ans; il a pris, en janvier 1899, une blennorragie, dont il n'est pas encore guéri, et, en février 1899, un chancre infectant. Il a maintenant des syphilides papulo-squameuses disséminées sur sur le thorax, la racine des bras et les jambes. L'éruption est discrète, et l'on ne voit aucune solution de continuité tégumentaire. Pas de traitement antérieur.

Début probable de la maladie : Le 6 mai, au matin : œdème scrotal. Dans la journée, l'œdème gagne rapidement les membres inférieurs et le thorax. Le lendemain, il atteint la face et prédomine aux paupières.

Le 8, la face, très pâle, n'est plus bouffie; l'œdème, assez considérable, est malléolaire, scrotal et thoracique; 1 800 centimètres cubes d'urine par vingt-quatre heures, 6 grammes d'albumine (parties égales de globuline et de sérine). Râles ronflants et sibilants dans toute l'étendue des deux poumons; cœur sain, artères souples. Pas d'hypertension. Foie normal. Matité splénique verticale : 4 centimètres. Perméabilité rénale explorée par le bleu de méthylène : élimination dissociée du bleu et du chromogène.

Traitement : régime lacté absolu, repos au lit.

10 mai. Disparition des œdèmes. L'albumine persite dix jours encore.

20 mai. Régime azoté; 0g10 de protoiodure de mercure.

28 mai. La santé semble parfaite.

Cette néphrite a guéri — en apparence du moins — après quatorze jours de régime lacté, et sans le secours du traitement iodo-mercuriel. Elle ne paraît donc pas être de *nature syphilitique*, mais bien plutôt relever de l'une ou de toutes les toxi-infections passées. Cependant, elle s'est montrée au cours de la syphilis et, sans doute, à l'occasion de celle-ci.

Obs. II. — Il s'agit d'un homme de trente ans, entré le

1er mai 1899 dans le service de M. Humbert. Ses antécédents héréditaires sont nuls; il est alcoolique (deux litres de vin par jour; tremblement des mains et de la langue; crampes dans les mollets, rêves professionnels). En mars dernier, il prend un chancre syphilitique du gland; en avril, débute une éruption de syphilides papulo-croûteuses énormes, bientôt généralisée à tout le tégument. Seules, les mains et les pieds sont indemnes. Ces syphilides ne tardent pas à s'ulcérer. On trouve encore des plaques muqueuses labiales et de grosses adénopathies inguinales, cervicales et épitrochléennes. Le malade n'a pas encore suivi de traitement. On prescrit 0g10 de protoiodure d'hydrargire.

Le 5 mai, aucune amélioration n'étant survenue, on fait une injection de 0g05 de calomel.

Le 8 mai, œdème des membres inférieurs et albuminurie.

Le 13 mai, survient une paralysie radiale droite.

Le 15, deuxième injection de 0g05 de calomel, suivie de stomatite. Il entre dans le service de M. Renault.

Le 16 mai, il est « tigré » de syphilides ulcéreuses, les unes à vif, les autres recouvertes de croûtes. La stomatite est intense. L'œdème, considérable, couvre les deux membres inférieurs. L'urine contient des flots d'albumine. L'auscultation du cœur révèle un souffle systolique à propagation axillaire (il n'existait pas les jours précédents). Les artères sont souples. Le foie et la rate sont normaux. Congestion de la base pulmonaire droite.

Paralysie du long supinateur, des radiaux, du cubital postérieur, des extenseurs commun et propre de l'index, de l'extenseur de l'auriculaire. Les réflexes du coude et du poignet sont forts. Douleurs profondes dans toute l'étendue de l'avant-bras. Intégrité de la sensibilité objective dans tous ses modes.

Traitement : régime lacté, pansements boriqués humides.

17 mai. 1800 grammes d'urine par vingt-quatre heures, 5 grammes d'albumine par litre. Il y a de la sérine et de la globuline. La proportion de cette dernière est plus considérable. L'épreuve du bleu donne les résultats suivants : le bleu apparaît une demi-heure après l'injection, en faible quantité, le chromogène en grande quantité. Puis, la courbe d'élimination des substances est parallèle et l'on remarque deux maxima, répondant le premier aux première, deuxième, troisième et quatrième heures après l'injection, le deuxième aux dix-neuvième et vingtième heures. Il n'y a aucune élimination de bleu aux dix-huitième, dix-neuvième et vingt-quatrième heures. L'élimination cesse définitivement à la vingt-huitième heure.

31 mai. Amélioration de la stomatite et apparition d'une paralysie radiale gauche.

Le 2 juin, on associe au régime lacté 2 grammes d'IK et une cuillerée à soupe de liqueur de van Swieten.

Le 10 juin, il y a 3 grammes d'albumine par litre et l'œdème est encore notable. L'état du tégument s'est amélioré.

Le 25 juin, l'œdème a presque disparu et il n'y a plus que 1g60 d'albumine par litre.

Le traitement spécifique est associé au régime azoté.

Le 3 juillet, œdème du scrotum, des membres inférieurs et de la face, œdème pulmonaire double total. Bruit de galop. 5 grammes d'albumine par litre, 800 grammes d'urine par vingt-quatre heures.

Le traitement spécifique et le régime azoté sont supprimés. Au bout de quatre jours de lait absolu, l'amélioration est manifeste, le malade sort et n'est pas revu.

Dans ce cas, le passé infectieux manque qui pourrait jouer un rôle dans le déterminisme de la néphrite. Seul, l'alcool peut avoir engendré la prédisposition morbide ou, suivant l'heureuse expression de Rénon, la fragilité du rein. Il n'y a d'autres causes déterminantes ou occasionnelles que le mercure et la syphilis.

Étant donné que la néphrite commence le 8 mai, soit trois jours après la première injection de calomel et que la stomatite, signe de l'intoxication mercurielle, apparaît le 15 mai, soit le lendemain de la deuxième injection, il semble plus logique de chercher dans l'imperméabilité passagère des reins malades, la cause de l'empoisonnement mercuriel que de soutenir l'origine mercurielle de la néphropathie.

Reste donc la syphilis. Mais est-elle cause efficiente ou simplement occasionnelle? Si l'on s'en rapporte à l'épreuve thérapeutique, à l'influence nulle du traitement spécifique associé au régime lacté, à l'action nocive de ce traitement associé au régime azoté comparée à l'action bienfaisante du seul régime lacté, on est forcé de nier le rôle unique et prépondérant de la syphilis. Peut-être, est-il possible de comprendre son intervention immédiate, en admettant qu'une infection secondaire, à la faveur des nombreuses portes d'entrée cutanéo-muqueuse, ait lésé les épithéliums rénaux et provoqué la néphrite au développement de laquelle on vient d'assister.

En un mot, il y a moins *syphilis* que *parasyphilis rénale*. Seule, la troisième observation nous présente une néphrite probablement syphilitique.

Obs. III. — M..., quarante-trois ans, gardien de la paix, entre, le 11 avril 1899, dans le service de M. Renault. Son père est mort à trente-cinq ans d'une fluxion de poitrine, sa mère est morte subitement à soixante-quatre ans. De vingt et un à vingt-quatre ans, il a eu des accès de fièvres intermittentes. Pas d'alcoolisme. Syphilis en avril 1898 (traitement régulier).

Début apparent de la néphrite : s'étant couché bien portant la veille, M... se réveille le 23 mars 1899, avec une légère enflure de la joue droite, une céphalalgie frontale légère, des crampes dans les mollets et une sensation de courbature générale.

Le 30 mars, l'œdème envahit le scrotum et les membres inférieurs. La courbature augmente et s'accompagne d'une somnolence assez marquée.

Le 11 avril, l'œdème malléolaire seul persiste mais il est considérable. Cryesthésie, pollakiurie et polyurie (2 litres d'urine par vingt-quatre heures). Le dosage par pesée donne 7 grammes d'albumine (globuline) par litre. Le bleu n'apparaît que deux heures après l'injection. Les viscères sont normaux. Régime lacté, repos au lit.

Le 19 avril 1899, 7 grammes d'albumine par litre (1800 grammes d'urine par vingt-quatre heures).

Le 25 avril, bruit de galop.

Le 3 mai, 10gr25 d'albumine par litre (1700 grammes d'urine par vingt-quatre heures).

Le 6 mai, malgré le régime lacté absolu suivi sans interruption du 11 avril jusqu'à ce jour, l'albumine persiste (10 grammes par litre). Seul l'œdème des membres inférieurs a diminué. On associe au régime lacté le traitement spécifique suivant : 1° liqueur de van Swieten, 1 cuillerée à

soupe par jour; 2° IK, 1 gramme puis 2 et 4 grammes par jour.

27 mai. Le traitement, parfaitement toléré, est resté sans effet : les œdèmes et le bruit de galop persistent; le dosage par pesée donne 10 grammes d'albumine par litre d'urine. Nouvelle exploration de la perméabitité : le bleu et le chromogène ne sont éliminés qu'une heure et demie après l'injection. A la quinzième heure, absence de toute élimination.

Pour expliquer la nature de cette néphrite, on ne saurait arguer du résultat négatif de l'épreuve thérapeutique. Restent donc les deux hypothèses suivantes : 1° Le paludisme est-il la cause efficiente et la syphilis, la cause occasionnelle? 2° Le paludisme est-il cause prédisposante et la syphilis, cause déterminante? Cette dernière hypothèse paraît la plus vraisemblable, car il s'agit d'une néphrite subaiguë, survenue en pleine syphilis secondaire, chez un ancien paludique.

Remarquons, en terminant, les quelques particularités cliniques suivantes :

1° Il y a bruit de galop, deux fois sur trois (Obs. II et III).

2° Dans les deux néphrites parasyphilitiques, la quantité d'albumine est de 5 et 6 grammes par litre d'urine (1800 grammes d'urine par vingt-quatre heures). Il y a de la sérine et de la globuline en quantités égales.

Dans la néphrite syphilitique, il y a 7 et 10 grammes d'albumine par litre d'urine (2 litres d'urine par vingt-quatre heures). C'est uniquement de la globuline.

3° Ces trois néphrites présentent des troubles de la perméabilité.

a. Dans la première, il y a élimination dissociée du bleu et du chromogène.

b. Dans la seconde, élimination dissociée partielle. L'élimination du bleu est intermittente.

c. Dans la troisième, il y a deux heures de retard et une légère intermittence de l'élimination.

TRAITEMENT DU MAL DE POTT

ET REDRESSEMENT LENT ET PROGRESSIF DE LA GIBBOSITÉ, PAR LE DÉCUBITUS ABDOMINAL PROLONGÉ (1)

Par M. Pierre Bouquet (de Roissy-en-Brie).

Jusqu'alors le traitement classique du mal de Pott dorsal ou lombaire, compliqué d'abcès par congestion, a consisté dans l'immobilisation des malades sur le dos au moyen d'appareils variés. Dans un cas que j'ai observé, le décubitus dorsal étant impossible par suite d'une douleur très vive au niveau de la gibbosité et des fesses, j'eus l'idée de mettre le malade sur le ventre. De ce fait, les douleurs cessèrent et l'affection pottique s'améliora à un tel point, qu'après un séjour de quatre mois dans cette position, la gibbosité avait presque disparu, et l'enfant, auparavant bossu, était complètement redressé.

C'est ce résultat inattendu qui m'a engagé à publier cette observation.

Il s'agit d'un enfant de douze ans, qui à l'âge de six ans eut un mal de Pott lombaire, avec abcès par congestion dans la fosse iliaque droite. Cet abcès fut soigné à l'hôpital des Enfants-Assistés et laissa une fistule permanente. Malgré cela, l'enfant allait et venait, mais il était très courbé et présentait un état général mauvais. Il est resté ainsi jusqu'au mois d'avril dernier, époque à laquelle il survint deux gros abcès de chaque côté de la colonne vertébrale et un troisième au niveau du sacrum. Je traitai ces abcès par ponction et injection d'éther iodoformé, et le malade, qui éprouvait de très vives douleurs en étant sur le dos, fut mis sur le ventre. En même temps, je fis de l'extension continue au moyen de bandelettes de diachylon appliquées sur les jambes et reliées à un poids; la contre-extension étant obtenue par deux lanières fixées aux barreaux de la tête du lit et venant s'attacher au niveau des pectoraux à un petit corset. De plus une sangle de dix centimètres de large environ passait en travers du lit au-dessus de la gibbosité et la comprimait modérément.

A partir du jour où le malade fut dans cette position, les douleurs disparurent, les abcès se cicatrisèrent peu à peu et la fistule de la fosse iliaque se ferma complètement. Ajoutons que l'enfant a très bien supporté cette position; il dormait parfaitement, et pouvait manger, lire et écrire sans difficulté sur une petite table placée à la tête de son lit. Après quatre mois de ce traitement il fut levé; le corps était complètement droit; et la gibbosité autrefois saillante avait pris une forme aplatie. Depuis lors, c'est-à-dire depuis sept mois, cet état s'est maintenu, l'enfant a augmenté de 4 kilogs; il court comme ses camarades et se tient très droit.

J'estime que la position couchée sur le ventre a été dans ce cas très favorable et que le redressement de la gibbosité s'est opéré par la pression atmosphérique d'une part et, de l'autre, par l'action constante des muscles du cou et du dos tendant à porter la tête et le tronc en arrière. En effet, dans cette position, l'enfant faisait à chaque instant des efforts pour relever la tête et les épaules, et courbait ainsi la colonne vertébrale dans le sens contraire à la gibbosité.

(1) Cette observation a été communiquée à la Société de chirurgie par M. Kirmisson, le 14 mars 1900.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(10 avril 1900)

Il y a quelques semaines, M. Pinard appelait, de nouveau, l'attention de l'Académie sur l'appendicite chez les femmes grosses. Après cette intéressante communication, M. Dieulafoy s'était fait inscrire. Il a pris la parole, dans cette séance, pour signaler de nouveaux méfaits de la fâcheuse appendicite; il s'agit, cette fois, de la **pleurésie appendiculaire.** Voyons d'abord quelques exemples : Un homme est amené mourant dans le service de M. Dieulafoy; il était trop tard pour tenter une opération quelconque. A l'autopsie, on trouve un pneumothorax, trois litres et demi de liquide sanieux, fétide, puriforme, qui remplit tout le côté droit, un empyème sus-phrénique; à l'ouverture du ventre, rien du côté gauche, mais du côté droit, des nappes purulentes qui conduisent sur le cæcum, puis sur un appendice remontant, point de départ de cette épopée purulente, caractérisée par une péritonite droite appendiculaire et une pleurésie droite appendiculaire. Il y avait, en outre, un foyer d'infection au sommet du poumon gauche.

Autres cas : appendicite à type remontant, résolution, après huit ou dix jours, pleurésie appendiculaire à colibacilles et à microbes anaérobies.

MM. Brun et Jalaguier appellent récemment M. Dieulafoy auprès d'un enfant également atteint de pleurésie infectieuse post-appendiculaire.

Une jeune fille opérée par M. Monod, en pleine péritonite appendiculaire, est prise, quelques jours après, de pleurésie. Cette jeune fille a fini par guérir.

Ces accidents pleuraux éloignés, survenant après une appendicite, sont-ils si rares? Ce n'est pas l'avis de M. Dieulafoy. Ces faits, d'ailleurs, ne sont même pas nouveaux : en 1892, M. Terrillon présentait à la Société de chirurgie deux observations de malades atteints d'appendicite, puis d'accidents pleuraux. M. Dieulafoy a pu relever, chez les auteurs allemands, une trentaine d'observations du même genre. En se basant sur ces différents faits, M. Dieulafoy fait l'histoire de la pleurésie appendiculaire.

Après une appendicite en apparence bénigne (car il n'y a pas d'appendicite réellement bénigne), on voit assez souvent survenir des accidents hépato-péritonéaux, puis, après huit, dix ou douze jours, un pneumothorax de putréfaction, une pleurésie purulente, et ce malade se trouvant sous le coup d'une double infection péritonéale et pleurale, est généralement perdu à brève échéance. L'infection se propage, dans ces cas, tantôt par les veines, tantôt par contiguïté.

L'appendicite n'est donc pas seulement une affection à accidents immédiats, mais elle peut encore devenir l'origine d'accidents ultérieurs apparaissant après dix ou douze jours, et de la plus haute gravité. M. Dieulafoy termine donc sa communication par les conclusions suivantes :

1° La pleurésie appendiculaire est l'infection de la plèvre consécutive à l'appendicite. Il y a une pleurésie appendiculaire, comme il y a un foie appendiculaire, avec cette différence que l'infection hépatique se fait par l'intermédiaire de la veine porte, tandis que l'infection pleurale se fait par propagation à la faveur des adhérences et des lymphatiques.

2° La pleurésie appendiculaire se voit surtout dans les appendicites à type remontant. L'infection appendiculaire aérobie et anaérobie remonte derrière le cæcum et le côlon, gagne de proche en proche et s'étend, semant sur son passage du pus, des membranes, des adhérences et parfois des collections enkystées. Les produits infectieux tapissent le foie et s'étalent à la face inférieure du diaphragme sous forme d'abcès sous-phrénique.

3° Tantôt les agents infectieux provoquent la perforation du diaphragme, tantôt ils pénètrent dans la cavité thoracique à la faveur des puits lymphatiques sans que le diaphragme soit perforé. C'était le cas chez notre malade.

4° L'apparition de la pleurésie appendiculaire survient quelques jours après le début de l'appendicite. C'est même quand les symptômes appendiculaires semblent se calmer que la complication pleurale apparaît; en six, huit, dix jours, l'infection a eu le temps de se propager à l'appendice et à la plèvre.

5° La pleurésie appendiculaire est toujours une pleurésie *droite*. Les exceptions à cette règle sont extrêmement rares. La phase pleurétique se confond avec la phase hépatophrénique : douleurs vives à l'hypocondre droit, douleur thoracique avec retentissement à l'épaule droite, toux quinteuse sans expectoration, dyspnée intense, tels sont les symptômes du début.

6° Dans quelques cas, l'infection de la plèvre est à peine ébauchée, et la lésion se réduit à une pleurésie sèche qui se traduit par des frottements. Dans d'autres circonstances, le liquide de la pleurésie appendiculaire est réduit à son minimum d'infection; l'épanchement a l'apparence d'un liquide séreux et la complication guérit sans autres incidents.

7° Le plus souvent le liquide de la pleurésie appendiculaire est trouble, fétide et putride. Ce liquide n'est pas homogène, il est mal lié et forme rapidement un dépôt. L'auscultation et la percussion donnent les signes d'un grand épanchement; à ces signes se joignent parfois les signes d'un pneumothorax dû au dégagement des gaz engendrés par la putréfaction. Dans un cas, on a constaté la vomique.

8° Le pronostic de la pleurésie appendiculaire est des plus sérieux; les symptômes généraux, l'état du pouls, l'affaiblissemant rapide du malade en indiquent la gravité.

9° En face d'une pleurésie droite fétide et putride, il faut toujours penser à l'appendicite, il faut reconstituer l'étape abdominale appendiculaire qui a précédé de six, huit, dix jours l'étape phrénico-pleurale.

10° L'intervention chirurgicale doit être hâtive, parfois même elle doit être double; il faut attaquer l'infection pleurale par l'opération de l'empyème et l'infection péritonéale par la laparotomie.

11° Malgré cette double intervention, il est à craindre que le malade succombe, car il est déjà infecté et intoxiqué. Le vrai traitement est donc le traitement prophylactique, celui qui consiste à enlever le foyer appendiculaire dès l'apparition de l'appendicite; c'est là la seule thérapeutique sage et rationnelle, celle qui met à l'abri des dangers et des complications sans nombre de l'appendicite.

M. Lancereaux a demandé la parole pour faire observer que les faits signalés par M. Dieulafoy sont connus; il a lui-même insisté sur des complications hépatiques survenant consécutivement à l'appendicite, mais ce sont là des faits exceptionnels.

M. Henrot a fait adopter par l'Académie le vœu que les autorisations données pour l'**exploitation d'eaux minérales** soient renouvelées tous les trente ans, la composition de certaines eaux minérales pouvant subir de grandes modifications après un certain temps.

M. Cornil lit, au nom de M. Babes (de Bucharest), une note sur le **diagnostic rapide de la rage**, par l'examen du bulbe du chien mordeur.

On inocule d'abord un fragment du cerveau du chien mordeur dans l'encéphale de lapins; on durcit ensuite dans l'alcool formolisé un fragment de ce bulbe.

Après vingt-quatre heures, on pratique des coupes que l'on colore à la fuchsine phéniquée, au bleu de méthylène ou au polychrome.

Ces coupes sont ensuite déshydratées, montées et examinées à un faible grossissement.

Si l'examen histologique permet de constater dans la substance grise des nodules embryonnaires, en même temps qu'un état embryonnaire périvasculaire ou général, avec chromatolyse des éléments nerveux, on peut affirmer que le chien mordeur était enragé.

Le lapin inoculé sert à vérifier expérimentalement le diagnostic histologique.

M. Cornil communique, en outre, un résumé des observations de M. Vigouroux, sur le **traitement du diabète arthritique**, par le régime lacté alterné avec l'électricité statique. Ce traitement n'est indiqué que dans les cas de nutrition ralentie.

M. Panas communique enfin, au nom de M. Lapersonne (de Lille), un procédé d'**énucléation ignée du globe oculaire**, dans les cas de panophtalmie.

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

Destruction du sphincter anal par un phlegmon : autoplastie musculaire à l'aide du releveur de l'anus et du grand fessier. Continence finale, par M. K. G. Lennander. — Un homme de trente-six ans, qui avait eu des gastro-entérites, le choléra, puis des hémorroïdes et enfin un phlegmon gangréneux de la région ano-périnéo-scrotale, garda de ce dernier mal une incontinence due à la destruction du sphincter anal.

Après plusieurs essais sur le cadavre, le professeur Lennander se décida pour l'opération suivante : incision médiane le long de la moitié inférieure de la crête sacrée jusqu'au coccyx; incision transversale partant du coccyx et se dirigeant parallèlement à l'ouverture des fosses ischio-rectales jusqu'aux tubérosités ischiatiques; libération et dissection des insertions sacrées inférieures des muscles fessiers des deux côtés; libération du releveur de l'anus à ses attaches juxta-coccygiennes; dissociation de ce muscle et de l'ischio-coccygien : cette dissociation ne doit pas être poussée jusqu'aux insertions pelviennes des deux muscles, car leurs branches nourricières ou nerveuses pénètrent à ce niveau dans leurs corps charnus; suture des fibres libérées du releveur à la face postérieure de l'anus; suture finale des fibres inférieures du fessier aux précédentes, c'est-à-dire à l'anus, à celles du côté opposé et au surtout fibreux du coccyx. On termine l'opération par des sutures profondes destinées à prévenir tout clapier. Pendant son exécution, l'anus est fermé par une suture en bourse. Les suites opératoires, sauf un peu de suppuration due à la pression des os ou aux mouvements du malade, furent simples. Un traitement soigneux, lavements, laxatifs légers, électricité, ménagea d'abord puis tonifia le nouveau sphincter, qui, en dépit de la tendance du malade aux entérites, finit par fonctionner très bien. La continence serait même parfaite sans les troubles de sensibilité laissés par le phlegmon. En tout cas, cinq mois après, le malade écrit : « Une violente bronchite m'a causé récemment un *petit oubli* gazeux, et même, une fois ou deux, quelque peu matériel. Mais, ma toux et mes éternuements sont passés et me revoici maître des entrées et sorties. » Quatre très belles planches et une note anatomique du prosecteur, M. Ramström, complètent ce très intéressant mémoire. (*Upsala läkareføren förhandl.*, IV, 5, 1899.) R. DE B.

LARYNGOLOGIE

Le tubage en ville. — M. J. Trumpp (de Munich) s'est demandé si le tubage était praticable en ville, et s'il donnait des résultats tels qu'il dût être préféré à la trachéotomie, au moins dans certains cas. L'auteur a résolu ces deux questions dans un sens affirmatif, et il s'appuie sur un relevé général des cas publiés dans tous les pays. De cette statistique, basée sur un total de 5468 intubations extra-hospitalières, pratiquées par 55 médecins, il ressort qu'avant l'ère du sérum, on obtenait 36 p. 100 de guérisons; depuis, on en obtient 81,98 p. 100, ce qui ne veut pas dire, sans doute, que les 18,02 p. 100 autres cas, aient été suivis de mort. Il est permis de supposer que, dans ces cas, on a été obligé de recourir secondairement à la trachéotomie; les Américains ont, en effet, à eux seuls, pratiqué 4066 intubations dans leur clientèle privée, avec 13 morts seulement, dont 2 dues à l'obstruction du tube, 10 à une détubation spontanée et 1 à une sténose brusque, consécutive à l'extraction du tube. De nombreuses détubations spontanées n'ont déterminé aucun accident.

Si l'on rapproche ces chiffres de ceux qui sont fournis par les opérations de trachéotomie, pratiquées depuis l'emploi du sérum, chiffres que j'emprunte à une statistique de Meyer (*Allerheiligen-hospital* de Breslau, 1897), on constate que le chiffre des cas de guérison traités par la trachéotomie, bien que double de celui que l'on obtenait avant la pratique de la sérothérapie, n'atteint pas encore 50 p. 100, chiffre bien inférieur à celui que donne Trumpp pour l'intubation urbaine. Il est à remarquer, toutefois, que la statistique de Meyer était basée sur une pratique hospitalière, ce qui rend la comparaison difficile. Il faudrait pouvoir comparer des cas de ville entre eux, pour que la supériorité d'un mode de traitement sur l'autre s'affirme d'une manière définitive. (*Centralbl. f. Chir.*, 1900, n° 7, p. 189.) P. V.

VOIES URINAIRES

Un cas de rupture traumatique de la muqueuse urétrale, par K. G. Lennander. — L'auteur, qui a récemment publié quatre cas de ruptures *complètes* de l'urètre (*Ups. läkareför. förhandl.*, 1897), revient sur ce sujet à propos d'un nouveau cas, mais, cette fois, de rupture *incomplète*. Le cas est encore intéressant par ce fait que le sujet était en puissance d'infection urineuse, sans qu'il s'en doutât : les seuls signes étaient la fétidité de l'urine et la *bactériurie*. Malgré l'âge du malade (soixante-neuf ans), la prostate n'était pas très grosse. Une sonde ayant pu être introduite dans le canal, on fit l'urétrotomie externe : la muqueuse urétrale présentait, à 1 centimètre en avant du ligament triangulaire, une plaie transversale en fer à cheval, occupant la *paroi antérieure* et les parois latérales de l'urètre. Introduction d'une sonde, par le bout central, dans la portion membraneuse, qu'on respecte, et de là dans la vessie. Son extrémité libre ressort par la plaie périnéale qu'on tamponne. Suites simples. Le drain est retiré le treizième jour : cathétérisme tous les deux jours et, quinze jours plus tard, *exeat*. Neuf mois après le malade allait très bien : son catarrhe urinaire, soigné par la même occasion que sa plaie urétrale, avait disparu et n'était plus revenu. (*Upsala läkareføren förhandl.*, 1899, V, 2-3, p. 131.) R. DE B.

HYGIÈNE

Bicyclette et grossesse. — M. Menant a récemment rapporté le cas d'une jeune femme, enceinte de deux mois, qui, après une course fatigante en bicyclette, avorta le lendemain. Ce cas est instructif pour les médecins qui, chaque jour, sont consultés sur ce genre de sport. L'exercice de la bicyclette doit-il être considéré comme salutaire? C'est là, aujourd'hui, une question résolue par l'affirmative. Le cyclisme, en fait, met en jeu tous les muscles de l'économie, n'exige pas une grande dépense de force (les professionnels exceptés), exerce une action favorable sur la respiration, sur la circulation, sur les fonctions gastro-intestinales. Chez la femme, elle régularise les fonctions menstruelles, mais ne doit pas être pratiquée pendant l'époque cataméniale. Mais la bicyclette peut-elle être permise pendant la grossesse? M. J. Lucas Championnière qui a une grande expérience de ce sport, croit que l'usage du cyclisme, abstraction faite des courses longues et rapides, est utile quand il n'y a pas de contre-indication spéciale et quand il est pratiqué seulement dans les premiers mois de la grossesse. Il regarde cet exercice comme le moins fatigant des voyages. (*Journal d'hyg.*, 29 mars 1900.)

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la syphilis par les injections de sérum antisyphilitique. — M. Néviorovsky a fait des observations cliniques sur des individus atteints de syphilis récente, soumis au traitement par des injections de sérum sanguin de syphilitique ayant des accidents tertiaires. En se basant sur ses observations, ainsi que sur l'examen du sang des malades observés, l'auteur estime qu'il est nécessaire d'étudier la question, car il a observé, chez un certain nombre de ces malades, une assez rapide disparition des symptômes objec-

tifs, ainsi qu'une amélioration de la composition du sang. Il faut ajouter que des expériences de contrôle, faites avec du sérum sanguin d'individus bien portants, ont donné des résultats absolument négatifs. (*Rev. de thér. méd.-chir.*)

Applications thérapeutiques de la lumière électrique. — M. A. Minine a employé ce mode de traitement dans des affections très variées : le rhumatisme, le scorbut, la lèpre, la névralgie (faciale, sciatique), hydarthrose, tuberculose pulmonaire, pleurésie, etc.

L'effet le plus rapide et le plus manifeste de la photothérapie est la cessation de la douleur; grâce à cette cessation, les tuberculeux et les pleurétiques arrivent à pouvoir faire, après une séance de trois ou quatre minutes, des respirations très profondes, très amples.

L'exsudat pleural commence à se résorber rapidement, après une série de dix minutes; mais aux séances suivantes, la résorption est moins énergique qu'après la première. De même, dans le rhumatisme articulaire aigu, la résorption de l'exsudat articulaire se fait très rapidement et l'infiltration des cartilages diminue.

Par contre, dans la tuberculose pulmonaire, les résultats sont à peu près nuls.

Dans deux cas de scorbut, les résultats furent très satisfaisants, de même que dans un cas de lèpre nodulaire.

Enfin, il faut noter l'action favorable de la lumière sur la fièvre : dans quelques-uns des cas cités plus haut, où la température était fébrile, la photothérapie l'a rapidement fait tomber à la normale. (*Wratch*, 1899, n° 38.) S. B.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Marseille.* — A la suite du concours qui vient de se terminer, M. Platon a été nommé chef de clinique obstétricale.

Faculté de Paris. — Un concours pour deux places de *prosecteur* s'ouvrira le 25 mai 1900, à midi et demi, à la Faculté. — Les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. — Le registre d'inscription sera clos le 12 mai.

— Un concours pour cinq places d'*aide d'anatomie* s'ouvrira le 14 mai. Tous les élèves docteurs de la Faculté, Français ou naturalisés, sont admis à y prendre part. — Le registre d'inscription sera clos le 5 mai.

Facultés de province. — *Montpellier.* — Le conseil de la Faculté s'est réunie vendredi pour dresser la liste de présentation à la chaire d'anatomie pathologique, non pourvue de titulaire depuis la mort de M. Kiener. M. Bosc, agrégé, a été présenté en première ligne par 16 voix sur 17 votants.

Académie de médecine. — MM. Kliffasowski (de Saint-Pétersbourg) et Röntgen (de Würtzburg) ont été élus membres associés étrangers.

Marine. — M. le médecin principal Ludger, du cadre de Rochefort, est désigné pour embarquer sur le *Marceau* (école des torpilles à Toulon), en remplacement de M. Maurin.

M. le médecin principal Alix, du cadre de Brest, est désigné pour embarquer sur le *Hoche*.

M. le médecin de première classe Barbolain, du cadre de Cherbourg, est désigné pour remplacer dans le poste de médecin résident à l'hôpital maritime de ce port M. le docteur Dessemond-Sicard.

Préfecture de police. — Par arrêté, le préfet de police a nommé dans le service du dispensaire de salubrité :

M. Lemoine, médecin en chef de ce service, en remplacement de M. Davesne, admis, sur sa demande, à la retraite ; — M. Jaubert, médecin en chef adjoint; — M. Lebon, médecin; — M. Monel, médecin adjoint.

Nomination. — Par arrêté du 2 avril 1900, M. Jouin a été nommé médecin adjoint du ministère des Finances.

XIIIe Congrès international de médecine (Paris 2-9 août 1900). — Pour répondre à des demandes qui lui ont été adressées, le comité exécutif du XIIIe Congrès international de médecine a décidé que, dans les villes où il existe une Faculté de médecine, les internes des hôpitaux nommés au concours pourront se faire inscrire comme membres du Congrès.

Ils auront le droit de participer aux travaux du Congrès et jouiront des réductions de tarif, des avantages divers et des invitations aux fêtes dans les mêmes conditions que les autres membres du Congrès.

Ils paieraient, comme les docteurs en médecine, une cotisation de 25 francs.

Le Congrès d'histoire comparée, qui doit se réunir du 23 au 29 juillet 1900, comprend une cinquième section, celle relative à l'histoire des sciences, qui intéresse les médecins. Au nombre des questions du programme de cette section, nous remarquons les suivantes : Documents nouveaux sur l'histoire de l'hygiène dans l'antiquité. — Histoire de la médecine en Europe pendant le moyen âge. — Documents relatifs à l'histoire de la médecine chez les peuples non européens. — De l'influence réciproque que les doctrines médicales et les doctrines scientifiques ou philosophiques ont exercée les unes sur les autres. — Histoire de la philosophie des sciences. — Ce progamme nous paraît des plus intéressants.

S'adresser, pour renseignements, à M. le docteur Sicard de Plauzoles, secrétaire, rue Saint-Dominique, 124 ; et à M. le comte de Tarade, trésorier, rue Cambon, 45.

Muséum d'histoire naturelle. — *Enseignement spécial pour les voyageurs naturalistes.* — Voici le programme des conférences et travaux pratiques pour l'année 1900 :

24 et 25 avril, anthropologie ; 26 et 27 avril, mammifères ; 28 avril et 1er mai, oiseaux; 2 mai, reptiles; 3 mai, poissons; 4 mai, mollusques; 5 mai, zoophytes, etc.; 8 mai, insectes; 9 mai, crustacés et autres arthropodes; 10 mai, anatomie comparée; 12 mai, plantes phanérogames (une excursion botanique aura lieu le dimanche 13 mai et servira de complément à cette conférence); 15 mai, plantes cryptogames; 16 mai, plantes vivantes; 17 et 18 mai, géologie ; 19 mai, minéralogie ; 22 mai, paléontologie ; 23 mai, hygiène des voyageurs.

Des conférences destinées aux voyageurs-naturalistes auront lieu au Muséum, à partir du mardi 24 avril.

Les personnes qui désirent assister à la conférence et aux travaux pratiques qui seront faits dans les laboratoires ou dans d'autres parties du jardin, à dix heures et demie du matin, sont priées de s'inscrire, au secrétariat du Muséum, de dix heures à quatre heures, et il leur sera délivré une carte d'admission.

— M. Stanislas Meunier, professeur de géologie, commencera son cours le mardi 24 avril, à cinq heures, dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. — Il traitera l'*Histoire des doctrines relatives aux principales catégories de formations géologiques.*

Erreur de médecin et de pharmacien. — Le tribunal correctionnel de Saint-Lô vient de rendre son jugement dans l'affaire d'homicide par imprudence dont fut victime, en novembre dernier, un attaché au ministère de la marine. Celui-ci avait emporté de Paris une potion exécutée d'après ordonnance d'un médecin de Paris, qui contenait l'indication suivante : « 20 grammes de teinture de Baumé à prendre dans une tasse de thé. »

Le malheureux n'ayant pas résisté à cette médication, le médecin, le pharmacien et son aide furent poursuivis.

Le tribunal a condamné le médecin, à 500 francs d'amende et 7 500 francs de dommages-intérêts ; le pharmacien, à 400 francs d'amende et 6 000 francs de dommages intérêts, et enfin l'aide-pharmacien à 100 francs d'amende.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Selim-Ernest Maurin, et Acarias (de Marseille).

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 44. — SAMEDI 14 AVRIL 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 14 AVRIL 1900. — N° 44.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE.— Revue générale. La dermatomyosite aiguë, par M. L.-M. Bonnet, interne des hôpitaux de Lyon, préparateur-adjoint des cours d'anatomie pathologique. — Variétés. Le tombeau d'Avicenne, par M. Chaniavskyï. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

La dermatomyosite aiguë.

Par M. L.-M. Bonnet, interne des hôpitaux de Lyon, préparateur-adjoint des cours d'anatomie pathologique.

Le terme de *dermatomyosite* a été créé par Unverricht pour désigner une maladie inconnue jusque-là, ou tout au moins non encore individualisée. Sa pathogénie est encore entourée d'une grande obscurité, mais son tableau clinique peut être considéré comme étant actuellement constitué d'une manière définitive.

Elle est restée presque inconnue en France, et cependant cette affection présente un haut intérêt : non seulement l'intérêt scientifique que possède tout processus morbide à allures anormales et d'origine inconnue, mais plus encore peut-être un intérêt clinique, puisqu'il s'agit d'une maladie entraînant la mort en quelques semaines ou quelques mois, et que cette maladie peut actuellement être diagnostiquée.

I

Définition et classification. — Comme l'indique son nom, cette affection est *une inflammation simultanée des muscles et du tégument cutané qui les recouvre.* Elle se traduit par des douleurs musculaires, une tuméfaction dure des muscles atteints, un œdème remarquablement ferme du tissu sous-cutané sus-jacent, des éruptions cutanées d'aspect variable, le tout évoluant d'une manière aiguë ou subaiguë, avec fièvre, etc., et se terminant habituellement par la mort. La participation habituelle de certaines muqueuses a fait parfois (Oppenheim) employer le terme de *dermatomucosomyosite*.

La maladie du muscle est le fait dominant, aussi range-t-on cette affection parmi les myosites. Celles-ci peuvent être classées, comme le fait Lorenz, en suppurées et non suppurées, en faisant une classe à part pour les inflammations qui amènent la production de reliquats spéciaux (maladie de Froriep, myosite ossifiante). Les myosites non suppurées comprennent : 1° les myosites spécifiques (tuberculeuse, syphilitique, rhumatismale) ; 2° la neuromyosite de Senator; 3° les polymyosites.

Beaucoup d'auteurs emploient indifféremment les termes de dermatomyosite et de polymyosite. Il est certain que la dermatomyosite représente le type le mieux connu de la polymyosite. Cependant, à côté de lui on en a isolé quelques autres; telles sont la polymyosite hémorragique, la polymyosite avec érythème polymorphe et quelques autres formes plus rares, représentées seulement par quelques observations isolées. Il y a donc lieu de spécifier que la dermatomyosite représente *une espèce particulière de polymyosite.*

Lewin considère le mot de dermatomyosite comme impropre, disant qu'il n'y a pas une véritable dermatite; quand bien même cette remarque serait juste, la dénomination serait à conserver car le terme de polymyosite est trop compréhensif actuellement.

II

Historique. — I. L'affection n'est connue que depuis 1887. A cette époque, Wagner, Hepp et Unverricht publièrent, indépendamment les uns des autres, chacun un cas de polymyosite aiguë de forme tout à fait spéciale, non encore décrite, ressemblant beaucoup à la trichinose des muscles, si bien que Hepp employa la dénomination de *pseudo-trichinose.* Mais un examen soigneux avait dans ces cas démontré l'absence de trichines. Ces auteurs firent quelques recherches bibliographiques pour voir s'il existait déjà des cas analogues. Hepp en rapprocha un cas de Wagner (1865), un de Potain (1875) et un de Unverricht et Marchand : ce dernier cas est cependant un peu différent. De son côté Wagner rapprocha de son cas un de Debove (1878), qui n'est plus aujourd'hui considéré comme appartenant à la dermatomyosite. Peu après les trois observations primitives, d'autres identiques étaient publiées par Jacoby (1888) et par Lowenfeld (1890).

En 1891 Unverricht rapporte son deuxième cas de cette affection nouvelle, à laquelle il donne alors le nom de *dermatomyosite aiguë.*

Les observations de Bœck et de Strumpell paraissent cette même année.

Depuis, de nombreux cas ont été publiés sons le nom de dermatomyosite, mais tous ne répondent pas exactement à l'entité morbide que nous étudions ici.

II. La littérature française est pauvre sur ce sujet.

Le premier travail à signaler est la thèse de Larger (1891) inspirée par M. Rendu, sur la polymyosite aiguë primitive infectieuse. Elle est basée sur une douzaine d'observations

dont une personnelle. Mais ces observations ne sont pas toutes relatives à des cas de dermatomyosite, plusieurs ont trait à d'autres myosites. Néanmoins le tableau d'ensemble tracé par l'auteur répond assez bien à celui de cette myosite particulière.

En 1894, nous trouvons sur le même sujet une étude très documentée de Goujet. Cet auteur trouve dans la littérature une trentaine d'observations attribuées à la polymyosite, toutes publiées en Allemagne. Il élimine un certain nombre de cas mis ici à tort (trychinose, pyohémie, polynévrite) et garde ainsi 18 cas sur lesquels il base son étude de la polymyosite ce sont les cas de : Wagner (1863), Hepp (2 cas), Unverricht (3 cas dont un avec Marchand), Fenoglio, Plehn, Löwenfeld Prinzing, Strümpell, Bœck, Fuckel, Lewy (2 cas), Waetzold, Senator (2 cas).

Dans les traités français le seul article qui existe sur la dermatomyosite est le chapitre que lui consacre M. Lyot dans le *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet. Ce chapitre est basé sur les études de MM. Larger et de Goujet, qui ont trait à la polymyosite en général et non à la seule dermatomyosite.

III. La connaissance de la dermatomyosite a été définitivement mise au point par Lorenz, dans un chapitre (auquel nous ferons de larges emprunts) du volume qu'il consacre à l'étude des myosites dans l'*Encyclopédie* de Nothnagel, cet auteur, d'accord en cela avec Pfeiffer, dit qu'il n'y a actuellement que 15 cas authentiques. Parmi les cas indiqués dans le travail de Goujet, plusieurs sont rapportés en effet par Lorenz à d'autres formes de polymyosite; ces cas qu'il élimine sont : un de Hepp, un de Unverricht, un de Fenoglio (polymyosite hémorragique), un de Plehn (sorte d'atrophie musculaire subaiguë), un de Prinzing (polymyosite hémorragique), un cas de Wætzoldt (myosite pyohémique); sur les 4 cas de Lewy (dont Goujet en acceptait 2), il en rejette trois (formes frustes de polymyosite). En revanche Lorenz considère comme appartenant à la dermatomyosite le cas de M. Potrain (sur la nature duquel M. Goujet ne se prononce pas), un cas de Jacoby (que M. Goujet élimine parce qu'il y aurait des lésions de rameaux nerveux), un cas de Wagner (que M. Goujet rejette parce qu'on finit par trouver des trichines), et un cas plus récent de Köster. Parmi les cas postérieurs à l'article de M. Goujet et que Lorenz élimine comme n'appartenant pas à la dermatomyosite, citons ceux de Buss, Frænkel, Schültze, Herz, Albu, Schultzen, Kornilow, etc.

Enfin, depuis le travail classique de Lorenz ont paru quelques nouveaux cas. Celui que rapporte Bultzingslöwen est en réalité trop atypique pour que l'on puisse accepter ce diagnostic : c'est un rhumatisme avec érythème noueux et myosite légère passagère. Récemment, Köster (1898) a publié un article dans lequel il rapporte cinq observations : une est un exemple net de l'affection que nous étudions; trois ne s'y rapportent certainement pas, et Köster lui-même est assez disposé à admettre qu'il y a un cas de neuromyosite, et deux de myosite rhumatismale; quant à l'autre (Obs. II) Köster pense (sans l'affirmer) qu'il s'agit d'une forme abortive de la dermatomyosite; il s'écarte passablement de la forme habituelle de cette affection : aussi convient-il de ne pas le comprendre dans les cas d'après lesquels doit être établi le type morbide, car il est nécessaire de ne se baser que sur les observations absolument caractéristiques, quitte à voir plus tard s'il existe des formes s'écartant de ce prototype et appartenant néanmoins à la dermatomyosite. Enfin il y a peu de temps Oppenheim (1899) a présenté un malade atteint de cette affection et rapporté en même temps l'histoire d'un autre malade pour lequel il fit aussi ce diagnostic.

Quoi qu'en ait dit Parkes Weber, le cas de Kingstone Fowler ne semble pas appartenir à la dermatomyosite; il semble plutôt devoir être rapproché de la maladie de Froriep.

III

Étiologie. — La maladie est certainement *rare*. Mais il faut tenir compte du fait qu'elle est peu connue, ce qui a une double conséquence à ce point de vue. Il en résulte d'abord qu'elle est peu cherchée et peu diagnostiquée. En Allemagne, où sa connaissance commence à se vulgariser, les cas deviennent moins rares. En France il est bien probable que des cas ont été observés pour lesquels ou bien on ne fit pas de diagnostic, ou bien on admit par exclusion (cas de Potain) une forme plus ou moins anormale de telle ou telle maladie. Une autre conséquence c'est qu'on n'ose faire ce diagnostic que pour les cas tout à fait typiques : or il est bien probable que cette affection comporte des formes frustes et il est possible que ces formes frustes soient bien moins rares.

L'*âge*, le *sexe* n'ont aucune influence; cependant la maladie n'a pas été observée au-dessous de huit ans, puisque nous avons éliminé le cas de Schültze (trois ans).

On ne connaît pas d'*état pathologique prédisposant*. Elle atteint habituellement des individus parfaitement sains et vigoureux, chez lesquels on ne découvre aucune maladie antérieure pouvant avoir quelque relation avec elle. Seul un malade de Senator était diabétique. Strümpell avait attiré l'attention sur une relation possible avec la tuberculose, car sur les six cas existant alors, accompagnés de données nécropsiques précises, quatre fois les sujets étaient tuberculeux. Mais les faits publiés depuis ont fait rejeter cette notion.

Les *causes occasionnelles* ne sont guère mieux connues.

Fuckel a vu un cas survenir à la suite de la rougeole. Le malade de Bœck, atteint de blennorragie depuis deux ans, avait reçu par erreur, huit jours avant le début de l'affection, une friction au copahu; mais ce fait est isolé et l'auteur ne pense pas qu'il y ait de relation à établir. Un cas de Senator se produisit peu après l'ingestion d'écrevisses avariées.

On a parfois invoqué un refroidissement, mais c'est là une donnée bien banale. Le sujet présenté par Oppenheim habitait une maison très humide; l'autre malade dont parle cet auteur aurait vu l'affection se développer à la suite d'une cure par la méthode Kneipp. Un malade de Hepp était resté vingt-quatre heures sur le sol dans le coma épileptique.

Dans quelques cas (Löwenfeld), sont notés des excès de fatigue; le deuxième malade d'Oppenheim était professeur de gymnastique. Lorenz pense que la fatigue peut bien influer sur la localisation de la maladie, mais qu'elle ne constitue pas la véritable cause de celle-ci, d'autant plus que cette donnée étiologique est assez rare.

Lewy rapporte 3 cas dans la même famille à peu de temps d'intervalle, ce qui doit conduire à soulever la question de *contagion*. Mais de ces trois cas un seul était une dermatomyosite bien typique.

L'étude de l'étiologie reste donc négative, et la dermatomyosite apparaît comme une maladie primitive.

IV

Tableau général de la maladie. — Après quelques jours de prodromes (céphalée, lassitude, etc.), la maladie débute par des douleurs vagues et mobiles dans les membres et dans le dos, de la raideur de ces mêmes régions, et de la fièvre.

On constate alors des altérations de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané et des muscles. C'est un œdème dur, débutant souvent par les paupières, puis envahissant les membres où il est parfois considérable et réparti d'une manière irrégulière. On trouve de la dermatite, généralement érythémateuse. Les douleurs deviennent plus vives et se localisent aux muscles. Elle est réveillée par le moindre mouvement, ce qui, avec la raideur produite par l'œdème, ne tarde pas à confiner le malade au lit.

L'extension de la maladie se fait sans ordre et parfois sans symétrie ; elle a lieu d'une manière continue ou par poussées, celles-ci étant accompagnées d'une recrudescence de la fièvre et des symptômes généraux. Elle ne tarde pas à atteindre une grande partie de la musculature du corps ; les muscles respirateurs sont généralement atteints, et parfois ceux du larynx et du pharynx. La mort survient alors par suffocation ou par pneumonie par déglutition. Quand ces muscles ne se prennent pas, ou seulement d'une manière passagère, le malade peut finir par guérir en gardant seulement une atrophie musculaire plus ou moins marquée. Mais la mort est la terminaison la plus fréquente.

Il convient d'insister sur l'intégrité constante des articulations.

V

Étude des divers symptômes. — 1° Prodromes. — Le plus souvent ce sont ceux de toutes les maladies infectieuses : malaise général, courbature, céphalée, anorexie, insomnie, etc. Il y avait des signes d'auto-intoxication intestinale dans le cas de Strümpell. Parfois, cependant, la scène est un peu moins banale et permet d'entrevoir la localisation morbide. On a signalé en effet plusieurs fois dès cette période des douleurs mal localisées siégeant dans les membres et dans le dos (Unverricht, Hepp, Senator, Köster). Il peut même y avoir déjà de la raideur des membres (Wagner, Senator), symptôme important à cause de sa rareté en dehors de cette affection.

La durée de la période prodromique oscille ordinairement entre une semaine (Strümpell, Lewy) et trois semaines (Hepp, Senator). Mais en somme elle est assez variable. Köster l'a vue se prolonger beaucoup plus. D'autres fois, au contraire, cette période a été courte et ses symptômes assez peu marqués pour que l'on ait pu dire que les prodromes avaient fait défaut, comme dans le cas de Löwenfeld, où la maladie sembla avoir débuté d'emblée par le gonflement douloureux de la musculature.

2° Début. — En général, le premier symptôme est une douleur extrêmement vive dans les extrémités, entraînant une gêne notable de la marche.

C'est parfois une angine qui marque le début de la maladie (Hepp, Strümpell, Köster).

D'autres fois enfin (Lewy) elle commence par des manifestations du côté de la peau (érythème, exanthème) et du tissu sous-cutané (œdème) ; assez souvent, ce qui frappe en premier lieu c'est de l'œdème des paupières.

3° Déterminations cutanées. — L'éruption cutanée, qui peut être considérée comme un symptôme constant, est généralement un signe du début. Elle apparaît, en effet, en général du huitième jour (Unverricht) au vingtième jour (Wagner) de la maladie. Quelquefois, elle se montre plus tardivement ; dans ce cas, son apparition est accompagnée d'une exacerbation de la maladie.

Cette éruption est remarquable par la diversité des formes qu'elle peut présenter. C'est parfois un érythème (Wagner, Potain, Köster), ou bien une série de macules rouges, ni saillantes, ni prurigineuses, progressivement confluentes (Hepp, Löwenfeld, Lewy). D'autres fois, on a vu une éruption ortiée, comme dans les observations d'Unverricht, Hepp, Fuckel. Oppenheim a observé une sorte d'érythème noueux, et Köster un eczéma particulier. Une forme fréquente (Wagner, Strümpell, Senator, Oppenheim) est un érythème érysipélateux présentant parfois même un véritable bourrelet. Il est à noter que souvent plusieurs de ces formes d'éruptions se succèdent chez le même malade. Hepp a vu de l'urticaire puis de l'herpès ; dans un cas de Lewy la roséole fit place à du purpura.

Quoi qu'en aient dit quelques auteurs, les éruptions hémorragiques sont au moins très rares. Lorenz insiste sur ce point. Les cas dans lesquels elles ont été observées n'étaient pas des cas typiques de dermatomyosite, mais appartenaient à d'autres polymyosites ; cependant, dans le cas très net de Löwenfeld, l'exanthème laissa après lui une pigmentation cutanée qui mit très longtemps à s'effacer par places.

Oppenheim aurait vu apparaître des ulcérations, mais ce cas paraît être isolé.

Quant au siège de l'éruption, il varie aussi passablement. Ce sont les extrémités qui tiennent le premier rang. Puis viennent la face (surtout les paupières), le cou, la poitrine. Elle est plus rare au niveau du dos et de l'abdomen. Très souvent ce siège est en rapport avec la localisation musculaire, mais cela n'est pas constant, et l'on peut voir (Löwenfeld) l'éruption évoluer pour son propre compte.

Fait important, les muqueuses de la bouche et du pharynx peuvent être atteintes. Strümpell, Lewy, Bœck, Köster ont observé de la stomatite ; Hepp, une sorte d'angine ; Lewy, de la tuméfaction et des ulcérations des amygdales. Le malade présenté par M. Oppenheim avait une rougeur diffuse de la muqueuse des joues, une rougeur tachetée du palais ; les gencives étaient pourpres, et la langue rappelait la chair du saumon.

4° Œdème. — Parfois faible (Jacoby), généralement intense, l'œdème est un phénomène constant. Il fait partie des premiers symptômes de la maladie. La progression se fait généralement par poussées qui concordent avec l'extension de la lésion musculaire. Il se prolonge en général au delà de la période aiguë de la maladie et ne disparaît qu'à la convalescence. Il peut ainsi durer des semaines ou même des mois (Lewy). Dans le cas de M. Oppenheim, la résorption de l'œdème avait laissé en divers points, surtout au dos des mains, des plaques arrondies, pâles, atrophiques, d'aspect cicatriciel : c'était dans les points où l'œdème avait été intense et avait duré très longtemps.

L'œdème peut arriver à atteindre successivement le tégument cutané tout entier. Ses lieux de prédilection sont les membres, la face, la poitrine. A la face et au tronc, on l'a vu parfois produire des déformations remarquables. Mais le plus souvent il est assez discret dans ces régions, et c'est

ainsi qu'à la face il se localise en général aux paupières. Aux membres, au contraire, il arrive habituellement à produire une énorme tuméfaction plus ou moins cylindrique; les jambes deviennent semblables à d'épaisses colonnes informes (Senator, Lewy). Il est rare que cet œdème soit uniformément réparti sur toute la surface des membres (Lewy); tantôt il occupe le côté de la flexion, tantôt celui de l'extension, ou bien encore on le trouve disséminé par îlots. Cela tient à ce que sa marche est en rapport avec celle de la lésion musculaire. Aussi il prédomine sur les grosses masses musculaires, tandis qu'il fait le plus souvent défaut au niveau des téguments qui recouvrent les tendons et les articulations (Potain, Hepp). On conçoit quel aspect spécial peut présenter cet œdème, épargnant les régions articulaires telles que la main et le cou-de-pied.

L'aspect de cet œdème est tantôt celui d'un œdème inflammatoire (Wagner, Hepp), tantôt plutôt d'un œdème sclérodermique. Mais le caractère le plus remarquable, qui est constant, est sa dureté caractéristique. La peau est tendue, élastique, et, contrairement à ce qui a lieu pour les autres œdèmes, le doigt n'y marque pas de godet. Le pannicule sous-cutané semble comme figé.

Cette raideur de l'œdème est un des facteurs de l'immobilité des membres.

5° Examen objectif des muscles. — La palpation des muscles, déjà pénible à cause de la douleur, est rendue presque impossible par l'œdème abondant et dur qui les recouvre. Quand, l'œdème ayant diminué, on peut arriver à les sentir, on les trouve tuméfiés, durs, présentant une raideur particulière. On ne perçoit, dit Hepp, ni la mollesse des muscles sains au repos, ni la rigidité des muscles contractés, mais une consistance spéciale, élastique, demi-ferme, tendineuse (Oppenheim), une sorte de demi-contracture tonique. Rarement on a eu une fausse sensation de fluctuation ayant conduit à pratiquer une incision (Hepp).

Fait important, ces muscles sont le siège d'une très vive douleur, qui existe déjà au repos, mais est exagérée par la palpation et les mouvements; elle est parfois éveillée par un simple attouchement. Hepp a constaté une vive douleur sur les tendons correspondants et surtout à la jonction de ces tendons avec leur muscle. Cette production de douleurs très vives par la palpation et par les mouvements communiqués suffit à indiquer la participation musculaire dans les cas où on ne peut arriver à explorer la consistance des muscles. Cette douleur gêne considérablement les mouvements actifs, et les malades, sans avoir de paralysie, ne peuvent plus s'asseoir ou se retourner dans leur lit, ni soulever leurs membres tuméfiés.

Quoique cela soit rare, on a vu parfois (Hepp, Jacoby, Köster, Oppenheim) de véritables parésies. Elles prédominaient au cou dans les cas de Hepp et Köster, et les malades ne pouvaient plus tenir leur tête qui tombait en avant ou en arrière. Le malade de Hepp ne pouvait déplacer l'aiguille du dynamomètre. Rarement certains muscles présentaient de la contracture (Jacoby, Köster, Oppenheim).

Dans les cas à marche subaiguë et surtout chronique, on voit, après la disparition des phénomènes inflammatoires, survenir une atrophie plus ou moins marquée des muscles qui avaient été malades (Löwenfeld, Lewy). Parfois, dans des cas chroniques, certains muscles s'atrophient déjà à la période douloureuse de l'affection (Oppenheim).

6° Localisation des lésions musculaires. — La dermatomyosite peut atteindre toute la musculature du corps. Unverricht (1887) en avait excepté le diaphragme et les muscles oculaires. Mais leur participation a été constatée depuis, pour le diaphragme, par Senator, Wagner, Strümpell, Köster; par Strümpell pour la musculature oculaire. La participation du cœur, habituelle dans la polymyosite hémorragique, n'a pas encore été signalée ici, car le cas de Löwenfeld est peu démonstratif à ce sujet, non plus que celui dont a parlé M. Oppenheim en présentant son petit malade.

Dans tous les cas typiques, la maladie frappe un grand nombre de muscles, qui sont pris soit simultanément, soit successivement. Tantôt elle envahit de nouveaux muscles sans abandonner ceux pris antérieurement, tantôt elle abandonne un muscle pour en prendre un autre (Fuckel). Tous les muscles squelettiques étaient atteints dans le cas de Hepp.

Les muscles des quatre membres sont à peu près toujours pris d'une manière prépondérante, mais avec un groupement variable. En deuxième ligne viennent les muscles du tronc et de l'abdomen, ainsi que ceux de la face et du cou.

Au thorax, ce sont les muscles pectoraux qui sont les plus souvent atteints (Potain, Wagner, Hepp, Unverricht), et ensuite les intercostaux (Jacoby, Unverricht, Köster). La participation des muscles du dos est moins fréquente (cas de Jacoby, Lewy, Unverricht, Köster). Les muscles abdominaux étaient malades dans les cas de Hepp, Unverricht, Jacoby, Löwenfeld, Bœck, Senator, Köster; et le psoas iliaque dans ceux de Hepp, Unverricht, Löwenfeld, Bœck. Des troubles de la musculature cervicale ont été indiqués par M. Potain, Wagner, Hepp, Unverricht, Löwenfeld, Köster.

Nous avons cité les auteurs qui ont constaté la participation du diaphragme.

La lésion de la musculature oculaire se traduisait, dans le cas de Strümpell, par du ptosis avec parésie du droit interne. Bœck et Köster ont trouvé atteints les muscles de la face. Il en était de même des muscles masticateurs dans les cas de Bœck, Unverricht et Strümpell, cas dans lesquels la mastication était très difficile et accompagnée de vives douleurs.

Mais ce qu'il y a de plus grave au point de vue vital, c'est la participation fréquente des muscles du pharynx et du larynx. La déglutition devient ou bien simplement douloureuse (Jacoby, Bœck, Senator), ou bien même à peu près impossible (Potain, Wagner, Hepp, Unverricht, Löwenfeld, Strümpell, Köster). Le malade est complètement incapable d'avaler les solides ou même les bouillies, et les liquides provoquent de la régurgitation par les narines. Jacoby, Strümpell, Köster constatèrent des troubles des mouvements de la langue. Les muscles du larynx étaient envahis dans les observations de Hepp, Unverricht, Köster.

7° Symptômes généraux. — Ce sont ceux d'une maladie infectieuse aiguë, et la ressemblance est très grande avec la fièvre typhoïde.

La céphalée n'existe qu'au stade prodromique; l'insomnie est fréquente (Wagner, Hepp). Il y avait une prostration considérable dans le cas de M. Potain. Le sensorium reste généralement intact. Parfois un peu de délire chez les alcooliques.

La *fièvre* est à peu près constante; elle n'a manqué que dans deux cas (Unverricht, Köster). C'est une fièvre rémittente, généralement de moyenne intensité; elle atteint parfois cependant 40 degrés. Rémittente dans les cas aigus,

elle est parfois intermittente dans les cas subaigus. Elle débute généralement avec les douleurs musculaires, mais peut disparaître au bout de quelques jours, avant que celles-ci aient cessé; rarement elle apparaît d'une manière plus tardive.

Un fait assez caractéristique, c'est l'existence à peu près constante (Hepp, Unverricht, Löwenfeld, Senator, Lewy, Köster, Oppenheim) de *sueurs profuses*, qui incommodent beaucoup le patient et accompagnent toute l'évolution de la maladie. Souvent, elles sont surtout nocturnes. Hepp et Leroy ont observé une éruption miliaire.

Il faut citer encore comme phénomène habituel et non moins intéressant, la *tuméfaction de la rate*, soit déjà reconnue pendant la vie, soit constatée à l'autopsie (Hepp, Unverricht, Strümpell, Wagner, Potain). Unverricht considère ce fait comme caractéristique. Köster fait observer qu'il n'est pas constant cependant : il manquait dans les cas de Bœck, Senator, Köster. Néanmoins, comme le dit Köster lui-même, quand ce signe existe, il a une grande valeur diagnostique en faveur de la dermatomyosite.

Rarement il y avait une légère adénopathie (Oppenheim).

Généralement, la langue est un peu saburrale, et il y a un peu de constipation. Il y eut de la diarrhée au début, dans le cas de Fuckel.

8° Troubles nerveux. — Ils sont rares et peu marqués.

Les *troubles parétiques*, dont nous avons déjà parlé, sont toujours proportionnels en intensité aux lésions locales; ils dépendent en partie de la lésion musculaire, et en partie de la raideur de l'œdème.

Au point de vue des *troubles sensitifs*, nous ne reviendrons pas sur les douleurs musculaires spontanées et à la pression. Hepp a vu, à un stade avancé de la maladie, des crampes douloureuses. On a observé des douleurs cutanées pendant l'existence de l'exanthème. Assez souvent, on a noté au niveau des extrémités des membres, des picotements et des fourmillements (Wagner, Hepp, Lewy). La sensibilité objective de la peau a été, par presque tous les auteurs (Wagner, Jacoby, Löwenfeld, Köster, Oppenheim), reconnue normale à la suite d'examens très précis. Hepp et Unverricht sont seuls à avoir trouvé un certain degré d'hyperesthésie pour la piqûre et pour l'irritation électrique de la peau. La douleur à la palpation des troncs nerveux n'a été notée que dans un cas.

Pas de troubles de la *sensibilité spéciale*.

Les *réflexes tendineux* étaient généralement affaiblis (Löwenfeld, Strümpell), ou abolis (Hepp, Bœck), parfois normaux (Oppenheim).

Les *réflexes cutanés* sont indiqués d'ordinaire comme normaux. Cependant, Bœck a vu le réflexe plantaire aboli.

Les *sphincters* sont intacts.

9° Excitabilité électrique. — Il est rare qu'on puisse la rechercher d'une manière précise; souvent son exploration a dû rester inachevée, à cause des douleurs musculaires qu'elle provoquait (Löwenfeld, Unverricht).

Elle était normale dans le cas de Wagner. Dans celui d'Oppenheim, il y avait une diminution de l'excitabilité électrique, sans modifications qualitatives. L'excitabilité galvanique et faradique était abolie, chez le malade de Hepp; elle était également abolie ou très diminuée pour tous les courants, chez le malade de Strümpell. Lewy a trouvé une réaction de dégénérescence partielle.

VI

Complications. — Il est très fréquent que les troubles de la déglutition occasionnent une bronchopneumonie par déglutition, laquelle amène la mort. C'est ce qui eut lieu dans les observations de Potain, Hepp, Unverricht, Strümpell, Köster, Wagner.

Les autres complications sont rares.

Dans quelques cas, on a trouvé de la tuberculose pulmonaire, qui existait déjà avant la dermatomyosite.

On a signalé parfois des manifestations rénales. Hepp et Strümpell ont noté de l'albuminurie. Il y avait une néphrite bien marquée dans le cas de Senator.

Jamais on n'a vu de complications cardiaques, du moins dans les cas à évolution classique.

VII

Formes, marche et terminaison. — Tantôt la marche est continue, tantôt elle a lieu par poussées, chacune d'elles étant accompagnée d'une recrudescence des douleurs, de l'œdème et de la température.

On a distingué des formes aiguë, subaiguë et chronique. A la forme aiguë se rapporteraient un cas de Wagner, un d'Unverricht, ceux de Strümpell et de Fuckel, et les deux de Senator, lesquels évoluèrent en une à huit semaines. Dans la forme subaiguë, on rangerait les cas de Potain, Hepp, Bœck, Köster, un de Lewy et un d'Unverricht, avec une durée de deux mois et demi à six mois. La forme chronique serait représentée par les cas de Jacoby et de Löwenfeld, qui durèrent un an et demi à deux ans et demi. Le malade présenté par Oppenheim en était atteint depuis huit mois, lors de la présentation.

Lorenz fait observer que ces formes ne se distinguent que par la durée, mais qu'il n'y a rien dans le tableau morbide qui fournisse un caractère distinctif spécial entre les formes aiguë et chronique, entre lesquelles on n'est donc pas en droit d'admettre une séparation tranchée.

Le tableau morbide ne varie que par le plus ou moins grand nombre de muscles pris simultanément; mais chaque atteinte de la maladie considérée isolément est semblable dans tous les cas.

Lorenz dit que la durée de la maladie semble dépendre de l'envahissement et du non-envahissement des muscles nécessaires à la vie, et de la période de la maladie à laquelle a lieu cet envahissement. Quand la maladie ne les atteint pas, dit-il, le processus, après un début aigu, prend toujours une marche subaiguë. La chronicité est due généralement à des rechutes successives. Parfois, les troubles de la déglutition se sont améliorés (Löwenfeld) et la maladie a évolué alors d'une manière chronique, avec des alternatives d'amélioration et de poussées nouvelles.

Parmi les 15 cas retenus par Lorenz, il y eut 11 morts, dont 6 par pneumonie.

Les 4 cas de guérison appartiennent à Unverricht, Bœck, Senator, Lewy. La résolution se fit en deux mois et demi, dans le cas de Lewy; sept semaines dans celui de Senator, et douze jours dans le cas d'Unverricht; mais dans ce dernier, il subsista encore pendant cinq mois un léger état morbide. Il y eut, chez le malade de Lewy, une forte atrophie musculaire, qui existait encore deux ans après. De même, dans trois cas de récidive (Jacoby, Löwenfeld, Köster), on a constaté, pendant la période de guérison intercalaire, une atrophie nette des muscles qui avaient été pré-

cédemment atteints. Mais en somme, l'atrophie musculaire est loin d'être constante et est toujours peu intense.

VIII

Formes anormales, frustes. — On a publié un certain nombre d'observations, rapportées généralement à la dermatomyosite, mais cependant présentant des particularités assez importantes pour qu'il soit permis de se demander s'il s'agit d'affections différentes, ou bien si ce sont réellement des formes frustes ou anormales de la dermatomyosite.

Nous ne ferons que signaler quelques exemples.

Plehn, Kornilow, Jollasse ont rapporté des cas d'une sorte d'atrophie musculaire aiguë, évoluant et guérissant en huit à dix jours. Comme dans la dermatomyosite il y avait de vives douleurs, de la fièvre, une augmentation de volume de la rate.

Larger (Obs. II), Albu ont signalé une forme de dermatomyosite, avec examen histologique d'un fragment musculaire, dans laquelle l'œdème était mou.

Dans des cas de Schnell (Obs. III) et de Herz (Obs. I et II), l'œdème était également mou, la peau était douloureuse, et il y avait des douleurs articulaires; Lorenz fait de ces cas de la polymyosite avec érythème polymorphe.

On trouve dans une autre observation (Obs. I) de Schnell une participation des jointures et du périoste, et des lésions vasculaires ayant amené des thromboses.

Parmi les cas de Lewy, dans un (Obs. IV), manquait l'exanthème; dans les observations II et III, que cet auteur considère comme des formes abortives de dermatomyosite, il s'agissait essentiellement de purpura hémorragique.

Chez un malade de Schültze, sorte de dermatomyosite chronique, l'œdème était léger, l'atrophie musculaire notable et on constata des phénomènes nerveux.

Dans l'observation II de Köster, que celui-ci considère comme un exemple de dermatomyosite abortive, il n'y eut ni œdème ni érythème.

Le cas de Bultzinglöwen semble être relatif à un rhumatisme avec localisations musculaires.

Nous ne signalerons que pour mémoire ces inflammations très atténuées que décrit Kjelberg sous les noms de myitis et de panniculites.

IX

Diagnostic. — I. Éléments du diagnostic. — Presque toujours les malades atteints de dermatomyosite ont été l'objet des diagnostics les plus divers, ce qui tient principalement à ce que l'on ne songe guère à cette affection.

Le diagnostic est relativement facile dans les cas absolument typiques, présentant la symptomatologie complète. Généralement on est immédiatement frappé par cet œdème dur, à distribution irrégulière, respectant les régions articulaires (mains, pieds). La douleur spontanée et à la pression indiquera suffisamment la lésion musculaire, dans les cas où l'œdème gênera la palpation exacte. Dans les cas difficiles on pourra pratiquer l'excision d'un fragment musculaire dans lequel l'examen histologique montrera l'existence de myosite; il faut avouer cependant qu'à lui seul l'examen microscopique n'est pas actuellement capable de faire affirmer un diagnostic de dermatomyosite. Le diagnostic deviendra peu douteux quand on verra survenir l'envahissement des muscles de la respiration ou de la déglutition.

Les difficultés sont au contraire très grandes dans les cas frustes, particulièrement dans les cas où l'œdème est faible, ou bien lorsqu'il y a intégrité des muscles de la respiration et de la déglutition.

II. Diagnostic différentiel. — La maladie étant constituée par un état infectieux fébrile, avec œdème, éruptions et symptômes de myosite, nombreuses sont les affections auxquelles elle peut plus ou moins ressembler.

a. A la période prodromique on songera à une *maladie infectieuse* quelconque, et rien parmi les prodromes ne permettra une plus grande précision. Mais le diagnostic d'avec les diverses pyrexies deviendra facile dès l'apparition des symptômes propres à l'affection en question, car, quoique quelques-unes s'accompagnent parfois de lésions musculaires (variole, fièvre typhoïde), le tableau clinique est trop différent pour qu'il y ait lieu d'insister.

b. La topographie spéciale et la consistance de l'œdème de la dermatomyosite feront facilement éliminer les autres *œdèmes* : œdème cardiaque ou rénal, oblitérations vasculaires, œdème phlegmoneux, œdème névropathique. Il est à peine besoin de signaler le myxœdème, l'éléphantiasis. Certaines formes de sclérodermie, accompagnée de myosclérose (Thibierge, Goldschmidt), ont une certaine ressemblance, mais il n'y a ni fièvre, ni douleurs.

c. Les *exanthèmes divers* (dermatoses, fièvres éruptives, intoxications, etc.) seront facilement écartés par la marche de la maladie, l'existence de lésions musculaires, etc. Il importe cependant de savoir qu'assez souvent c'est à un dermatologiste que le malade s'adresse tout d'abord.

d. Les *phénomènes douloureux* ont pu faire croire à la spondylite (Oppenheim), etc., mais surtout à des névrites.

Le diagnostic avec les *polynévrites* est parfois d'autant plus difficile qu'on a vu celles-ci s'accompagner d'œdème bien marqué et de douleurs des muscles à la palpation (Goldflam, Lorenz, etc.). Mais la douleur prédomine sur les nerfs, les muscles ne sont pas indurés, il y a des troubles objectifs de la sensibilité, et la symétrie des lésions est bien plus constante. Enfin l'atrophie musculaire est plus marquée et plus rapide.

e. Le diagnostic doit être fait surtout avec les *myosites*.

Les myopathies atrophiques, la maladie de Froriep, la myosite ossifiante ne peuvent guère prêter à confusion. La myosite tuberculeuse est facile aussi à distinguer.

Les *myosites suppurées* se rapprochent davantage et la confusion a été faite plusieurs fois, surtout dans ces formes dites primitives parce que la porte d'entrée de l'infection n'est pas connue, confusion rendue plus facile parfois par l'existence d'œdème collatéral très marqué et d'exanthème septique. Les lésions musculaires cependant sont bien plus localisées, plus discrètes; leur peu d'importance contraste avec la gravité des symptômes septico-pyohémiques. Enfin ces lésions musculaires sont suppurées, et souvent il y a des métastases (articulations, etc.).

Rappelons que le cas de Potain fut publié comme *morve chronique* : mais l'auteur ne fit ce diagnostic que par exclusion et encore il reconnut que c'était une forme anormale. Le farcin produit des douleurs moins vives, il y a des abcès qui s'ouvrent, etc.; souvent on trouvera du jetage. Enfin, au besoin on ferait l'examen bactériologique.

Sous le nom de *myosite rhumatismale* on englobe des faits de nature diverse. Si l'on réserve pour plus de clarté ce nom aux lésions musculaires survenant au cours d'un rhumatisme articulaire aigu ou blennorragique, l'existence des

déterminations articulaires fera d'emblée le diagnostic. On se rappellera qu'il existe un œdème rhumatismal parfois accompagné d'exanthème.

La *syphilis des muscles* comprend des formes très variées. On ne peut confondre l'affection dont nous nous occupons avec la myalgie syphilitique, la contracture musculaire syphilitique, les gommes des muscles. Mais il existe des myosites syphilitiques diffuses et même une *dermatomyosite syphilitique*. Les autres formes de myosite syphilitique ne s'accompagnent pas de participation du tissu sous-cutané; Duplay et Reynier (1872) avaient seuls noté, dans un cas, un œdème dur au-dessus des muscles atteints. En 1896, Herrick publia un cas très net de dermatomyosite syphilitique, et Lorenz en rapporte un autre dans l'article déjà cité. L'état objectif ne saurait faire le diagnostic puisque les lésions sont les mêmes; mais il n'y a pas de phénomènes généraux, pas de fièvre, pas de sueurs profuses, pas d'exanthème, et les muscles nécessaires à la vie sont respectés.

La *neuromyosite* individualisée par Senator (1888) sera distinguée parce que, outre les phénomènes dus à la myosite, on constate les symptômes ordinaires (moteurs, sensitifs, trophiques) des névrites.

f. Le diagnostic devra enfin être fait avec les *autres formes de polymyosite*.

C'est d'abord la *polymyosite hémorragique*, très souvent confondue avec elle. Il y a de la fièvre, des douleurs, parfois de l'œdème, mais c'est un œdème pâteux; on constate du purpura, des ecchymoses, et parfois des hémorragies intestinales. Enfin, fait remarquable, il survient constamment, et d'une manière précoce, des troubles cardiaques (tachycardie, arythmie) qui mènent à l'asystolie.

La *polymyosite avec érythème polymorphe* a été souvent prise pour des cas légers de dermatomyosite. La distinction se fera par les signes suivants : la peau enflammée est douloureuse dans tous les points atteints; l'œdème est mou et donne le godet; on trouve quelques petits nodules durs dans la peau; enfin il y a fréquemment de l'arthrite.

Nous rappellerons ces cas isolés se rapprochant plus ou moins de la dermatomyosite; nous en avons parlé à propos des formes anormales de celle-ci.

g. Enfin le diagnostic le plus difficile sera celui de la *trichinose des muscles*. Les symptômes peuvent être identiques. On se fondera surtout sur l'étiologie et les commémoratifs. Les cas sont rarement isolés. Il s'agit de gens ayant mangé du porc crû ou mal cuit. Il y a des symptômes intestinaux. Au besoin enfin, et c'est indispensable pour affirmer le diagnostic, on prélévera un fragment de muscle dans lequel on cherchera le parasite. Mais il faut savoir que cette recherche est très laborieuse : il a fallu près de 300 préparations à Wagner (1887) pour découvrir trois trichines : il ne faut donc accorder qu'une valeur modérée aux faits dans lesquels on s'est contenté d'enlever un fragment et d'en faire quelques préparations.

X

Anatomie pathologique. — Nos connaissances histologiques sur la dermatomyosite reposent sur les constatations de M. Potain, Wagner, Hepp, Jacoby, Unverricht, Strümpell, Fuckel, Senator, Köster, Oppenheim, constatations faites soit à la nécropsie, soit à l'examen de fragments prélevés sur le vivant.

Le *tissu sous-cutané* présente encore sur le cadavre un œdème ferme et tendu (Hepp, Unverricht); il est imbibé d'un liquide abondant, jaunâtre, séreux (Wagner, Unverricht). Les capillaires et les petits vaisseaux sont très dilatés (Köster).

La *musculature* offre déjà à l'œil nu des lésions manifestes. Elle est soit uniformément rose pâle (Wagner) ou jaune pâle (Strümpell), soit marquée de stries jaunâtres et roses. Elle a un éclat mat. Hepp compare cette coloration à celle de la chair du lapin. Les muscles sont tuméfiés (Unverricht) ou infiltrés de sérosité (Wagner, Hepp); ils ont soit une dureté particulière (Wagner), soit une consistance tendre et friable (Unverricht).

L'examen histologique montre une inflammation musculaire, une véritable myosite. Il y a dans le tissu interstitiel une infiltration et une prolifération cellulaires, et des processus dégénératifs du côté des fibres mnsculaires.

Wagner, Unverricht, Strümpell, Senator, Köster, Oppenheim ont décrit des foyers inflammatoires interstitiels typiques. Les fibres musculaires sont dissociées par places par une immigration de leucocytes (Senator) mono ou polynucléaires. Le maximum d'infiltration se trouve autour des vaisseaux. Ces petits foyers sont uniformément parsemés dans le muscle, en général. Dans le cas d'Oppenheim il y avait une infiltration diffuse, des foyers d'infiltration, et un épaississement du périmysium. Jamais on ne trouve de gros amas; jamais il n'y a de trace de suppuration. Wagner et Unverricht trouvèrent quelques petites hémorragies récentes, mais elles sont rares et toujours peu abondantes.

Les fibres musculaires elles-mêmes présentent diverses formes de dégénérescence et à des degrés très variés. Les dégénérescence granuleuse et hyaline sont les plus fréquentes. La première a été observée par Wagner, qui a noté de la tuméfaction trouble et de la dégénérescence graisseuse; il en était de même, mais à un moindre degré, dans les cas de M. Potain, Unverricht, Fuckel, Köster; dans celui de Strümpell il y avait un état granuleux mais pas de stéatose, car la réaction de l'acide osmique fut négative. La dégénérescence hyaline, à des degrés très divers, a été décrite par Wagner, Hepp, Jacoby Unverricht, Strümpell, Köster. On a trouvé parfois, mais d'une manière plus discrète, d'autres formes dégénératives : atrophie simple (Wagner, Oppenheim), dégénérescence vacuolaire (Wagner, Jacoby, Strümpell), mais cette dernière n'est jamais aussi marquée que dans le typhus abdominal (Wagner). Köster a constaté l'absence de vacuoles. D'ailleurs à l'examen de divers fragments provenant d'un même sujet, on trouve des aspects assez différents. C'est ainsi que Köster a trouvé dans certains fragments une simple diminution de la striation, dans d'autres la striation avait disparu, d'autres encore présentaient de la dégénérescence hyaline ou de la dégénérescence granuleuse.

Dans un cas de Hepp, la dégénérescence hyaline était très intense, et peu marquée au contraire l'infiltration cellulaire du tissu interstitiel. Aussi cet auteur considéra les lésions parenchymateuses comme constituant la caractéristique anatomique de la dermatomyosite. Il faut observer que, dans ce fait de Hepp, l'affection avait eu une longue durée (onze semaines). Senator a constaté l'inverse dans son premier cas qui amena la mort en quatorze jours, et il attribua à la courte durée de l'affection l'absence de processus dégénératif; pour lui, les lésions parenchymateuses sont secondaires. Lorenz en conclut que, dans le premier stade de la dermatomyosite, il y a surtout une inflammation interstitielle, et dans

le deuxième, c'est la dégénérescence des fibres musculaires qui domine.

Wagner a vu une néoformation de fibres musculaires, Senator une grande richesse des fibres en noyaux. Unverricht n'a au contraire rencontré aucun indice de régénération.

Les vaisseaux sont dilatés, gorgés de sang (Strümpell, Köster), mais leurs parois sont saines.

Le sang ne présente pas de modifications globulaires (Potain).

Jamais on n'a trouvé aucune lésion du côté des nerfs (Wagner, Hepp, Strümpell, Senator, Köster).

Senator a vu seulement une exagération remarquable du nombre des rameaux neuro-musculaires dans les muscles malades.

XI

Physiologie pathologique. — 1° Relations des divers symptômes entre eux. — La superposition et la proportionnalité habituelles de l'œdème et des lésions musculaires ont conduit Wagner et Hepp à émettre cette opinion, généralement admise, que l'œdème est secondaire à la lésion musculaire.

Cependant déjà Löwenfeld a fait remarquer que parfois les deux phénomènes ne concordent pas partout. Parfois certains muscles sont malades et cependant il n'y a pas d'œdème au dessus d'eux. Dans quelques cas (Lewy, Strümpell) il se pourrait que cela tienne à ce que les lésions musculaires sont encore trop légères, et si celles-ci avaient progressé l'œdème serait survenu. Mais d'autres fois (Hepp, Köster, Löwenfeld, Bœck) les lésions musculaires étaient trop profondes pour qu'on puisse expliquer le fait par cette hypothèse. D'autre part on a vu parfois (Hepp) de l'œdème en des régions où les muscles n'étaient pas lésés. Aussi Köster conclut-il que l'œdème (comme l'éruption cutanée) est un symptôme autonome; que chaque tissu (muscles, peau, tissu sous-cutané) est atteint pour son propre compte par l'agent morbide.

2° Comment agit la cause première? — Köster admet une action vaso-motrice comme étant le phénomène dominant.

Il fait remarquer tout d'abord que le copahu, qui est accusé d'avoir causé le cas de Bœck, a une action vaso-paralytique bien connue; que l'on a observé dans la dermatomyosite des hémorragies cutanées et même viscérales; que l'œdème est souvent si rapide dans sa production qu'il cadre bien mieux avec l'idée d'un phénomène vaso-moteur que d'une inflammation.

Ce dernier argument a plus de valeur que les deux premiers, car il n'est pas prouvé que le cas de Bœck soit dû au copahu, et les hémorragies sont très rares et observées surtout dans des cas peu typiques.

L'opinion de Köster est surtout fondée sur cette constatation que dans la dermatomyosite on trouve une dilatation intense des petits vaisseaux telle qu'elle ne se voit nulle part ailleurs. Ce qui tendrait à montrer que cette modification vasculaire est le fait primitif, c'est que Köster l'a trouvée dans les muscles encore sains d'ailleurs de son malade: il semblerait donc que les muscles considérés comme sains présentaient ici le stade primitif de la lésion caractéristique.

Il est à remarquer que Rosenblath (1898) a publié une observation dans laquelle des lésions des petites artères musculaires produisirent un tableau clinique semblable à celui de la dermatomyosite.

Köster admet donc que la paralysie vaso-motrice joue un rôle important dans la production des symptômes de la dermatomyosite : la vaso-dilatation cutanée produit les éruptions et les sueurs, la vaso-dilatation sous-cutanée produit l'œdème. En est-il de même de la lésion musculaire? Cela est possible, dit Köster. Mais il ne se prononce pas et déclare qu'il est bien possible que la cause agisse directement sur le muscle; dans ce cas, l'agent morbide aurait une action double : musculaire, vaso-motrice.

Enfin, Köster se demande si l'influence vaso-motrice s'exerce directement sur les petits vaisseaux, ou bien sur les centres vaso-moteurs. La symétrie habituelle des symptômes lui paraît être en faveur de cette seconde hypothèse.

XII

Pathogénie. — Wagner fit de la dermatomyosite une atrophie musculaire aiguë; outre que cela est très contestable au point de vue nosologique, étant donné le peu d'intensité de l'atrophie, il ne s'agit pas là, à proprement parler, d'une théorie pathogénique. On ne sera pas, non plus, beaucoup plus avancé quand on saura que Löwenfeld la rapproche de la sclérodermie et de la maladie d'Addison.

L'analogie remarquable de cette affection avec la trichinose a conduit Unverricht à penser à la possibilité d'une invasion par les grégarines, hypothèse appuyée par ce fait que chez les diverses classes animales on connaît des maladies musculaires produites par des grégarines. Pfeiffer déclare que l'état objectif des muscles dans la dermatomyosite est tout à fait semblable à celui de la musculature du cheval et du lapin envahie par des grégarines. Mais c'est en vain qu'Unverricht, Strümpell, Köster ont cherché des grégarines dans des coupes de muscles atteints de dermatomyosite.

L'évolution de la maladie, la fièvre, la tuméfaction de la rate ont, dès le début (Hepp), fait penser que ce devait être une maladie infectieuse. Mais toutes les tentatives faites jusqu'ici pour découvrir l'agent morbide sont restées infructueuses. Wæntzoldt, Frænkel, Neumann, Herz, etc., ont trouvé divers micro-organismes, mais leurs cas n'appartiennent pas en réalité à la dermatomyosite, comme il a été déjà dit plus haut. Dans tous les cas authentiques où on a cherché des microbes avec soin, on n'en a pas trouvé (Senator, Köster). Cela, joint à ce fait que la fièvre manque parfois, montre que la maladie n'est pas, en tout cas, produite par l'action directe de microbes sur les muscles.

Enfin, il restait une hypothèse, la production par une substance toxique. On n'a pas, il est vrai, de preuve directe, c'est-à-dire qu'on n'a jamais isolé un toxique ; mais cela a été peu cherché, surtout les poisons organiques dont la caractérisation est si difficile. De plus, il n'existe aucune objection sérieuse. Enfin, on doit se souvenir que dans la trichinose, qui ressemble tant à la dermatomyosite, la lésion musculaire est produite non pas tant par l'irritation mécanique directe que provoquent les grégarines, que par les toxines qu'elles fabriquent.

Quant à l'origine de ce poison, on ne peut naturellement faire que des hypothèses : intoxication externe? auto-intoxication? toxines parasitaires?

L'intoxication inorganique est considérée comme très possible par Litten qui, aurait vu l'intoxication par l'oxyde de carbone produire une forme semblable de polymyosite aiguë. On cite aussi en faveur le cas de Bœck consécutif à une application de copahu. Un poison inorganique fut vainement cherché dans le cas de Hepp.

L'auto-intoxication d'origine gastro-intestinale est admise

par Senator pour un de ses cas. On a cité, en faveur de cette idée, divers phénomènes musculaires observés dans les maladies du tube digestif. Mais cela ne semble pas du moins être la cause habituelle (Albu, Pfeiffer, Köster). D'ailleurs le cas de Senator n'est pas, à proprement parler, un exemple d'auto-intoxication, car il s'agit de l'ingestion d'écrevisses avariées.

La production de la maladie par des toxines microbiennes est assez admissible, et cadre bien avec les faits. Cliniquement il s'agit d'une maladie infectieuse, et, cependant, on ne trouve pas de micro-organismes dans les muscles. L'infection première explique la fièvre, la tuméfaction de la rate, etc. La lésion musculaire étant, dans cette hypothèse, causée non par la localisation de l'agent à ce niveau, mais par ses toxines, on comprend bien que les recherches bactériologiques, faites sur ces muscles, soient restées négatives. D'ailleurs, on ne compte plus aujourd'hui les maladies infectieuses, pour lesquelles il est démontré que les déterminations nerveuses ou musculaires sont produites, non par le microbe causal, mais par ses toxines. Cette hypothèse a l'avantage d'expliquer non seulement les faits habituels, mais encore les particularités. Les effets des toxines microbiennes apparaissent souvent, on le sait, après la disparition de la maladie infectieuse, constituant des complications de la convalescence. La même chose se produisant ici, expliquerait les cas où l'on a noté l'absence de phénomènes infectieux (fièvre, etc.).

Quel serait l'agent causal ?

M. Goujet tend à attribuer la polymyosite à une septicémie atténuée, à forme un peu particulière. Il montre qu'il y a tous les intermédiaires (Scriba, Wæntzold, Fraenkel) entre la pyohémie avec abcès musculaires métastatiques, et certains cas de septicémie avec lésions musculaires métastatiques non suppurées, qui ne diffèrent guère de la dermatomyosite que parce qu'on trouve la porte d'entrée de l'infection (otite, infection puerpérale, etc.). L'infection pourrait avoir une origine quelconque, par exemple, les maladies infectieuses (rougeole, tuberculose), notées parfois à l'étiologie. Cet auteur a donc de la tendance à en faire un syndrome analogue à la polynévrite. Cependant, il ne rejette pas complètement l'idée d'une forme spéciale autonome. Il n'est pas inutile de rappeler que Goujet n'a pas en vue la seule dermatomyosite.

Kader (1898) arrive à une conclusion semblable. Il pense que la dermatomyosite, la polymyosite primitive, la myosite suppurée, myosite chronique, myosite interstitielle ne sont pas des maladies différentes : ce sont seulement diverses formes cliniques d'une myosite septique, les différences tenant à la virulence et à l'abondance de l'agent, à la résistance du sujet.

En résumé, quoique ayant tout à fait les allures d'une maladie infectieuse, la dermatomyosite n'est pas due à la localisation dans les muscles d'un agent microbien (au moins d'un agent connu). La notion d'une intoxication consécutive à une infection est la plus vraisemblable et explique le mieux l'ensemble des faits. Mais si l'on cherche à préciser davantage, on ne peut faire que des hypothèses. S'agit-il d'une infection spéciale et inconnue ? La spécialité tient-elle non à l'existence d'un agent spécial, mais à des conditions particulières de sa virulence ou de la résistance du sujet ? Faut-il admettre deux formes, l'une primitive, due à une cause spéciale, l'autre secondaire, symptomatique de causes diverses ? Voilà tout autant de questions qu'il est impossible de résoudre actuellement. Il n'est même pas possible de dire s'il n'y a pas des cas infectieux et des cas toxiques, des substances à action identique pouvant parfaitement avoir ces deux origines.

XIII

Traitement. — Les traitements les plus divers ont été employés contre cette si grave et si douloureuse affection : ils ont tous échoué.

Les analgésiques divers sont restés sans effet. Le salicylate de soude, l'antipyrine, l'iodure de potassium n'ont généralement amené aucune amélioration, ou bien celle-ci était très légère et tout à fait transitoire. Potain employa le quinquina sans plus de résultat. Lewy aurait obtenu une amélioration passagère par la thalline.

Comme thérapeutique externe, on a essayé les bains de vapeur (Potain), sans succès d'ailleurs. Oppenheim aurait obtenu une amélioration marquée par le massage et l'électricité. Hepp loue beaucoup l'enveloppement selon la méthode de Priessnitz, qui calme remarquablement les douleurs, si bien qu'un malade, observé par cet auteur, réclamait constamment, avec des pleurs, le renouvellement de ces applications.

Une cure à Bade a produit, dans un cas, une amélioration considérable.

En somme, le traitement sera purement symptomatique, dirigé surtout contre la douleur. Il semble que l'on puisse espérer un soulagement par les traitements externes. Au contraire, les médications internes échouent régulièrement.

BIBLIOGRAPHIE

Albu. *Ueber die autointoxicationen des Intestinaltractus*, Berlin 1895. — Bœck. Et Tilfaelde af Polymyositis acuta med Udgang i Helbredelse, *Nork Magazin f. Laegevidensk*, 1891. — Brunon. *Myosite infectieuse primitive*, Th. de Paris, 1887. — Bulzingslöwen. *Beitrag zur Dermatomyositis*, Diss. Berlin, 1897. — Buss. Ein Fall von acuter Dermatomyositis, *Deuts. med. Woch.*, 1894. — Debove. *Progrès méd.*, 1878. — Fenoglio. Sulla polimiosite, *Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, 1890. — Fraenkel. Ueber eigenartig verlaufene septicopyämische Erkrankungen nebst Bewerkungen über acute Dermatomyositis, *Deuts. med. Woch.*, 1894. — Fuckel. Ein Fall von Dermatomyositis acuta, *Corresp. des allg. ärtzl. Vereins von Thüringen*, 1892. — Goujet. La polymyosite, *Presse méd.*, 1894. — Hepp. Ueber Pseudotrichinose, eine besondere Form von acuter parenchymatöser Polymyositis, *Berl. klin. Woch.*, 1887. — Herz. Ueber gutartige Fälle von Dermatomyositis, *Deuts. med. Woch.*, 1894. — Herrick. Polymyositis acuta with report of a case presumable of syphilitic origin, *Amer. Journ. of the med. Sc.*, 1896. — Jacoby. Subacute progressive Polymyositis, *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1888. — Jollasse. Ueber acute primäre Polymyositis, *Mittheil. aus den Hamburg. Straikrank*, 1897. — Kader. Klinische Beiträge zur Ætiologie und Pathologie der sogenannten primären Muskelentzündungen, *Mittheil. aus den Grenzgebiet, d. Med. u. chir.*, Bd II, 1897. — Kinstone Fowler. Clinic. Soc. of London, 1897. — Koppeschaar. Dermatomyositis acuta, *Geneschr. voor nederl. Indie*, XXXVI. — Kornilow. Polymyositis primaria acuta, *Deut. Zeit. f. Nerv.*, 1896. — Köster. Om primär Dermatomyositis acuta et chronica, *Nord med. Arkiv.*, 1896 ; — *Idem* Bidrag till kännedomen om dermatomyositis och när bestagtade synkdomsbilder, *Higieâ*, 1897 ; — *Idem*. Zur Kenntniss der Dermatomyositis, *Deut. Zeit. f. Nerv.*, 1898. — Larger. *Polymyosite aiguë infectieuse primitive*, Th. de Paris, 1891. — Lewin. *Verein für innere Medicin zur Berlin*, 1894. — Lewy. Zur Lehre von der primären acuten Poly-

myositis, *Berlin. klin. Woch.*, 1893. — LORENZ. Die Muskelerkrankungen, *Spec. Pathol. Nothnagel*, 1898. — LÖWENFELD. Ueber einen Fall von Polymyositis acuta, *Münch. med. Woch.*, 1890. — MARCHAND. *Breslau Ærzt. Zeit.*, 1880. — NEUMANN. Ein höchst eigenthunlicher Fall von Polymyosotis subacuta suppurativa, *Deuts. med. Woch.*, 1895. — OPPENHEIM. Zur Dermatomyositis, *Gesellsch. der Charité-Ærtzte*, Sitzung vom 15 juin 1899. — L. PFEIFFER. Die Protözoen als Krankheitserreger, 2. *Aufl. Yena*, 1891. — PFEIFFER R. Die Polyomyositis respective Dermatomyositis acuta, *Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.*, 1896. — PLEHN. Ein neuer Fall von Polymyositis acuta mit Ausgang in Heilung, *Deuts. med. Woch.*, 1887. — POTAIN. Morve chronique de forme anormale, Soc. méd. des hôpit., 1875. — PRINZING. Ein Fall von Polymyositis acuta hemorragica, *Münch. med. Woch.*, 1890. — ROSENBLATT. Ein seltener Fall von Erkrankung der kleinen Arterien der Muskeln und Nerven, der klinisch Dermotomyositis imponirte, *Zeit. f. klin. Med.*, 1897. — SCHNELL. *Ueber Polymyositis*, Diss. Würtzburg, 1892. — SCHULTZE. Ein Fall von Dermatomyositis chronica mit Ausgang in Muskelatrophie bei einem dreijährigen Knaben, *Deuts. Zeits. f. Nerven.*, 1895. — SCHULTZEN. Ueber Polymyositis acuta, *Festsch. z. Lunderjahr. Stift. des med. chir. Friedrich-Wilhelm Instituts*, Berlin 1895. — SCRIBA. Beitrage zu Ætiologie der Myositis acuta Kranszlyk, *Medycyna*, 1876. — SENATOR. Ueber acute Polymyositis und Neuromyositis, *Deuts. med. Woch.*, 1893. — STRUMPELL. Zur Kenntniss der primären acuten Polymyositis, *Deuts. Zeit. f. Nerven.*, 1891. — UNVERRICHT. Polymyositis acuta progressiva, *Zeit. f. klin. Med.*, 1880 ; — *Idem.* Ueber eine eigenthumliche Form von acuta Muskelentzundung mit einem der Trichinose ähnelden Krankheitsbilde, *Münch. med. Woch.*, 1897; — *Idem.* Dermatomyositis acuta, *Deuts. med. Woch.*, 1891. — WÆTZOLDT. Beitrag zur Lehre von der Polymyositis acuta, *Zeit. f. klin. Med.*, 1893. — WAGNER. Fall einer seltenen Muskelkrankheit, *Arch. f. Heilk.*, 1863; — *Idem.* Ein Fall von acuter Polymyositis, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1887.

VARIÉTÉS

Le tombeau d'Avicenne.

Par M. CHANIAVSKYÏ (1).

En allant de Téhéran à Bagdad, je passai quelques jours à Hamadane, l'ancienne Ecbatane, et autrefois la capitale de la Médie. De la vieille cité il ne reste plus que des ruines et des tas de décombres; mais ceux-ci témoignent de son antique grandeur. Il n'y a, cependant, que très peu de souvenirs du passé, et parmi eux le tombeau d'Avicenne, mentionné par Reclus (*Géographie*, IX, p. 213, 1887). Le tombeau du prince de la médecine arabe est encore aujourd'hui l'objet d'une vénération particulière de la part des habitants du pays, comme l'a assuré M. Holmes, tout à la fois médecin et missionnaire américain, et qui habite Hamadane depuis plusieurs années. Grâce à lui, j'ai pu trouver le tombeau plus facilement que certain lion de pierre, figuré dans Reclus, et qui jouit de la réputation d'accomplir les vœux de ses vénérateurs; on compte parmi ceux-ci nombre de femmes stériles. D'après une légende locale, cedit lion doit racheter ainsi les méfaits qu'il commit de son vivant et pour lesquels Allah le métamorphosa en pierre. Le bloc est aussi un phonolithe, car il résonne quand on le frappe. C'est vraisemblablement le débris des ornementations de quelque palais ou jardin d'Ecbatane.

Sur la rive gauche d'un des torrents qui traversent la ville du Sud au Nord, et derrière un vieux cimetière abandonné, étroitement enclavé dans les constructions voisines, se trouve une tuilerie, contenant un petit espace quadrangulaire, où est édifié le mausolée; devant la façade est une toute petite cour, avec quelques cyprès et de misérables broussailles. Quant au mausolée lui-même, il est formé de briques mal assemblées et couronné d'une coupole en argile : le tout déjà fort endommagé. En pénétrant à l'intérieur du mausolée, par une toute petite porte, on se trouve tout d'abord en pleine obscurité ; ce n'est qu'à la longue, que l'œil finit par distinguer sous la coupole deux pierres grossières, couvertes d'inscriptions arabes. L'une, la plus proche de la porte, est protégée par une sorte de couvercle à deux battants; l'autre, placée plus loin et parallèle à la première, n'a qu'un simple couvercle. Sous la première, repose Avicenne ou Ibn-Cina, comme l'appellent les habitants du lieu, mais les derviches le nomment le cheïk Bon-Ali-Ibn-Cina; sous la seconde pierre est enterré le cheïk Abdoul-Ceid-Abdoul-Cheir, qui passe pour un saint. Dans un angle, trois derviches fument paresseusement un commun narghilé tout en gardant la tombe. Chaque jour la tombe d'Ibn-Cina reçoit des visiteurs, surtout des malades, et les guérisons sont loin d'être rares. Même mort, Avicenne se trouve avoir une nombreuse clientèle.

(1) Traduit du russe par M. R. de Bovis, in *Wratch*, 1900, n° 5, p. 158.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'hôpital militaire Bégin. — Le ministre de la Guerre vient de décider que l'hôpital militaire de Vincennes porterait à l'avenir le nom d'hôpital militaire *Bégin.*

Distinctions honorifiques. — Des médailles d'honneur ont été décernées aux personnes ci-après désignées pour le dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques.

Médaille d'or : M. le docteur Bruncher (de Lambesc).

Médailles d'argent : MM. les docteurs Dicquemare (de Biskra); Schwartz (d'Aïn-el-Thar); Mme Asprenger, sœur Blanche, à l'hôpital Lavigerie, à Biskra.

Médailles de bronze : MM. les docteurs Desgranges (de Marchenoir); Morel, médecin de la marine; Couillaud (de Biskra).

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 14e semaine, 1111 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente et voisin de la moyenne ordinaire des semaines d'avril (1055).

La fièvre typhoïde a causé 26 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (33). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins tend également à devenir plus rare (89 au lieu de 143).

La rougeole a causé 29 décès, chiffre voisin de la moyenne (27); presque tous ont eu lieu dans les arrondissements de la périphérie. La scarlatine a causé 7 décès, la coqueluche 6, la diphtérie 8 et la variole 2; cette dernière maladie continue à être très rare; le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins n'est que de 9, chiffre analogue à ceux des semaines précédentes.

La grippe a encore causé 16 décès.

Il y a eu 14 suicides et 16 autres morts violentes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Hygiène du dyspeptique, par M. G. LINOSSIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, membre correspondant de l'Académie de médecine, médecin à Vichy. Un vol. in-16, cart. toile, tranches rouges, de la Bibliothèque d'hygiène thérapeutique, dirigée par le professeur PROUST. — Prix : 4 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Nº 45. — MARDI 17 ET JEUDI 19 AVRIL 1900. 73e ANNÉE. MARDI 17 ET JEUDI 19 AVRIL 1900. — Nº 45.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — DES ABCÈS MIGRATEURS DEVENUS AUTONOMES, par M. H. MORESTIN, chirurgien des hôpitaux de Paris. — SÉANCES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine* : Contribution au diagnostic et au traitement du pneumothorax; — *Chirurgie :* Le cancer du sein au point de vue clinique; — *Anatomie :* Sur l'insertion postérieure des muscles de l'œil; — *Maladies de l'enfance :* Le tabes chez les enfants; — *Laryngologie :* La laryngectomie intercrico-thyroïdienne chez l'adulte; — *Thérapeutique:* Traitement des pneumonies et broncho-pneumonies infectieuses par la saignée, les injections de sérum artificiel et les enveloppements froids; — Le chlorhydrate de cocaïne dans les vomissements incoercibles de la grossesse; — Les pansements au bicarbonate de soude. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Marseille.* — Un concours pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux s'ouvrira le lundi 16 juillet 1900.

S'adresser au bureau du secrétariat de la commission administrative huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

Facultés de province. — *Lille.* — M. Surmont, professeur d'hygiène, est nommé professeur de pathologie interne et de pathologie expérimentale, en remplacement de M. Leroy, décédé.

Écoles de médecine. — *Reims.* — M. de Bovis, professeur suppléant, est chargé jusqu'à la fin de l'année d'un cours de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Par arrêté préfectoral :

M. Vallon, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Villejuif, est nommé en la même qualité à l'asile clinique (Sainte-Anne) à Paris en remplacement de M. Bouchereau, décédé.

M. Marie, médecin-directeur de la colonie familiale de Dun-sur-Auron, est nommé médecin en chef à l'asile de Villejuif.

Distinctions honorifiques. — Par décret en date du 7 avril 1900, M. Gilles de la Tourette, médecin en chef de l'Exposition de 1900, a été promu au grade d'officier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

M. Limousin (de Paris) vient d'être nommé au grade de chevalier dans l'ordre du Mérite agricole.

Guerre. — M. le médecin principal de première classe Richard, professeur à l'école d'application du service de santé militaire, est nommé membre du comité technique de santé.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Nouaille-Degorce du cadre de Rochefort, est désigné pour remplacer, à la prévôté d'Indret, M. Damian.

L'épidémie de variole à Lyon reste stationnaire. Pendant la première semaine d'avril on a signalé 28 cas nouveaux au lieu de 29 la semaine précédente.

Certificat médical et secret professionnel. — La cour d'appel d'Aix vient de rendre un arrêt qui intéresse les praticiens, en voici les considérants :

« Attendu que la loi a fait du secret professionnel une prescription d'ordre public; qu'il est la propriété exclusive de la personne qui l'a confié; que le médecin n'est pas libre d'en disposer à son gré; que le docteur X..., ayant donné des soins à Mme Y..., n'a connu sa maladie qu'à raison de l'exercice de sa profession et que, pour ce motif, il lui était interdit de la révéler; que le certificat qu'il a délivré à la date du 5 janvier 1898, sans le consentement formel de son ancienne cliente, constitue un manquement aux devoirs de discrétion qui lui étaient imposés par la loi; qu'il doit être écarté des débats. . . . . »

Exercice illégal du massage (*Tribunal correctionnel de Versailles, audience du 27 janvier* 1900). — Le tribunal, attendu que, si le massage ne peut être considéré comme constituant un exercice illégal de la médecine, il devient cependant délictueux, lorsqu'il s'applique à des affections chirurgicales;

Attendu que depuis moins de trois ans, dans l'arrondissement de Versailles, D... a appliqué le massage à des affections chirurgicales, notamment en soignant le sieur S... pour une fracture à l'épaule et un déboîtement de la clavicule, le jeune S... pour une luxation de l'épaule;

Attendu qu'au mois de décembre 1898, également dans l'arrondissement de Versailles, D... a exercé illégalement la médecine en soignant le sieur C... pour une fracture de la jambe; que, de plus, il a occasionné une aggravation notable dans la blessure et dans l'infirmité du malade, par la maladresse de ses soins,

Par ces motifs, condamne D... en quinze jours d'emprisonnement et 100 francs d'amende.

Le prévenu a interjeté appel. (*Concours méd.*)

Prophylaxie de la psittacose. — Dans le but d'éviter les épidémies de psittacose à bord de ses steamers, la Compagnie des « Chargeurs-Réunis » vient d'y interdire formellement le transport des psittacés.

C'est la première fois, en France, qu'une Compagnie de navigation prend cette importante mesure sanitaire.

Il est à souhaiter que les autres Compagnies françaises de navigation suivent l'exemple des « Chargeurs-Réunis » qui, dans cette circonstance, montrent que l'hygiène — quoi qu'on dise — n'empêche pas les affaires, au contraire. (*Bulletin de médecine sanitaire maritime.*)

Hôpital de la Pitié. — M. Babinski, médecin à l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, samedi 28 avril à dix heures un quart, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chevalier (de Marseille); Monnier, médecin militaire (de Paris); G. Planchon, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, décédé à Montpellier.

DES ABCÈS MIGRATEURS DEVENUS AUTONOMES

Par M. H. Morestin, chirurgien des hôpitaux.

Les abcès du mal de Pott présentent de grandes variations dans leur marche, leur volume, le sens et l'étendue de leurs migrations, mais d'une manière très générale restent en libre communication avec le foyer qui en a été le point de départ. Avec l'ancienne conception des abcès par congestion, ce rapport était nécessaire. La lésion vertébrale produisait le pus; ce pus s'accumulait d'une manière toute passive dans la poche, qui était ainsi une sorte de réservoir.

Les idées se sont grandement modifiées à cet égard, et l'on sait que les produits de destruction des lésions vertébrales n'entrent que pour une part secondaire dans le contenu de l'abcès. La paroi elle-même est le siège du mal, et la source du pus. Son contenu un simple produit de déchet. Mais les connexions de la poche avec la tuberculose osseuse qui en a été le point de départ, l'origine et la cause, sont encore pour nous tous ce qu'elles étaient pour les premiers observateurs. Les os et les cartilages plus ou moins altérés sont baignés par le pus, la poche est une expansion à distance, des tuberculomes vertébraux, sa cavité communique librement avec les foyers rachidiens. Cette relation, constante, indiscutable, établie par toute l'anotomie pathologique de la maladie, est même un des principaux dangers des abcès par congestion, et le plus grand obstacle à leur guérison chirurgicale. Mais s'il en est ainsi dans l'immense majorité des cas, on voit chez certains sujets l'abcès migrateur s'isoler de la lésion primitive, plus ou moins complètement guérie.

La collection, devenue autonome, n'est plus qu'un abcès froid des parties molles, et ce détail simple, en apparence, est en réalité d'une importance considérable. Le pronostic est tout autre et le traitement bien simplifié. Par contre, l'isolement de l'abcès, et la difficulté d'établir son origine vertébrale peuvent causer quelque embarras pour le diagnostic.

Ces faits sont rares, mais cependant connus depuis longtemps.

Abernethy, dont les travaux datent de la fin du XVIIIe siècle et du commencement du XIXe, les avait, paraît-il, très nettement signalés.

C'est ce que dit Bouvier, dans les *Leçons sur les maladies de l'appareil locomoteur*, et l'impeccable érudition de Bouvier mérite si grande confiance, qu'on peut se dispenser de rechercher le texte de l'auteur anglais.

Bouvier lui-même les connaissait bien; quelques passages de son livre remarquable ne laissent point de doute à cet égard.

Un peu plus tard, en 1858, à la Société de chirurgie, P. Broca appella l'attention sur ce sujet. La discussion s'était engagée sur le traitement des abcès par congestion par les injections iodées. Cette méthode avait été vantée par Boinet, naturellement. Marjolin l'ayant mise à l'épreuve était venu communiquer à la Société les résultats navrants de ses tentatives; non seulement tous ses malades étaient morts, mais le traitement avait abrégé leur existence. Ce fut un concert presque unanime de réprobation contre la méthode, et Voillemier seul, ou à peu près, avait éprouvé le besoin de la défendre contre les exagérations de Boinet. Broca exposa alors, en termes excellents, des idées tout à fait remarquables à propos de la discussion en cours. Il avait guéri, à l'aide d'une seule injection iodée, un malade porteur d'un vaste abcès par congestion. Mais le topique porté dans la cavité était pour peu de chose dans ce beau résultat. Si l'abcès avait guéri aussi aisément, c'est que ce n'était pas un vulgaire abcès par congestion. La lésion vertébrale était cicatrisée et l'abcès évoluait pour son propre compte.

Son évacuation avait été le principal facteur du succès. Pour admettre cette interprétation, Broca se rapportait aux observations qu'il avait pu faire sur des cadavres, et à un cas plus ancien, tardivement éclairé par ces dissections. Il avait présenté en effet, une dizaine d'années auparavant, à la Société anatomique les pièces d'un homme, qui avait succombé à l'ouverture d'un abcès par congestion. Or, à l'autopsie on trouva que la cavité de l'abcès ne remontait plus jusqu'à la lésion vertébrale; elle en était séparée par une couche épaisse de tissu de cicatrice.

Quelques mois après la mémorable discussion de la Société de chirurgie, Chassaignac fit connaître un cas qui venait à l'appui des idées de Broca et son interprétation fut acceptée par Cloquet.

Denonvilliers, dans l'article élégant et longtemps classique du *Dictionnaire Dechambre*, non seulement indique cette transformation possible des abcès migrateurs, mais cite un fait personnel très instructif. Une femme était entrée à Saint-Louis dans son service pour une tumeur de l'aine, irréductible, ferme et mal limitée, qui fut considérée comme un néoplasme de nature maligne. A. Richard en fit l'extirpation avec l'assistance de Denonvilliers. Au moment où l'on sectionna son attache supérieure, il s'écoula du pus en faible quantité. C'était un abcès par congestion à peu près guéri, ainsi que le démontra l'autopsie peu de jours après, car la malade succomba promptement à l'infection purulente.

Laugier mentionne également ces cas dans le *Dictionnaire de Jaccoud*.

M. Lannelongue, dans ses leçons sur la tuberculose vertébrale insiste sur ces faits. Son enseignement expose de la façon la plus claire la genèse, la marche le mode d'entension de ces abcès, et leur isolement possible d'avec la lésion d'origine cicatrisée. Si la paroi qui limite la collection est tuberculogène, et si cette collection s'étend par envahissement progressif, et nécrose successive des tubercules, on conçoit que l'ostéite qui en a été le point de départ puisse s'éteindre et l'abcès continuer son évolution. Et même avant que ces idées aient été produites, il eût été véritablement difficile de donner de ces faits une bonne et raisonnable explication. Par contre eux-mêmes peuvent être à leur tour invoqués comme preuve; ils établissent que l'abcès, pour progresser se suffit à lui-même, et que c'est en lui qu'il faut chercher les facteurs de son extension, puisqu'il continue à évoluer, à envahir de proche en proche les parties molles, alors que les vertèbres ne fournissent plus aucun élément à cette évolution, et que la lésion osseuse a perdu toute son activité.

Il est probable que chacun a vu des cas de ce genre et je pense qu'il n'est pas utile de fournir ici de plus amples citations. Je remarquerai seulement que beaucoup de livres récents n'en font aucune mention. Dénucé (*Traité du mal de Pott*), Chipault (*Traité de chirurgie*) n'en parlent point. Il n'en a pas été question au Congrès de Lyon (1894) où la chirurgie rachidienne était à l'ordre du jour, ni dans les Congrès ultérieurs. Le mal de Pott a suscité dans ces dernières années quantité de travaux, mais on s'est occupé

surtout du redressement et d'autres questions importantes, négligeant, avec raison d'ailleurs, ce point secondaire. Pourtant un certain nombre de mémoires ou de thèses ont été consacrés spécialement au traitement des abcès par congestion, et dans ceux que j'ai pu parcourir on ne fait pas une place à part à ces abcès devenus autonomes. On a jugé sans doute qu'ils ne méritaient point d'être rangés sous une rubrique particulière, car bien certainement la plupart des chirurgiens ont dû en observer.

Cependant l'indépendance d'une collection par rapport au squelette n'est pas une circonstance négligeable. Il y a là, au contraire, ce nous semble, un élément très important pour le pronostic, car la guérison peut être alors obtenue à peu de frais, et on peut le dire par tous les traitements.



Deux malades que j'ai eu à traiter pendant les derniers mois, à l'hôpital Saint-Louis, étaient précisément des exemples d'abcès migrateurs n'ayant plus aucune connexion avec les vertèbres.

Dans les deux cas, l'abcès était non seulement isolé, mais rien ne permettait d'établir son origine rachidienne, et c'est seulement au cours de l'opération que cette notion a pu être acquise. Chez la première malade surtout la colonne vertébrale ne pouvait être sérieusement mise en cause.

Voici son histoire :

Marie C..., jeune bonne de vingt et un ans, entrée le 3 juin 1899 à Saint-Louis, Isolement 28, pour une tumeur abdominale, dont la présence a été constatée depuis trois mois environ. Brune, grasse, d'apparence robuste, elle n'a pas eu de maladie antérieure. L'affection qui l'amène à l'hôpital n'a causé que peu de troubles, quelques vagues douleurs qui ne l'ont empêchée ni de marcher, ni de travailler jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Elle est surtout préoccupée de la grosseur qui déforme le ventre et dont le volume augmente graduellement.

Une masse plus volumineuse que le poing soulève en effet les téguments du côté gauche de l'abdomen. Commencant au niveau de l'arcade de Fallope, elle couvre presque toute la région iliaque correspondante, et forme une voussure allongée de haut en bas et de dehors en dedans. Les téguments sont sains, ils ont conservé leur coloration et leur souplesse normales. La tumeur est molle, fluctuante, indolente à la pression, bien circonscrite et arrondie; elle n'est réductible à aucun degré. A la percussion, elle est mate. La contraction des muscles de la paroi semble l'immobiliser. Cette tumeur fluctuante pariétale était d'un diagnostic assez délicat. L'état général était excellent, les antécédents étaient négatifs, les poumons parfaitement sains, et nulle part sur les os du bassin ou sur les vertèbres, on ne pouvait déterminer de point douloureux. Tous les mouvements de la hanche, du bassin ou du rachis semblaient s'exécuter d'une manière très normale. Cependant le diagnostic d'abcès froid parut probable. La palpation de la fosse iliaque ne montrait rien du côté du psoas : il n'y avait aucun indice qui pût faire attribuer à la collection une origine pottique. Pourtant cette hypothèse ne fut pas repoussée. Un point de départ iliaque paraissait plus probable, mais rien non plus n'autorisait à l'affirmer. On fit d'ailleurs quelques réserves, comme il est d'usage dans les cas un peu embarrassants. Le kyste hydatique, le sarcome mou, le myxome, etc., furent discutés, mais en somme repoussés en bloc, comme infiniment peu vraisemblables.

Le 9 juin, une incision fut pratiquée sur le grand axe de la tumeur. Celle-ci était formée, en effet, par une collection purulente. Le pus était logé entre la peau et l'aponévrose du grand oblique. L'abcès vidé, sa paroi fut curetée, disséquée et extirpée en grande partie. Au ras de l'arcade de Fallope, un orifice en forme de boutonnière conduisait à travers les fibres de l'aponévrose du grand oblique dans la profondeur. Cette ouverture fut agrandie. Le canal dans lequel elle donnait accès traversait d'avant en arrière l'épaisseur de la paroi abdominale et pénétrait dans la gaine du psoas. Même sous le chloroforme, on ne pouvait percevoir ni induration, ni relief au niveau de ce muscle. La sonde canelée engagée dans cette gaine s'enfonçait profondément dans un trajet étroit. Elle fut remplacée par une curette qui nettoya complètement ce trajet.

Une contre-ouverture lombaire fut ensuite pratiquée. Il fut assez difficile de retrouver la cavité de l'abcès, d'abord à cause de sa vacuité, mais surtout à cause de ses faibles dimensions, car elle était réduite à un canal fort exigu et de plus en plus effilé. En se guidant sur la sonde introduite de

bas en haut, on put l'ouvrir et elle fut ensuite fendue avec précaution jusqu'au point où elle s'arrêtait supérieurement. Elle se terminait en effet en cul-de-sac, à l'union du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs du muscle. Après curetage soigné, un drainage fut établi. On fit ensuite des injections phéniquées faibles dans le trajet. La guérison fut rapide et vers le milieu de juillet, Marie C..., complètement rétablie, quittait l'hôpital.

Il n'est pas douteux qu'ici l'abcès n'ait eu pour point de départ une tuberculose vertébrale, le long trajet dans la gaine du psoas l'établit d'une façon très certaine. Cette lésion antérieure et peu grave avait évolué sans symptômes fonctionnels bien notables et son existence même aurait été ignorée, sans l'apparition tardive de l'abcès. Ce dernier s'est révélé quand le mal vertébral était déjà fini. En le suivant de bas en haut, on voyait son pédicule devenir de plus en plus grêle. Dans l'ensemble, il était comparable à une cornue dont le bec aurait été très allongé et fermé à la lampe par étirement. Le siège de l'abcès sous les téguments de l'abdomen est fort exceptionnel. Ordinairement les abcès qui viennent se faire jour en cette région sont sous-péritonéaux et soulèvent la paroi musculo-aponévrotique.

Cette situation anormale, l'absence de réductibilité, signe commun des abcès migrateurs, et de toute symptomatologie vertébrale, rendaient bien légitime notre hésitation.

Le diagnostic était moins épineux chez la malade qui fait le sujet de notre deuxième observation.

Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans, entrée le 20 février 1900, à Saint-Louis, Isolement n° 23. Depuis plusieurs mois, elle portait à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche une tumeur indolente, dont le volume s'était accru d'abord très lentement, puis avec une rapidité de plus en plus grande. Aussi au moment où elle est arrivée dans nos salles, cette masse est-elle plus grosse qu'une tête de fœtus à terme. Cependant la malade n'a jamais éprouvé la moindre douleur à ce niveau, elle a pu, jusqu'au dernier moment, continuer à marcher sans fatigue notable. Elle peut exécuter sans peine tous les mouvements du membre inférieur, et la marche s'effectue sans claudication. La tumeur occupe la région des adducteurs. Elle fait saillie principalement du côté antérieur et interne de la cuisse, remonte en haut jusqu'au voisinage du pubis et de l'arcade de Fallope, en bas descend au-dessous de la partie moyenne de la cuisse. Les téguments simplement soulevés sont parfaitement sains et mobiles. La tumeur, à la palpation, paraît bien circonscrite, globuleuse, logée dans les parties molles, mobile avec elles, immobilisée par la contraction des muscles, molle et même fluctuante. Elle paraît n'avoir aucune connexion avec le bassin, ni avec le fémur, et elle est certainement indépendante des ganglions inguinaux. L'exploration de la fosse iliaque correspondante demeurait absolument négative. En déprimant autant que possible la paroi abdominale, très souple et relâchée par deux grossesses antérieures, on n'arrivait à percevoir aucune différence entre le côté droit et le côté gauche, et rien qui s'écartât des dispositions normales. Par contre, l'examen de la colonne dorsale permettait de constater l'existence d'une légère inflexion, avec saillie de la neuvième apophyse épineuse.

La malade nous raconta alors que plusieurs années auparavant, elle avait éprouvé pendant longtemps des douleurs dans le dos, qui avaient fini par disparaître complètement. En effet, de ce côté, il semble bien qu'il n'y ait plus de foyer en activité. La pression sur les apophyses épineuses on transverses ne réveille de la douleur en aucun point, les mouvements du rachis s'effectuent sans douleur et s'ils sont un peu limités au voisinage de la saillie angulaire, on peut attribuer cette mobilité moins étendue aux raideurs que laissent forcément les lésions vertébrales le mieux guéries. Car il était évident que cette femme avait eu autrefois un mal de Pott, d'allure bénigne, puisqu'il était arrivé spontanément à cette terminaison, en somme favorable.

La tumeur fluctuante de la cuisse était, selon toute vraisemblance, un gros abcès froid, paraissant logé dans l'épaisseur des muscles. Elle n'était réductible à aucun degré, et, nous l'avons déjà dit, il n'y avait rien dans la fosse iliaque. Fallait-il, néanmoins, établir un rapprochement entre le passé rachidien et la maladie actuelle? De la neuvième dorsale à la partie moyenne de la cuisse la distance est grande, mais les abcès pottiques nous ont habitués à ces migrations surprenantes. L'absence de toute lésion intermédiaire appréciable et le caractère nettement ancien de la difformité vertébrale, sans être des objections irréductibles à ce diagnostic, nécessitaient des recherches minutieuses au sujet des parties du squelette, plus voisines du siège de la collection.

L'exploration du pubis, de l'ischion, de l'ilion, du fémur, de l'articulation coxo-fémorale, demeurèrent sans résultat. Mais on pouvait admettre que la lésion fût silencieuse, que l'abcès ait eu pour point de départ quelque ostéite ignorée, développée postérieurement à la guérison du mal de Pott. Un abcès froid consécutif à une myosite tuberculeuse était moins probable, à cause de son gros volume, d'une part, et d'autre part, en raison de l'absence des troubles fonctionnels des muscles. Tous les mouvements s'exécutaient très facilement, sans douleur, et dans leur amplitude à peu près normale. Nous pouvions donc hésiter sur le point de départ, fémoral, iliaque ou vertébral de l'abcès. Cette dernière origine nous parut devoir être adoptée, car il est sage de rapprocher et d'interpréter l'une par l'autre les lésions de même ordre évoluant sur le même sujet, quand rien n'empêche ce rapprochement. Mais la collection n'étant point réductible, et paraissant au contraire très bien circonscrite, il était logique de voir là, non un vulgaire abcès par congestion, mais un abcès isolé de son point de départ, par l'oblitération de son pédicule. Le souvenir du cas précédent nous portait à admettre cette interprétation. La collection grossissait rapidement et il était urgent de la traiter.

Cette idée qu'elle était indépendante du rachis décida de ma conduite. J'avais affaire, en somme, à un abcès froid complètement logé dans les parties molles, anfractueux et étendu, mais limité et accessible, et dans ces conditions, on pouvait faire une bonne et utile intervention.

Je fis donc une incision verticale, au point le plus saillant de la tumeur, à la partie antéro-interne de la cuisse, à peu près le long du bord interne de l'adducteur. L'aponévrose était à peine incisé, que le pus jaillit. Il en sortit près d'un litre. C'était un pus blanchâtre, peu consistant, chargé de grumeaux et de détritus caséeux. La poche vide était tapissée d'une membrane jaunâtre, s'enlevant par fragments assez larges, laissant à découvert une paroi irrégulière, rougeâtre et tomenteuse.

L'intérieur de cette cavité était très curieux à regarder. La suppuration avait littéralement disséqué tous les organes de la région, les muscles étaient séparés les uns des autres,

les vaisseaux et les nerfs étaient littéralement préparés. La curette fut promenée dans tous les coins, avec une énergie proportionnée à la résistance ou à la fragilité des organes, qui furent ensuite nettoyés à l'eau phéniquée forte. Restait à découvrir l'origine osseuse, s'il y en avait une dans le voisinage. Aucune partie du bassin ou du fémur n'était accessible par l'intérieur du foyer. Par contre, une communication existait entre la poche et la partie interne et inférieure de la gaine des psoas. Une sonde put y être introduite, elle s'enfonçait jusqu'à dépasser l'arcade de Fallope. Je fis alors au-dessus de cette arcade une incision légèrement curviligne, comme pour lier l'iliaque externe, et après avoir traversé les muscles de la paroi, reconnu et récliné l'épigastrique, évité la veine circonflexe iliaque, senti les battements de l'artère iliaque externe, décollé et relevé le péritoine, j'ouvris la gaine du psoas, en me guidant sur la sonde introduite de bas en haut. La cavité creusée dans le muscle s'arrêtait à quatre travers de doigt de l'arcade crurale, après s'être graduellement effilée. Elle était tapissée de fongosités que la curette put extirper assez complètement.

Un drain fut laissé dans la gaine du psoas, sortant par l'incision supérieure, trois autres dans les principaux diverticules cruraux, entre les muscles dissociés, et la peau fut réunie par des crins, ménageant juste la place nécessaire au passage des tubes. Ceux-ci furent ôtés le troisième jour, les fils le huitième, et la réunion par première intention obtenue très aisément. A aucun moment, la malade n'a éprouvé de fièvre, ni de douleurs. Les orifices des drains se sont oblitérés en quelques jours et définitivement. On aurait pu craindre qu'un peu de réaction inflammatoire, ou la rétraction cicatricielle ne limitât les mouvements de la cuisse. Il n'en est rien, et ces mouvements que l'opérée exécutait sans peine et sans souffrance dès le premier pansement, elle les a conservés dans leur intégralité.

Voilà donc une femme qui a guéri en peu de jours et de la façon la plus heureuse, comme ma première malade. Je n'hésite point à attribuer cette terminaison favorable à la disposition de l'abcès, qui était accessible dans toutes ses parties. Dans les abcès par congestion ordinaire, le traitement par incision et grattage est aujourd'hui fort discuté. Les grandes incisions, préconisées autrefois par Lisfranc, avaient été abandonnées d'une façon générale, pour les ponctions suivies ou non d'injection d'iode, avec ou sans aspiration, quand elles reprirent faveur avec l'antisepsie.

Il y a quelques années, on disait grand bien de ce traitement opératoire, mais des travaux plus récents semblent indiquer un abandon presque complet des méthodes sanglantes, et les ponctions, suivies d'injections d'éther iodoformé, de naphtol ou de thymol camphré, constituent, à l'heure actuelle, le traitement classique. Ces règles sont encore applicables aux abcès devenus autonomes; pour ces derniers, on obtiendra sans doute la guérison plus facilement encore que pour les collections ordinaires du mal de Pott. Il faut bien dire que cette disposition est une marque de bénignité de la maladie, qu'elles indiquent une forme relativement peu grave et à lente évolution. Ce sont là des conditions éminemment favorables et des moyens simples peuvent amener la guérison.

Si l'incision suivie du curetage n'est pas le moyen le plus simple, c'est incontestablement le plus rapide, le plus complet et le plus sûr.

Mais pour établir sa conduite, en connaissance de cause, il faudrait être en mesure de faire au préalable un diagnostic ferme.

Or c'est là précisement le point délicat. Ces faits sont anormaux; leur marche insidieuse, leur allure torpide, la présence de l'abcès en un lieu imprévu, peuvent induire en erreur, et nous causer quelque surprise. Sans doute il est de règle en présence d'une collection fluctuante développée au voisinage du bassin, ou à la racine du membre pelvien, de ne pas se borner à une exploration locale, mais de chercher à distance et particulièrement de se livrer à un examen soigneux du rachis. Il n'est pas rare, et cela surtout chez l'adulte, que de volumineux abcès par congestion fassent saillie à la cuisse, ou à la fesse, sans qu'il y ait de difformité apparente.

Mais il arrive, comme chez notre première malade, qu'on ne relève rien de net dans les antécédents, et qu'on ne trouve pas de signe actuel qui autorise à mettre en cause le rachis. Dans d'autres circonstances, comme chez notre seconde opérée, la tare vertébrale est aisément constatée, mais il s'agit d'une lésion lointaine, dont l'évolution paraît terminée définitivement, et l'on hésite à conclure d'une manière ferme. Le diagnostic ne peut être formel, on fait des réserves sur l'origine vertébrale, on la soupçonne, on la croit probable, mais on n'a point d'opinion rigoureusement arrêtée.

Et cependant, malgré cette incertitude, on en sait assez pour prendre un parti. Nous ne sommes plus aux temps néfastes, où l'erreur de Denonvilliers coûtait la vie à sa malade. Les conditions dans lesquelles se présentent ces abcès ne nous permettent pas toujours d'affirmer qu'ils viennent des vertèbres. Nous ne pouvons non plus dire avec certitude que la collection est à l'heure actuelle indépendante.

Mais du moins on peut le prévoir, l'absence complète de réductibilité est un signe qu'il n'y a point de poche profonde où le contenu de l'abcès puisse refluer. A la rigueur une disposition valvulaire pourrait empêcher ce reflux, mais la palpation de l'abdomen indique la présence d'une masse anormale.

Quand il n'y a point de réductibilité, que la palpation n'indique aucun changement appréciable dans les fosses iliaques, on doit encore douter, mais si l'on apprend que la lésion est très ancienne, si le rachis est souple, indolent à la pression, avec un état général bon, dans des conditions telles que l'on peut même douter du point de départ rachidien, on peut être assuré que cet abcès, s'il est réellement un abcès migrateur n'est point comparable aux autres abcès par congestion, qu'il n'en a point la gravité que la lenteur de sa marche, son apparition tardive, sans retentissement bien notable sur le reste de l'organisme, sont des marques d'une faible virulence, que l'absence de douleurs rachidiennes est également un signe de bénignité.

Dans ces conditions on peut agir sans crainte et sans danger. L'intervention aseptique ne causerait aucun dommage. Cette distinction entre abcès isolés et abcès encore reliés à la lésion osseuse serait très importante au point de vue pratique, si malheureusement les premiers n'étaient pas tout à fait exceptionnels. Par rapport aux autres, on les rencontre dans une proportion infime. Tous les auteurs qui les signalent, insistent sur leur rareté, et c'est pour cela qu'on se contente habituellement d'en donner la brève indication, comme d'une variété intéressante surtout au point de vue de l'anatomie pathologique.

Le nombre de ceux qui sont chirurgicaux est véritable-

ment très restreint. Car il ne s'agit ici que des collections, qui, séparées de leur point de départ, continuent à progresser. Il en est d'autres qui s'isolent du rachis, et s'en séparent par production de tissu fibreux, mais qui dans leur ensemble sont en voie de réparation et de guérison. Ils diminuent graduellement de volume, leur paroi se sclérose, et s'épaissit leur cavité se rétrécit, présente des étranglements étagés et leur contenu devient sec et comparable à du mastic. Ce sont là des phénomènes que l'on observe d'une façon beaucoup plus commune. C'est le processus normal de guérison des abcès par congestion, dont la rétrocession spontanée n'est pas extrêmement rare. Ces cas, nous n'avons qu'à les respecter.

Les autres sont au contraire des exceptions. Ils guérissent d'un côté et progressent de l'autre.

C'est à ceux-là seuls que s'adressent les considérations suggérées par nos deux cas qui en sont des exemples typiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(17 AVRIL 1900)

Dans la dernière séance, M. Cornil a lu, au nom de M. Babès, une note sur le **diagnostic précoce de la rage chez le chien mordeur.** M. Nocard revient aujourd'hui sur cette question de la plus haute importance pour les vétérinaires. Que se passe-t-il, en effet, dans la pratique? Une personne a été mordue par un chien soupçonné d'être enragé; celui-ci est aussitôt sacrifié et envoyé à un vétérinaire pour savoir s'il est enragé. On n'a, sur ce chien, aucun renseignement. L'autopsie est absolument négative. L'inoculation du bulbe de ce chien ne donne des résultats qu'après quinze ou vingt jours, et c'est immédiatement qu'on veut le diagnostic du vétérinaire. Or, étant donné l'impossibilité absolue de faire ce diagnostic, le vétérinaire n'a qu'une chose à faire, c'est d'engager l'individu mordu à se rendre aussitôt à l'Institut Pasteur et à se soumettre au traitement antirabique qui, quoi qu'on en ait dit, est d'une parfaite innocuité.

Examinant ensuite ce que valent les expériences de MM. Cuillée et Vallée (de Toulouse), faites dans le but de contrôler les recherches de M. Van Gehuchten (de Louvain), M. Nocard rappelle que ces expériences démontrent que les lésions caractéristiques signalées par le savant belge, comme l'examen histologique, comme l'examen nécroscopique, sont trop souvent négatives ou apparaissent trop tardivement pour qu'on puisse baser sur elles un diagnostic précis.

Donc, jusqu'à nouvel ordre, ce que tous les gens mordus par des chiens douteux ont de mieux à faire, c'est de se rendre à l'Institut Pasteur.

M. Hervieux a lu une note sur l'emploi du **vaccin de chèvre en Kabylie** par M. Pargin. Il résulte de ce travail que le vaccin de chèvre peut être parfaitement utilisé là où il n'y a pas de génisses.

M. Laveran a fait un rapport sur les travaux des stagiaires aux eaux minérales. MM. Cadol et Faure ont obtenu chacun une récompense de 300 francs.

Signalons une communication intéressante de M. Dutremblay sur un **traitement du mal de mer.** Reprenant les essais faits avec succès par le professeur Dubois (de Lyon), qui reconnaît pour cause principale du mal de mer la ventilation incomplète du poumon, M. Dutremblay a eu recours, comme lui, aux inhalations d'oxygène pur sous pression.

Les nombreux malades en mer qu'il a soignés de cette façon et qu'a soignés de même le docteur Perdriolat, médecin de la Compagnie générale transatlantique, se sont fort bien trouvés du traitement : les nausées et les vomissements cessent rapidement, la respiration incomplète et fréquente se régularise, les maux de tête disparaissent. Pour être efficaces, les inhalations doivent être longues et profondes.

M. Ferras (de Luchon) a fait une communication sur le **traitement des suites de grippe aux eaux minérales.** Il insiste sur les bons effets du soufre au point de vue du remontement de l'économie.

Enfin, M. Chipault présente les photographies d'un cas de **tuberculose du diploé** avec périméningite fongueuse sans symptômes craniens. Comme symptômes fonctionnels, des crises épileptiques débutant dans le bras gauche, et de l'hémi-contracture post-hémiplégique gauche associée à des mouvements athétosiques revenant tous les quarts d'heure environ. L'intervention, pratiquée sur la région rolandique droite, permet de découvrir et de supprimer la lésion osseuse. Dès le lendemain, ces mouvements athétosiques disparaissent; puis la contracture s'atténue peu à peu, en même temps que se rétablit la motilité volontaire des membres gauches. Les crises épileptiques s'effacent. Ce cas est doublement intéressant, par la constatation, non faite jusqu'à présent, d'une lésion tuberculeuse du diploé, sans symptômes osseux locaux, et par la disparition post-opératoire d'une hémi-contracture post-hémiplégique avec athétose; preuve que ces phénomènes, dans certains cas, ne dépendent point d'une dégénération du faisceau pyramidal, mais d'une simple irritation de ce faisceau, analogue à celle qui existe, mais sans lésion encéphalique appréciable, dans les hémi-spasmes fonctionnels récemment étudiés par MM. Ballet et Babinski.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(11 AVRIL 1900)

Dans un rapport sur un travail de MM. Mignot et Mallet, M. Hartmann soulève une question intéressante, celle de savoir dans quelle mesure des arthrites expérimentales pratiquées chez les animaux, peuvent amener des lésions médullaires. MM. Duplay et Cazin, qui avaient pratiqué déjà ces expériences, étaient arrivés à cette conclusion que ces **arthrites expérimentales** n'entraînaient pas de lésions de la moelle. MM. Mignot et Mallet ont repris ces expériences en attendant plus longtemps que ne l'avaient fait MM. Cazin et Duplay, et ils sont arrivés à des conclusions tout opposées. Il résulterait de ces faits, qu'il existe une relation entre les lésions articulaires et les lésions médullaires.

M. Kirmisson se demande si, dans ces cas, il s'agit bien d'une lésion primitive de la moelle, ou s'il s'agit d'une névrite périphérique remontant jusqu'à la moelle.

M. Reynier croit que, dans ces cas, les lésions médullaires sont secondaires. Il n'en veut pour preuve que leur guérison possible après les soins donnés à l'articulation malade.

M. Gérard Marchant fait un rapport sur une observation de M. Pauchet (d'Amiens), relative à un cas de **prolapsus intestinal**, guéri par un procédé opératoire spécial dont M. Marchant a déjà entretenu la Société, et qui a donné de très bons résultats.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Contribution au diagnostic et au traitement du pneumothorax. — M. Schabad étudie principalement l'application de la radiographie et de la radioscopie au diagnostic des cas difficiles de pneumothorax, et il arrive à cette conclusion que le nouveau mode d'exploration peut être de grande utilité dans certains cas de cette affection.

Le tableau radioscopique qu'on obtient est si caractéristique qu'il permet à lui seul de poser le diagnostic d'un pneumothorax. La région gazeuse qui se trouve au-dessus de la zone liquide, donne sur l'écran une image très claire; l'exsudat forme une zone obscure, à ligne de démarcation horizontale nette et du même niveau en avant comme en arrière. L'ombre s'abaisse pendant l'expiration et s'élève pendant l'inspiration. Enfin la limite supérieure de l'ombre présente des mouvements ondulatoires en rapport avec les mouvements respiratoires et les battements cardiaques; le changement de position du malade et la toux déplacent le niveau de l'ombre.

En ce qui concerne le traitement, l'auteur s'est bien trouvé, dans certains cas, du mode de traitement préconisé par Levachov dans la pleurésie. Ce procédé consiste dans des lavages de la plèvre débarrassée de son contenu, avec du sérum physiologique; les lavages sont répétés tous les 3-5-8 jours, tant qu'il n'y a pas d'amélioration. (*Med. Oloz.*, janv. 1900). — s. b.

CHIRURGIE

Le cancer du sein au point de vue clinique, par Karl Dahlgren. — Cet important travail est basé sur l'étude de 74 cas observés à la clinique d'Upsal (Prof. Lennander), au cours de ces dix dernières années. L'auteur résume d'abord nos connaissances anatomiques et cliniques : soulignons avec lui ce fait, que la glande ne recouvre pas seulement le grand pectoral, mais le grand dentelé et le grand oblique abdominal, qu'elle se prolonge souvent vers l'aisselle ou le sternum par des lobules erratiques, que le réseau lymphatique n'est pas aussi simple que l'a décrit Sappey, et qu'il offre de nombreuses anastomoses avec les parties environnantes ou les plans sous-jacents. L'extirpation s'impose donc absolument. Le grand pectoral, dont l'extirpation complète a été proposée d'une manière systématique, ne sera enlevé qu'avec les cancers adhérents; dans le cas de tumeurs mobiles, on peut se contenter d'enlever les faisceaux sternaux dont les lymphatiques sont indépendants de ceux de la portion claviculaire (Helferich). Depuis deux ans, Lennander s'est arrêté à une technique, qui fait d'abord ouvrir l'aisselle ; on y gagne l'avantage de mieux ménager les vaisseaux et les nerfs, de pouvoir lier ou couper tout de suite ce qui est nécessaire, d'opérer ainsi plus à sec et d'enlever « en bloc ». On fait donc une incision cutanée allant de l'appendice xyphoïde à quelques centimètres au-dessous de la tête humérale ; dissection de la peau seulement sur la lèvre interne; dissection (en vue de leur excision) de la graisse sous-cutanée, du muscle pectoral (faisceaux sternaux), du fascia du petit pectoral (s'il y a lieu), pénétration dans l'aisselle, libération des vaisseaux axillaires et dissection de tout le contenu glandulo-graisseux; ligature de toutes les branches vasculaires antéro-inférieures. Graisse, glandes lymphatiques ou mammaires, muscles et fascias ne tiennent plus alors qu'à la peau des parties latérales du tronc : une incision curviligne inféro-interne suffit à les séparer. La région sus-claviculaire n'est curée (Halsted), que lorsque les ganglions se montrent hypertrophiés. Sur 74 opérés, 60 l'ont été depuis au moins trois ans : il y eut une mort opératoire. Des 59 cas de guéris ou 26 sont encore vivants et bien portants, beaucoup depuis six, sept, huit, neuf ans; 21 sont morts avec des récidives externes; 12 sont morts de causes accidentelles, inconnues ou de récidive interne. La récidive peut apparaître très tard : après quatre ans trois quarts, cinq, sept ans. En résumé, sur ces 59 cas, 32 dépassèrent en survie le terme de trois ans, soit 53, 3 p. 100. Ce resultat est très brillant car certaines statistiques, ayant des survies plus belles, sont beaucoup moins fournies que celles du professeur Lennander. Depuis trois ans, par contre, les résultats paraissent moins beaux, malgré une opération plus large : les cas, il est vrai, sont encore peu nombreux (14). Mais la faute en est surtout au Halsted, à notre avis; en opérant plus largement on a cru pouvoir reculer les limites des indications opératoires, ce qui n'est pas tout à fait vrai. (*Hygica*, LXI, 1899, p. 231).

R. DE B.

ANATOMIE

Sur l'insertion postérieure des muscles de l'œil. — M. Rouvière vient de se livrer à d'intéressantes recherches sur les insertions postérieures des muscles de l'œil.

Après avoir résumé les principales descriptions qui ont été faites, il expose quels ont été ses procédés de préparation qui lui ont permis de concevoir d'une façon toute différente des opinions déjà émises les insertions postérieures des muscles de l'œil.

Pour lui, les insertions de ces muscles se font, soit sur le périoste de la cavité orbitaire, soit sur le tendon de Zinn.

Sur le périoste, s'attachent les muscles releveur de la paupière supérieure et grand oblique, les parties latérales du muscle droit supérieur et les terminaisons supérieures des muscles droit interne et droit externe.

Sur le tendon de Zinn s'insèrent donc tout le muscle droit interne et droit externe.

Enfin, le muscle droit supérieur, par toute sa portion moyenne, prend son origine sur le tendon de Zinn. Cette insertion se fait par une lame tendineuse aplatie transversalement, qui forme la paroi interne de l'anneau de Zinn, tandis que la paroi supérieure de cet anneau est formée par les insertions périostiques du droit supérieur, sa paroi externe par les insertions périostiques du droit externe, enfin sa paroi inférieure par le tendon de Zinn.

Il montre que ce que l'on appelle anneau de Zinn est un véritable canal ou cylindre fibreux dont les parois de la partie antérieure, telles que nous venons de les décrire, se continuent en arrière avec le périoste qui tapisse toute la portion interne de la fente sphénoïdale. (Soc. des sc. méd. de Montpellier, 9 février 1900. — (*Montpellier médical*.)

MALADIES DE L'ENFANCE

Le tabes chez les enfants. — L'ataxie locomotrice s'observe très rarement dans l'enfance; aussi chaque nouveau cas nous semble-t-il mériter l'attention.

M. Didinsky en a observé un dans le service du professeur Chscherbak, chez un garçon de huit ans. Sans aucun antécédent morbide personnel, cet enfant commença à présenter, à l'âge de cinq ans, de l'incontinence d'urine nocturne et diurne. Pendant trois ans, ce fut le seul symptôme de la maladie, l'enfant se développant bien physiquement et cérébralement. Il y a quelques mois survinrent des douleurs et la faiblesse des membres inférieurs qui décidèrent les parents à consulter.

A l'examen du petit malade, on constate les symptômes suivants : abolition complète des réflexes rotuliens, pas de phénomène du pied, ni de réflexe du tendon d'Achille, réflexe abdominal vif. Hypotonie des muscles et légère anesthésie tactile et douloureuse aux membres inférieurs. Signe de Romberg, quoique peu marqué. Inégalité pupillaire et signe d'Argyll Robertson, surtout prononcé à droite. Pas de nystagmus, ni de troubles de la parole, ni d'ataxie des membres.

Les troubles vésicaux consistent en une incontinence par régurgitation qui est très variable d'intensité et disparaît parfois durant des semaines pour reparaître ensuite; par moment, cette incontinence fait place àl à difficulté d'uriner.

Il faut enfin signaler des douleurs térébrantes aux membres inférieurs que le malade localise à la peau, des paresthésies, des vomissements.

Cet enfant est fils d'un syphilitique qui commence à présenter également des troubles tabétiques.

Le rôle étiologique de l'hérédo-syphilis semble donc incontestable dans l'éclosion du tabes chez l'enfant, et c'est bien de l'ataxie locomotrice et non un cas de maladie de Friedreich; car l'ataxie, le nystagmus et les troubles de la parole, caractéristiques pour cette dernière, faisaient défaut, et par contre il y avait des symptômes qu'on n'observe pas dans l'ataxie héréditaire. Or il n'existe jusqu'ici que sept cas authentiques de tabes vrai chez l'enfant : trois décrits par Remak, un par Strumpell, deux par Mendel et un par Bloch.

Dans presque tous ces cas, les troubles vésicaux prédominaient, de même que l'atrophie du nerf optique; par contre l'ataxie faisait défaut ou existait à peine. *Tous* les malades étaient des *hérédo-syphilitiques*. (*Revue russe de psychiatrie*, 1899, n° 10.) S. B.

LARYNGOLOGIE

La laryngectomie intercrico-thyroïdienne chez l'adulte. — M. Gilis rapporte l'observation d'un malade atteint de paralysie bilatérale des crico-aryténoïdiens postérieurs, chez lequel la respiration était considérablement gênée. L'incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané sur la ligne médiane fut suivie d'une hémorragie veineuse abondante. L'opération fut néanmoins continuée : incision en T renversé de la membrane crico-thyroïdienne; l'hémorragie s'arrêta spontanément, bien qu'une certaine quantité de sang eût pénétré dans la trachée.

La laryngectomie intercrico-thyroïdienne peut donc s'accompagner d'une hémorragie veineuse abondante; cependant cette complication est moins fréquente que dans la trachéotomie; et l'incision entre les cartilages thyroïde et cricoïde demeure toujours l'opération de choix chez l'adulte. (*Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 5 janvier 1900.) L. I.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des pneumonies et broncho-pneumonies infectieuses par la saignée, les injections de sérum artificiel et les enveloppements froids. — M. Ed. Michel (de Marseille) vient de faire, dans le service de M. le professeur Villard, une clinique qui est un éloquent plaidoyer en faveur de la saignée dans le traitement des pneumonies infectieuses.

L'étiologie et la physiologie pathologique de ces maladies nous montrent que la dominante de leur processus est la toxémie. C'est elle qu'il faut combattre et détruire, or, nul moyen mieux que la saignée n'arrive à ce résultat.

Et, en effet, affirme-t-il avec le professeur Villard, la saignée constitue dans ces cas « un véritable, un excellent tonique cardiaque et général ». Ce qui arrête les médecins, ce n'est pas la crainte d'affaiblir les malades, mais c'est une sorte de timidité, une sorte de méfiance envers un procédé taxé d'archaïsme et dont on ignore actuellement l'excellence.

« Doit-on saigner systématiquement tous les malades atteints de pneumonie et de broncho-pneumonie infectieuses? A notre avis, il ne saurait y avoir, en pratique médicale, de traitement systématique. Si la lésion pulmonaire est limitée, l'infection modérée, surveiller et attendre pour intervenir les symptômes de la toxémie, l'asthénie, le teint plombé, l'asphyxie capillaire. Mais, dès que les signes révélateurs ont fait leur apparition, ils systématisent la maladie et par corollaire l'intervention. La saignée est alors souvent le seul moyen thérapeutique capable de tirer le malade d'affaire. Toutefois, le médecin, d'après l'âge et l'état du malade, graduera le taux du sang à soustraire.

En général, chez l'adulte, on peut faire sans inconvénient une saignée de 150 à 250 grammes. Presque toujours une seule saignée suffit pour amener la détente des phénomènes généraux. Mais si ces phénomènes persistent, si le pouls reste tendu, si le sujet est vigoureux, exempt de tares et atteint d'une pneumonie toxique à forme très grave, il peut être indiqué de la renouveler. Nous suivons actuellement, dans la clinique à l'Hôtel-Dieu, un malade remplissant ces conditions et dont l'état était presque désespéré. Après deux saignées, l'hypertension du pouls était encore manifeste, l'abattement considérable, l'expectoration presque hémoptoïque, traduisant une congestion pulmonaire intense. Une troisième saignée de 250 grammes a amené la détente brusque des phénomènes généraux, les crachats se sont modifiés, de nombreux râles de retour ont apparu dans la poitrine. Chez les enfants la saignée peut être aussi pratiquée. Nous l'avons faite tout récemment (50 grammes de sang) chez un enfant de quatre ans atteint de broncho-pneumonie grippale grave. Le lendemain, la fièvre, quoique persistante, avait baissé, l'état général s'était relevé, l'anhélation, la cyanose avaient disparu. Actuellement, ce petit malade est convalescent. Inutile d'ajouter que dans les cas extrêmement graves où, de par l'intensité excessive des phénomènes généraux, le malade est visiblement perdu, la saignée ne peut prétendre à l'efficacité.

a. Pour être clair, résumons les indications de la saignée : 1° dans les cas peu graves, où la toxémie est réduite au minimum, attendre, mais surveiller le malade, prêt à intervenir; nir; 2° saigner sans hésiter dès qu'apparaissent l'asthénie, le facies terreux, la coloration rouge ou cyanique des pommettes traduisant l'asphyxie capillaire. Une seule saignée suffit en général, mais si l'hyposthénie cardiaque persiste, si les symptômes généraux ne s'amendent pas suffisamment et si le sujet est vigoureux, on peut renouveler une ou deux fois l'opération; 3° s'abstenir dans les cas où l'asthénie excessive est un indice certain de la fin prochaine.

b. Mais si la saignée est la dominante de la méthode, on lui adjoint toujours, dans la clinique, à titre de médication parallèle et nécessaire, les injections de sérum artificiel de Hayem et aussi les enveloppements froids locaux ou généraux.

Le sérum injecté est le sérum fait d'après la formule de Hayem et soigneusement stérilisé. Ce sérum est rapidement absorbé, il vient baigner les tissus et remplacer par un liquide aseptique exempt de toxines, le sérum sanguin soustrait. M. le professeur Villard estime, qu'en outre, ces injections constituent un excellent stimulant du système nerveux, à la condition d'être convenablement administrées. Les doses massives sont à rejeter; elles produisent une stimulation aussi énergique que passagère et à l'asthénie pourrait succéder une excitation exagérée. Dans le service de la clinique on injecte, immédiatement après la saignée, une quantité de sérum égale à la quantité de sang soustraite, 200 grammes en moyenne. Dans la journée on répète au besoin ces injections à dose moindre; on fait trois ou quatre injections de 100 à 150 grammes. On obtient ainsi une stimulation générale et surtout continue, on favorise la diurèse, on opère un véritable lavage du sang.

c. Les enveloppements froids du thorax complètent la triade thérapeutique. Dans les cas graves, on pratique de préférence l'enveloppement général ou le drap mouillé. Les enveloppements du thorax sont renouvelés toutes les trois heures. Cette pratique constitue le meilleur des antithermiques; elle opère une légère révulsion, entretient le ma-

lade dans une atmosphère humide facilitant la respiration, elle stimule l'organisme, favorise la diurèse.

Tels sont les éléments de la méthode dont nous avons pu constater *de visu* les surprenants résultats. La thérapeutique médicamenteuse, on le voit, n'y occupe aucune place. Cependant, chez les alcooliques, on devra donner de l'alcool à faible dose. 25 grammes par carafe de lait nous ont paru suffire. Le malade absorbera à peu près 70 à 75 grammes d'alcool par jour. Rien ne s'oppose à ce que l'on use, le cas échéant, des inhalations d'oxygène et des injections de caféine. Avant la saignée la caféine est à recommander; elle prévient les troubles cardiaques rares, mais possibles, consécutifs au soulagement subit du cœur. Mais la saignée est toujours de mise, elle constitue le pilier de la méthode. Sans elle, sérum, enveloppements froids, locaux ou généraux, donnent des résultats médiocres, comme l'a constaté maintes fois M. le professeur Villard. Dans les cas où l'asthénie est évidente, il n'y a pas à tergiverser, car, bien souvent, à notre avis, le dilemme est alors fatal : « Ou la saignée, ou la mort. » (*Bulletin médical*, 14 avril 1900.)

Le chlorhydrate de cocaïne, dans les vomissements incoercibles de la grossesse. — Partant de cette idée, que les vomissements des femmes enceintes sont dus à une excitation réflexe de l'estomac d'origine utérine à la suite de l'irritation du lympathique, M. Swonnikow a eu l'idée d'essayer l'action du chlorhydrate de cocaïne contre une affection qui a déjà été l'objet de tant de médications.

Comme premier essai, il a choisi un cas particulièrement grave. Il s'agissait d'une primipare de vingt et un ans n'ayant jamais eu aucun trouble intestinal et ayant toujours eu jusqu'ici une santé parfaite. Depuis le troisième mois de sa grossesse, la malade était prise de vomissements qui, de plus en plus fréquents, étaient finalement répétés toutes les dix à quinze minutes. La malade vomissait de la bile, du mucus et du sang. Elle était ainsi arrivée à un état d'épuisement extrême, et tous les remèdes avaient été employés inutilement. M. Swonnikow procéda de la façon suivante : il introduisit dans le vagin un spéculum, fixa le col, et à l'aide d'une sonde plaça un bouchon d'ouate imprégné d'une solution de cocaïne à 20 p. 100 dans l'orifice du col. Le tampon fut ainsi laissé en place trois minutes.

Le succès dépassa toute attente. Dans le cours du même jour la malade n'eut qu'à trois reprises un léger malaise et put prendre sans vomir une tasse de bouillon, un œuf et du lait. Le lendemain le traitement fut répété, et depuis les vomissements disparurent complètement.

A la suite de ce cas, M. Swonnikow a essayé son traitement dans 77 cas. Dans presque tous les cas il en a obtenu les meilleurs résultats. La seule différence, c'est que dans certains cas une seule séance suffit, tandis que d'autres réclament deux ou trois badigeonnages. (*Memorabilien* et *Gaz. hebd.*, mars 1900.)

Les pansements au bicarbonate de soude. — A diverses reprises les pansements au bicarbonate de soude ont été expérimentés. Les résultats obtenus ont été d'ailleurs assez irréguliers. Nous croyons donc intéressant de signaler un tout récent article du *Bulletin médical* dans lequel M. Smester indique la façon dont il applique ces pansements, et les heureux résultats qu'il a pu observer.

« Pour les cas ordinaires, voici comment je procède. De par la nature même de leurs travaux, les ouvriers ont forcément les mains sales; quand l'un d'eux m'arrive avec une plaie quelconque, je commence par procéder à l'antisepsie minutieuse de la plaie et de ses environs. Je fais d'abord un grand lavage avec une solution de sublimé faible, lavant les alentours soit avec de l'eau savonneuse tiède, soit avec la solution de sublimé. Cela fait avec un tampon d'ouate aseptisée, j'assèche minutieusement la plaie. Quand je juge cet asséchement bien complet, je couvre la plaie et ses abords d'une couche de bicarbonate de soude, et mets sur cette couche un peu d'ouate sèche que fixe enfin un tour de bande.

Généralement, quand le pansement est levé, après quatre à cinq jours, on constate que la plaie se sèche, sans trace de pus, avec des bourgeons charnus de belle apparence.

S'il se produit un peu d'écoulement sanguin, celui-ci forme, avec le bicarbonate, un mortier solide qui empêche l'air et les microorganismes d'arriver jusqu'à la plaie. Elle guérit donc sans aucune suppuration.

Quand la plaie est un peu étendue, on y fait, selon les cas, un ou plusieurs points de suture pour en réunir les lèvres, après antisepsie minutieuse, et l'on panse comme je l'ai indiqué. La réunion se fait par première intention.

Il n'est pas nécessaire d'entourer les parties de plusieurs centaines de grammes d'ouate et de cinq à dix mètres de bandes. Ces exagérations de dépense, inutiles pour le blessé, seraient évitées si ceux qui les font devaient, de leur poche, en débourser le prix.

Une bonne antisepsie, une couche de bicarbonate bien aseptique, une petite couche d'ouate, et un ou deux tours de bande, cela est largement suffisant.

Je puis affirmer que, depuis que j'ai institué ce mode de pansement, jamais une plaie, même sur des parties très sales, n'a suppuré, quand le blessé est venu immédiatement se faire laver et panser.

Je n'ai pas d'expérience suffisante de l'action de ce mode de pansement pour les grandes opérations. Je suis persuadé qu'il vaudra toujours beaucoup mieux que le salol, l'iodoforme ou l'acide phénique.

La caractéristique du bicarbonate de soude, c'est d'assécher admirablement les plaies. » (*Bulletin méd.*, 18 avril 1900.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le signe automatique de la mort réelle, moyen d'éviter l'inhumation prématurée (1), par M. J.-V. Laborde.

Le titre qui précède dit tout l'intérêt et la haute importance à la fois scientifique et pratique du livre que vient de mettre en publication la librairie Schleicher frères, éditeurs, 15, rue des Saints-Pères, Paris.

Complétant sa découverte de la méthode des tractions rythmées de la langue, dont la puissante efficacité dans le traitement de la mort apparente fait journellement ses preuves en opérant de véritables résurrections, M. Laborde en a fait l'application pratique, automatique, grâce à un appareil instrumental approprié et à la portée de tous, à la détermination de la mort réelle, tout en réalisant simultanément et solidairement le moyen le plus puissant de rappel à la vie, toutes les fois que ce rappel est possible.

Ainsi se trouve résolu, pratiquement, dans tous ses desiderata, le problème troublant de la mort apparente et de l'inhumation prématurée.

Les questions scientifiques qui s'y rattachent, notamment celle de la survie intérieure ou latente de l'organisme en état de mort apparente, y sont traitées, par l'auteur, de façon à les rendre accessibles à tous lecteurs.

(1) In-8° de 114 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Schleicher frères.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.


SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE
8 QUAI DE RETZ LYON
KÉLÈNE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Des adénites géniennes (adénites de A. Poncet). Revue anatomique et clinique (7 *figures*), par M. Léon THÉVENOT, moniteur de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon. — FORMULAIRE. Contre les fièvres intermittentes rebelles. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Des adénites géniennes (adénites de A. Poncet). Revue anatomique et clinique.

Par M. Léon THÉVENOT, moniteur de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon.

L'étude de la distribution anatomique et des lésions pathologiques des ganglions de la joue est de date récente, bien que les anciens anatomistes aient sommairement figuré quelques-uns de ces ganglions dans leurs atlas.

C'est en 1892, que M. le professeur Poncet appela, pour la première fois, l'attention sur les adénites géniennes.

Il montra, dès cette époque, par les travaux entre autres de ses élèves MM. Vigier et Albertin, que la clinique révélait dans l'épaisseur des joues des ganglions; qu'ils pouvaient, là comme ailleurs, s'enflammer, s'infecter, et que leurs modalités pathologiques, jusqu'alors inconnues, étaient les mêmes que celles des adénites d'autres régions.

Depuis lors, diverses communications sur ce sujet furent faites à la Société des sciences médicales de Lyon (Poncet, Aubert, Sieur), enfin en 1899, à la suite des recherches de M. le professeur agrégé Princeteau (de Bordeaux), un de ses élèves, M. Capette-Laplène, reprend ce sujet dans sa thèse, en même temps que Buchbinder et Kuttner, chacun de leur côté, l'étudient dans les *Beitræge zür klinische Chirurgie*, au double point de vue anatomique et pathologique.

Telle est, rapidement esquissée, l'évolution de nos connaissances sur cette question, que nous pouvons alors reprendre en détail, envisager dans son ensemble.

I

Anatomie des ganglions géniens. — HISTORIQUE. — Au siècle dernier, Mascagni, dans sa remarquable étude sur les lymphatiques, avait, grâce à des injections soigneuses et à des dissections minutieuses des lymphatiques de la joue, pu reconnaître l'existence de ganglions lymphatiques à ce niveau. Faisons remarquer, en passant, que dans son atlas, les ganglions ne sont pas représentés planche 24 (lymphatiques superficiels de la face), mais planche 26, où il étudie les lymphatiques profonds du cou et du thorax (1). Il figure deux ganglions situés sur le corps du maxillaire inférieur, un peu au-dessus de son bord inférieur; l'un est en avant de l'artère faciale, l'autre en arrière, et ils sont en relation intime avec les ganglions sous-maxillaires.

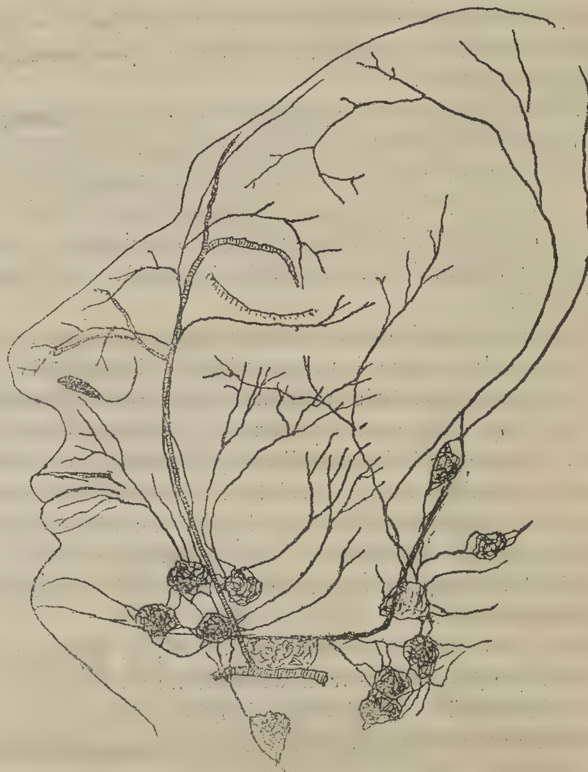


FIG. 1. — *Paolo Mascagni*. Vasorum lymphaticorum corporis humani historia et iconographia, 1787. (Tab. XXVI, fig. 1.)

Dans la description qu'il en donne (page 61 : *De lymphaticis capitis et colli superficialibus*), il dit : « Vasa lymphatica qui ex facie proveniunt, vel in glandulas inter auriculam et maxillam inferiorem locatas tendunt, vel ad eas quæ secundum maxillæ basim, ac circa arteriam et venam facialem mylohyoïdeo maxima ex parte accumbunt. »

Plus loin, parlant des lymphatiques qui viennent de la région latérale de la tête et de la région externe des paupières,

(1) Cette description et cette figuration des ganglions de la joue, avec les lymphatiques profonds, du cou et du thorax, et non avec les lymphatiques de la face, nous expliquent l'oubli dans lequel ces ganglions sont tombés plus tard. Les anatomistes qui suivirent n'ont utilisé, dans leurs descriptions et dans leurs dessins des ganglions de la face, que la planche 24 et son texte.

il signale leur terminaison fréquente dans les ganglions parotidiens ou sous-maxillaires; et il ajoute :

« A media parte frontis, naso, et iis finitima palpebrarum portione trunculi emergunt qui sibi adscitis nonnullis aliis lymphaticis ex musculis ac pinguedine in cavo orbitæ sitis prodeuntibus juxta venæ facialis decursum in unicum vel duos truncos conjuguntur. Hi in ramos denuo dividi solent et in glandulas immitti inter maxillæ basim et biventres dispositas, quas similiter adeunt maxima ex parte trunci qui ex labiorum musculis ipsorumque pinguedine et ex interna labiorum et buccarum superficie proveniunt, sive nuper memoratis uniantur, sive propiis truncis immediate in easdem glandulas se immittant. In hoc itinere glandulis nonnullis quandoque occurrunt musculo buccinatori extrorsum accumbentes, quas pervadunt aliqui eorum rami, priusquam prædictas glandulas subeant. »

Plus loin encore, dans les légendes annexées à ces planches, il dit à leur propos : « Glandulæ basi maxillæ inferioris inter musculum masseterem ac depressorem anguli oris sitæ, quæ recipiunt lymphatica ex genis, fronte, palpebris, naso, labiis, mento, faucibus ac gingivis prodeuntes. » Et il ajoute en note : « Glandulæ 128 situ pariter ac numero variant. Nonnunquam inveniuntur aliæ parvæ glandulæ juxta venam facialem ordinatæ in pinguedine demersæ, quæ musculum buccinatorem tegit. »

Nous avons rapporté longuement ce texte de Mascagni pour montrer la précision de ces observations, et mettre définitivement au point l'historique des ganglions de la joue. Ainsi en 1787 l'existence des ganglions géniens, au niveau du maxillaire inférieur et du buccinateur, était connue des anatomistes, et pourtant bientôt elle tomba dans l'oubli.

C'est que Mascagni, outre l'interprétation que nous avons déjà donnée du silence des anatomistes qui l'ont suivi, ne parle des ganglions situés sur la face externe du buccinateur que dans une courte note annexée à la légende de ses figures. D'autre part, les ganglions qu'il décrit sur la face externe du maxillaire sont en relation tellement intime avec les ganglions sous-maxillaires qu'ils ont été confondus dans la description de ces derniers. C'est d'ailleurs à ceux-ci que se rendent les lymphatiques de la face, en l'absence des ganglions géniens.

Boyer, dans son *Traité d'anatomie*, t. III, p. 203, signale l'existence de ganglions sur la face externe du buccinateur, mais il n'a pas fait à ce sujet de recherches personnelles, et, comme les auteurs qui suivent, il s'est borné à reproduire les indications premières fournies par Mascagni.

Cloquet, étudiant le système lymphatique de l'homme, dit à propos des ganglions de la face (t. IV, p. 629) : « Les uns sont répandus sur la face externe du muscle buccinateur; les autres suivent la base de l'os maxillaire inférieur et longent le bord supérieur du muscle digastrique. »

Reproduisant dans ses planches les figures de Mascagni il omet de dessiner les ganglions, lorsqu'il représente les lymphatiques superficiels de la tête et du cou (planche 252). Dans sa planche 254, il donne la planche de Mascagni dont nous avons déjà parlé. Dessin et légende sont semblables; nous n'insisterons donc pas.

Bourgery et Jacob, dans leur *Atlas d'anatomie*, t. IV, planche 86, figurent au-dessus d'un ganglion à cheval, sur le bord inférieur du maxillaire, deux ganglions qui sont situés en avant de la veine faciale et les décrivent ainsi : « Le groupe facial (des vaisseaux lymphatiques) fait suite aux lymphatiques du front, il reçoit, de chaque côté, les rameaux des paupières, ceux du nez, et successivement ceux qui naissent de la couche superficielle de la face. Ces vaisseaux se rassemblent en un ou deux troncs qui descendent intermédiaires de l'artère à la veine faciale, reçoivent quelques rameaux des joues et ceux des lèvres et se jettent dans les ganglions buccaux. »

Ganglions buccaux ou sous-maxillaires. — En nombre irrégulier, deux, trois ou quatre, d'un petit volume, ils sont situés entre l'artère et la veine faciale, appliqués sur le buccinateur, et protégés, en arrière par la saillie du masséter, et en haut par celle de l'arcade zygomatique. Souvent deux de ces ganglions sont placés plus bas sur l'os maxillaire inférieur, entre le masséter et le triangulaire des lèvres, intermédiaires entre les ganglions buccaux proprement dits et le chapelet sous-maxillaire.

L'amas ganglionnaire buccal reçoit : 1° de la partie supérieure, les troncs lymphatiques faciaux et des rameaux géniens; 2° de ses parties latérales, des rameaux lymphatiques labiaux, mentonniers, en dedans, et des rameaux massétérins en dehors. Inférieurement, ces ganglions se vident par plusieurs rameaux dans le chapelet sous-maxillaire, qui communique en dehors avec les rameaux parotidiens. »

Cruveilhier (*Angéiologie*, p. 388) leur consacre aussi quelques lignes. Il dit à propos des ganglions de la face : « Plusieurs occupent la face externe de l'os maxillaire, le long des vaisseaux faciaux, au-devant du muscle masséter, » et il distingue trois groupes de ganglions : des ganglions parotidiens, des ganglions zygomatiques (sous l'arcade de ce nom) et des ganglions buccinateurs. Plus loin il décrit ainsi les lymphatiques de la face : «... Les autres accompagnent les vaisseaux faciaux qui les avoisinent; plusieurs traversent les ganglions buccinateurs; tous arrivent aux ganglions sous-maxillaires. » Par contre MM. Richet, Anger, Paulet, Beaunis et Bouchard, Bérard, Bonnamy n'en parlent pas.

M. Sappey, dans son *Traité d'anatomie* ou dans son *Atlas des lymphatiques*, ne les mentionne pas. Il fait terminer les lymphatiques géniens dans les ganglions parotidiens antérieurs, et dans les ganglions sous-maxillaires.

M. le professeur Tillaux, étudiant la face dans sa portion mentonnière, décrit, sur la face externe du maxillaire inférieur, un ganglion lymphatique accompagnant les vaisseaux faciaux, important selon lui, car il peut s'enflammer dans les ostéopériostites de la mâchoire inférieure.

M. le professeur Testut dit à leur sujet : « Exceptionnellement on rencontre quelques ganglions à la face; ils sont toujours de petite dimension et se disposent ordinairement le long de la veine faciale. J'en ai observé un, sur une jeune femme d'une trentaine d'années, dans le sillon naso-génien du côté droit. »

M. le professeur Debierre, qui ne les a pas signalés dans son *Traité d'anatomie*, mais qui les représente en reproduisant la planche de Mascagni, communiquant à M. Poncet des observations personnelles, lui écrit :

« Je me rappelle avoir observé une disposition un peu différente de ces ganglions. J'ai vu plusieurs fois, soit lors d'une dissection du nerf facial, soit lors d'une injection au mercure de ganglions parotidiens, un ou deux lymphatiques suivre le canal de Sténon, et aboutir à un ou deux petits ganglions de la grosseur d'une lentille, situés sur la face externe du buccinateur, à l'endroit même où le canal de

Sténon perfore ce muscle. De ces petits ganglions partaient des lymphatiques dont les uns s'engageaient dans l'épaisseur même du buccinateur, et dont les autres se dirigeaient vers les ganglions sous-maxillaires, la région malaire et les lèvres. Je ne puis en dire davantage aujourd'hui, parce que cette disposition n'avait pas alors beaucoup retenu mon attention, mais ceux qui voudraient se livrer à des recherches plus minutieuses et plus suivies retrouveront certainement les ganglions que je viens de mentionner. »

M. Jaboulay, dans ses recherches sur ces ganglions, en a rencontré trois sur un sujet tuberculeux. Ils étaient situés entre l'artère et la veine faciales, et superposés les uns aux autres; le ganglion inférieur occupait la partie moyenne de la face externe du maxillaire inférieur; le ganglion moyen était situé au niveau du bord alvéolaire; le ganglion supérieur au niveau du bord externe de la commissure labiale. Ils avaient le volume d'un grain de blé et étaient placés au-dessous du tissu cellulaire sous-cutané. L'examen histologique a confirmé leur nature.

M. Vigier, dans sa très intéressante thèse (Lyon 1892), qui est le premier travail d'ensemble sur l'anatomie de ces ganglions, les divise en trois groupes :

Un groupe inférieur occupant la face externe du maxillaire, un peu au-dessus du bord inférieur de cet os; il l'appelle *groupe massétérin*, en raison de leur proximité du masséter;

Un moyen à la hauteur de la commissure labiale (*groupe commissural*);

Un supérieur au niveau de l'os malaire ou de la branche montante du maxillaire supérieur (*groupe malaire ou sous-orbitaire*).

Ces ganglions appartiennent pour lui aux lymphatiques qui accompagnent les gros vaisseaux de la face.

A côté de ces ganglions superficiels, il décrit des ganglions profonds sous l'aponévrose du buccinateur, ganglions qui ont été signalés par M. Debierre.

Plus récemment, M. Princeteau (Bordeaux, 1899) a repris ces recherches et son étude est reproduite dans la thèse de Capette-Laplène. Il conclut à la présence de deux groupes de ganglions : des ganglions buccaux, placés sur la face externe du buccinateur en avant de la veine faciale; des ganglions sus-maxillaires qui sont, les uns postérieurs en rapport avec la veine, les autres antérieurs près de l'artère faciale. Il a, de plus, trouvé un ganglion, sur le bord du maxillaire inférieur, servant de transition entre ceux-ci et les ganglions sous-maxillaires, et qu'il appelle *ganglion infra-maxillaire*. Exceptionnellement il a constaté des ganglions naso-géniens ou commissuraux. Il rejette l'existence de ganglions profonds sous-aponévrotiques.

Les auteurs étrangers ne sont pas plus explicites que les anatomistes français.

Gray (*Anatomie*, 1887), à propos des lymphatiques de la face, fait observer que pour se rendre aux ganglions sous-maxillaires ils traversent les glandes buccales à la surface du buccinateur (theythen pass obliquely across the face, running with the facial vein, pass through the buccal glands on the surface Buccinator muscle and join the submaxillary lymphatic glands). Sous le nom de « buccal glands », veut-il désigner les glandules buccales qui peuvent exister à ce niveau, ou les ganglions lymphatiques? Le texte n'est pas suffisamment précis; il semble pourtant qu'il ait eu en vue les ganglions lymphatiques, les glandules buccales étant séparées des vaisseaux par l'aponévrose buccinatrice.

Mac Clellan, dans son *Anatomie des régions*, ne les signale pas.

Luschka décrit les lymphatiques superficiels de la face comme formant un épais réseau, qui traverse obliquement la face en suivant la direction des vaisseaux faciaux pour aller se terminer directement dans les ganglions sous-maxillaires.

Plus récemment Buchbinder a étudié soigneusement leur disposition.

Il a observé et figuré trois groupes de ganglions : des ganglions maxillaires sur la face externe du maxillaire inférieur, à un demi-centimètre au-dessus du bord inférieur de l'os, entre la veine et l'artère faciale; — des ganglions buccinateurs antérieurs, en arrière de la commissure labiale, entre l'artère et la veine faciale; — des ganglions buccinateurs postérieurs, près du point où le canal de Sténon perfore le buccinateur.

Küttner, dans ses recherches sur les lymphatiques du nez, a constaté l'existence de ganglions en arrière de la commissure buccale, et au niveau du maxillaire inférieur.

Si nous résumons toute cette étude, nous voyons que les ganglions géniens ont été incomplètement vus par Mascagni. Les ganglions buccinateurs qu'il n'a pas dessinés et qu'il signale dans une courte note ont été très rapidement oubliés. Les ganglions maxillaires, qu'il a représentés et décrits, ont été reproduits d'après ses figures par les anatomistes qui l'ont suivi, puis ils ont été confondus avec les ganglions sous-maxillaires.

Il faut arriver aux observations cliniques de M. le professeur Poncet, qui les signale, pour la première fois, en 1892, et aux travaux qu'il a inspirés : Vigier, Albertin, etc. (loc. cit.), pour avoir une description complète de ces ganglions et de leurs lésions.

Plus récemment les importantes recherches de M. Princeteau, Buchbinder et Küttner ont complété cette étude. Elles nous donnent une idée exacte de la situation des ganglions géniens.

Ganglions géniens. — Ces ganglions forment ainsi trois groupes : un inférieur, répondant au maxillaire inférieur; un moyen, sur la face externe du buccinateur; un supérieur, sur le massif maxillaire supérieur.

Groupe inférieur ou maxillaire. — Il est représenté par deux ganglions (plus rarement un ou trois), superposés ou situés en avant les uns des autres. Ces ganglions reposent sur la face externe du maxillaire inférieur, en avant de l'angle antéro-inférieur du masséter.

En bas, ils se continuent avec les ganglions sous-maxillaires. Il n'est pas rare d'observer un ganglion sur le bord inférieur de l'os reliant les deux groupes; c'est le ganglion infra-maxillaire. En haut, ils arrivent, plus ou moins, au contact des ganglions buccinateurs, sans dépasser pourtant en hauteur le bord alvéolaire. La veine faciale forme leur limite antérieure; l'artère faciale les délimite en arrière.

Leur volume est essentiellement variable, suivant qu'ils sont normaux ou enflammés, et nous ne nous attacherons pas à décrire leurs dimensions.

Groupe buccinateur. — Il est constitué par tous les ganglions qui sont sur la face externe du buccinateur. Ils peuvent occuper deux positions différentes : les uns sont en avant de la veine faciale, et les autres à l'embouchure du canal de Sténon. Situés à la même hauteur, sur le trajet d'une ligne qui continue en arrière la commissure des

lèvres en se portant au lobule de l'oreille, ils sont séparés les uns des autres par une ligne oblique, allant de l'angle interne de l'œil à l'angle antéro-inférieur du masséter. Cette ligne représente à peu près la direction de la veine faciale.

Le groupe antérieur, à 2 centimètres environ de la commissure labiale, est constitué ordinairement par deux ganglions. Arrondis ou réniformes, de volume très variable, ils reposent sur l'aponévrose buccinatrice, dans le tissu cellulo-graisseux qui sépare l'artère de la veine. Exceptionnellement, un ganglion peut se porter plus en avant, dans le sillon naso-génien.

Le groupe postérieur est formé de deux ganglions situés ordinairement en arrière, ou au-dessus du point où le canal de Sténon perfore le buccinateur.

Ils ont les mêmes variations de forme et de volume que les précédents.

Plus en avant, au point où le canal de Sténon perfore le muscle, il existe souvent une petite masse qui, au premier abord, pourrait faire croire à une masse ganglionnaire; c'est un lobule glandulaire aberrant.

Ces ganglions sont quelquefois situés plus haut que de coutume. Ils arrivent alors par leur extrémité supérieure au contact du bord inférieur de l'os malaire, et sont partiellement recouverts par les fibres les plus postérieures du grand zygomatique.

Groupe supérieur. — Les ganglions de cette région n'ont été observés que cliniquement (Vigier).

Les recherches anatomiques de Princeteau et de Buchbinder ne les ont pas découverts, et nous ne ferons que signaler leur existence.

A côté de ces groupes lymphatiques, nous devons citer les cas plus rares où l'on a pu rencontrer des ganglions.

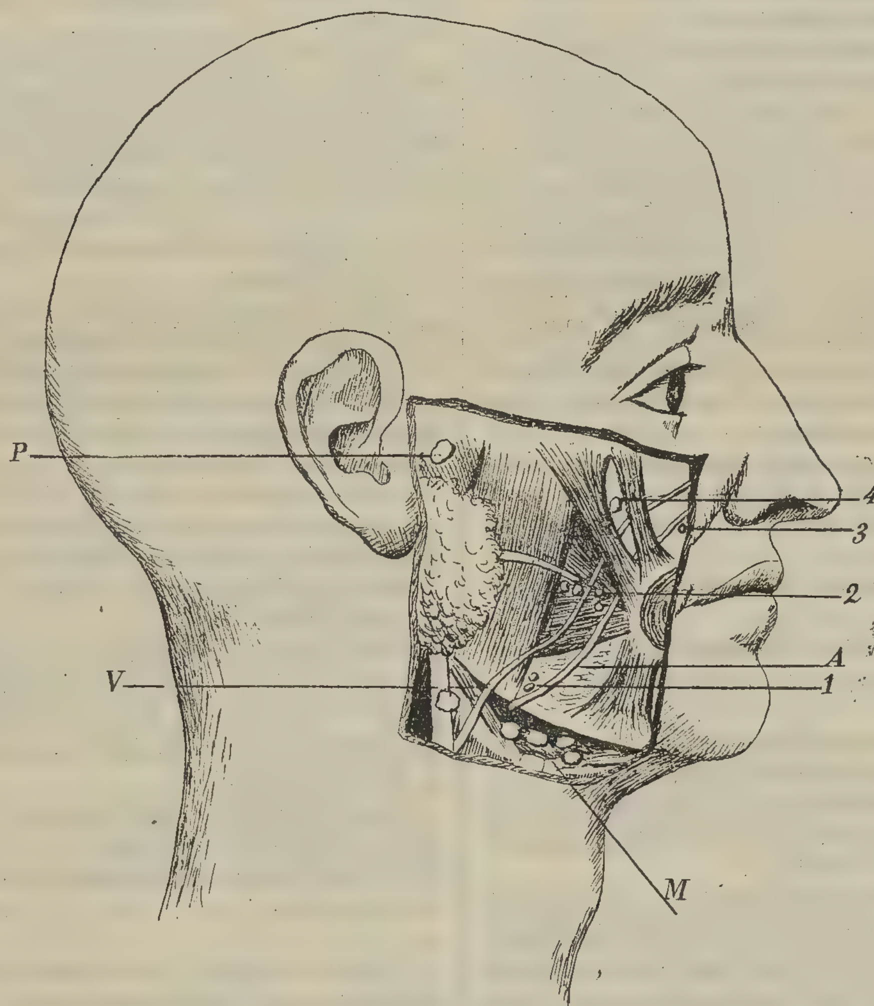


Fig. 2. — *Ganglions normaux de la joue.*

Figure schématique représentant les ganglions géniens normaux, d'après les recherches de MM. A. Poncet, Jaboulay, Debierre et Vigier (1892), Buchbinder, Kuttner et Princeteau (1899).

A, artère faciale. — V, Veine faciale. — M, Ganglions sous-maxillaires. — P, Ganglion préauriculaire.

1. Groupe des *ganglionns maxillaires*, généralement au nombre de deux.

2. Groupe des *ganglions buccinateurs* : a. *Groupe antérieur ou commissural*, au nombre de deux, situés entre l'artère et la veine faciale; — b. *Groupe postérieur, à l'embouchure du canal de Sténon*, en arrière de la veine, au nombre de deux.

3. Ganglions naso-géniens, situés en avant de l'artère faciale, à mi-hauteur, habituellement du sillon naso-génien.

4. Ganglion malaire ou sous-orbitaire, révélé par la clinique.

Ces divers ganglions sont superficiels, c'est-à-dire situés dans le tissu cellulaire sous-cutané, en avant de l'aponévrose du buccinateur.

(M. Poncet a enlevé une fois, par la voie buccale, un ganglion caséeux sous-muqueux qui lui a paru situé entre le buccinateur et la muqueuse.

M. Debierre a vu également, dans ses dissections, des ganglions géniens profondément situés au-dessous de l'aponévrose du buccinateur.)

Nous avons déjà parlé, à propos du groupe inférieur, du ganglion infra-maxillaire.

Debierre a signalé l'existence de ganglions géniens profonds sous l'aponévrose du buccinateur. Princeteau, d'après ses observations personnelles, prétend qu'il s'agit toujours de glandules salivaires.

Au niveau de la partie moyenne du sillon naso-génien, en avant de l'artère faciale, Testut, puis Princeteau, ont également rencontré un ganglion.

Il s'agit là de cas exceptionnels, aussi ne les faisons-nous pas figurer sur le schéma que nous reproduisons ici pour résumer la disposition ordinaire des ganglions géniens (fig. 2).

La situation de ces ganglions étant ainsi définie, voyons quelles sont leurs connexions avec les vaisseaux lymphatiques de la région.

Lymphatiques de la joue. — Ils forment un réseau extrêmement riche, grâce aux anastomoses qui unissent des troncs plus ou moins parallèles à la direction de l'artère et de la veine faciales.

Les lymphatiques des portions antérieure et moyenne du cuir chevelu se portent plus en arrière, le long de l'artère temporale, pour aboutir aux ganglions préauriculaire et parotidiens supérieurs.

De la racine du nez et de l'angle interne de l'œil partent (Küttner), deux ou trois vaisseaux qui décrivent une courbe à concavité inférieure, passent dans la paupière supérieure et vont aboutir aux mêmes ganglions.

D'autres, nés à peu près de la même région, traversent la joue en diagonale, pour atteindre les ganglions parotidiens inférieurs.

Les lymphatiques nés des ailes du nez, et ceux de la lèvre supérieure, forment plusieurs troncs parallèles

à la veine faciale. Ils se rendent aux ganglions géniens.

Les lymphatiques de la lèvre inférieure vont ordinairement aux ganglions sous-maxillaires.

C'est à ces derniers qu'aboutissent toujours d'ailleurs les troncs qui naissent des ganglions géniens.

Tous les lymphatiques que nous avons décris jusqu'à présent sont des lymphatiques superficiels.

Ils s'anastomosent avec les lymphatiques des muqueuses voisines (nasale ou baccale) à leur origine, mais ces anastomoses sont peu importantes et les lésions des lymphatiques des muqueuses retentiront sur les ganglions profonds. Des valvules règlent d'ailleurs, ici comme partout, le cours de la lymphe et nous expliquent pourquoi ces ganglions ne sont pas atteints de lésion ascendante, à la suite, par exemple, de lésions des ganglions sous-maxillaires.

Par contre, il existe sur la ligne médiane des anastomoses larges et les infections en ce point retentiront sur l'une ou l'autre motié de la face.

Il nous resterait, pour terminer cette étude anatomique, à rechercher quelle peut être la fréquence des ganglions géniens.

La proportion est difficile à établir. Les dissections grossières ne nous révèlent les ganglions que s'ils sont pathologiques.

Pour trouver les ganglions sains, il faut étaler letissu conjonctif de la région sur de minces lamelles et l'examiner, au besoin, à la loupe.

Ainsi s'expliquent les divergences des données fournies par les divers auteurs.

Vigier, sur 30 dissections, n'a vu qu'un ganglion maxillaire.

Princeteau, sur 32 sujets, trouve 20 fois des ganglions : 10 fois des ganglions buccaux et 14 fois des ganglions maxillaire, les deux groupes pouvant se trouver réunis sur un même sujet.

Küttner, sur 8 cadavres, a vu, 1 fois, un ganglion buccinateur, et 2 fois, un ganglion maxillaire.

Ces différentes données nous permettent de conclure, avec Buchbinder, à la fréquence des ganglions géniens.

II

Pathologie. — Leurs lésions n'ont été décrites que dans ces dix dernières années.

Sans doute, le texte de Mascagni nous permet de supposer qu'il avait observé des altérations de ces ganglions, mais cet auteur, n'ayant en vue que leur description anatomique, n'insiste pas sur ce point.

M. Aubert (1) prétend en avoir rencontré souvent à l'Antiquaille, chez des enfants scrofuleux.

M. Pollosson (2) signale, dans le cancroïde de la face, un petit ganglion encore peu connu, situé en avant du bord antérieur du masséter.

Le premier travail important est la thèse de Vigier (3).

Albertin publie, en 1895, de nouvelles observations. Nous arrivons enfin aux travaux déjà signalés de Capette-Laplène, Buchbinder et Küttner. Ainsi, chaque publication d'une série de cas nouveaux accompagnait une contribution à la description anatomique de ces organes.

(1) Aubert. Soc. des sc. méd. de Lyon, 1896.

(2) Pollosson. *Province méd.*, 1890.

(3) Vigier. Th. de Lyon, 1892.

Cette série de travaux, se succédant dans un intervalle restreint, nous montre que ces lésions sont bien plus fréquentes qu'elles ne paraissaient l'être au premier abord, sans cependant qu'on puisse comparer leur fréquence à celles des ganglions sous-maxillaires. Remarquons, d'ailleurs, que l'on voit souvent l'altération de ces derniers succéder à un état pathologique des premiers, tandis que les lésions des ganglions sous-maxillaires ne déterminent pas, par voie ascendante, l'infection des ganglions géniens.

Comme dans toute autre région, contenant des ganglions, on a pu observer à la face : des adénites infectieuses, des adénites tuberculeuses, des adénites syphilitiques, des adénites néoplasiques, des tumeurs enfin de ces ganglions.

Adénites infectieuses. — Suivant la virulence de l'infection, suivant la marche plus ou moins rapide du processus, suivant la nature enfin de l'affection, nous nous trouverons en présence d'une adénite aiguë (souvent d'un adéno-phlegmon) ou bien d'une adénite chronique.

L'adéno-phlegmon et un certain nombre de lésions chroniques sont dus aux microbes ordinaires de la suppuration.

Ils sont consécutifs à une infection d'origine traumatique ou à une inflammation sur le cours des lymphatiques afférents, et nous devons rechercher la porte d'entrée, soit du côté des téguments superficiels (paupière inférieure, nez, lèvre supérieure, joue), soit du côté des muqueuses profondes (nasale et buccale). Ceci nous explique la fréquence de leur envahissement chez les enfants scrofuleux, si souvent porteurs de lésions périnasales et péribuccales. Mais il est une cause tout aussi fréquente d'infection ganglionnaire. Nous voulons parler de la carie dentaire. Il s'agit habituellement d'altérations des dents de la mâchoire supérieure, des molaires en particulier.

Du reste, Partsch (1) a montré que les lymphatiques du maxillaire inférieur vont, les uns, aux ganglions sus-hyoïdiens médians, les autres, aux ganglions sous-maxillaires.

Cet auteur insiste également sur ce fait : que la carie simple retentit rarement immédiatement sur le système ganglionnaire. Il se produirait d'abord une inflammation de la gencive et, secondairement, une adénite. Suivant la virulence de l'infection, nous verrons alors se développer, ou bien un adéno-phlegmon, ou une simple tuméfaction de la joue avec résolution des accidents inflammatoires (ce qui simulera une fluxion dentaire), ou enfin, une adénite chronique.

Telles sont, en effet, les trois formes cliniques que nous rencontrons.

Nous n'insistons pas sur la fluxion dentaire, et qui n'est pour nous qu'un adéno-phelgmon arrêté dans son évolution, et qui se termine brusquement par résolution.

L'adéno-phlegmon débute, quelle que soit son origine, par un peu de douleur locale et surtout par une gêne considérable des mouvements du maxillaire, soit pendant la mastication, soit simplement dans la phonation. La joue se tuméfie rapidement et la recherche des ganglions devient extrêmement difficile.

(1) Partsch. *Odontologische Blætter*, 1899.

Bientôt l'aspect est caractéristique (fig. 3). La bouche, entr'ouverte, laisse la salive s'écouler au dehors. Les lèvres sont tuméfiées et infiltrées jusqu'à la ligne médiane. En arrière, la peau est rouge et tendue; la tuméfaction est surtout accentuée au niveau d'une ligne qui continuerait en dehors la fente buccale; en bas, elle s'étend jusqu'au bord inférieur du maxillaire; en haut, elle remonte jusqu'à la paupière inférieure. Toute la région est chaude, douloureuse. Le masséter, par sa contracture, empêche les mouvements de mastication et l'examen de la cavité buccale se trouve notablement gêné. On peut cependant voir la lésion dentaire et la muqueuse buccale épaissie qui vient faire saillie entre les arcades dentaires. Le doigt introduit entre la lèvre et le rebord alvéolaire reconnaît l'épaisseur de la joue tuméfiée et sent la fluctuation lorsque le pus est collecté. Il permet de se rendre compte, en même temps, de l'intégrité du bord alvéolaire et du maxillaire correspondant.

Les phénomènes généraux sont très variables, suivant les sujets.

Abandonné à lui-même, l'abcès ulcère la peau et vient s'ouvrir à l'extérieur, laissant à sa suite une cicatrice déprimée. L'ouverture dans la cavité buccale est exceptionnelle. Malgré les connexions des ganglions géniens avec les ganglions sous-maxillaires, ceux-ci restent indemnes pendant toute cette évolution pathologique.

Telle est la forme ordinaire de l'adéno-phlegmon aigu.



Fig. 3. — *Adéno-phlegmon génien aigu, suppuré.*

Dans des cas plus rares, on a pu observer non plus un abcès unique, mais plusieurs collections purulentes. Dans une observation de M. Vigier (Obs. I de sa thèse), s'échelonnaient quatre abcès depuis l'angle du maxillaire inférieur, jusqu'au rebord inférieur de l'orbite.

Quels que soient le siège et le volume des ganglions atteints, on ne voit pas, ou du moins on n'a pas vu, les lymphatiques qui s'y rendent dessiner au-dessous de la peau des traînées rouges de lymphangite, comme on l'observe pour les adénites des autres régions.

L'adénite chronique simple, qui survient à la suite de lésions dentaires ou d'irritation répétée des téguments (dans une observation de Vigier, il s'agissait d'un tatouage compliqué), évolue d'une façon lente et insidieuse. Les symptômes subjectifs font le plus souvent défaut et le sujet remarque sa tumeur, soit à cause d'un peu de gêne fonctionnelle dans les mouvements de mastication, soit par suite d'une légère déformation de la joue. Dans quelques cas cependant, la tumeur peut faire sous la peau une saillie notable (fig. 4). L'examen local révèle l'existence d'une masse arrondie, peu douloureuse à la pression, mobile sous le doigt et n'adhérant ni à la muqueuse buccale, ni aux téguments de la joue; sa consistance est ferme. Sa forme et son volume évoquent l'idée d'un ganglion enflammé.

Elle renferme un peu de pus dans son intérieur, mais la ponction seule en révèle la présence.

A la longue, cependant, la consistance se modifie. Le ganglion se ramollit peu à peu et augmente de volume. Il adhère à la peau, puis celle-ci s'ulcère pour donner issue à du pus. Ainsi se forme une fistule qui peut persister longtemps; c'est que le ganglion a formé autour de lui une coque inflammatoire fibreuse, limitant une cavité qui n'a pas de tendance à se combler et dont l'étendue nous est révélée par l'exploration au stylet (fig. 5). La fistule s'oblitérera momentanément pour se rouvrir bientôt, et la succession de ces phénomènes amène le malade à l'hôpital, malgré la localisation de l'infection qui ne retentit pas sur les ganglions voisins.

Il est plus rare d'observer un ganglion génien qui adhère à la muqueuse buccale. Le fait n'est cependant pas exceptionnel, on l'a constaté plusieurs fois à la Clinique pour des ganglions buccinateurs. Il s'agissait probablement, alors, de ganglions sous-aponévrotiques, comme ceux qu'a signalés M. Debierre. On voit, dans ces conditions, l'abcès s'ouvrir dans la cavité buccale.

Dans un cas enfin, chez une malade qui était soignée dans le service de M. le professeur Lépine pour une paralysie faciale, nous avons rencontré un ganglion commissural dont le pus avait fusé en avant. L'orifice de la fistule siégeait au niveau de la commissure labiale gauche, à l'union de la peau et de la muqueuse (fig. 6).

Mais ces cas sont relativement rares. L'abcès s'ouvre habituellement du côté de la peau.

L'examen local montre alors une cavité peu étendue,

dont les parois indurées et ne tendent pas à bourgeonner, et dont l'intérieur est rempli de fongosités. Le trajet qui y conduit est court. L'orifice externe de la fistule est entouré de tissus qui ont conservé leurs caractères normaux; ils sont simplement un peu surélevés.

Le pronostic est bénin, mais il ne faut pas oublier que l'affection n'a pas de tendance spontanée à la guérison et que l'intervention est nécessaire.

Nous n'avons eu jusqu'ici en vue que l'infection banale, nous devons maintenant considérer quelques cas d'infection spéciale : érysipèle, diphtérie, oreillons.

Dans l'érysipèle, il est rare d'observer l'engorgement des ganglions géniens. Est-ce simplement parce que l'attention ne se porte pas de ce côté, ou bien parce que leur territoire lymphatique est très restreint? C'est un point que la clinique élucidera. Ces ganglions peuvent, dans tous les cas, s'engorger comme le font les ganglions sous-maxillaires ou préauriculaires. Dans une observation que nous communiquait récemment M. Vigier, un érysipèle de l'angle interne de l'œil droit avait déterminé une adénite de Poncet au-dessous de l'orbite. Le ganglion, sensible à la pression, avait le volume d'un pois, et sa disparition suivit de près la guérison de l'érysipèle.

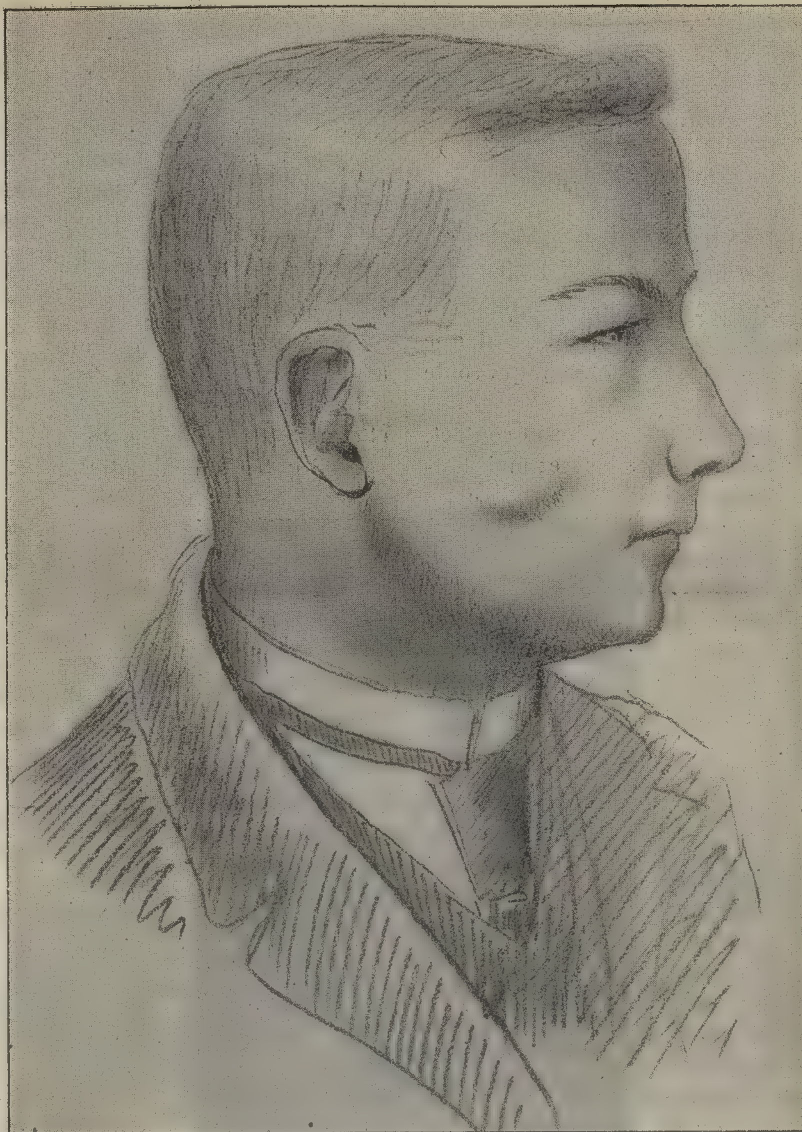


Fig. 4. — *Adénite génienne chronique du groupe buccinateur.*

Rares également, sont les adénites diphtéritiques. Nous n'en connaissons pour notre part qu'un cas dans lequel il existait, du côté de l'amygdale envahie, une adénite génienne et une adénite sous-maxillaire. Les injections de sérum anti-diphtérique firent disparaître les ganglions.

Les adénites ourliennes seraient plus fréquentes. En 1897, M. Vigier observait dans une parotidite double, avec une adénite sous-maxillaire double, un ganglion génien du côté où la lésion était le plus accentuée. Le ganglion disparut d'ailleurs très rapidement, au bout de trois à quatre jours.



Fig. 5. — *Adénite génienne* (ganglion maxillaire appartenant au groupe maxillaire inférieur).

Déjà, en 1893, M. Catrin avait fait à la Société médicale des hôpitaux de Paris une communication sur l'adénite de Poncet dans les oreillons.

Dans ces divers faits, l'adénite a eu une marche aiguë, se terminant promptement par la résolution.

Signalons, en terminant cette étude des adénites infectieuses, les cas décrits par M. Vigier sous le nom d'*adénites géniennes idiopathiques.*

L'adénite se déclare alors sans qu'on puisse trouver sa porte d'entrée. On ne constate pas d'érosions des téguments, il n'y a pas de lésions dentaires, le sujet n'est atteint ni de syphilis ni de tuberculose.

Il est d'ailleurs fort probable que l'engorgement ganglionnaire a pour point de départ une lésion dentaire minime, ou une légère effraction de la muqueuse.



Fig. 6. — *Orifice fistuleux siégeant au niveau et dans l'épaisseur de la commissure labiale gauche, symptomatique d'une adénite génienne, commissurale, suppurée.* (Malade de M. le professeur Lépine.)

Adénites tuberculeuses. — Ce sont ordinairement des lésions chroniques. On a bien signalé des adénites aiguës que l'on a rattaché à une tuberculisation ganglionnaire. L'existence de cette phtisie galopante des ganglions est douteuse, d'autant mieux que les sujets atteints avaient une bonne santé antérieure.

Ces faits sont d'ailleurs rares et l'évolution ordinaire est la suivante. Le malade a déjà présenté des signes de bacillose osseuse, viscérale, et surtout de la tuméfaction des ganglions cervicaux. Puis apparaît dans l'épaisseur de la joue une tumeur qui grossit peu à peu, sans réaction inflammatoire de voisinage. Elle est indolore, et c'est par hasard, que le malade constate la présence d'une petite tumeur qui roule sous la peau.

Plus tard, elle devient adhérente. La peau, à son contact, prend une teinte violacée, s'amincit, puis s'ulcère; mais tandis que, dans des lésions simplement inflammatoires, les téguments au voisinage de la fistule restaient indemmes, dans le cas de tuberculose ils s'infectent, ils s'inoculent, et l'on peut alors avoir sous les yeux une ulcération tuberculeuse de la peau, dont l'origine peut être méconnue. Nous en avons observé un cas bien typique.

Il s'agissait d'une jeune fille de seize ans qui, depuis douze ans, portait cette ulcération contre laquelle tous les traitements avaient échoué. Des fongosités recouvertes d'une pellicule cicatricielle masquaient l'orifice du trajet fistuleux. Celui-ci avait un trajet de quelques millimètres et conduisait dans une cavité profonde, remplie de fongosités (fig. 7).



Fig. 7. — *Ulcération et fistule tuberculeuses de la joue, symptomatiques d'une vieille adénite génienne.*

Ainsi évolution lente de la lésion, persistance d'une fistule qui s'accompagne parfois d'une ulcération de la peau, tels sont deux caractères importants de l'adénite tuberculeuse.

Arrivée à ce stade, la lésion reste indéfiniment stationnaire. Localisée à l'un des ganglions, elle ne s'étend pas aux ganglions voisins paur former des chapelets analogues à ceux que l'on rencontre dans la région cervicale. M. Vigier a pu cependant observer l'existence simultanée de trois ganglions et la bilatéralité de la lésion. Par contre, il est très fréquent de noter un peu d'engorgement des ganglions sous-maxillaires du même côté, sans péri-adénite.

Adénites syphilitiques. — Un seul cas a jusqu'à présent été publié par Capette-Laplène; c'est celui d'un homme de vingt-quatre ans, qui portait, depuis quelque temps, un ganglion sur le côté externe du maxillaire inférieur droit. L'apparition d'un chancre sur le côté droit de la lèvre inférieure fit passer brusquement ce ganglion du volume d'un grain de maïs à celui d'une noisette.

Cette localisation serait donc exceptionnelle.

Adénites cancéreuses. — Elles ont été observées par tous les auteurs qui ont étudié les ganglions géniens. Tantôt, on se trouve en présence d'une lésion secondaire à un néoplasme voisin, tantôt d'une tumeur à proprement parler. Dans un cas seulement, une tumeur maligne de la parotide avait déterminé, outre un engorgement des ganglions sous-maxillaires droits et gauches, une adénite commissurale du même côté que la lésion.

Le plus souvent le point de départ est un cancroïde de la peau. L'épithélioma de la lèvre inférieure infecte rarement les ganglions géniens. C'est qu'en effet les lymphatiques se rendent soit aux ganglions sus-hyoïdiens, soit directement aux ganglions sous-maxillaires.

Cependant, M. Poncet et Buchbinder ont observé l'un et l'autre un cas d'adénite génienne, *commissurale* (Poncet), *maxillaire* (Buchbinder) à la suite d'un néoplasme de la lèvre inférieure.

Nous n'avons rencontré aucune observation signalant cette adénite dans les lésions de la lèvre supérieure.

Par contre, dans 5 cas, le néoplasme siégeait sur la face et dans 3 cas sur le dos du nez.

Quel qu'en soit le point de départ, l'adénite ne se manifeste que tardivement, alors que le cancroïde a atteint des dimensions assez étendues ou lorsque des irritations multiples, comme dans un fait de M. Capette-Laplène, lui ont donné une allure aiguë. Le ganglion est dur, indolore, mobile sous le doigt. Il reste le plus souvent stationnaire, lorsqu'il a atteint le volume d'une cerise. Küttner, dans un cas, l'a vu relié au néoplasme par un cordon dur, constitué par les lymphatiques épaissis et engorgés.

Les lésions des ganglions géniens, dans la lymphadénie, sont exceptionnelles. Nous n'en connaissons qu'une observation rapportée par Capette-Laplène dans sa thèse. Il s'agissait d'une femme de soixante-trois ans, qui était atteinte de lymphadénie à marche rapide avec invasion de presque tous les groupes ganglionnaires du corps. Elle présentait : 1° un ganglion buccal de la grosseur d'un pois au-dessous du canal de Sténon; 2° un ganglion sus-maxillaire entre la veine et l'artère faciales, occupant toute la hauteur de la face externe du maxillaire inférieur et transmettant les battements artériels; 3° un ganglion encore plus volumineux que les précédents et à cheval sur le bord inférieur du maxillaire inférieur. La malade mourut, un mois après, de consomption.

En 1899, M. le professeur Poncet observait d'autre part une malade paraissant atteinte d'adénite de la joue gauche, à 5 ou 6 millimètres au-dessus du rebord du maxillaire inférieur. L'affection avait débuté sans cause apparente. Il n'existait pas d'autres ganglions. La tumeur examinée par M. L. Dor, chef du laboratoire de la Clinique chirurgicale, était formée d'une série de petits kystes recouverts d'un endothélium et paraissait être un lymphangiome.

Ce sont les deux seuls cas de tumeurs primitives des ganglions géniens, que nous ayons pu rencontrer.

III

Diagnostic des adénites géniennes. — On peut être appelé à faire ce diagnostic dans trois circonstances différentes : ou bien on se trouve en présence d'un adéno-phlegmon; ou bien il s'agit d'une adénite chronique; ou bien enfin,

la lésion déjà ancienne a suppuré, l'abcès s'est ouvert au dehors, il a laissé, à sa suite, une fistule persistante.

Dans les formes aiguës, si l'on constate une lésion dentaire, une ulcération des parties molles sur le trajet des lymphatiques voisins, le diagnostic est ordinairement facile.

L'hyperplasie ganglionnaire simple, très rare, ne s'accompagne ni de fluctuation, ni de douleurs.

Le furoncle de la face est plus superficiel. Sa forme acuminée, sa coloration, son évolution et surtout l'existence d'un bourbillon tranchent la difficulté.

La fluxion dentaire rappelle l'adéno-phlegmon au début. Mais, dans ce dernier, la tuméfaction de la joue est tout autre (fig. 3); on la sent exclusivement envahie et l'on constate l'intégrité des mâchoires. Le gonflement, la douleur, etc., sont très différents du gonflement, de la douleur de l'ostéo-périostite dentaire.

Un ganglion suppuré au niveau de l'artère faciale peut être animé de battements et devenir le siège d'un souffle vasculaire. L'histoire de la tumeur, son évolution feront rejeter l'hypothèse d'un anévrysme.

Le diagnostic avec l'actinomycose peut être plus difficile. Dans cette dernière maladie, l'œdème n'est pas franchement phlegmoneux. La tuméfaction a une consistance spéciale, intermédiaire entre la mollesse de l'œdème inflammatoire et la dureté des néoplasmes.

La douleur est d'une intensité que rien n'explique, elle survient par crises.

Le trismus est précoce et très accentué, alors que, dans l'adéno-phlegmon, il s'agit plutôt au début d'une gêne fonctionnelle. La peau est plus ou moins rapidement envahie, elle s'amincit et rougit par place, comme si elle allait rapidement s'ulcérer. Il n'y a pas d'adénite des ganglions voisins. Plus tard la peau s'ulcère; la multiplicité des fistules devient un signe d'actinomycose; enfin l'examen microscopique du pus ou des fongosités indiquera la nature exacte de la lésion.

Les formes nodulaires, après avoir envahi la peau, peuvent s'étendre plus ou moins profondément. Leur point de départ cutané, leur indolence, leur marche, l'influence du traitement ioduré, etc., permettront d'affirmer l'actinomycose.

Plus difficile aussi, serait le diagnostic avec un kyste sébacé ou un kyste dermoïde enflammé. Le mode de début de la tumeur, son évolution, l'étude des anamnestiques établiront la nature de l'affection.

Le diagnostic d'adénite posé, on recherchera le point de départ de l'affection. L'examen de la cavité buccale pourra nous montrer dans une dent cariée, dans une ulcération des gencives, etc., la porte d'entrée de l'infection.

La tuberculose aiguë des ganglions est exceptionnelle et l'état général du sujet seul pourrait nous faire supposer cette cause.

Les adénites géniennes peuvent encore être confondues avec d'autres lésions.

Les kystes sébacés se développent lentement, sans cause appréciable. Dès le début, ils n'ont pas la mobilité des ganglions, ils adhèrent à la face profonde de la peau. Ils sont plus superficiels et plus mous.

Les kystes dermoïdes sont congénitaux. Ils sont également de consistance molle. Il est exceptionnel de les rencontrer en avant du masséter.

Les kystes salivaires coustituent de petites tumeurs arrondies, ordinairement situées le long du canal de Sténon. Ils simulent donc des ganglions buccinateurs postérieurs. L'erreur est surtout facile à commettre avec la petite glande accessoire qui existe presque constamment au point où le canal de Sténon perfore le buccinateur. Parfois, il sera nécessaire de recourir à l'examen microscopique pour être fixé sur la nature de la masse enlevée.

Signalons, en passant, les kéloïdes fausses qui succèdent à des brûlures, les kéloïdes spontanées, qui sont exceptionnelles, etc.

Sous le nom de lipomes buccaux, Dolbeau désignait des lipomes qui ont pour point de départ la boule graisseuse de Bichat. Leur consistance molle et fluctuante pourrait en imposer pour un abcès, mais leur siège en avant du bord antérieur de la branche montante du maxillaire supérieur, leur forme lobulée et irrégulière feront reconnaître leur nature.

Nous pouvons encore trouver à la joue d'autres lipomes qui proviennent de la transformation d'angiomes congénitaux. Leur diagnostic repose sur les caractères précédents.

Les gommes syphilitiques évoluent plus lentement. Elles se résorbent rapidement sous l'influence du traitement spécifique.

Les gommes tuberculeuses, de forme irrégulière, sont ordinairement multiples. Elles s'accompagnent d'autres manifestations bacillaires.

Nous n'insistons pas sur le diagnostic avec les varices lymphatiques qui sont excessivement rares dans nos pays.

De même le tubercule sous-cutané douloureux est exceptionnel à la face.

L'angiome sous-cutané est congénital, de forme irrégulière, de consistance molle. Il s'accompagne souvent d'un léger réseau veineux du côté de la peau.

Enfin, dans le tissu musculaire, on peut trouver des affections inflammatoires ou néoplasiques : abcès, gommes, sarcomes, etc., mais la contraction du muscle nous renseigne sur le siège exact de la tumeur.

Il en sera de même pour les abcès et les tumeurs qui ont pour point de départ le tissu osseux.

M. Vigier a également insisté aussi sur cette particularité que normalement, le bord antérieur du masséter, à sa partie inférieure, donne la sensation d'une petite masse roulant sous le doigt et pouvait en imposer pour une adénite. La contracture du masséter immobilise cette masse et fait ainsi disparaître cette cause d'erreur.

Lorsque le malade se présente à une période plus reculée, lorsque l'abcès s'est ouvert et a laissé une fistule, le diagnostic restera souvent hésitant.

Dans les cas d'inflammation banale, on reconnaîtra qu'il ne s'agit pas d'un kyste sébacé ou dermoïde d'après l'évolution de l'affection, son origine congénitale ou non. Nous ne parlons pas de la fistule du canal de Sténon, ordinairement traumatique, et qui est d'un diagnostic facile.

Dans les cas d'adénite tuberculeuse, les bords de la fistule peuvent être envahis et devenir le siège d'une ulcération de même nature; il sera parfois difficile d'apercevoir l'orifice fistuleux masqué par des fongosités. L'exploration avec un stylet conduira dans la cavité ganglionnaire, indiquera l'origine de la lésion.

Le plus souvent, il suffira de songer à la possibilité d'une adénite génienne pour la reconnaître et la diagnostiquer avec certitude.

IV

Traitement. — Dans les adéno-phlegmons, l'intervention s'impose dès que l'on constate la présence du pus. L'abcès sera largement ouvert, avec le bistouri, dans le sens transversal.

Dans les formes chroniques, nous sommes guidés par deux considérations : d'une part, la bénignité de l'affection, même dans les formes tuberculeuses, qui ne retentissent pas sur l'état général; la tendance de la lésion à rester stationnaire et, d'autre part, des considérations esthétiques.

Tant que le ganglion est de petit volume, sans menace de suppuration, tant que l'on peut espérer la résolution, l'expectation pure et simple, avec traitement général et applications résolutives, sera le traitement de choix. L'extirpation des dents malades s'impose ainsi que l'antisepsie buccale.

Lorsque le ganglion est suppuré, les ponctions répétées avec de fines aiguilles sont insuffisantes, et c'est à l'ablation de la masse qu'il faut alors avoir recours, ou à sa destruction avec la curette.

L'incision de l'abcès, l'évidement de la poche, l'ablation totale du ganglion malade, auront lieu, toutes les fois que la chose sera possible, par la voie buccale, afin d'éviter une cicatrice apparente; mais on est obligé, le plus souvent, d'inciser la peau et d'aborder la lésion par la voie cutanée, qui est le chemin le plus court, le plus direct. La plupart de ces adénites géniennes ne sont-elles pas, en effet, souscutanées, comme l'enseigne l'anatomie?

L'incision devra être horizontale afin d'éviter le canal de Sténon et les filets du nerf facial, si nombreux en cet endroit.

BIBLIOGRAPHIE

M. Pollosson. Cancroïde de la face, *Prov. méd.*, 1890. — Vigier. Des adénites de la joue, *Gaz. hebdomad.*, 1892; — Th. de Lyon, 1892. — L. Petit. Des adénites de la joue, *Union méd.*, 1892. — Albertin. Adénites géniennes, *Arch. prov. de chir.*, 1895. — Princeteau. Les ganglions lymphatiques de la joue, *Gaz. hebdomad. des sc. méd. de Bordeaux*, 1899. — Capette-Laplène. *Les ganglions de la joue*, Th. de Bordeaux, 1899. — Buchbinder. Uber die Lage und die Erkrankungen der Wangenlymphdrüsen, *Beit. zür klin. Chir.*, 1899. — Kuttner. Uber die Lymphgefässe der ausseren Nase und die zugehörigen Wangenlymphdrüsen in ihrer Beziehung zu der Verbreitung des Nasenkrebses, *Id.*, 1899. — L. Dor. Nouvelle mycose à grains jaunes, *Gaz. hebdomad.*, juin 1896. — A. Poncet. Pseudo-actinomycose cervico-faciale; phlegmons suppurés de la face, du cou, dus à une nouvelle mycose à gros grains jaunes, Congr. franç. de chir., 1896. — A. Poncet et L. Bérard. *Traité clinique de l'actinomycose humaine*, 1898.

FORMULAIRE

Contre les fièvres intermittentes rebelles.

Le professeur Bacelli (de Rome) préconise l'association du fer et de l'arsenic à la quinine. Il prescrit :

Sulfate de quinine	4 grammes.
Tartrate ferrico-potassique	10 —
Acide arsénieux pur	0g10
Eau distillée	300 grammes.

Le premier jour qui suit l'accès de fièvre, le malade absorbe toutes les heures une cuillerée à bouche de cette solution; le deuxième jour, les prises sont espacées par des intervalles de trois heures, et ainsi de suite. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 15e semaine, 1175 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente.

La fièvre typhoïde a causé 23 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (26). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins présente une diminution considérable (57 cas nouveaux au lieu de 87.)

La rougeole a causé 28 décès, chiffre voisin de la moyenne (27). Il n'y a eu que 2 décès par scarlatine, 6 par coqueluche, 10 par diphtérie. La variole n'a causé aucun décès. Cette maladie continue à être très rare, on ne signale aucun cas nouveau.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 186 décès, au lieu de 169 pendant la semaine précédente et au lieu de 156, moyenne ordinaire de la saison.

La grippe a encore causé 15 décès.

Collège de France. — *Laboratoire d'histologie.* — M. J. Joly commencera, le jeudi 26 avril 1900, une série de conférences pratiques sur l'histologie normale et pathologique du sang, les méthodes d'examen et les maladies du sang, avec applications au diagnostic clinique et à la médecine légale.

Ces conférences auront lieu trois fois par semaine et dureront un mois.— On s'inscrit au laboratoire d'histologie du Collège de France (Annexe).

La destruction des rats dans les cales de navires. — D'après les informations transmises à l'Office national du commerce extérieur, par le consul général de France à Hambourg, des essais de destruction des rats ont été faits au moyen d'un mélange de gaz contenant entre autres substances de l'acide sulfurique préparé par M. Raoul Pictet (de Berlin). Ce mélange, qui a reçu le nom de « Pictoline », donne de bons résultats dans les cales vides; dans les cales pleines, il est d'un maniement difficile, il y a lieu en outre d'observer que l'acide sulfurique qu'il contient pourrait exercer sur les marchandises un effet nuisible.

Le froid et les pigeons voyageurs. — Un correspondant du *Journal de Genève* raconte qu'étant de passage à Chamonix, il a eu l'occasion de causer avec Jean Payot, âgé de quatre-vingt-treize ans, le doyen des anciens guides de la localité.

Ce vieillard, qui a conservé toute sa lucidité, raconte que parmi les restes d'une expédition, perdue dans une crevasse, cinquante ans auparavant, et qu'il avait retrouvés, se voyait le corps d'une femelle de pigeon.

Autrefois, en effet, les guides emportaient, au sommet du Mont-Blanc, une femelle ayant des petits dans la vallée, on attachait une lettre à l'une des plumes de la queue, pour annoncer à Chamonix la bonne réussite de l'ascension. Mais on a renoncé à cette coutume, parce que la plupart du temps les pigeonnes ne revenaient pas à cause du froid. Payot cite le cas où il a donné, à plusieurs reprises, le vol à l'un de ces oiseaux qui revenait toujours vers les ascensionnistes.

Il y a évidemment là un fait analogue à celui qui a dû se passer pour les pigeons d'Andrée.

Les pigeons de Chamonix n'étaient pas des pigeons voyageurs, mais la distance en ligne directe était fort courte, et il est permis de conclure de ce qui précède, ou que le froid paralyse les forces physiques des pigeons, ou que leur curieux instinct de direction est dérouté par la basse température.

Ces faits, que rappelle le *Journal d'hygiène*, sont intéressants à rapprocher de ceux rapportés ici même par M. Kaplan (1).

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1316, et 1900, p. 79.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 47. — MARDI 24 AVRIL 1900. 73e ANNÉE. MARDI 24 AVRIL 1900. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Les adénopathies tuberculeuses chirurgicales (étude pathogénique et diagnostique. — Fièvre typhoïde compliquée de pneumothorax, par MM. Dettling, médecin-major de deuxième classe, et Remlinger, médecin aide-major de première classe. — Médecine pratique. Traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse. — Revue bibliographique. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Thèses de la Faculté de médecine de Bordeaux. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Situation sanitaire de Paris. — Au moment où vient de s'ouvrir l'Exposition universelle de 1900, il n'est pas sans intérêt de rechercher quelle est la situation de notre pays vis-à-vis de l'épidémie de peste que nous annoncent les esprits fâcheux.

Il est incontestable que la situation est bien loin d'être aussi menaçante qu'à pareille époque l'année dernière, lorsque la peste avait envahi pour la troisième fois le port de Djeddah (Arabie) et qu'elle avait pris en même temps un certain développement dans la ville d'Alexandrie. Les pays voisins de la Méditerranée semblaient prédestinés à devenir à leur tour des foyers de cette maladie autrement redoutable que le choléra asiatique dont les ravages avaient cependant fait oublier ceux de la peste aux siècles passés. Actuellement, nous apprend la *Gazette médicale d'Orient*, les villes et les ports de la mer Rouge sont indemnes. Il en est de même à Alexandrie depuis plusieurs mois.

La surveillance à Suez se fait assez sérieusement pour empêcher que la peste de Bombay et d'Aden ne se propage en Égypte. De ce côté-là nous semblons donc complètement à l'abri.

La population parisienne a-t-elle à craindre d'autres épidémies? La fièvre typhoïde est en pleine décroissance, et en décroissance régulière comme le montrent très nettement les bulletins de la statistique municipale depuis plusieurs semaines. L'épidémie de grippe ne tardera guère à disparaître complètement à son tour, si les beaux jours continuent; quant à la variole elle est passée à l'état de légende. Depuis plusieurs semaines on n'a pas signalé de décès, et le nombre des cas observés va en décroissant.

La situation sanitaire de Paris est donc aussi satisfaisante que possible, aussi dès que les travaux seront terminés les étrangers pourront jouir de l'Exposition en toute sécurité.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Alphonse Milne-Edwards, vice-président de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine, directeur du Museum d'histoire naturelle, décédé à l'âge de 64 ans.

Fils de l'illustre Henri Milne-Edwards, Alphonse Milne-Edwards avait remplacé son père en 1876, dans la chaire de zoologie du Museum. Il laisse d'importants travaux parmi lesquels on peut citer :

« Recherches anatomiques, zoologiques et paléontologiques sur la famille des chevrotains », 1864; « Histoire des crustacés podophtalmaires fossiles », 1865; « Recherches anatomiques et et paléontologiques pour servir à l'histoire des oiseaux fossiles de la France », 1866; « Recherches sur la faune ornithologique éteinte des îles Mascareignes et de Madagascar »; « Éléments d'histoire naturelle des animaux », 1881; « Expéditions scientifiques du *Travailleur*, et du *Talisman*, pendant les années 1881, 1882 et 1888 »; les chapitres traitant des mammifères et des oiseaux de l' « Histoire physique naturelle et politique de Madagascar » de M. Grandidier, etc., etc.

Ses croisières sur le *Talisman* et le *Travailleur* eurent un grand retentissement, faisant découvrir une faune sous-marine insoupçonnée.

On se rappelle que la Société de géographie lui décerna à cette occasion sa grande médaille d'or.

Les obsèques de M. Milne-Edwards auront lieu mercredi à midi en l'église Saint-Médard.

A propos de la lutte contre l'alcoolisme. — *Mortalité comparée des abstinents totaux et des buveurs.* — Les statistiques donnent quelquefois des résultats inattendus. C'est ainsi que la *British medical Association* est arrivée à établir le tableau suivant basé sur l'étude de 4234 morts.

Les abstinents totaux sont morts en moyenne à cinquante et un ans. Les buveurs occasionnels à cinquante-neuf ans. Les buveurs habituels à cinquante-sept ans. Les buveurs immodérés à cinquante-deux ans. Les tempérants arrivent seuls à la moyenne très honorable de soixante-deux ans.

Il est curieux de voir que l'abstinence absolue de l'alcool amène des effets aussi fâcheux que son abus. Constatons donc une fois de plus que l'excès en tout est un défaut.

L'épidémie de variole à Lyon ne semble pas approcher de sa fin. Au bureau d'hygiène de Lyon, nous apprend le *Lyon médical*, on en a signalé 37 cas nouveaux. En revanche, 1 seul décès par variole a été constaté du 7 au 14 avril.

Contre l'humidité des murs. — Les murs humides constituent une véritable plaie à la campagne et même parfois à la ville, aussi a-t-on imaginé une multitude de remèdes contre cet inconvénient. En voici un nouveau qui n'est certainement pas plus mauvais que les autres. On mélange 1 litre de chaux fraîchement éteinte avec 1 kilogramme de sel de cuisine et 4 litres d'eau; on fait bouillir en écumant. Finalement, pour chaque litre de ce qui reste après une ébullition un peu prolongée, on additionnera 20 grammes d'alun, 10 de sulfate de fer pulvérisé, 15 de potasse et 200 de sable fin; on fait réduire encore et on l'applique au pinceau. (*Le Cosmos.*)

Museum d'histoire naturelle. — M. Dehérain, professeur, commencera son cours de physiologie végétale appliquée à l'agriculture le mardi 24 avril 1900, à l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

LES ADÉNOPATHIES TUBERCULEUSES CHIRURGICALES

(ÉTUDE PATHOGÉNIQUE ET DIAGNOSTIQUE)

Au point de vue chirurgical, les adénopathies tuberculeuses peuvent se diviser en deux groupes : l'un concerne les adénopathies inaccessibles à l'intervention opératoire (adénopathie des ganglions intra-thoraciques et intra-abdominaux) ; l'autre comprend, au contraire, toutes les adénopathies justiciables de l'intervention (adénopathie des ganglions externes de l'organisme). C'est à l'étude pathogénique et diagnostique de ces dernières qu'est consacrée l'intéressante thèse de M. Bouvet (1).

La *pathogénie* de ces déterminations bacillaires mérite d'être brièvement rappelée. Elles relèvent presque toutes d'une infection du système lymphatique par le bacille de Koch. Cette infection peut avoir pour point de départ une lésion tuberculeuse de la peau ou des muqueuses, une plaie accidentelle, voire même une simple érosion.

Le bacille arrive ainsi au contact des mailles du derme. Là, il est englobé par un leucocyte et entraîné par lui dans la circulation lymphatique qui l'amène au ganglion. Il peut fort bien ne laisser aucune trace caractéristique de son passage au niveau du point d'entrée et réaliser ainsi des adénopathies tuberculeuses primitives comme le démontre l'expérimentation. La fréquence des adénopathies tuberculeuses du cou s'explique par l'abondance et la richesse des voies lymphatiques afférentes, et par la fréquence des causes d'infection : faut-il rappeler que les cavités nasale, buccale et pharyngée, que les amygdales, les végétations adénoïdes, les caries dentaires offrent au bacille des portes d'entrée multiples?

Les adénites tuberculeuses coexistent souvent avec des tuberculoses osseuses ostéo-articulaires : aussi a-t-on pu décrire une tuberculose adéno-osseuse. Le retentissement de la lésion osseuse sur le système lymphatique peut s'effectuer par l'envahissement des lymphatiques des os, ou encore par l'intermédiaire du périoste et des tissus environnants, secondairement envahis.

L'infiltration tuberculeuse, que l'on constate aux premiers stades de l'infection expérimentale, s'observe assez rarement chez l'homme. Les lésions du ganglion tuberculeux humain sont moins diffuses et la forme histologique le plus souvent rencontrée est la tuberculose miliaire. C'est de ce type primitif que dérivent les formes caséeuse, suppurée, fibreuse. Le lymphome tuberculeux lui-même se rattache histologiquement à cette forme miliaire.

La propagation de l'infection tuberculeuse se fait de ganglion à ganglion avec une rapidité variable suivant les cas. Le sens de l'infection est de préférence descendant, suivant le cours de la lymphe ; parfois aussi il est ascendant. Cette infection lymphatique peut aboutir à l'infection du milieu sanguin et provoquer l'apparition d'une tuberculose généralisée : c'est toutefois là une terminaison rare. Inversement l'infection ganglionnaire n'est presque jamais d'origine sanguine, et l'on pourrait ainsi résumer tout ce chapitre de pathogénie : *L'infection ganglionnaire tuberculeuse se fait généralement par la voie lymphatique : elle reste presque toujours localisée au système des vaisseaux blancs.*

Plus important peut-être (et certes moins ardu), est le chapitre consacré au *diagnostic*. Une première question se pose tout d'abord : y a-t-il lieu de s'occuper du diagnostic des adénites tuberculeuses et des *adénites aiguës ?* En d'autres termes les adénites tuberculeuses peuvent-elles revêtir la forme aiguë?

Il faut reconnaître que cette confusion ne peut être que rarement commise. Les tuberculoses ganglionnaires ne marchent jamais avec la rapidité des adénites aiguës : leur début, insidieux, indolent, apyrétique, leur marche progressive, diffèrent singulièrement de l'évolution aiguë, fébrile et douloureuse des adénites aiguës. Celles-ci, d'ailleurs, ne succèdent-elles pas le plus souvent à une lésion infectieuse appréciable (streptococcie, diphtérie, etc.)? Seules les adénites pesteuses peuvent apparaître d'emblée, et constituer la première et la seule manifestation externe de l'infection. Mais dans ces cas l'intensité des phénomènes généraux, l'évolution suraiguë du bubon, les caractères particuliers de l'escare lèveront bientôt tous les doutes.

« Le diagnostic des adénopathies tuberculeuses ne saurait donc véritablement se poser qu'avec les adénites chroniques et les tumeurs des ganglions.

Les *adénites chroniques* simples peuvent être chroniques d'emblée, ou bien succéder à une poussée d'adénite aiguë.

Ce dernier cas est représenté notamment par les engorgements qui suivent les accès de *fièvre ganglionnaire*.

Le diagnostic des adénopathies tuberculeuses avec la fièvre ganglionnaire est d'autant plus difficile que, dans cette dernière, la phase aiguë préparatoire manque souvent, et que le germe tuberculeux peut venir secondairement se greffer sur une adénite banale antérieure. Il ne sera même possible que si l'on peut établir l'absence de poussées fébriles antécédentes : dans les autres cas la coexistence d'autres lésions tuberculeuses, les caractères spéciaux de la suppuration, l'envahissement secondaire de la peau par le processus tuberculeux permettront parfois de poser le diagnostic d'adénite due au bacille de Koch. Quant à l'affection rare décrite par M. Ricard en 1889 sous le nom d'adénopathie pseudo-tuberculeuse, elle semble devoir être identifiée au symptôme tuberculeux étudié par MM. Berger et Bezançon, et, par suite, reconnaître une origine nettement bacillaire.

L'*adénopathie syphilitique* est ordinairement facile à différencier de l'adénopathie tuberculeuse. Ce n'est que dans des cas rares que l'on peut observer des phénomènes complexes, de véritables associations de syphilis et de tuberculose où il devient très difficile de faire la part de chaque infection.

Les *adénopathies épithéliomateuses* ont pour caractères distinctifs d'être ordinairement unilatérales, de présenter une consistance dure, ligneuse, de provoquer presque toujours des phénomènes de compression ; elles accompagnent, enfin, un néoplasme souvent évident. Aussi leur diagnostic sera-t-il généralement aisé.

Il n'en va pas de même des *tumeurs primitives des ganglions*, qui ont donné lieu à tant de discussions passionnées. M. Bouvet, conformément à l'opinion classique, les range en trois groupes distincts, lymphadénie aleucémique, lymphadénie leucémique, sarcome primitif des ganglions. De ces tumeurs celles du premier groupe surtout peuvent, à toutes les périodes, revêtir l'expression clinique des adénopathies tuberculeuses. L'identité symptomatique est même parfois si parfaite que l'on s'est demandé s'il ne s'agissait pas, dans ces cas, de lymphadénomes vrais secondairement infectés par le bacille de Koch. Cette hypothèse, combattue par MM. Sabrazès et Duclion au nom de l'antagonisme de la tuberculose

(1) Thèse de Paris, 1900.

et des tumeurs malignes, est actuellement acceptée par bon nombre d'auteurs. »

La réciproque est-elle exacte? en d'autres termes un néoplasme peut-il envahir un ganglion tuberculeux? « La chose ne paraît pas impossible a priori, et une observation très curieuse nous semble venir à l'appui de cette opinion. Il s'agirait d'une transformation sarcomateuse d'une masse ganglionnaire déjà opérée comme adénopathie tuberculeuse et récidivée. »

Le sarcome primitif des ganglions est une affection rare, extrêmement maligne; il offre en général des caractères cliniques assez nets : tels sont l'augmentation rapide de volume de la tumeur, l'existence de douleurs et des troubles de compression, la formation précoce d'adhérences, la généralisation du néoplasme.

En somme, il est bien souvent impossible de différencier les adénopathies tuberculeuses des tumeurs primitives des ganglions; un seul symptôme pourrait entraîner la conviction en faveur d'une lymphadénie, la constatation d'une leucémie à forme mononucléaire, avec présence d'éosinophile en excès, de mastzellen et d'éléments anormaux. Quant aux lymphadénomes aleucémiques, seul l'examen histologique et bactériologique, suivi de l'inoculation, peut établir le diagnostic, et encore y a-t-il d'importantes réserves à faire sur la valeur diagnostique absolue de chacun de ces procédés.

L'examen histologique ne vaut que s'il est nettement positif. Mais l'examen histologique négatif ne doit pas toujours faire conclure à l'absence du bacille de Koch, car l'inoculation au cobaye donnera parfois alors un résultat positif. Les mêmes réserves sont encore applicables aux résultats fournis par l'examen bactériologique, et par l'inoculation au cobaye. Il est en effet permis de penser, actuellement, que certaines tuberculoses atténuées peuvent n'être pas décelées par l'inoculation au cobaye. Tel paraît être, en particulier, le cas du lymphome tuberculeux. L'inoculation ne saurait donc être considérée comme un moyen de diagnostic d'une absolue sûreté, lorsqu'elle aboutit à un résultat négatif.

Il faut enfin signaler un autre moyen de diagnostic encore peu connu. L'agglutination du bacille de Koch a été constatée dans tous les cas de tuberculose, par MM. Arloing et Courmont : mais il ne faut pas oublier que cette agglutination est souvent assez faible dans les tuberculoses chirurgicales, et qu'elle existerait assez souvent chez des individus cliniquement non tuberculeux. Ces deux remarques diminuent dans une certaine mesure la valeur de ce dernier procédé.

FIÈVRE TYPHOIDE COMPLIQUÉE DE PNEUMOTHORAX

Par MM. Dettling, médecin-major de deuxième classe,
et Remlinger, médecin aide-major de première classe (1).

Le pneumothorax est une complication bien imprévue de la fièvre typhoïde. Au cours des recherches bibliographiques forcément incomplètes que nous avons pu faire à Tunis, il nous a été impossible d'en trouver un seul cas publié; l'observation suivante, prise dans le service de M. le médecin-major de première classe Dornier, tire son intérêt de cette rareté et de ce que l'autopsie a mis nettement en lumière le mécanisme de la complication :

M... (Léon), vingt-quatre ans, cultivateur avant l'incorporation, trente-deux mois de service au 98e régiment d'infanterie; en Tunisie depuis six mois, caserné au palais de Ksar-Saïd, où règne une épidémie de fièvre typhoïde.

Entré à l'hôpital du Belvédère le 6 juillet 1899, il fait remonter à douze jours environ le début de son affection.

A cette époque, il a commencé à ressentir une diminution des forces et de l'appétit. Puis, des maux de tête sont survenus, la fièvre s'est allumée; le malade a eu de la diarrhée, des épistaxis, de l'insomnie.

Le jour de l'entrée, le tableau symptomatique de la fièvre typhoïde est au complet. M... est admis aussitôt dans la salle affectée au traitement des dothiénentériques.

Il est traité par les bains froids, les toniques, les antiseptiques intestinaux, le sulfate de quinine.

La maladie revêt d'emblée une forme grave et affecte assez exactement le type ataxo-adynamique : céphalée vive; agitation, délire, surtout nocturne; parole hésitante et saccadée; trémulation de la langue et des muscles de la face; soubresauts des tendons.

A côté de ces signes qui trahissent l'hypertoxicité de l'infection, il n'existe d'autre complication qu'une bronchite intense, prédominant aux bases.

Le ventre est souple et non douloureux, la diarrhée modérée; les bruits du cœur sont bons.

Ce tableau symptomatique persiste identique pendant trois semaines; aussi est-il inutile de donner, jour par jour, le détail de l'observation.

Trois semaines après l'entrée à l'hôpital, la température qui, jusque-là avait formée, un plateau entre 39 et 40 degrés, commence à réaliser des oscillations descendantes, et atteint la normale le 2 août au matin.

Parallèlement une grande amélioration se manifeste dans l'état du malade. L'agitation, le délire, les soubresauts tendineux disparaissent; la diarrhée cesse. M... répond correctement aux questions posées et se déclare guéri.

On ne note plus que des râles de bronchite disséminés aux deux bases, et l'on peut espérer que le malade est entré en convalescence.

Le 8 août, M... avait passé une fort bonne journée, et, vers huit heures du soir, il se disposait à s'endormir lorsqu'il ressentit subitement, à la base du thorax, du côté gauche, une vive douleur en forme de point de côté.

En même temps, il était opressé et secoué par une petite toux sèche, sans expectoration.

L'un de nous, qui vit le malade à ce moment, pensa simplement à un peu de névralgie intercostale et fit appliquer une douzaine de ventouses qui furent suivies d'un soulagement rapide. Vers minuit, le malade dormait profondément.

Le lendemain, à la visite, le point de côté avait disparu presque complétement; la toux avait cessé, il ne subissait qu'une légère dyspnée (38 respirations).

Quelle fut donc notre surprise en constatant, du côté gauche, tous les signes d'un pneumothorax! A l'inspection, ampliation de la cage thoracique, soulèvement ou abaissement en masse du thorax pendant l'inspiration ou l'expiration; à la palpation, abolition des vibrations thoraciques; à la percussion, exagération de la sonorité, surtout manifeste au niveau des derniers espaces intercostaux.

A l'auscultation, la respiration était diminuée sous la clavicule gauche et dans la partie moyenne de ce poumon.

Au niveau de l'espace de Traube, on entendait un souffle amphorique des plus nets, accompagné de tintement métallique. L'oreille appliquée en ce point, pendant que la per-

(1) *Arch. de méd. et pharm. milit.*, mars 1900.

cussion était pratiquée sous la clavicule, soit avec les doigts soit avec deux pièces de monnaie, percevait un bruit d'ailleurs extrêmement intense. L'auscultation de la voix parlée, chuchotée, l'auscultation de la toux donnaient lieu aux mêmes phénomènes de résonnance.

En arrière, les signes étaient très analogues : simple diminution de respiration dans les fosses sus et sous-épineuses, puis de la pointe de l'omoplate à la base, tous les signes de pneumothorax. L'auscultation pratiquée en arrière, pendant que le malade avalait un verre d'eau, faisait entendre, de façon très nette, le bruit de glouglou décrit par Dieulafoy.

La succussion hippocratique faisait défaut et ce signe rapproché de l'absence de matité à la base droite faisait penser à un pneumothorax pur, sans hydrothorax.

Du côté du poumon droit, respiration supplémentaire en avant et en arrière du haut en bas. Quelques râles de bronchite à la base. Rien au sommet.

Le cœur était refoulé loin vers la droite. Le maximum des bruits s'étendait le long du bord droit du sternum. On ne voyait ni ne sentait la pointe. Bruits un peu sourds. Tendance au rythme pendulaire. 128 pulsations.

Les jours suivants, une amélioration sensible se produit dans l'état du malade. La température forme un plateau entre 37 et 38 degrés. Le nombre des pulsations descend à 108, celui des respirations à 24. M... n'éprouve aucun phénomène subjectif et déclare se très bien trouver. Le soir, cependant, l'état est un peu moins bon; vers sept ou huit heures, la respiration et le pouls s'accélèrent; la face se cyanose légèrement; le sommeil ne vient pas et il y a une légère sensation d'angoisse. L'injection de 1 demi-centigramme de chlorhydrate de morphine fait rapidement cesser tous ces symptômes, et le malade dort jusqu'au matin. Les signes physiques demeurent identiques. A la base gauche, il n'y a toujours pas de matité et la succussion continue à faire défaut. Le malade se sent grand appétit et l'alimentation est reprise avec les précautions d'usage. L'état général est satisfaisant. Le pronostic paraît, jusqu'à un certain point, favorable.

A partir du 15 août, une expectoration purulente assez abondante fait son apparition. Elle est attribuée à la bronchite du poumon droit.

A cette date, si le pneumothorax ne faisait aucun doute, son mécanisme paraissait un peu obscur. Etant donné la grande fréquence des infarctus au cours de la dothiénentérie, on songe à un infarctus suppuré ouvert dans la plèvre, mais on pense également à la rupture de vésicules d'emphysème. Cet emphysème se serait produit à la faveur de la bronchite très marquée pendant tout le cours de la maladie.

On pense enfin à de la tuberculose ayant compliqué la dothiénentérie, mais l'analyse de l'expectoration écarte cette hypothèse.

En même temps, le résultat nettement positif du sérodiagnostic montre qu'on n'a pas pris pour une dothiénentérie une tuberculose aiguë.

Le 20 août au matin, le malade se trouve un peu moins bien. La température, qui était de 37°7 le 19 au soir, est montée à 38°4. Aucun signe objectif ne donne l'explication de cette aggravation. Le soir, il est pris subitement d'un violent accès de toux et de dyspnée, de tous points comparable à celui du 8 août, mais sans sensation de point de côté. La face est cyanosée, l'angoisse est vive. Pas d'expectoration. L'application de ventouses sèches et l'injection de 1 demi-centigramme de morphine procurent une légère amélioration.

Le lendemain matin, on note 40 respirations, 120 pulsations.

Le malade est cyanosé. Les ailes du nez battent violemment. Le pneumothorax prend les allures d'un pneumothorax suffocant. Les signes physiques se sont bien modifiés. Le pneumothorax, limité jusqu'ici à la base du poumon gauche, est maintenant total.

En avant et en arrière, c'est du haut en bas de la poitrine que l'on entend le souffle amphorique, le tintement métallique, le bruit d'airain, la résonance vocale. Pour la première fois, la percussion de la base droite donne de la matité sur cinq travers de doigt environ, et l'on observe la succussion hippocratique. Une ponction, pratiquée à l'aide de l'appareil Potain, donne issue à 250 grammes d'un liquide séreux, légèrement hématique. Dans l'hypothèse d'un pneumothorax à soupape, M. le médecin-major de première classe Géraud pratique une coracotomie dans le huitième espace intercostal. Deux tubes de caoutchouc, disposés en canon de fusil, sont maintenus à demeure dans la plèvre.

Cette opération est suivie d'un soulagement immédiat. La température baisse. Le 22 au matin, le chiffre des respirations est descendu à 36, celui des pulsations à 100. Les signes physiques continuent naturellement à être ceux d'un pneumothorax total.

Le cœur n'est pas revenu vers la gauche; le maximum des battements coïncide toujours avec le bord droit du sternum.

L'expectoration augmente et est franchement purulente.

L'examen révèle pour la deuxième fois l'absence du bacille de Koch.

24 août. L'état général faiblit un peu. Apparition d'un léger œdème bimalléolaire. Aucune douleur aux membres bres inférieurs, particulièrement sur le trajet des veines. Pas d'albumine dans l'urine. Cet œdème est considéré comme de nature cachectique.

Jusqu'au 27 août, l'état demeure stationnaire. Aucune particularité intéressante. Le nombre des respirations oscille entre 24 et 30; celui des pulsations entre 100 et 110.

Le 28, l'état du malade s'est aggravé. 158 pulsations, 88 respirations. Teinte cyanique de la face. Le pneumothorax prend de rechef les allures d'un pneumothorax suffocant. On songe à une obstruction des drains, et l'on en pratique le cathétérisme.

29 août. Dyspnée et asphyxie croissantes. 132 pulsations, 52 respirations. Cyanose intense de la face et des extrémités. Le poumon droit est plein de gros râles ronflants, sibilants et humides. Le malade n'a plus la force d'expectorer.

30 août. Etat désespéré. Pouls incomptable. Refroidissement des extrémités. Mort à huit heures trente du matin.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort. — Rien de particulier à l'ouverture de la cavité abdominale; la muqueuse du gros intestin est normale, ainsi que celle de l'appendice. Sur l'intestin grêle, on constate, au voisinage de la valvule iléo-cæcale, quatre plaques de Peyer, en voie de cicatrisation et présentant chacune encore une à deux petites ulcérations; plus haut, il y a de nombreuses plaques épaisses avec cicatrices récentes et pigmentées. Les ganglions mésentériques sont hypertrophiés.

Les reins sont petits et congestionnés, mais se décortiquent bien; poids de chacun : 140 grammes; pas d'infarctus.

La rate, fortement adhérente à l'estomac, est noire et dif-

fluente. Elle pèse 190 grammes et ne présente pas non plus trace d'infarctus.

Le foie, petit, mou, graisseux, a l'aspect caractéristique du foie typhique ; son poids est de 1420 grammes.

Le péricarde renferme environ 100 grammes de liquide citrin.

Le cœur est situé derrière le sternum, son bord dépassant un peu le bord sternal droit ; la pointe se trouve au niveau de la réunion du cinquième cartilage intercostal gauche avec le sternum. La portion montante et la portion descendante de la crosse aortique sont ainsi situées dans le même plan antéro-postérieur et le vaisseau est légèrement décroisé par rapport à l'artère pulmonaire.

L'hémithorax gauche renferme environ 300 grammes de liquide séreux.

Le poumon n'est pas rétracté en moignon autour de la bronche, mais appliqué dans la gouttière costo-vertébrale ; son sommet, encore assez volumineux, est à 8 centimètres au-dessous de la voûte thoracique ; l'extrémité inférieure se termine par une mince lamelle, qui s'arrête également à plusieurs centimètres du diaphragme. Des adhérences fibrineuses récentent délimitent, à la base du thorax, une petite cavité et la séparent complètement du grand espace pleural occupé par le pneumothorax ; la rupture de ces pseudo-membranes rétablit la communication et détermine l'écoulement de la sérosité par le drain ; d'autres adhérences, fibrineuses également, unissent la partie postéro-inférieure à la plèvre pariétale, à peu près au niveau de l'angle de l'omoplate.

L'insufflation de la bronche gauche, après que la cavité pleurale a été remplie d'eau, produit un échappement d'air à grosses bulles dans la région d'insertion des fausses membranes, que nous venons de signaler ; un sifflement se produit en même temps au niveau d'une petite ulcération, grosse comme une lentille, située à la partie antéro-externe de la base du lobe supérieur. Le sommet se laisse encore gonfler et crépite sous le doigt, mais la base est complètement atélectasiée.

Les adhérences moyennes et inférieures sont aisément rompues au doigt ; on arrive à détacher la plèvre pariétale sous forme de lambeaux fibrineux de plusieurs millimètres d'épaisseur.

Le poumon droit remplit complètement le côté droit ; il ne s'est pas affaissé au moment de l'ouverture du thorax, parce qu'il a contracté dans toute son étendue des adhérences intenses avec les plèvres pariétale, diaphragmatique, qui, après l'enlèvement du poumon, se présentent sous forme d'épais feuillets tomenteux.

Le poids du poumon gauche enlevé est de 570 grammes. Outre les fausses membranes s'insérant à la partie postéro-inférieure du lobe supérieur, on découvre une petite ulcération irrégulière, grise, granuleuse, ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes ; une coupe transversale montre qu'elle sert de base à une infiltration en forme de cône et en voie de ramollissement, présentant, en un mot, les caractères d'un infarctus pulmonaire. La petite ulcération située à la même hauteur, mais en avant, correspond également au centre d'un petit infarctus (1).

Au poumon droit, on découvre un autre infarctus volumineux en voie de ramollissement ; il est situé dans la partie moyenne et externe du lobe supérieur ; la plèvre pariétale porte l'empreinte de sa base sous forme de suffusion sanguine brunâtre, qui a le diamètre d'une pièce de 2 francs. Le poumon pèse 930 grammes. Il n'y a pas trace d'emphysème ni de tuberculose.

Le cœur est petit, flasque ; le myocarde est pâle ; les cavités ne renferment pas de caillots et les valvules paraissent absolument saines.

Ne trouvant pas dans le cœur la cause des infarctus, on songe au système veineux. Effectivement dans une valvule située à la naissance de la veine fémorale droite on découvre un caillot blanc de 2 centimètres de long. Dans l'iliaque primitive du même côté, un autre caillot obstrue incomplètement la lumière du vaisseau : en voie de désagrégation à sa surface, il adhère par sa profondeur à la paroi veineuse, et sont extrémité effilée pointe librement dans la veine cave inférieure. Un troisième caillot, de 4 centimètres de long, également en voie de ramollissement, siège à gauche au point de bifurcation de la veine iliaque primitive.

Cette autopsie paraît fournir l'explication de tous les symptômes observés pendant la vie. Au cours d'une fièvre typhoïde grave, notre malade a fait une phlébite des veines iliaques à symptomatologie fruste, traduite, seulement dans dans les derniers jours, par un peu d'œdème malléolaire.

Du bout central du caillot ramolli et suppuré sont parties à destination du poumon, trois embolies qui ont déterminé trois infarctus.

Le premier s'est rompu dans la plèvre, à la date du 8 août, et a donné lieu au pneumothorax de la base gauche, demeuré partiel en raison de solides adhérences formées au niveau de l'infarctus, avant sa rupture.

Le deuxième a atteint le sommet du poumon droit ; il a commencé à suppurer à partir du 15 août ; il fut la source de cette expectoration abondante qui fit un instant songer à la tuberculose, mais où l'analyse ne put déceler de bacilles. Enfin, un troisième infarctus, situé en avant du premier mais plus haut que lui, s'est rompu dans la plèvre le 20 août ; à cette date, les signes d'un pneumothorax total ont remplacé ceux d'un pneumothorax partiel observés jusqu'alors. La pleurotomie a procuré au malade un soulagement passager, mais les adhérences, formées autour des drains, n'ont pas tardé à séparer ceux-ci de la cavité pleurale où l'air a recommencé à s'accumuler sous une pression sans cesse croissante. Le poumon droit, siège lui aussi d'un infarctus, était incapable d'une longue suppléance. La mort est survenue rapidement par asphyxie croissante.

Nous nous permettons d'attirer un instant l'attention sur ces phlébites latentes qui surviennent au cours des maladies infectieuses et qui ont été bien étudiées par de Brun (1), par Vaquez (2), et, dans sa thèse inaugurale, par notre camarade Serre (3).

En recherchqnt des phlébites dans les cas analogues au nôtre, on arriverait certainement à trouver trop absolue l'opinion de Moore [de Dublin (4)], qui attribue les embolies si fréquentes, au cours de la dothiénentérie, à des caillots

(1) La dissection des branches de l'artère pulmonaire aboutissant aux deux infarctus, ne montre pas de caillot, ce qui s'explique sans doute par l'époque éloignée à laquelle remontent les embolies.

(1) De Brun. *Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens*, Th. de Paris, 1884.

(2) Vaquez. Clinique médicale de la Charité, art. Phlébite.

(3) Serre. *De l'origine embolique des thromboses de l'artère pulmonaire, particulièrement chez les tuberculeux*, Th. de Lyon, 1895.

(4) Moore. *Dublin Journ. of med. Sc.*, mai 1899.

intracardiaques, produits par le ramollissement du myocarde. Pour ce qui est de la petite circulation, cela est certainement très exagéré.

Chez notre malade, le cœur droit était, comme le cœur gauche, du reste, absolument vide de caillots. Le rein, la rate, le cerveau ne contenaient aucun infarctus. Ce sont des preuves indirectes en faveur du rôle causal de la phlébite.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'entéro-colite muco-membraneuse.

L'entéro-colite muco-membraneuse est une affection extrêmement fréquente et qui apparaîtrait plus fréquente encore si elle ne passait le plus souvent inaperçue des malades ou n'était longtemps méconnue par les praticiens.

L'obscurité qui a longtemps régné sur sa pathogénie et l'extrême variété des formes cliniques de cette affection expliquent le peu de place que son étude occupe dans les traités classiques. Aussi la très complète monographie (1) que M. Gaston Lyon vient de lui consacrer vient-elle compléter heureusement la série de travaux qu'il a entrepris sur l'entéro-colite muco-membraneuse (2).

I. Chez l'**adulte** la maladie est habituellement *chronique d'emblée*, le début par entérite aiguë étant extrêmement rare. On peut aussi rencontrer des *formes avec paroxysmes* et des *formes fébriles*.

Dans la FORME CHRONIQUE, le traitement doit s'adresser surtout à l'état local, c'est-à-dire à la constipation et à l'irritation intestinale et aux douleurs qui en résultent; il doit avoir encore pour but de soutenir l'état général.

Le régime alimentaire a donc une extrême importance, il ne doit pas être exclusif et doit viser surtout à relever les forces en ne laissant pas de résidus, ce qui élimine le régime végétarien. Le régime lacté exclusif devra être réservé aux crises paroxystiques.

Parmi les aliments à permettre signalons le lait, les potages au lait et les préparations lactées; les œufs sous toutes les formes; les viandes grillées ou rôties, les cervelles, le poulet, les poissons à chair tendre, les légumes secs passés au tamis, les salades et les fruits cuits, les fromages frais, le pain en petite quantité.

Comme boisson le vin ou la bière légère coupés d'eau de source, d'eau d'Alet, de Contrexéville ou d'Évian. Les infusions chaudes sont utiles à la fin des repas.

Contre la constipation on peut utiliser la graine de lin (avant chaque repas une grande cuillerée de graines de lin épurées et trempées pendant trois à quatre minutes dans un quart de verre d'eau froide). M. Lyon préfère les graines de psyllium que les malades semblent avaler plus facilement. Le meilleur laxatif est évidemment l'huile de ricin à la dose de une à deux cuillerées à café le matin au réveil dans du cassis.

On peut employer un certain nombre de formules à titre de succédanés.

G. Sée prescrivait avant chaque repas une cuillerée à café du mélange suivant :

Magnésie calcinée....... }
Soufre lavé............. } ââ 20 grammes.
Crème de tartre......... }

(1) *L'entéro-colite muco-membraneuse*, une monographie de l'« Œuvre médico-chirurgical », Paris, Masson et Cie.

(2) *Gaz. des hôpit.*, Rev. gén., 11 mai 1889.

On peut encore prescrire de la poudre de réglisse, sous la formule suivante, par exemple :

2° Réglisse en poudre...... }
Follicules de séné pulvérisés et épurés par l'alcool. } ââ 12 grammes.

Soufre lavé.............. }
Poudre de fenouil....... } ââ 6 —
Sucre en poudre......... 36 —

Cette poudre porte le nom de poudre de réglisse composée.

G. Sée prescrivait encore :

3° Extrait hydroalcoolique d'hydrastis canadensis........... 1 gramme.
Follicules de séné pulvérisés ... 4 —

Pour 20 pilules. Une à chaque repas.

4° Podophyllin................. 0g02 centigr.
Cascara....................... 0g10 —
Extrait de belladone.......... 0g01 —

Pour une pilule à prendre le soir.

5° Podophyllin .... }
Euonymine.............. } ââ 0g40 centigr.
Extrait de belladone........ 0g20 —
Extrait d'hydrastis canadensis. 1 gramme.
Savon médicinal............. 2 —

Divisez en 20 pilules. Une à deux au dîner.

Il est bon de se rappeler que la podophylle, le cascara sagrada, l'euonymine plus encore que le séné sont susceptibles de déterminer des douleurs, aussi il est bon de les associer à la belladone ou à la jusquiame.

Les lavements, les suppositoires glycérinés, les massages, l'exercice modéré de la bicyclette peuvent faire disparaître la constipation.

S'il y a des ptoses, le repos au lit ou la sangle abdominale de Glénard donnent généralement de bons résultats.

On a successivement préconisé les antiseptiques, puis à titre de décongestif l'ichtyol en lavages à la dose d'une à deux cuillerées à soupe pour un litre d'eau (Bourget, de Lausanne).

M. Revilliod préconise le lavement au bismuth :

Mucilage de pépins de coings. 500 grammes.
Sous-nitrate de bismuth. }
Salicylate de bismuth ... } ââ 10 —

M. Chéron a vanté l'acide picrique. Il fait prendre au malade, lorsque celui-ci a eu une garde-robe, un lavement destiné à être gardé et composé d'un demi-litre d'eau additionnée d'une cuillerée à café de la solution suivante :

Acide picrique............. 1 gramme.
Eau distillée.............. 120 grammes.

M. Charrin a préconisé le nitrate d'argent à 0g20 p. 1000.

Les grands lavages de l'intestin rendent parfois de réels services. Ils agissent, en effet, sur la totalité de l'intestin, entraînant les matières fécales durcies, ainsi que les muco-membranes et font disparaître les phénomènes douloureux. Ils ont la même action que les douches ascendantes que l'on emploie dans certaines stations thermales, mais ils agissent avec moins de brutalité.

Voici comment on procède pour le lavage : On prend un « bock » à injections, dont le tuyau se termine par une sonde œsophagienne, ou mieux par une canule à entéroclyse en caoutchouc rouge. « Le bock ne doit pas être élevé

au delà de 40 à 50 centimètres au-dessus du plan du lit, car il importe que la pression soit modérée. Le malade doit être couché; c'est à cette condition seulement que le liquide peut pénétrer profondément dans l'intestin, mais il n'est pas nécessaire, pour que cette pénétration ait lieu, que la pression soit élevée. Von Genersich, Lesage et Dauriac ont démontré que les pressions faibles favorisent, au contraire, la pénétration du liquide dans le décubitus dorsal. L'emploi de fortes pressions provoquerait d'ailleurs des crises douloureuses. Il est nécessaire que la hanche gauche soit un peu plus élevée que la hanche droite. »

Ces entéroclyses peuvent être faites avec de l'eau bouillie pure. On peut encore additionner chaque litre d'un des paquets suivants :

Bicarbonate de soude.........	5 grammes.
Salicylate de soude...........	1 —

Ou de 4 à 5 grammes de chlorate de soude. Nothnagel emploie encore le chlorure de sodium (5 p. 1000). Les solutions boriquées ou naphtolées sont contre-indiquées comme irritantes. On a pu encore préconiser les grands lavements huileux (Fleiner).

A l'intérieur on recommande les calmants, et la belladone trouve ici une excellente indication :

Extrait de belladone......	} *ââ* 0g01 centigr.
Poudre de belladone.....	

Pour une pilule. En prendre une le matin et une le soir.

M. Mathieu emploie également le menthol :

Menthol..................	0g20 centigr.
Alcool..................	q. s. p. dissoudre.
Sirop simple............	25 grammes.
Eau....................	100 cent. cubes.

Il convient en outre de traiter les troubles gastriques et de surveiller l'état général. Enfin le traitement thermal ne devra pas être négligé, et une saison à Plombières, Néris ou Royat sera le complément de toute médication.

Dans les CRISES DOULOUREUSES PAROXYSTIQUES, il est absolument nécessaire de préconiser le repos au lit, les applications de compresses chaudes, l'emploi de la belladone, à l'intérieur ou bien en suppositoire. Si l'intensité de la douleur l'exige, on fera une injection de morphine. Mais ici encore l'indication essentielle est de nettoyer l'intestin par des purgatifs doux et des lavages.

Dans les FORMES FÉBRILES, tout autre aliment que le lait doit être interdit. Il faut administrer des purgatifs salins ou du calomel, sans en répéter l'emploi trop fréquemment. Enfin on se trouvera bien des grands lavages avec une solution étendue de nitrate d'argent (0g25 à 0g30 par litre). Dans la forme typhoïde, on préconise la diète lactée, les lavages et les bains tièdes.

II. L'entéro-colite muco-membraneuse de l'**enfant** débute ordinairement par une PHASE AIGUE que l'on traite par la diète hydrique (eau bouillie, trois à quatre cuillerées toutes les demi-heures) pour les enfants non sevrés. Chez les enfants sevrés, le régime lacté, les compresses chaudes, les cataplasmes, les bains tièdes à 35 degrés de dix minutes seront recommandés. Si la température dépasse 39, on arrive au bain frais à 30 degrés, puis au bain froid de 28 à 25 degrés, pendant cinq minutes toutes les quatre heures.

Ici encore les lavages donnent de bons résultats.

Contre la douleur le laudanum en lavement (I à III gouttes dans une cuillerée à soupe d'eau à 40 degrés) ou l'antipyrine (0g05 à 0g10 centigrammes dans de l'eau alcaline trois ou quatre fois par jour).

Contre la constipation on emploie l'huile de ricin ou la magnésie. Contre les selles dysentériformes, l'infusion de racine d'ipéca (0g30 à 0g80 dans 100 ou 200 grammes d'eau). Si tendance au collapsus boissons chaudes et injections de sérum (100 à 150 grammes en deux fois); chez les enfants déprimés, les petites injections répétées (10 à 20 grammes) seront utiles.

Dans la forme CHRONIQUE on emploie les lavages, les lavements huileux, l'huile de ricin.

M. Comby fait prendre dix jours par mois, matin et soir, dans une cuillerée d'eau sucrée, un paquet contenant :

Bicarbonate de soude....	} *ââ* 0g25 centigr.
Magnésie calcinée.......	
Poudre de noix vomique...	0g01 —

(*Un demi-centigramme de noix vomique par jour et par année d'âge.*)

Ici encore une cure à Plombières sera un complément thérapeutique indiqué.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas-manuel des maladies de la peau (1), par le professeur MRACEK, édition française par M. L. HUDELO, médecin des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

Il y a longtemps que les dermatologistes se sont préoccupés de représenter en dessins coloriés les types les plus importants et les plus fréquents des maladies cutanées. Mais toutes les publications faites jusqu'à ce jour ont le défaut de ne pas former un ensemble didactique complet et d'être d'un prix très élevé.

Un atlas de format portatif et d'un prix abordable manquait donc aux besoins de l'étudiant et du praticien non spécialisé dans l'étude de la dermatologie. M. le professeur Mracek (de Vienne), bien connu des dermatologistes par ses remarquables travaux personnels, a publié dans la collection internationale d'atlas-manuels, un atlas-manuel des maladies de la peau et un atlas-manuel des maladies vénériennes.

Ces deux atlas, adaptés aux besoins du public médical français par deux anciens chefs de clinique de Saint-Louis, ont le mérite de donner en même temps les idées des deux plus grandes écoles dermatologiques et syphiligraphiques, l'Ecole de Paris et l'Ecole de Vienne.

L'*Atlas-Manuel des maladies de la peau* a été traduit et adopté par M. Hudelo, médecin des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique des maladies cutanées à la Faculté de médecine de Paris, qui l'a enrichi de notes additionnelles, où il met en lumière les opinions et les recherches de l'École française et des maîtres de l'hôpital Saint-Louis.

Voici l'ordre des principaux chapitres :

Troubles des appareils sécrétoires. — Troubles circulatoires. — Dermatoses inflammatoires. — Dermatoses vésiculeuses et bulleuses. — Dermatoses squameuses. — Anomalies de l'épiderme. — Anomalies des poils. — Anomalies des ongles. — Anomalies de la pigmentation cutanée. — Néoplasies cutanées, tumeurs bénignes. — Tumeurs malignes. — Dermatoses microbiennes. — Dermatoses parasitaires.

(1) In-16, 350 p., 102 pl. color. Prix : 20 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les planches de cet ouvrage sont très belles d'exécution et le volume se présente sous une élégante reliure en maroquin souple, tête dorée.

Hygiène du dyspeptique (1), par M. G. Linossier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, membre correspondant de l'Académie de médecine, médecin à Vichy.

L'auteur s'est limité strictement à l'exposé des règles d'hygiène applicables aux dyspeptiques. Les unes concernent tous les malades; et les gens bien portants eux-mêmes, tous plus ou moins guettés par la dyspepsie, feraient bien de s'y astreindre : elles constituent en quelque sorte l'hygiène de la digestion. A cette hygiène courante, chaque anomalie force d'apporter des modifications particulières. L'étude de ces dernières est l'objet de la seconde partie de l'ouvrage, consacrée à l'hygiène spéciale aux divers troubles digestifs.

Conçu dans un esprit essentiellement pratique en même temps que scientifique, ce volume s'adresse non seulement aux médecins mais à tous ceux qui sont justiciables des prescriptions hygiéniques qui y sont développées, c'est-à-dire à tous ceux qui dans leur digestion ou à son occasion éprouvent des phénomènes anormaux.

Mémentos de médecine thermale à l'usage des praticiens (2), publiés sous la direction de M. Morice, rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux*.

La littérature médicale est encombrée par le nombre toujours croissant des monographies publiées journellement sur les eaux minérales. Parmi ces monographies, quelques-unes sont remarquées; d'autres, non moins sérieuses, tombent dans l'oubli. Débordé, le praticien ne peut suffire à cette lecture; et pourtant, quel intérêt n'a-t-il pas de savoir *formuler*, à un moment donné, la *cure thermale appropriée?*

C'est là précisément la raison d'être du volume que nous présentons aujourd'hui aux médecins. Ce qu'est ce volume, ce qu'il vaut, ce qu'il vise, M. Huchard, dans l'introduction qu'il a bien voulu en faire, va se charger de le dire :

« Faire connaître aux praticiens, rapidement et d'après l'ordre alphabétique, plus de quarante stations hydrominérales répandues dans toute la France, donner sur elles tous les renseignements généraux, avec les propriétés physiques et chimiques, l'action physiologique, la description, le mode d'administration, les indications et contre-indications de chacune de ces eaux étudiées par les médecins les plus compétents et les plus expérimentés, n'est-ce pas là une œuvre à la fois patriotique, scientifique, humanitaire?

« Elle est patriotique, puisqu'elle démontre une fois de plus que, de toutes les contrées du monde, la France est la plus riche en eaux minérales, par leur nombre, par leurs variétés, par leur puissance d'action, et que les médecins de notre pays seraient bien coupables de méconnaître ou de négliger de si belles richesses.

Elle est scientifique, puisqu'elle donne la preuve des propriétés thérapeutiques, basées sur la composition chimique et l'action physiologique des eaux minérales.

Elle est humanitaire, puisqu'elle profite aux malades en leur réservant une médication des plus efficaces, et aux médecins en leur facilitant singulièrement la tâche.

Telle est l'œuvre heureusement accomplie, grâce à l'initiative de M. le docteur Morice, le distingué rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux*, grâce à la collaboration de savants qui ont parfaitement étudié, décrit, démontré tout ce que de nombreuses observations et une longue expérience leur ont appris.

Les mémentos de médecine thermale sont donc appelés au plus grand succès, puisque leur lecture et leur connaissance peuvent rendre les plus grands services; ils seront comme le *vade-mecum* des praticiens. Pour ma part, je les ai lus avec le plus vif intérêt, un profit réel, et chacun de nous laissera cet instructif volume à la portée de la main sur sa table de travail pour y puiser à chaque instant des renseignements utiles.

(1) In-16. Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un vol. cart. — Paris, A. Maloine, et aux bureaux de la *Gazette des eaux*, 42, rue du Cherche-Midi.

Pathologie buccale et naso-faciale, moyens de remédier par l'art prothétique aux difformités et destructions (1), par le professeur Goldenstein, médecin-chirurgien-dentiste, lauréat de l'Académie de médecine de Paris.

Ce mémoire contient :

1° Une série de faits démonstratifs avec 11 photographies prises sur nature avant et après les restaurations. Ces faits se rapportent à des accidents divers, mais sont surtout consécutifs à la syphilis.

2° Les observations des cas de ces malades, avec description des appareils imaginés et construits par l'auteur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 30 avril au 5 mai 1900)

Examens de doctorat.

Lundi 30 avril, à une heure. — 2e, *Faculté, salle n° 2* (oral, 1re partie) : MM. Jalaguier, Gley et Launois.

1er, *Faculté, salle n° 1* : MM. Rémy, Retterer et Sébileau; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Kirmisson et Walther; — (2e série) : MM. Terrier, Lejars et Delbet; — (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine et Gaucher; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Delens, Mauclaire et Legueu; — (2e série) : MM. Tuffier, Poirier et Broca (Aug.); — M. Teissier, suppléant.

Mardi 1er mai, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Blanchard et Achard.

1er, *Faculté, salle n° 2* (1re série) : MM. Berger, Rémy et Thiéry; — *Ecole pratique, salle n° 4* (2e série) : MM. Schwartz, Quénu et Poirier.

3e (2e partie), *Petit amphithéâtre* (1re série) : MM. Dieulafoy, Hutinel et Thiroloix; — *Faculté, salle n° 3* (2e série) : MM. Raymond, Charrin, et Marfan.

4e, *Faculté, salle n° 1* : MM. Proust, Chassevant et Vaquez; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Faure et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Chantemesse et Roger; — (2e série) : MM. Debove, Joffroy et Ménétrier; — M. Dupré, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

Mercredi 2 mai, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Kirmisson, Lejars et Walther.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Hayem, Hanriot et Widal.

1er, *Faculté, salle n° 3* (1re série) : MM. Rémy, Retterer et Delbet; — *Faculté, salle n° 1* (2e série) : MM. Poirier, Jalaguier et Sébileau.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Delens, Varnier et Mauclaire.

(1) In-8°, 72 pages. Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

3e (2e partie, nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Brissaud, Gaucher et Desgrez.

3e (2e partie), *Grand amphithéâtre* : MM. Fournier, Déjerine et Wurtz ; — M. Weiss, suppléant.

JEUDI 3 MAI, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Berger, Poirier et Albarran.

3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Hanriot et Teissier.

2e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Blanchard, Thiéry et Launois.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 4*: MM. Schwartz, Faure et Wallich ; — (2e partie), *Faculté, salle n°* 3 (1re série) : MM. Debove, Charrin et Thoinot ; — *Petit amphithéâtre* (2e série) : MM. Raymond, Achard et Wurtz

4e, *Faculté, salle n°* 2 : MM. Proust, Pouchet et Widal ; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 4 MAI, à une heure. — 1er, *Grand amphithéâtre* (1re série) : MM. Tuffier, Lejars et Sébileau ; — *Faculté, salle n°* 3 (2e série) : MM. Poirier, Broca (Aug.) et Legueu.

3e (2e partie), *Faculté salle n°* 2 (1re série) : MM. Grancher, Déjerine et Gaucher ; — *Faculté salle n°* 1 (2e série) : MM. Potain, Hayem et Teissier.

4e, *Petit amphithéâtre*, : MM. Pouchet, Thoinot et Wurtz ; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Tillaux, Jalaguier et Walther ; — (2e série) : MM. Delens, Kirmisson et Delbet ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Widal et Vaquez ; — M. Mauclaire, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. André, suppléant.

SAMEDI 5 MAI, à une heure. — 2e partie, nouveau régime, *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Blanchard et Ménétrier.

1er, *Faculté salle n°* 1 : MM. Brun, Thiéry et Faure.

2e (oral, 1re partie), *Faculté salle n°* 3 ; — MM. Rémy, Schwartz et Poirier.

3e (2e partie), *Faculté salle n°* 2 (1re série) : MM. Hutinel, Roger et Dupré ; — *Petit amphithéâtre* (2e série) : MM. Dieulafoy, Marfan et Vaquez ; — M. André, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Debove, Chantemesse et Achard ; — (2e série) : MM. Joffroy, Raymond, et Thiroloix ; — M. Albarran, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich ; — M. Weiss, suppléant.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

1. M. Liaras. Contribution à l'étude de l'infection tuberculeuse par la voie nasale (Recherches bactériologiques et cliniques). — 2. M. Noc. Étude anatomique des ganglions nerveux du cœur chez le chien et de leurs modifications dans l'intoxication diphtérique expérimentale aiguë. — 3. M. Berton. Étude sur le pessimisme littéraire contemporain dans ses rapports avec la névropathie. — 4. M. Robilliard. Du mycosis fongoïde et spécialement de la forme dite à tumeurs primitives d'emblée. — 5. M. Petit. De l'accouchement artificiel rapide. — 6. M. Pasteau. De la prostatectomie sus-pubienne. — 7. M. Servel. Contribution à l'étude des manifestations musculaires dans la blennorragie. La myopathie blennorragique. — 8. M. Metreau. Du pronostic du cancer de la verge. — 9. M. Fraikin. L'ovarite scléro-kystique. — 10. M. Nuel. Contribution à l'étude des paralysies post-anesthésiques. — 11. M. Gandin. Contribution à l'étude de la prophylaxie des maladies contagieuses dans les chemins de fer. — 12. M. Le Peructeur. De l'hygiène des populations maritimes de la Bretagne armoricaine. — 13. M. Rothamel. De l'agglutination du bacille de la tuberculose humaine étudiée plus spécialement chez les tuberculeux cachectiques. — 14. M. Convy. Contribution à l'étude de l'adénome et de l'adéno-épithéliome des glandes sudoripares. — 15. M. Fichet. Le théâtre ; hygiène et sécurité. — 16. M. Plomb. La transmission du paludisme à l'homme par les moustiques (Revue générale). — 17. M. Motheau. Contribution à l'étude de la glycosure alimentaire. — 18. M. Brengues. Contribution à l'étude de l'agglutination du bacille d'Eberth par les substances chimiques. — 19. M. Carrère. De la dilatation dans le traitement du phimosis congénital. — 20. M. Erdinger. Des variations du rayon de courbure de la cornée sous l'influence de l'atropine. — 21. Mlle Chartron. Contribution à l'étude de la psychose post-éclamptique. — 22. M. Kérandel. Les dermatophobies. — 23. M. Martin. Du rôle de la veine porte dans la genèse des abcès tropicaux du foie. — 24. M. Viala. L'opothérapie thyroïdienne appliquée au traitement des affections rhumatismales. — 25. M. Bernard. Recherches expérimentales sur la transmission des incitations motrices dans la moelle épinière. — 26. M. Brochard. Contribution à l'étude des procédés d'isolement du bacille typhique. — 27. M. Fournié. De l'onirocritie comitiale (Les rêves chez les épileptiques). — 28. M. Ledoux. Contribution à l'étude des acrodermatites. — 29. M. Ribot. L'hygiène et la démographie à Marseille. — 30. M. Traissac. Contribution à l'étude du traitement des métrites du col avec ectropion. (Le permanganate de potasse.) — 31. M. Gravot. Étude historique et critique des fièvres qui ont régné épidémiquement à Bordeaux en 1805. — 32. M. Castaing. L'hémostase par les injections hypodermiques de sérum gélatiné (Étude clinique). — 33. M. Coriveaud. Étiologie et pathogénie des déchirures spontanées du col de l'utérus pendant l'accouchement chez les primipares. — 34. M. Martin. De la fréquence de l'empyème des cavités accessoires du nez (Recherches anatomo-pathologiques et cliniques). — 35. M. Fermont. De l'angiome de l'orbite. — 36. M. Augé. Des modifications récentes apportées à l'électrolyse des angiomes par l'électropuncture bipolaire. — 37. M. Lenoir. Méralgie paresthésique. — 38. M. Marty. Contribution à l'étude de l'hématomyélie centrale. — 39. M. Rogé. De la sédentarite. Quelques considérations d'hygiène.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de dermatologie (1900), par les docteurs Hallopeau et Leredde. Un vol. gr. in-8° de 1 000 p. avec pl. coloriées, d'après les aquarelles photographiques de M. Méheux. — Prix cart. : 30 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les sanatoria (traitement et prophylaxie de la phtisie pulmonaire), par le docteur S. A. Knopf, de la Faculté de Paris et de Belleme, hospital medical College (New-York). Un vol. gr. in-8° jésus, de 496 p. avec 92 fig., cart. à l'anglaise. — Prix : 22 francs. — Paris, Georges Carré et C. Naud.

L'hypertrophie sénile de la prostate, par le docteur A. Guépin, professeur libre de pathologie génito-urinaire. Un vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Vigot frères.

Cure radicale opératoire de la hernie inguinale avec un nouveau procédé, par le docteur Ch. Fournel (de Paris). Petit in-8° avec 22 fig. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

L'irritabilité dans la série animale, par le docteur Denis Courtade, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, lauréat de l'Institut. Un vol. in-8° écu cart. (collection Scientia n° 7). — Prix : 2 fr. — Paris, Georges Carré et C. Naud.

Comment on se défend contre les maladies du sang ; la lutte contre l'anémie et les pâles couleurs, par le docteur H. Labonne, licencié ès sciences. Un vol. de 44 p. — Prix : 1 franc. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

ÉLIXIR & PILULES GREZ CLHORHYDRO-PEPSIQUES
1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas.

ALBUMINATE DE FER LAPRADE
Chloro-anémie. 1 verre à liqueur à chaque repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, rue de Maubeuge.

AFFECTIONS de l'ESTOMAC

QUASSINE ADRIAN

DRAGÉES à 25 mill. de **QUASSINE AMORPHE.**
GRANULES à 2 mill. de **QUASSINE CRISTALLISÉE.**

Une Dragée ou un Granule avant chaque repas.

POUDRE DE VIANDE
de TROUETTE-PERRET
La plus agréable à prendre
sans odeur ni saveur.
E. TROUETTE, 15, rue des Immeubles-Industriels, PARIS

à 0gr05 par c³
AMPOULES CACODYLIQUES FRAISSE
FRAISSE 83, r. Mozart PARIS
ENVOI GRATUIT

PILULES DE BLANCARD
à l'Iodure ferreux inaltérable
APPROUVÉES par l'ACADEMIE de MÉDECINE

ANÉMIE-CHLOROSE
TUBERCULOSE
SCROFULES
GOITRE
&c.

PILULES DE BLANCARD

DOSES
à 6 Pilul. } par jour
1 à 3 cuill. de Sirop }

SIROP DE BLANCARD
à l'Iodure ferreux inaltérable

N.-B. — Prière de formuler :
PILULES *ou* SIROP de BLANCARD, *exiger le nom, le timbre de garantie et l'adresse :* 40, RUE BONAPARTE, 40.

ICHTHYOL

De l'avis unanime de tous les **Cliniciens** et **Praticiens** qui l'ont expérimenté, l'*ICHTHYOL* a une action à la fois réductrice, astringente, analgésique, antiphlogistique et antiseptique, tout en étant absolument inoffensif. L'emploi du produit, et préparations à base d'Ichthyol est donc tout indiqué dans les *MALADIES CUTANÉES*, la *BLENNORRAGIE*, les *MALADIES DES FEMMES*, dans les *CONJONCTIVITES* et les *AFFECTIONS RHUMATISMALES*, ainsi que dans la *TUBERCULOSE PULMONAIRE*, etc.

S'adresser pour les Monographies et les Échantillons à la SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PRODUITS SANITAIRES et ANTISEPTIQUES, 35, rue des Francs-Bourgeois, Paris.

ETABLISSEMENT de SAINT-GALMIER (Loire)

SOURCE BADOIT

L'Eau de Table sans Rivale
La plus Légère à l'Estomac

DÉBIT de la SOURCE :
PAR AN
30 MILLIONS
de Bouteilles

Déclarée d'Intérêt Public
Décret du 12 Août 1897

ANTIPURULENT

ECTHOL

ANTIPURULENT

FORMULE. — L'ECTHOL contient les principes actifs de l'**ECHINACEA** et du **THUYA**, et son action est constante.

INDICATIONS. — L'anthrax, les **furoncles**, la **fièvre typhoïde**, l'érysipèle, les **morsures venimeuses**, les **tumeurs**, les **PRODUCTIONS CELLULAIRES ANORMALES** et les **SUPPURATIONS**. Cette préparation n'est ni un **ALTÉRANT**, ni un **ANTISEPTIQUE**, au sens habituel de ces termes. Elle occupe une position **INTERMÉDIAIRE** et mérite le nom d'**ANTIPURULENT** ; elle corrige la *dyscrasie des sécrétions* et la *dégénérescence des tissus*.

DOSE. — *Une cuillerée à café, quatre fois par jour, ou plus souvent, suivant les indications.*

S'emploie aussi à l'extérieur dans les **ulcères**, les **piqûres**, **morsures**, etc.

PRIX : **5** FRANCS LA BOUTEILLE

BATTLE & Co. — Dépôt : MM. ROBERTS & Co, 5, rue de la Paix, Paris

---

BROMIDIA

HYPNOTIQUE
ANTINÉVRALGIQUE

Bien qu'opposé à l'usage de spécialités pharmaceutiques, je fus frappé de la formule de votre **BROMIDIA**, et connaissant l'action des ingrédients qui la composent, je ne pouvais me résoudre à croire que la combinaison aurait un plus grand pouvoir que les composants. Cependant, je me soumis à l'essayer dans un cas obstiné de Névralgie mammaire qui avait été réfractaire à une infinité d'autres médicaments. Le résultat fut brillant et dépassa de beaucoup mon attente.

Je fis alors des expériences avec une préparation faite, selon la formule du **BROMIDIA**, par un pharmacien expérimenté, mais les résultats furent incomparablement inférieurs à ceux que donne votre produit. Est-ce à cause de la plus grande pureté de vos drogues ou d'un mode spécial de combinaison ?

Je vous remercie, au nom de l'humanité souffrante, et je demeure, bien à vous,

Dr ORAZIO SATARIANO.

Barrafranca, Italie, 20 juillet 1893.

AVIS IMPORTANT. — Se défier des nombreuses imitations vendues sous le nom de BROMIDIA. Prière à MM. les médecins de bien spécifier la marque BATTLE'S BROMIDIA.

DÉPOT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE ET LES COLONIES { *MM. ROBERTS & Co*, pharmaciens-droguistes, *5, rue de la Paix, PARIS*

PRIX : 5 FR. — *Brochure et échantillons envoyés à MM. les Médecins sur demande.* — PRIX : 5 FR.

N° 48. — JEUDI 26 AVRIL 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 26 AVRIL 1900. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — UN CAS DE SALPINGITE A PÉDICULE TORDU, par M. A. RICARD, agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. — LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DU PNEUMOTHORAX A SOUPAPE, par M. A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — MÉDICAMENTS NOUVEAUX. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine* : Signification au point de vue médical et gravité du symptôme « mydriase monoculaire » chez l'adulte; — Polynévrite postscarlatineuse et ataxie aiguë; — Tuberculose primitive de l'amygdale; — Caféisme chronique; — *Chirurgie :* Étiologie des entérorragies consécutives à l'étranglement herniaire; — Extirpation d'une pyonéphrose sur un rein droit, pourvu de deux bassinets et deux uretères; — *Thérapeutique :* Usage combiné du fer et de l'arsenic dans le traitement des anémies; — Traitement de la coqueluche par l'antipyrine et les vapeurs d'acide phénique; — Rétrécissement mitral pur et cure d'air; — Un moyen simple contre les ulcérations des joues d'origine dentaire. — FORMULAIRE. — THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Limoges.* — M. Descazal est nommé, après concours, chirurgien suppléant des hôpitaux civils.

Facultés de province. — *Lyon.* — M. J. Nicolas est nommé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, chef des travaux de médecine expérimentale et comparée.

Angers. — M. Martin, suppléant, est chargé d'un cours d'histologie pendant la durée du congé accordé à M. Bahuaud (jusqu'au 31 mars 1901).

Limoges. — M. Eymeri, suppléant, est chargé d'un cours de physiologie pendant la durée du congé accordé à M. Thouvenet (jusqu'au 28 février 1901).

Marine. — Des témoignages officiels de satisfaction ont été accordés, pour leur rapport d'inspection générale en 1899, à MM. les docteurs Ambiel, Barthélemy, G.-E.-G. Bourdon, Jourdan, Machenaud, Ortal et Thémoin.

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies vient d'être décernée à MM. le docteur Diet (de Saint-Nazaire) et Brunet, externe à l'hôpital des enfants à Bordeaux.

Legs Tarnier. — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé, par décret présidentiel, à accepter, au nom de ladite Académie, aux clauses et conditions imposées, le legs à elle fait par le professeur Tarnier et consistant en la somme nécessaire pour constituer au profit de cette Compagnie une rente de 5000 francs devant servir, notamment, à la fondation d'un prix annuel de 3000 francs, à décerner au meilleur travail manuscrit ou imprimé relatif à l'obstétrique ou à la gynécologie.

Inauguration de l'Institut Pasteur à Tananarive. — Le courrier de Madagascar arrivé hier à Marseille annonce que l'inauguration de l'Institut Pasteur, à Tananarive, a eu lieu le 23 mars. L'établissement est formé de plusieurs pavillons, situés à quarante minutes de la ville, dans un repli de terrain ombragé. La fête a été très brillante et avait attiré une assistance nombreuse. Des discours ont été prononcés par le médecin-chef, par le docteur Thiraux, par le gouverneur général et par le consul anglais.

Contre la variole. — On télégraphie de Nice au *Temps* :

Un incident s'est produit aux fêtes du couronnement de la madone de Laghet.

Mgr Reggio, archevêque de Gênes, qui assistait aux premières journées des fêtes, s'était rendu à Vintimille pour se mettre à la tête de 500 pèlerins venant de Gênes par train spécial pour assister à la fin des fêtes de Laghet. A Menton, le commissaire spécial s'opposa au passage du pèlerinage, exigeant un certificat de vaccine récent pour chaque pèlerin. Les pèlerins furent obligés de rebrousser chemin. Le commissaire spécial de Vintimille a fait afficher un avis disant que les groupes voulant entrer en France doivent produire un certificat de vaccine.

Cette mesure qui n'a rien de vexatoire ne saurait étonner. On se rappelle, en effet, que le gouvernement italien avait pris sagement les mêmes dispositions, il y a deux mois, à l'égard d'un pèlerinage français allant de Marseille à Rome.

Un ingénieur ingénieux. — Un remède efficace existe, si nous en croyons la note que voici :

Un ingénieur français, qui demeure à Gand, communique un remède qu'il dit infaillible pour guérir le croup, ce mal terrible qui exerce tant de ravages parmi les enfants et qui sème la désolation dans de si nombreuses familles.

Cet ingénieur tient ce remède de sa famille où il s'est transmis de père en fils. Il soutient que, dans des cas extrêmement nombreux, le remède a toujours amené une guérison complète au bout de une ou deux heures.

Voici ce remède :

On cuit un oignon sous la cendre; ensuite on l'étale sur un tissu de mousseline sur lequel on verse une cuillerée à café d'ammoniaque. On applique cet emplâtre chaud sur la gorge de l'enfant et celui-ci est sauvé!! (*Belg. méd.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bidault (d'Évreux); Mahieu (de Tourcoing).

Infirmerie de Saint-Lazare. — *Cours complets élémentaires et pratiques de vénéréologie et de gynécologie.* — La deuxième série de ces cours en 1900, faits par les médecins et chirurgiens de l'infirmerie de Saint-Lazare, commencera le mardi 8 mai, à dix heures et demie du matin, et se continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Le cours sera fait : le mardi par M. Wickham, *Syphiligraphie*; — le jeudi par M. Verchère, *Vénéréologie*; — le samedi par M. Ozenne, *Gynécologie*; — et sera complet en dix-huit leçons.

Seront admis à suivre ces cours les docteurs en médecine et les étudiants en médecine, pourvus de 16 inscriptions, qui se seront fait inscrire chez M. le directeur de Saint-Lazare. Les inscriptions peuvent être reçues le jour même de l'ouverture du cours.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de toxicologie clinique et médico-légale, par le docteur Ch. Vibert, expert près le tribunal de la Seine. Un vol. in-8° de 916 p. avec une pl. col. et 74 fig. — Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traité de l'urétrostomie périnéale dans les rétrécissements incurables de l'urètre. *Création au périnée d'un méat contre nature*, par MM. Antonin Poncet, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, membre correspondant de l'Académie de médecine, et Xavier Delore, ex-prosecteur, chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon, lauréat de l'Académie de médecine. Un vol. in-8° avec 11 fig. dans le texte, broché. — Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

Annuaire des eaux minérales. Stations climatériques et sanatoria de la France et de l'étranger, suivi d'une nomenclature des principaux établissements hydrothérapiques et bains de mer. Édition 1900, corrigée et augmentée, publiée sous la direction du docteur G. Morice, rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux*. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Maloine, ou au bureau de la *Gazette des Eaux*, 1, rue Dausset.

UN CAS DE SALPINGITE A PÉDICULE TORDU

Par M. A. Ricard, agrégé,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

La torsion des salpingites a été récemment l'objet d'intéressants mémoires et d'une discussion à la Société d'obstétrique et de gynécologie. En voici un exemple des plus nets; sa reproduction photographique est des plus démonstratives (1) :

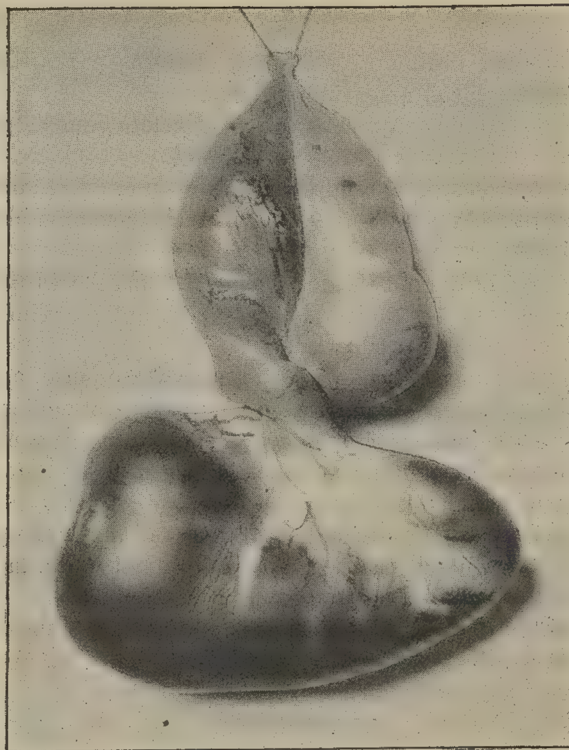
M[lle] Augustine B..., âgée de vingt-neuf ans, entre le 10 mai à l'hôpital parce qu'elle souffre très vivement dans le ventre, principalement à droite, depuis cinq mois.

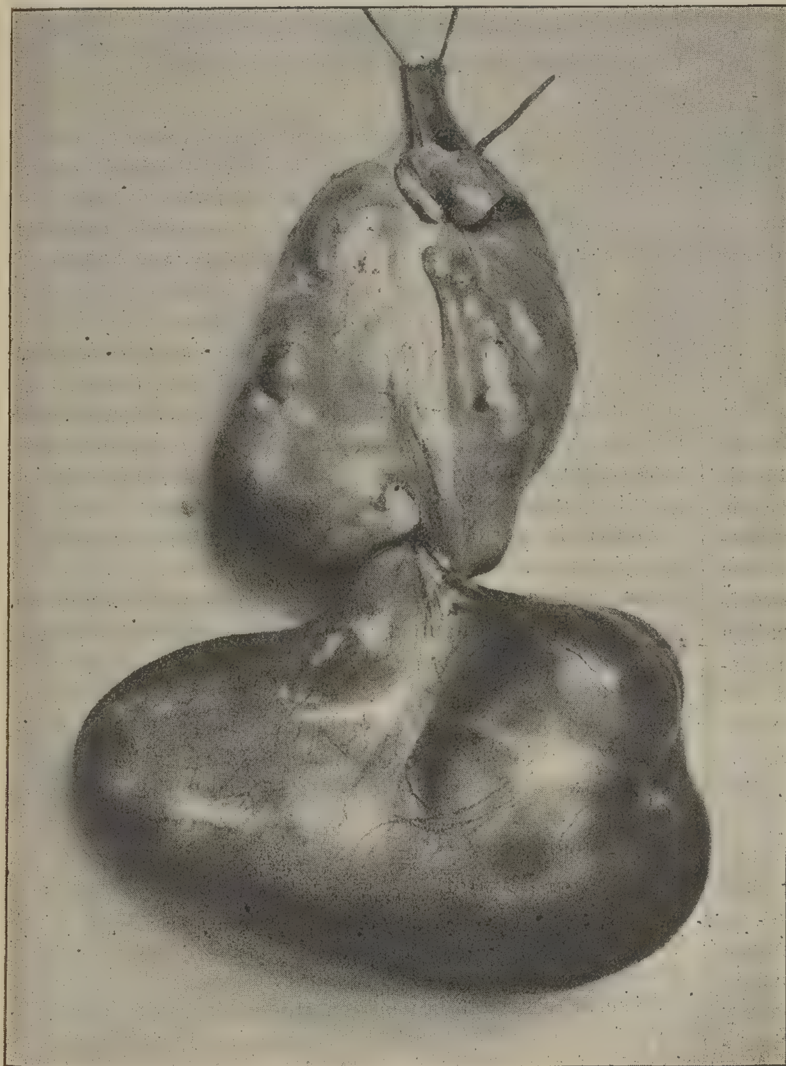
Sans antécédents héréditaires dignes d'être notés, elle n'a jamais été malade dans son enfance. Elle a été réglée à quinze ans, et est restée bien réglée habituellement.

Il y a dix ans, elle eut une grossesse et un accouchement réguliers : cependant, elle a présenté, dans la quinzaine qui a suivi cet accouchement, des pertes blanches assez abondantes et a un peu souffert dans le ventre, jamais elle n'a fait de fausse couche.

Il y a deux ans, elle paraît avoir contracté une infection blennorragique, caractérisée par des cuissons en urinant, des irradiations douloureuses dans le ventre et des pertes blanches abondantes, devenues bientôt verdâtres.

Peu à peu, les symptômes se sont amendés, sauf les pertes qui ont subsisté, gênant peu la malade. Au mois de janvier 1899, elle a été prise un jour, dans l'après-midi, brusquement, d'une douleur vive dans le bas-ventre, siégeant à droite, avec des irradiations sur l'hypocondre droit. Obligée de rentrer chez elle, elle a continué à souffrir, sans cependant s'aliter, jusqu'à dix heures du soir, où un élancement « en coup d'éclair », dit-elle, la reprit brusquement et la fit s'aliter aussitôt. Cet élancement était si douloureux qu'elle ne pouvait s'allonger dans son lit et se « recroquevillait en chien de fusil »; elle ne put dormir et le lendemain matin fit appeler un médecin qui lui administra des calmants.





Peu à peu les douleurs s'amendèrent, quoique le lendemain encore, la malade fut prise de vomissements d'abord alimentaires puis bilieux qui se répétèrent pendant trois ou quatre jours.

Enfin, après une quinzaine de jours, la malade put se lever, perdant toujours en blanc, et souffrant encore un peu.

Elle resta dans cet état jusqu'en fin mars, moment où elle eut une nouvelle crise douloureuse, un peu moins violente que la première, cependant encore brusque et l'obligeant à s'aliter.

Après huit jours de repos, elle se leva. Ses règles survinrent quinze jours après et furent normales. Une fois qu'elles eurent cessé elle entra à l'hôpital.

Examen. — La malade présente, à la palpation du ventre du côté droit, une douleur assez vive, dans la région de l'ovaire.

Le toucher donne les constatations suivantes :

Le col est dur, normal.

L'utérus est légèrement rétroversé. Cependant on parvient à sentir le fond, à constater que l'organe est assez mobile, de volume presque normal et non douloureux.

(1) Observation due à M. Klein, externe du service. Les photographies, dont la première est de grandeur naturelle et la seconde réduite au tiers, ont été faites par M. Figueira, externe du service.

Dans le cul-de-sac latéral droit on sent une masse régulière, tendue, rénitente, séparée de l'utérus par un sillon très appréciable et assez douloureuse.

Dans le cul de sac gauche, on ne constate rien de particulier.

Le toucher combiné rend compte du volume de la tumeur, qui paraît être celui d'une mandarine. Elle semble un peu mobilisable.

On porte le diagnostic de *salpingite droite*. Après quinze jours de séjour à l'hôpital, la masse n'ayant pas diminué, on opère la malade (24 mai).

On trouve une *masse salpingienne* assez volumineuse, agglutinée dans des fausses membranes rougeâtres et molles. La tumeur est violacée. La photographie ci-contre vaut mieux que toute description. Le contenu était formé de caillots sanguins noirâtres.

Les *suites opératoires* furent excellentes. Le huitième jour, on enleva les fils d'argent. Après vingt et un jours, la malade quitta l'hôpital, ne souffrant plus.

Depuis, elle s'est très bien portée et n'a plus souffert de son côté droit.

LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DU PNEUMOTHORAX A SOUPAPE (1)

Par M. A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Le pneumothorax *à soupape* n'est pas seulement une variété de pneumothorax par effraction intéressante au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologiques. Il constitue une forme clinique dont le diagnostic, le pronostic et le traitement méritent, je crois, d'attirer plus encore qu'ils ne l'ont fait jusqu'à présent l'attention des praticiens.

Je n'insisterai pas sur les diverses dispositions anatomiques de la perforation pulmonaire qui favorisent le développement du pneumothorax à soupape en permettant l'entrée de l'air des bronches dans la cavité pleurale, tandis qu'elles s'opposent au contraire à sa sortie.

Exceptionnellement la soupape est constituée par une fausse membrane pleurale appliquée sur la perforation et la fermant à la façon d'un clapet. Si l'existence de la fausse membrane n'a pas été admise quelque peu théoriquement, l'air venant des bronches pourrait seul la soulever et elle obturerait d'autant mieux l'orifice sous-jacent que la pression de l'air intra-pleural deviendrait plus forte. Presque jamais, pour ne pas dire jamais, il n'existe de soupape véritable; c'est l'étroite coaptation des lèvres de la perforation pulmonaire ou bien c'est l'accolement des parois d'une fistule broncho-pleurale étroite, longue et sinueuse, qui font office de soupape, et qui, par un mécanisme quelque peu différent, aboutissent au même résultat, la possibilité du passage de l'air des bronches dans la plèvre et l'impossibilité de son retour en sens inverse.

L'une ou l'autre des diverses dispositions anatomiques que je viens de rappeler est nécessaire au développement du pneumothorax à soupape; aucune d'elles cependant ne suffit à la manifestation clinique de cette variété de pneumothorax. Cliniquement, le pneumothorax à soupape existe seulement lorsque l'air contenu dans la cavité pleurale y est accumulé à une tension plus grande que la pression atmosphérique.

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, nº 42.)

Pour que cette accumulation se réalise, il est en outre indispensable que le malade tousse et plus exactement qu'il tousse avec effort. Comme l'a montré M. Bouveret, c'est seulement pendant l'effort, spécialement pendant des efforts de toux, que la pression intra-bronchique surpasse la pression atmosphérique au point de permettre l'introduction d'une nouvelle quantité d'air dans une cavité pleurale où déjà la pression est supérieure, tout au moins égale à celle de l'atmosphère. Si le malade ne fait pas d'efforts de toux, en dépit de la disposition en soupape de la perforation pulmonaire, l'air des bronches passe dans la cavité pleurale, mais il ne peut s'y accumuler à une tension plus grande que la pression atmosphérique. Sans efforts de toux, on peut dire qu'il n'existe pas cliniquement de pneumothorax à soupape.

Ainsi le développement du pneumothorax à soupape dépend essentiellement de deux conditions, la première d'ordre anatomique que nous sommes incapables de modifier, la seconde d'ordre fonctionnel qu'il est au pouvoir de la thérapeutique d'atténuer, sinon de supprimer.

Dans tous les cas de perforation pulmonaire avec passage de l'air dans la plèvre, la subite disparition du vide pleural amène la rapide rétraction du poumon perforé qui n'obéit plus qu'à son élasticité propre, et par suite, la brusque suppression d'une très notable portion du champ de l'hématose: il en résulte un trouble si profond des fonctions circulatoire et respiratoire que la mort avec collapsus cardiaque et insuffisance pulmonaire aiguë en est souvent la conséquence.

Dans le pneumothorax à soupape, le poumon perforé n'est pas seulement rétracté, il est encore comprimé par l'air accumulé dans la plèvre sous une pression supérieure à la pression atmosphérique, et la compression s'exerce aussi sur le cœur, sur les gros vaisseaux, sur le poumon sain, en un mot sur tous les organes intrathoraciques. La compression exercée par l'épanchement gazeux devient tout à fait comparable, par ses effets, à celle des grands épanchements liquides de la pleurésie aiguë. Aux dangers qui sont la conséquence directe de la perforation pulmonaire s'ajoutent les dangers qu'entraîne cette compression de plus en plus forte après chaque accès de toux. De là vient la gravité si grande du pneumothorax à soupape.

Contre la perforation pulmonaire nous sommes tout à fait désarmés.

Aux troubles circulatoires qu'elle provoque on ne peut opposer qu'un traitement palliatif en cherchant à relever et à soutenir l'énergie du cœur à l'aide des moyens habituellement employés dans ce but. Mais il est très facile de supprimer l'hypertension de l'épanchement gazeux et, par suite, la compression qu'il exerce sur tous les organes intra-thoraciques : il suffit de donner issue à l'air accumulé en excès dans la plèvre. C'est pouquoi le diagnostic du pneumothorax à soupape ne présente pas seulement un intérêt de curiosité pour le médecin; il est pour le malade d'un intérêt capital, puisque sa vie ou sa mort peuvent dépendre de ce diagnostic et de la réalisation ou de l'omission de l'intervention thérapeutique qu'il commande.

Je serai très bref sur la symptomatologie de l'affection. Au point de vue des troubles fonctionnels, le pneumothorax à soupape ne diffère pas, tout d'abord, du pneumothorax ouvert, mais, à mesure qu'on s'éloigne du début des accidents, les différences apparaissent et s'accentuent, tout au moins quand la survie est assez longue pour permettre leur

manifestation. Dans le pneumothorax ouvert, si la mort ne survient pas rapidement, d'ordinaire en un ou deux jours au plus, par collapsus cardiaque et insuffisance aiguë du poumon, si le malade ne succombe pas, pous ainsi dire, sous le choc, il parvient le plus souvent à s'accommoder aux nouvelles conditions qui lui sont faites, son état s'améliore et, bien que la dyspnée persiste, sa vie ne paraît plus immédiatement menacée. Dans le pneumothorax à soupape, il est vrai que le malade est plus exposé encore que dans le pneumothorax ouvert à mourir rapidement. Toutefois s'il survit au choc, s'il franchit heureusement les vingt-quatre premières heures qui suivent le perforation, il est habituel de voir les accidents, bien loin de s'amender, suivre une marche ascendante, à mesure que l'air, à la suite des efforts de toux, s'accumule en plus grande quantité dans la plèvre. La dyspnée, la cyanose, l'asphyxie vont en augmentant et, pour être retardée, la terminaison fatale ne se fait pas d'ordinaire très longtemps attendre.

Ainsi, l'exagération progressive des troubles fonctionnels constitue une forte présomption en faveur de l'existence du pneumothorax à soupape. Souvent les signes physiques fournis par l'examen de la poitrine à l'aide des procédés habituels viennent confirmer cette présomption; je me contente de rappeler les plus importants : l'extension croissante de la zone de sonorité tympanique et le déplacement des viscères, abaissement du foie ou déviation du cœur à droite, suivant que l'épanchement gazeux siège à droite ou à gauche.

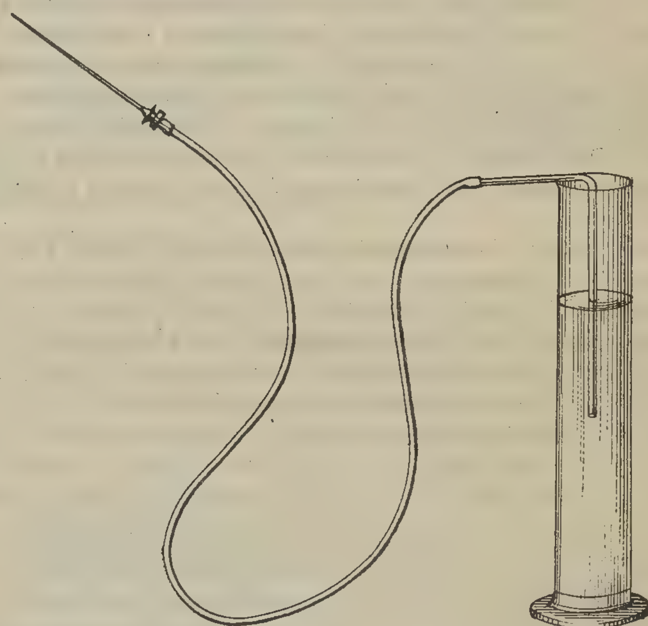
Mais, le premier en date et en importance des signes du pneumothorax à soupape, le seul signe de certitude, surtout au début des accidents, c'est l'hypertension de l'épanchement gazeux, c'est la constatation d'une pression intra-pleurale supérieure à la pression atmosphérique.

Pour mesurer la pression intra-pleurale, pour reconnaître avec certitude et au plus tôt le pneumothorax à soupape, plus généralement pour distinguer, en présence d'un cas de pneumothorax, s'il est ouvert, s'il est à soupape ou s'il est fermé, j'emploie un moyen très simple, très inoffensif, qui ne constitue pas seulement un instrument de diagnostic différentiel, mais qui réalise, je crois, le meilleur mode de traitement du pneumothorax avec hypertension.

Je me sers d'une aiguille creuse, d'une banale aiguille à injections hypodermiques, reliée par un tuyau souple de caoutchouc à un tube de verre long de 15 centimètres environ et qui présente un diamètre de 8 à 10 millimètres au moins. Ce tube de verre, en position verticale, plonge à moitié dans l'eau que contient un récipient quelconque, une éprouvette à pied par exemple. Tel est le manomètre, facile à improviser, qui me sert au diagnostic différentiel des trois sortes de pneumothorax.

Le manuel opératoire est le suivant. L'appareil est stérilisé, la peau de la région choisie pour la ponction est aseptisée suivant les règles. On plonge alors l'aiguille dans un espace intercostal en lui donnant de préférence une direction oblique, de manière à éviter la superposition des minimes boutonnières faites aux divers plans musculaires et fibreux successivement traversés. Il est préférable aussi d'avoir placé, avant la ponction, une pince à arrêt sur le tuyau de caoutchouc qui relie l'aiguille au tube de verre; ainsi on peut mieux observer, après l'introduction de l'aiguille, au moment de l'enlèvement de la pince, ce qui se passe dans l'éprouvette.

Si les gaz intra-pleuraux sont soumis à une tension supérieure à la pression atmosphérique, ils s'échappent aussitôt par l'aiguille, le tuyau de caoutchouc et le tube de verre, sous la forme d'une série de bulles qui traversent l'eau de l'éprouvette et viennent crever à sa surface. Ces bulles se succèdent plus ou moins nombreuses, suivant la quantité d'air accumulé en excès dans le thorax, jusqu'au moment où la pression dans la cavité pleurale est redevenue égale à celle de l'atmosphère. L'eau du tube de verre et celle de l'éprouvette où il plonge sont alors au même niveau tout au moins quand le malade suspend sa respiration. Quand il respire, l'eau monte et descend dans le tube; elle monte pendant l'inspiration et descend pendant l'expiration. Le nombre de centimètres dont elle s'élève et s'abaisse alternativement, par rapport au niveau de l'eau dans l'éprouvette, permet de mesurer exactement les variations positives et négatives de la pression intra-pleurale sous l'influence des mouvements respiratoires. A ce moment, alors que la pression intra-pleurale est redevenue égale à celle de l'atmosphère, si on invite le malade à tousser, c'est-à-dire à faire effort et, par suite, à accroître sa tension intra-thoracique, de nouveau on voit des bulles d'air sortir du tube de verre à travers l'eau de l'éprouvette. Cette expulsion d'air se renouvelle chaque fois que le malade tousse, puis, aussitôt que la toux a pris fin, l'eau remonte dans le tube au même niveau que dans l'éprouvette, mais non plus haut. C'est la preuve que l'air chassé de la cavité pleurale à chaque effort de toux a été remplacé par une nouvelle quantité exactement équivalente. Pour se mettre à l'abri de toute cause d'erreur, il est bon de couvrir d'un peu de vaseline ou de paraffine l'orifice cutané de la ponction au pourtour de l'aiguille; on peut ainsi être assuré que l'air qui est rentré dans la cavité pleurale et y a ramené la pression à son degré primitif n'a pu venir que des bronches.



Appareil de M. Béclère (d'après le *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*).

Tous les phénomènes que je viens de décrire, je les ai observés sur deux malades de mon service. Au résumé, l'hypertension de l'épanchement gazeux, en d'autres termes l'existence du pneumothorax à soupape, se reconnaît à ce signe pathognomonique que la ponction capillaire provoque immédiatement, avant tout effort de toux, l'expulsion d'un plus ou moins grand nombre de bulles d'air à travers l'eau de l'éprouvette.

Rien de tel ne peut se produire si la pression intra-pleu-

rale n'est pas supérieure à la pression atmosphérique, c'est-à-dire quand le pneumothorax est ouvert ou fermé. Quand le pneumothorax est ouvert, au moment de l'enlèvement de la pince, l'eau conserve dans le tube de verre le même niveau que dans l'éprouvette; elle s'élève seulement un peu pendant l'inspiration, puis s'abaisse quelque peu pendant l'expiration. Il est indispensable que le malade fasse effort, qu'il tousse, pour que des bulles d'air s'échappent du tube à travers l'eau de l'éprouvette. Après la toux, l'eau reprend dans le tube son niveau primitif et témoigne que l'air expulsé a été remplacé dans la cavité pleurale par une quantité équivalente venue des bronches à travers la perforation pulmonaire. C'est ce que j'ai eu occasion de vérifier plusieurs fois, particulièrement sur une malade de mon collègue et ami, M. Siredey.

Par contre, il ne m'avait pas été donné encore d'observer, à ce point de vue, un cas de pneumothorax fermé. Je n'en avais pas moins cru pouvoir prédire ce que donnerait en pareil cas la ponction avec l'instrument en question. Au moment de l'enlèvement de la pince, disais-je, ou bien le niveau de l'eau dans le tube s'élèvera quelque peu, si toutefois la pression intra-pleurale est inférieure à la pression atmosphérique, ou bien il demeurera stationnaire, comme dans le cas du pneumothorax ouvert, si la pression pleurale égale la pression atmosphérique. Dans les deux alternatives, le pneumothorax fermé se reconnaîtra à ce signe que, si un effort de toux provoque l'expulsion de quelques bulles d'air à travers l'eau de l'éprouvette, le niveau de l'eau dans le tube, après cette expulsion, s'élèvera un peu plus haut qu'avant, parce que l'air chassé de la plèvre ne sera pas remplacé par l'air des bronches. A la séance dernière de la Société médicale des hôpitaux, où je faisais cette prédiction, j'ai eu la satisfaction d'entendre mon collègue, M. Souques, annoncer qu'il l'avait déjà vue exactement réalisée chez un malade atteint de pneumothorax et ponctionné par M. André Jousset, mon ami et ancien interne, avec l'appareil dont il avait appris l'usage dans mon service.

Ainsi, une ponction capillaire permet de reconnaître si le pneumothorax est ouvert, fermé ou à soupape. Cette ponction inoffensive suffit au diagnostic; je crois qu'elle suffit aussi au traitement. Il est bien entendu que j'envisage seulement les cas de pneumothorax où le liquide concomitant, séreux ou purulent, ne constitue, au point de vue thérapeutique, qu'une quantité négligeable. Je voudrais montrer que l'aspiration, méthode si précieuse dans les épanchements liquides de la plèvre, doit être exclue du traitement des épanchements gazeux.

En effet, si le pneumothorax est ouvert, à quoi sert l'aspiration? Elle ne peut parvenir à débarrasser la plèvre de l'air épanché, puisque cette plèvre, en libre communication avec les bronches, se remplit au fur et à mesure qu'on cherche à l'évacuer : autant vaudrait, comme je l'écrivais ailleurs (1), emplir le tonneau des Danaïdes.

Par contre, si le pneumothorax est fermé, en ce cas, la maladie n'est plus à son début, l'aspiration devient dangereuse, car elle peut amener la rupture de la cicatrice encore fragile qui ferme la perforation pulmonaire. En échange de ce risque, elle n'apporte, d'ailleurs, aucun avantage au malade : il a franchi la période périlleuse du pneumothorax et, après la fermeture de la perforation, l'air pleural est rapidement résorbé, si, toutefois, les lésions du parenchyme pulmonaire ne s'opposent pas à son déplissement et ne l'empêchent pas de reprendre son volume primitif.

(1) *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 4 sept. 1897.

Reste le cas du pneumothorax à soupape. Ici encore, comme dans le pneumothorax ouvert, vouloir vider complètement la cavité pleurale serait tenter l'œuvre des Danaïdes, puisque la perforation pulmonaire n'est pas cicatrisée. On ne peut que donner issue à l'excédent des gaz en abaissant la pression intra-pleurale jusqu'à ce qu'elle redevienne égale à celle du dehors. Pour provoquer cette fuite de l'air en excès dans la plèvre, l'aspiration n'est nullement nécessaire, une simple ponction suffit. Ainsi, que le pneumothorax soit ouvert, à soupape ou fermé, l'aspiration n'est jamais nécessaire, elle peut devenir dangereuse; on ne doit donc jamais, à mon avis, y avoir recours.

Si la ponction suffit au traitement du pneumothorax à soupape, il n'est pas indifférent qu'elle soit pratiquée avec un trocart, même de petit calibre, ou avec une aiguille fine. Pour l'expulsion des gaz, c'est assez d'un trajet presque capillaire. Mais d'autres raisons plus puissantes plaident en faveur de l'aiguille. La ponction faite avec un trocart du genre de ceux qui sont habituellement employés dans le traitement des pleurésies aiguës, expose le malade au développement de l'emphysème sous-cutané généralisé, c'est-à-dire à un accident qui peut rapidement mettre sa vie en péril et nécessiter l'opération de l'empyème. La fine piqûre d'une aiguille obliquement introduite éloigne à peu près complètement le risque de cette redoutable complication : elle est à peine douloureuse, ne laisse pas de traces et peut être renouvelée autant de fois qu'il est nécessaire.

Je crois donc que l'instrument qui me sert au diagnostic du pneumothorax à soupape convient au mieux à son traitement. Dans la thèse inaugurale que mon élève et ami, M. Charles Desbiez (1), vient, sur mon conseil, de consacrer à l'étude de cette forme de pneumothorax, sont rapportées les observations de deux malades que j'ai traités avec avantage de cette façon. Les ponctions capillaires, chez ces malades, ont dû être répétées deux fois, du jour au lendemain dans un cas, à plusieurs jours d'intervalle dans l'autre cas. Je suppose qu'elles pourraient, au besoin, être renouvelées plusieurs fois dans la même journée, et que, si le malade ne cessait de tousser, on pourrait même, par exception, laisser à demeure pendant une partie de la journée l'aiguille introduite dans un espace intercostal; on aurait soin, dans ce cas, de l'envelopper et de la recouvrir d'une couche d'ouate stérilisée, elle demeurerait en communication avec le manomètre placé sur une table à côté du lit et serait l'objet d'une constante et étroite surveillance.

J'ai rappelé l'influenee des efforts de toux sur l'accumulation de l'air dans la plèvre. C'est dire que l'usage interne de la morphine, très utile dans toutes les perforations pulmonaires, pour combattre à la fois la douleur, la dyspnée et la toux, est particulièrement indiqué contre ce dernier symptôme dans les cas de pneumothorax à soupape. Sans préjudice de l'emploi des moyens dirigés contre le collapsus cardiaque (injections sous-cutanées d'huile camphrée, d'éther ou d'eau salée), les injections sous-cutanées de morphine constituent, à mon avis, le meilleur adjuvant des ponctions capillaires, dont elles servent à prévenir ou à retarder le retour.

(1) Ch. Desbiez. *Le pneumothorax à soupape et son traitement*, Th. de Paris, 1900.

L'emploi combiné des ponctions capillaires et de la morphine en injections m'a permis, chez les deux malades cités plus haut, de conjurer les effets menaçants de l'accumulation de l'air dans la plèvre et de retarder notablement la terminaison fatale qui est survenue seulement du fait des progrès de l'infiltration tuberculeuse des poumons. Ponctions capillaires et morphine, telle me paraît devoir être la formule de traitement du pneumothorax à soupape. J'espère, qu'à l'avenir, ce traitement permettra de n'avoir recours que dans des cas tout à fait exceptionnels à l'emploi de la canule à demeure, préconisée par M. Bouveret, et destinée à mettre la cavité pleurale, au travers d'un filtre d'ouate stérilisée, en communication permanente avec l'atmosphère.

Je rappelle que, dans le pneumothorax à soupape, et, plus généralement, dans tous les cas de pneumothorax, si le malade parvient à franchir la période dangereuse, l'examen radioscopique, répété à des intervalles convenables, sera le meilleur moyen de constater et de mesurer les progrès de la résorption de l'épanchement gazeux, par suite, de diagnostiquer la cicatrisation de la perforation pulmonaire.

D'ailleurs, quand la ponction capillaire montrera que le pneumothorax n'est pas à soupape, on aura la satisfaction, sans avoir nui au malade, de n'avoir rien négligé de ce qui pouvait le sauver ou tout au moins le soulager.

Ce modeste instrument aidera, je l'espère, à la prolongation de quelques existences en facilitant le diagnostic et le traitement du pneumothorax avec hypertension.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(25 avril 1900)

M. Laveran a fait un rapport important sur le **rôle des moustiques dans la propagation du paludisme**. C'est là une question à l'ordre du jour et il est temps vraiment que l'attention de nos confrères des colonies soit sérieusement appelée sur ce sujet. Le paludisme a pris dans notre pathologie nationale une place assez importante pour qu'il soit à l'Académie l'objet d'une étude constante au même titre que la syphilis et la tuberculose. C'est donc avec raison que M. Laveran propose qu'il y soit créé une commission du paludisme. C'est là la première conclusion de son travail. La seconde est que l'Académie émette le vœu qu'il soit envoyé en Algérie une mission chargée d'étudier le rôle des moustiques dans la propagation de la fièvre palustre et les moyens prophylactiques les plus efficaces. Ces deux conclusions ont été mises aux voix et adoptées à l'unanimité après un appui chaleureux apporté par M. Blanchard, qui a rappelé que tous les autres pays s'étaient mis à l'étude et avaient déjà envoyé des missions dans leurs colonies respectives. La France ne doit pas rester en arrière et il n'y a certainement rien de mieux à faire qu'à se rallier à l'opinion de M. Laveran, qui a déjà tant fait pour les paludiques et qui leur aura encore rendu ce nouveau service d'intéresser efficacement à leur sort l'Académie et les pouvoirs publics.

M. Chauvel lit ensuite un rapport sur un travail de M. François sur la **physiologie de l'écriture**.

Il lit encore un rapport sur un travail de M. Darier relatif à l'**action analgésique de la dionine, ou chlorhydrate d'éthylmorphine, en oculistique**. M. Chauvel insiste vivement sur l'action puissante de cet analgésique dans les douleurs profondes.

A quatre heures, l'ordre du jour étant épuisé, la séance a été levée.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Voici une formule très en vogue, à Vienne, contre la chloro-anémie, parce qu'elle ramène promptement l'appétit et les couleurs :

Artemisine............	1 milligramme.
Quassine cristallisée.....	1 —
Protoxalate de fer.......	10 centigrammes.

pour une dragée. Quatre par jour, deux avant chaque repas.

Les couleurs apparaissent invariablement entre le neuvième et le douzième jour.

La réunion de l'artemisine et de la quassine cristallisée réveille puissamment l'action des fibres musculaires du tube digestif, ce qui se traduit par un appétit presque immédiat.

Cette formule est spécialisée en France sous le nom de : « Dragées de Briss. »

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Signification au point de vue médical et gravité du symptôme « mydriase monoculaire » chez l'adulte. — M. Grandclément a observé dans 12 cas la mydriase monoculaire persistante, et 7 de ces malades ont succombé à une affection cérébro-spinale, dans un délai de cinq à sept ans. Trois de ces cas méritent qu'on s'y arrête.

Le premier était un homme de quarante ans, qui vint se faire traiter pour une paralysie du nerf moteur oculaire commun. La guérison survint assez rapidement, mais il lui resta une mydriase irréductible : au bout de quatre ans cet homme mourait avec tous les symptômes d'une tumeur cérébrale.

Le deuxième a trait à un confrère âgé d'une cinquantaine d'années, chez qui M. Grandclément observa pendant cinq ans une mydriase monoculaire, et qui fut enlevé par des accidents bulbaires caractérisés principalement par de la tachycardie.

Le troisième enfin est celui d'un médecin amené à M. Grandclément par le docteur Chassagny. Agé de trente-cinq ans, ce confrère ne présentait pas d'autre symptôme qu'une mydriase monoculaire persistante. Fort de son expérience antérieure, M. Grandclément porta un diagnostic grave, que l'avenir confirma. Ce malade, en effet, après avoir accusé un changement de caractère des plus significatifs, mourut dans une maison de santé avec des signes de ramollissement cérébral.

Depuis que ces cas se sont présentés à son observation, M. Grandclément a eu l'occasion d'en étudier un certain nombre et est arrivé à cette conclusion : que chez presque tous la syphilis était en jeu. Aussi est-il bien décidé, dorénavant, lorsqu'il observera ce symptôme : *Mydriase monoculaire persistante*, à instituer le traitement mercuriel, absolument comme faisait M. Galezowski lorsqu'il voyait une atrophie progressive de la papille.

M. Grandclément a actuellement deux de ces malades en traitement, et voici la prescription qu'il leur a faite : premier mois, frictions mercurielles sous les aisselles, tous les jours, matin et soir. Deuxième mois, iodure de potassium. Troisième mois, repos, et ainsi de suite de trimestre en trimestre jusqu'à la fin de la vie.

M. Grandclément donne ensuite l'explication anatomique du symptôme mydriase monoculaire. Il s'agit pour lui d'une altération d'un des noyaux secondaires du moteur oculaire commun, dans l'espèce, du noyau auquel aboutissent les filets nerveux du dilatateur de la pupille. Cette altération doit être elle-même liée à l'endartérite syphilitique des vaisseaux de la région. (Soc. nat. de méd. de Lyon, 2 avril 1900, in *Lyon médical*.) N.

Polynévrite postscarlatineuse et ataxie aiguë. — Le cas rapporté par M. Eghise à la Société de pédiatrie de Moscou, est surtout intéressant en ce qu'il contribue à élucider la pathogénie de l'ataxie aiguë; cette dernière était, jusqu'à ces derniers temps, considérée comme une affection d'origine centrale; actuellement, la plupart des auteurs tendent à la considérer comme de nature périphérique; cependant, cette dernière théorie n'est pas encore admise par tous. L'observation de M. Eghise parle en faveur de la deuxième théorie.

Il s'agit d'une enfant de quatre ans, entrée à l'hôpital deux mois après le début d'une scarlatine dont elle présentait encore des traces, sous forme de desquamation. Vers le cinquième septenaire de la maladie survinrent des troubles de la démarche, et au moment de l'entrée de la petite malade, on notait la parésie dans la zone des nerfs péroniers, de l'incoordination des mouvements de tous les membres et une démarche ataxique, l'abolition des réflexes, l'affaiblissement de l'excitabilité électrique et la sensibilité à la pression le long des nerfs lésés. La sensibilité cutanée était intacte. Il y avait, en outre, du tremblement rythmique de la tête et des membres, mais celui-ci était, très probablement, de nature hystérique. Le traitement par les toniques (fer, strychnine, arsenic, électricité, hydrothérapie) a amené la guérison complète. S. B.

Tuberculose primitive de l'amygdale. — M. Scheibner (de Prague), cherchant à préciser la fréquence de la tuberculose primitive des amygdales, s'est attaché à ne pratiquer l'examen que d'amygdales et de végétations adénoïdes recueillies chez de jeunes sujets ne présentant aucun symptôme pulmonaire (28 examens), ou à l'autopsie de sujets dont il pouvait ainsi vérifier les autres lésions (32 cas). Sur ce total de 60 cas, l'auteur n'a pu déceler que 3 cas de tuberculose des amygdales vraisemblablement primitive; ce chiffre est sensiblement le même que celui qu'avait donné le professeur Cornil dès 1895, se basant sur un total de 70 examens histologiques de végétations adénoïdes publiés à cette époque. Il est en opposition avec les chiffres beaucoup plus élevés que la méthode des inoculations en masse aux animaux des végétations ou des amygdales et du mucus souvent contaminé qui les recouvre, avait fournies au professeur Dieulafoy. L'opinion de Virchow, sur l'immunité relative des amygdales à l'égard de la tuberculose, n'en est pas moins fortement battue en brèche quand on songe surtout que l'examen des amygdales, pratiqué sur des cadavres tuberculeux, montre qu'elles sont atteintes dans la proportion de 2 sur 3, secondairement, en général, bien entendu. (*Centralbl. f. Inn. Med.*, 1900, n° 3, p. 82.) P. V.

Caféisme chronique. — M. Combemale rapporte un cas de caféisme chronique caracterisé par des vertiges, des maux de tête épouvantables, des rêvasseries pendant le repos, des douleurs dans les jambes, au niveau des reins et des crampes dans les mollets. Les organes paraissaient sains, les causes d'intoxication qu'on a l'habitude de rencontrer dans les milieux hospitaliers n'existaient pas; mais le malade avouait faire une consommation considérable de café noir et concentré. Le traitement bromuré et la privation du toxique amenèrent une rapide guérison.

Partant de ce fait M. Combemale met en garde contre le fait souvent méconnu de l'intoxication par le café dans la région du Nord; les médecins non prévenus font fausse route et qualifient de neurasthéniques des malades qui se plaignent de faiblesse générale, de dégoût et d'insomnie; la diminution de la force musculaire, la fatigue qui vient vite, les tremblements des mains, la rapidité et l'irrégularité du pouls, les palpitations, les oppressions, sont le fait du caféisme chronique. Et ces accidents peuvent être d'origine thérapeutique par caféinisation interne, car ce qui agit c'est la caféine et non pas l'huile essentielle, la caféone.

Le café n'a pas une action fortifiante, mais excitante; il n'abandonne à l'économie aucun principe nutritif, il active au contraire la dépense de l'albumine, il provoque par conséquent la consommation de la viande. Le caféisme chronique guérit très vite quand les causes d'intoxication sont supprimées. (*Bull. de la Soc. centr. de méd. du Nord*, 23 mars 1900) N.

CHIRURGIE

Etiologie des entérorragies consécutives à l'étranglement herniaire. — M. Kukula (de Prague) divise les entérorragies survenant quelquefois à la suite de la réduction des hernies étranglées en deux groupes.

Au premier appartiennent les entérorragies se présentant peu de temps après la réduction; celles-ci peuvent être provoquées :

a. Par une contusion des parois intestinales provoquée par les manœuvres du taxis; dans des cas semblables, elles n'acquerront probablement pas une grande intensité et ne se manifesteront le plus souvent que par des traces de coagulations sanguines ou par des matières fécales teintes en noir par le sang.

b. Les entérorragies abondantes sont provoquées dans la plupart des cas, ou par la compression temporaire des veines de la partie de l'intestin étranglée, ou par une thrombose définitive des veines; de ce trouble de la circulation dans le système veineux résulte un infarctus hémorragique de l'intestin et du mésentère, suivi d'entérorragie.

c. Ces entérorragies peuvent être causées aussi par des infarctus hémorragiques après des étranglements très intenses suivis d'une ischémie complète de l'intestin; mais cette étiologie n'est pas encore démontrée.

Au second groupe appartiennent les entérorragies naissant quelque temps après le taxis ou la kélotomie : celles-ci sont provoquées par l'exfoliation et l'ulcération d'une partie de la muqueuse de l'anse étranglée sur une étendue plus ou moins grande; ces altérations pathologiques de la muqueuse peuvent provenir.

a. D'une gangrène de la muqueuse se développant à cause de l'ischémie intestinale totale dans des cas d'étranglement très intense et de courte durée;

b. De la nécrose consécutive à l'engorgement du sang veineux dans les cas d'étranglement violent de courte durée, ou dans des cas d'étranglement léger, mais de longue durée; l'entérorragie résultant de ces ulcérations intestinales naît souvent en même temps dans l'intestin, au-dessus de la partie étranglée;

c. De la nécrose de la muqueuse survenant après une thrombose des veines se développant à la suite de la compression et s'étendant à une certaine partie de l'intestin.

L'intensité de l'entérorragie, dans ces trois dernières hypothèses, peut varier selon les altérations pathologiques plus ou moins établies; aucune d'elles n'est prouvée; la plus grande vraisemblance est pour la thrombose. L'avenir dira laquelle de ces hypothèses doit être définitivement adoptée. (*Ann. de la Soc. belge de chir.*, déc. 1899.) N.

Extirpation d'une pyonéphrose sur un rein droit, pourvu de deux bassinets et deux uretères, par K.-J. Lennander. — Une femme de vingt-neuf ans souffrait depuis huit ans de douleurs rénales droites et quelquefois de fièvre, dues à la présence d'une tumeur plus ou moins indolente du flanc droit; celle-ci augmentait dans l'intervalle des règles, mais le volume ne variait pas avec les mictions. Le 6 février 1899, elle entre à la clinique d'Upsal pour des douleurs, de la fièvre et de l'obstruction intestinale : les urines sont granuleuses, légèrement albumineuses. Dans le flanc droit existe une tumeur fluctuante, allant de l'horizontale de l'om-

bilic aux deux tiers externes du Poupart. Douleurs vives au palper empêchant de rechercher la mobilité. Organes génitaux intacts, sauf un peu de rétroversion. Le 7 février, laparotomie oblique droite : on trouve une tumeur kystique, dont la paroi rappelle un peu le rein : à la ponction elle donne un liquide d'abord séreux, puis purulent.

En raison de l'état général de la malade, la poche est attirée vers l'extrémité lombaire de l'incision marsupialisée et tamponnée. Le pus offre, dans la suite et de temps à autre, une odeur urineuse : les urines étaient aussi quelquefois purulentes. Le bleu de méthyle apparaissait aussi vite dans la vessie que dans la plaie. On intervient à nouveau le 21 avril : la fistule est suturée, le ventre ouvert, l'appendice malade est enlevé, puis le sac pyonéphrotique disséqué. En ce faisant, on s'aperçoit qu'il existe au-dessus de lui un autre rein droit, sain, auquel aboutit un uretère sain, mais un peu dilaté et adhérent au second rein, qui n'est autre que la pyonéphrose. Le rein sain et l'uretère furent respectivement néphro et urétéro-pexiés, pour empêcher la coudure du dernier, également allongé. L'examen de la pièce montra que l'uretère correspondant à la pyonéphrose avait un trajet intra-pariétal de 3 centimètres, avant de s'aboucher dans la cavité : d'où la pyonéphrose.

Au sujet de ce cas, l'auteur cite deux autres cas, où il eut l'occasion de rencontrer un double uretère : dans l'un d'eux, petite fille de trois ans, on ne put reconnaître à temps cette disposition, dont on aurait pu tirer parti pour une nephrectomie partielle : il est vrai que les deux portions du rein étaient alors continues. M. Björn Flodrus (*Nord. med. Arkiv*, 1899, n° 9) vient d'étudier ces malformations au point de vue chirurgical. (*Hygica*, 1899, LXI, p. 585.) R. DE B.

THÉRAPEUTIQUE

Usage combiné du fer et de l'arsenic dans le traitement des anémies. — M. Ferrante Aporti est convaincu, après Riva et Consigli, de l'action spécifique du fer et de l'arsenic dans la régénération des anémies primitives, le premier médicament n'augmentant que la teneur du sang en hémoglobine, le second le nombre des globules rouges; il a cherché la confirmation expérimentale de ces constatations cliniques.

Après avoir mis des chiens au régime et au repos pendant un certain temps, il fit l'examen de leur sang, non sans avoir au préalable débarrassé l'intestin de leur contenu; cela fait, l'animal était fortement saigné à plusieurs reprises et ne recevait, pendant toute la série des recherches, que des aliments autant que possible privés de fer.

Les expériences de l'auteur, pour le détail desquelles je renvoie à l'original, paraissent au premier abord tout à fait concluantes : en effet, quand, après avoir anémié l'animal par des saignées répétées, il avait constaté, en pratiquant un nouvel examen du sang, une forte diminution du taux de l'hémoglobine et du nombre des globules rouges, il constatait que l'administration successive d'injections d'arsenic et de fer élevait rapidement, les premiers le nombre des globules rouges seulement, les secondes à leur tour le taux de l'hémoglobine seule.

Ces expériences, très intéressantes, seraient tout à fait convaincantes, si l'auteur, au lieu de se borner à en publier le résultat, y avait joint l'exposé du processus normal de reconstitution du sang d'animaux de même race et de même poids que ceux dont il s'est servi pour ses expériences, en les plaçant dans les mêmes conditions de régime et d'anémie expérimentale, notant d'une manière comparable l'augmentation du nombre des globules rouges et du taux de l'hémoglobine si elle se produisait ou son absence.

Dans les tracés qui résument le résultat des expériences de M. Ferrante Aporti, on voit bien cet accroissement suivre immédiatement l'administration de l'arsenic pour les globules rouges et du fer pour l'hémoglobine; mais, comme dans ces expériences, l'administration suit de près les saignées qui ont déterminé l'anémie expérimentale, leur action thérapeutique se confond avec le processus de réparation physiologique, et il est alors difficile de préciser la part d'action qui revient aux médicaments, car si les courbes montrent bien une dissociation entre l'accroissement du nombre des globules rouges et l'augmentation de l'hémoglobine, la seconde ne se produisant qu'après l'autre, il faut savoir que normalement, dans le processus de réparation du sang des anémiés, l'ordre est le même. (*Centralbl. f. Inn. Med.*, 1900, n° 2, p. 41.) P. V.

Traitement de la coqueluche par l'antipyrine et les vapeurs d'acide phénique. — M. José Isabel Mejia rapporte, dans la *Revista de Nicaragua*, une méthode thérapeutique qui lui a donné d'excellents résultats. Il a prescrit un centigramme d'antipyrine par mois d'âge, toutes les quatre heures, chez les enfants de un mois à deux ans. Après cet âge, on peut donner 10 centigrammes par année d'âge jusqu'à six ans. Le médicament se donne en solution dans un peu d'eau sucrée. En même temps on fait aspirer des vapeurs phéniquées toutes les quatre heures pendant cinq à six minutes. Sur une petite lampe à pétrole se place une petite caisse cylindrique contenant 3 grammes d'acide phénique dissous dans 60 grammes d'eau. Aussitôt que l'ébullition commence, ou met la bouche de l'enfant à un pied de distance, pour qu'il reçoive directement les vapeurs qui se dégagent. L'auteur cite six observations relatives à des enfants de trois, quatre et cinq mois, de deux, quatre et sept ans. Dans tous ces cas, le résultat fut excellent et l'auteur conclut que les meilleurs remèdes à opposer à la coqueluche sont : l'antipyrine et les vapeurs d'acide phénique. (*Arch. des mal. de l'enf.*, avril 1900.)

Rétrécissement mitral pur et cure d'air. — Dans le rétrécissement mitral pur, ou maladie de Durozier, tout le monde s'accorde à reconnaître l'importance de l'hygiène du malade; dont le repos, à l'abri de tout surmenage, et même de toute fatigue fonctionnelle, constitue principalement la base.

M. Surmont, dans un récent article de l'*Echo médical du Nord*, insiste sur les avantages qu'on peut tirer d'un traitement particulier, facile, à la portée de tous les malades et qui n'est autre que la cure d'air. Cette cure doit être permanente de jour et de nuit, et consiste surtout dans l'aération continue des appartements et des chambres à coucher. C'est là une condition essentielle à laquelle on ne trouve, dans les conditions météorologiques extérieures, que très peu de causes d'exception, même dans les climats du Nord.

Quant au repos, il ne doit être que dans la mesure nécessaire pour éviter la fatigue du cœur, le repos absolu au lit s'impose aux premières menaces d'accidents lypothimiques. Il n'est pas nécessaire d'avoir recours à la suralimentation, l'engraissement n'étant pas à désirer.

La cure d'air est particulièrement recommandée comme traitement prophylactique et curatif des complications broncho-pulmonaires, si fréquentes dans le cours du rétrécissement mitral. Les accidents pseudo-asthmatiques, les bronchites à répétition, les congestions avec ou sans hémoptysies, les poussées tuberculeuses sont, à juste titre, justiciables de l'aération continue. Quant à son mode d'action, on peut faire intervenir à la fois son influence tonique générale et l'asepsie des bronches assurée par ce fait qu'elles sont mises en présence d'un air plus pur et moins confiné.

L'auteur s'appuie, pour justifier les heureux résultats du traitement qu'il préconise, sur l'observation de cinq malades qu'il a ainsi améliorés. Il cite le cas d'une personne qui, à Lille depuis deux ans et demi, n'a pas fermé une seule fois la fenêtre de sa chambre à coucher. (*Nord méd.*, av. 1900.)

Un moyen simple contre les ulcérations des joues d'origine dentaire. — Rien n'est plus douloureux et parfois plus difficile à guérir que les ulcérations de la face interne des joues produites par le bord coupant des molaires abrasées de certains viellards : il se forme, au niveau de l'embouchure du canal de Sténon, des plaques végétantes qui metteut fort longtemps à disparaître après que l'on a meulé et arrondi les bords souvent fort tranchants des molaires, faute de pouvoir isoler pendant un certain temps la joue de l'agent vulnérant. On y arrive pourtant facilement en interposant entre la joue malade et les arcades dentaires un disque de grandeur convenable découpé dans *un zeste de citron ou d'orange*.

Le contact n'en est point désagréable et ce petit appareil, facile à remplacer, procure un soulagement immédiat et donne aux tissus le temps de se réparer.

On peut user de ce procéder pour soustraire à toute irritation mécanique une ulcération quelconque de la face interne des joues, ou pour empêcher le pincement de ces dernières entre les arcades. (*Revue de stomat.*, avril 1900.)

FORMULAIRE

Cachets contre l'aménorrhée.

Sulfate de strychnine		0g12
Acide oxalique		0g60
Peptonate de fer	*ââ*	8 grammes.
Lactate de manganèse		
Extrait de coloquinte composé		2 grammes.

Mêlez et divisez en 60 cachets. — Prendre un cachet une heure environ après chacun des principaux repas. (Bloom.) (*Journ. de méd. de Bordeaux*).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

278. M. Girard. Syndromes infectieux tardifs au cours de la scarlatine. Érythèmes infectieux secondaires. — 279. M. Desbiez. Le pneumothorax à soupape et son traitement. — 280. M. Glin. Les troubles musculaires précoces au voisinage des foyers tuberculeux. — 281. M. Ganiayre. Contribution à l'étude de l'intoxication saturnine considérée dans ses rapports avec la grossesse et l'hérédité. — 282. M. Chesneau. Tuberculose des capsules surrénales et insuffisance capsulaire. — 283. M. Brunel. De l'otite moyenne sèche et de son traitement chirurgical. — 284. M. Robine. De l'iritis d'origine nasale. — 285. M. Spourgitis. La brotyomycose humaine. — 286. M. Petron. L'hystérectomie abdominale par la section médiane de l'utérus. — 287. M. Deguy. Le cœur et l'aorte. — 288. Mlle Dobrynine. Du syndrome de l'hypotension artérielle dans la cirrhose atrophique avec ascite. —289 M. Vaillant. Des injections sous-cutanées d'huile camphrée. — 290. M. Cabaniols. Des kystes tubo-ovariens. — 291. M. Beauvois. Un praticien allemand au xviiie siècle. J. H. Cohausen. —292. M. de Sard. Cathétérisme cystoscopique des uretères considéré comme moyen de diagnostic. — 293. M. Michaud. Des néphrites chroniques hématuriques. — 294. M. Chesneau. Contribution à l'étude clinique de la tuberculose oculaire. — 295. M. Ruais. Du pyopneumothorax de nécessité. — 296. M. Cadol. L'anesthésie par les injections de cocaïne sous l'arachnoïde lombaire. — 297. M. Tabourin. Etude sur la physiologie pathologique et le traitement des coliques hépatiques chez les femmes en état de puerpéralité. — 298. M. Moulin. Le dossier de l'antimoine. — 299. Mlle Soroker. Fréquence du rein mobile chez la femme atteinte de maladies génitales. — 300. M. Rabant. Sur quelques cas d'érythèmes prémorbilleux. — 301. M. Dujardin-Beaumetz. Le microbe de la péripneumonie et sa culture. — 302. M. Alibert. Quelques considérations sur la pathogénie et le traitement de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques. — 303. M. Limassèt. Étude sur une forme myélopathique du blenno-rhumatisme. — 304 Mlle Kalinine. Contribution à l'étude des signes de la syphilis héréditaire précoce. — 305. M. Théohari. Structure fine des cellules glandulaires à l'état pathologique. — 306. M. Jacobson. Contribution à l'étude de l'origine bucco-naso-pharyngienne de la méningite. — 307. M. Faliech. Des épanchements hémorragiques de la plèvre. Étiologie, pathogénie, évolution anatomique. — 308. M. Martin. Du tatouage et du détatouage, leurs rapports avec l'aliénation mentale. — 309. M. Le Gueut. De la luxation intercondrale. — 310. M. Lévy. Les bouffées de chaleur de la ménopause opératoire. — 311. M. Depouilly. L'eau dans les logements ouvriers. — 312. M. Petit (Auguste). La coqueluche chez les vieillards. — 313. M. Ropiteau. De l'association du tryonal avec le paraldéhyde. — 314. M. Gréorgi. Contribution à l'étude clinique du traitement de l'infection puerpérale. — 315. M. Audion. Contribution à l'étude de l'ombilic et des infections ombilicales chez le nouveau-né.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

40. M. Le Maout. Essai sur l'hygiène des cimetières. — 41. M. Ponthieu-Lavielle. Contribution à l'étude de l'infundibulum sacro-coccygien et des fistules congénitales para-coccygiennes. — 42. M. Clavet. Des fistules et des kystes congénitaux de la lèvre supérieure. — 43. M. Bellile. Contribution à l'étude de la broncho-pneumonie chez les enfants. — 44. M. Boyer. Nouvelles recherches sur l'étiologie de la paralysie générale. — 45. M. Barthe. Des divers procédés d'exploration rénale et en particulier de la résection du parenchyme rénal au point de vue diagnostique ou de la néphropsie. — 46. M. Marque. Résultats éloignés donnés par le brossage dans le traitement de l'ophtalmie granuleuse. —47. M. Imbert. Étude historique et critique de la symptomatologie des paraplégies par compression. — 48. M. Dufour. De la paralysie rénale simple démente et sans délire. — 49. M. Parcau. Les dégénérés historiques au point de vue médico-légal. — 50. M. Quintrie Lamothe. Existe-t-il une thérapeutique propre à l'enfance? — 51. M. Joly. Étude clinique et expérimentale sur les luxuations dorsales internes du gros orteil. — 52. M. Bourges. Contribution à l'étude des anévrismes artérioso-veineux des vaisseaux fémoraux. — 53. M. Chanaud. Contribution à l'étude des tumeurs mélaniques de la conjonctive. — 54. M. Gallet de Santerre. Asphyxie par irruption de ganglions tuberculeux dans les voies respiratoires. — 55. M. Oudard. Le délire d'auto-accusation (Etude médico-légale). — 56. M. Lisson. Examen du sang (formule hématologique) dans quatre cas de néphrite aiguë (avant et après la guérison). Influence du régime lacté absolu (continué pendant huit jours) sur l'état du sang d'un sujet normal. — 57. M. Gontier-Lalande. Étude pratique des réactifs colorants employés en technique microscopique (Travail du Laboratoire des cliniques). — 58. M. Rousseau. De la canitie subite émotionnelle. — 59. M. Dau. Quelques recherches sur la proportion des anciens syphilitiques parmi les vieillards. — 60. M. Lorans. De l'appendicite chez la femme. — 61. M. Ayraud. La tuberculose conjonctivale primitive. — 62. M. Sibiril. Histoire médicale de Jean-Jacques Rousseau. — 63. M. Caboureau. La paralysie générale chez les religieux (Contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie générale). — 64. M. Lucas. Le pavillon de l'oreille. — 65. M. Lonjarret. Contribution à l'étude de l'action musculaire et nerveuse comparée dans les systèmes sympathique et cérébro-spinal.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 49. — SAMEDI 29 AVRIL 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 29 AVRIL 1900. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION	PRIX DE L'ABONNEMENT :	LES BUREAUX
49, rue St-André-des-Arts,	FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.	sont ouverts tous les jours,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE	UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.	DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
PARIS	Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.	TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Le tétanos; étude clinique et thérapeutique, par M. Ch. DOPTER, médecin aide-major de première classe. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Le tétanos; étude clinique et thérapeutique.

Par M. Ch. DOPTER,
Médecin aide-major de première classe.

Il y a quinze ans à peine, on ne connaissait du tétanos que ses symptômes; on ignorait ses causes, son essence; les rares succès obtenus par les divers traitements employés étaient à tort attribués à une médication purement symptomatique, dont les effets ne pouvaient être que palliatifs.

Petit à petit on arrive à connaître l'agent spécifique : le bacille de Nicolaïer, puis son rôle toxigène; la pathogénie du tétanos s'éclaire alors progressivement; des espérances sont fondées sur une thérapeutique rationnelle que les découvertes récentes tendent à réaliser.

En même temps une étude attentive de nombreux cas de tétanos observés, en délimite progressivement les différentes formes, précise les caractères qui leur sont propres et donne à chaque signe sa valeur diagnostique.

Ces deux points de vue, clinique et thérapeutique, sur lesquels nos connaissances se sont récemment étendues, feront seuls l'objet de ce travail.

I

Etude clinique. — On peut définir le tétanos, une maladie infectieuse, due aux produits de sécrétion d'un bacille spécifique, le bacille de Nicolaïer, importé dans une plaie accidentelle ou opératoire, où il a trouvé toutes les conditions nécessaires à son développement. Le tétanos est caractérisé par les contractures avec accès paroxystiques, débutant par les muscles de la mâchoire et de la nuque, et gagnant ensuite la plupart des muscles volontaires.

1. ETIOLOGIE. — Quelques notions étiologiques sont indispensables. Telle ou telle blessure n'est pas capable d'engendrer le tétanos : il faut avant tout que la plaie ait été souillée par un agent portant en lui ou avec lui le bacille spécifique (terre, fumier, instruments aratoires, instruments de chirurgie, etc.). Les meilleures conditions sont remplies par une plaie contuse, anfractueuse, dont les clapiers, inaccessibles à l'action des antiseptiques et de l'oxygène, favorisent la vitalité et la sporulation du bacille. La plaie n'a pas besoin d'être largement ouverte; une plaie imperceptible (par une épingle ou une écharde en bois) y prédispose d'autant plus qu'on y attache moins d'importance, et que les soins d'antisepsie courante sont plus négligés.

Une plaie qui ne contient que des spores tétaniques n'engendre pas le tétanos (1). Celui-ci ne survient que lorsque des microbes importés par un corps étranger quelconque sont venus s'adjoindre au bacille de Nicolaïer; les phagocytes s'emparent tout d'abord de ces microbes associés, laissant à la spore tétanique le temps de germer et de sécréter sa toxine. Ce fait est l'expression de ce qu'on observe constamment dans la pratique journalière; à ce titre il mérite d'être signalé.

Les blessures des extrémités (mains ou pieds) sont les plus tétanigènes.

Le sol des zones torrides est très tétanifère; aussi le tétanos apparaît-il fréquemment après les plaies contractées dans ces régions.

Il convient de signaler les épidémies de tétanos, épidémies opératoires, survenant après l'usage d'instruments souillés de spores tétaniques.

Enfin on a souvent attribué au refroidissement un rôle favorisant, sinon déterminant, dans l'apparition du tétanos.

2. DIVISION. — *Classification des différentes variétés de tétanos.* — Selon le point de l'organisme où il s'élabore, le poison tétanique donne naissance à telle ou telle variété de tétanos. Le foyer de l'infection peut siéger sur le tronc ou les membres, sur la face, au niveau de la plaie ombilicale chez le nouveau-né, sur un viscère. A ces localisations correspondent autant de formes différentes. La toxine peut être portée directement dans la substance cérébrale : autre variété nouvelle. Enfin il est un tétanos qu'on a longtemps confondu avec le tétanos vrai, et qui peut survenir sans blessure préalable, sous l'influence du refroidissement; c'est le tétanos médical ou tétanos a frigore.

Telles sont les bases de la classification que nous adopterons.

I. *Tétanos traumatique.* — A. Tétanos consécutif à une plaie extérieure (cutanée ou muqueuse) : *tétanos moteur.*

a. Tétanos commun (plaies des membres et du tronc);
b. Tétanos céphalique (plaie de la tête);
c. Tétanos des nouveau-nés (plaie ombilicale).

(1) VAILLARD et VINCENT. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1891.

B. Tétanos consécutif à une plaie viscérale : *tétanos splanchnique*.

C. Tétanos consécutif à l'introduction directe de la toxine tétanique dans la substance cérébrale : *tétanos cérébral*.

II. *Tétanos a frigore*.

3. Symptomatologie. — Chaque variété demande à être décrite séparément :

Tétanos du membre et du tronc. — Un homme est porteur d'une plaie par piqûre, par écrasement, etc., souillée au moment de l'accident par un agent tétanifère. Parfois avant les premières contractures, cette plaie se modifie, et peut donner l'éveil : la suppuration se tarit, les bourgeons charnus ne se forment pas, la blessure devient douloureuse, et s'accompagne de soubresauts des muscles et des tendons sous-jacents. Mais le plus souvent, tout est en bonne voie de guérison, la cicatrisation se fait, peut même être terminée, l'état général être excellent. Brusquement le malade s'aperçoit d'une certaine difficulté de la mastication, ses masséters sont le siège d'une raideur douloureuse ; celle-ci se fait également sentir dans la région de la nuque. Le malade n'y prend pas toujours garde ; il continue à vaquer à ses occupations, mais l'abaissement du maxillaire inférieur devient de plus en plus difficile, la contracture massétérine s'accusant davantage ; en peu de temps, les mâchoires sont serrées l'une contre l'autre (*trismus*). Toute tentative pour les écarter détermine un spasme qui exagère et la contracture et la douleur ; l'alimentation solide est impossible, puis l'alimentation liquide est bientôt empêchée par un certain degré de *dysphagie* causée par la contracture des muscles pharyngiens. A ce moment le malade présente ordinairement une fièvre dont l'intensité varie avec le degré de l'infection ; ce rapport n'est pas constant, certains cas aigus, graves, étant parfois apyrétiques.

Les petits muscles de la face participent à ces mêmes contractures pour engendrer un nouveau symptôme : le *rire sardonique ;* les commissures latérales sont tirées en dehors, les ailes du nez et les sourcils sont relevés, le front est ridé, l'angle externe de l'œil est plissé. Chez certains malades, ces phénomènes sont intermittents, et n'existent qu'à la faveur d'un effort, de la toux, ou de la déglutition.

Les contractures gagnent les muscles du tronc et des membres. La contracture des muscles du dos produit une incurvation du tronc ; les muscles abdominaux tétanisés contribuent à excaver la paroi du ventre. Le même processus s'étend à la racine des membres inférieurs, puis à toute leur longueur, frappant de préférence les extenseurs. Les contractures des membres supérieurs ne se produisent qu'en dernier ressort. Le corps entier est alors complètement rigide et présente les attitudes diverses, connues de longue date et sur lesquelles il est inutile d'insister : *opisthotonos*, *emprosthotonos*, *pleurosthotonos*, *orthotonos*.

A ces contractures persistantes s'ajoutent les *redoublements convulsifs*, des spasmes douloureux, prenant naissance soit spontanément soit sous une influence extérieure quelconque, même très minime, et se répétant plus ou moins fréquemment, parfois d'une manière continue.

La *fièvre* s'élève généralement d'une manière progressive, au fur et à mesure de l'extension des symptômes. Elle peut atteindre 42-43 degrés et plus encore.

Dans les cas graves surtout à la dernière période, le *pouls* est fréquent (140 pulsations en certains cas), la respiration est difficile, la *dyspnée* est parfois intense et s'accentue avec les progrès de l'infection (40 respirations par minutes).

Les *troubles digestifs* sont peu accusés : on note un état nauséeux, parfois des vomissements, souvent de la constipation.

Les *urines* sont peu abondantes : cependant l'albumine est rare ; on a souvent à combattre la rétention d'urine.

Au milieu de ces phénomènes variés l'*intelligence* reste cependant intacte.

La mort arrive par syncope ou par asphyxie lente ou rapide ; en ce dernier cas, un accès spasmodique la provoque fréquemment.

La température monte parfois à 44 degrés et même à 45 degrés après la mort.

Tétanos céphalique (Rose). — Quand une plaie occupe le domaine d'une des 12 paires craniennes, le tétanos prend le type céphalique (1).

Quatre à cinq jours après une blessure de la face, du cuir chevelu, de la muqueuse buccale (avulsion dentaire par exemple), le malade est pris de trismus, ordinairement unilatéral, et siégeant du même côté que la porte d'entrée. Simultanément apparaît de la *paralysie faciale* ; elle peut précéder le trismus ; elle le suit rarement.

Cette paralysie faciale prend le type périphérique complet : asymétrie faciale, joue flasque, disparition du sillon naso-labial, déviation de la commissure, ouverture plus grande de la fente palpébrale. De même pour le trismus, les troubles paralytiques siègent en général du même côté que la blessure ; parfois aussi, elle se manifeste du côté opposé. Enfin, quand la plaie est médiane, la paralysie est double (2).

A ces troubles, vers le neuvième jour, s'ajoutent des spasmes pharyngés dont l'expression première est la *dysphagie*, et dont le degré ultime est assez intense pour rappeler l'*hydrophobie* (3). Entre ces deux points extrêmes on trouve tous les intermédiaires.

Les malades peuvent présenter en même temps de la raideur de la nuque, mais les contractures ne se généralisent que rarement ; quand elles s'étendent ce n'est que tardive-

---

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1880, n° 42, p. 416.

(2) L'existence de cette paralysie a été contestée : MM. Terrillon et Schwartz, en 1888, pour expliquer l'asymétrie faciale, admettent l'hypothèse d'une contracture des petits muscles de la face, d'un seul côté. Plus tard, Brunner confirme cette conception. Malgré tout, s'il faut en croire l'expérience des maîtres en matière de neurologie, cette paralysie faciale existe et sa présence a été nettement constatée. Ces phénomènes ont été attribués à l'action directe de la toxine tétanique sur le nerf facial ; la toxine suivrait les branches ultimes de division endommagées par la blessure, puis remonterait au tronc principal pour arriver ensuite aux centres. L'existence des paralysies doubles, survenues après une plaie médiane, semble confirmer l'hypothèse ; mais quand la paralysie siège du côté opposé à la lésion, elle n'est plus admissible. L'altération serait-elle centrale ? Les coupes histologiques n'ont rien montré d'anormal : puis, en ce cas, pourquoi paralysie dans la sphère du facial, pourquoi contracture dans celle du trijumeau ? Enfin, pourquoi des paralysies analogues n'existeraient-elles pas dans le tétanos des membres ? Autant de faits contradictoires. Aussi, actuellement, jusqu'à plus ample informé, la pathogénie de cette paralysie faciale reste-t-elle inexpliquée.

(3) Ces spasmes dysphagiques, hydrophobiques, avaient frappé les premiers observateurs, Rose en particulier ; ils leur avaient attribué une importance capitale ; aussi le tétanos céphalique a-t-il été nommé encore : tétanos dysphagique, tétanos hydrophobique. Pour eux aussi, ces deux caractères en faisaient deux formes distinctes. En réalité, l'hydrophobie n'est que l'expression exagérée de la dysphagie. D'autre part, cette dysphagie, pour se rencontrer fréquemment dans le tétanos céphalique, ne peut pas être un signe caractéristique, car on l'a vue apparaître dans le tétanos des membres. Enfin, elle n'existe pas dans tous les cas de tétanos céphalique : M. Villar, sur 28 observations, ne la trouve que 14 fois, la moitié des cas par conséquent. (*Gaz. des hôpit.*, 1888, p. 1357.)

ment, quinze jours ou même trois semaines après le début du tétanos.

Le pouls, la respiration, la fièvre, présentent les mêmes variétés de caractère que dans le tétanos des membres. La mort arrive le plus souvent pendant un spasme pharyngé qui amène l'asphyxie.

Tétanos des nouveau-nés. — Avant l'ère antiseptique, le tétanos des nouveau-nés (*trismus nascentium*) était relativement fréquent, surtout dans les régions tropicales où l'infection tétanique sévissait de préférence. Actuellement, cette affection tend à disparaître; on peut l'observer encore parfois à l'état épidémique, dans des maternités, où l'antisepsie est pratiquée d'une façon défectueuse.

Le foyer originel est la plaie ombilicale; le tétanos débute dans le courant des douze premiers jours de la naissance : l'enfant refuse le sein, ou l'abandonne aussitôt après l'avoir pris, et les accidents éclatent. Il ne diffère pas sensiblement, par son tableau clinique, du tétanos commun : trismus, raideur de la nuque, contractures de la face, du tronc, des membres, avec redoublements convulsifs, rien n'y manque. On observe les mêmes variétés d'attitude du corps correspondant chacune à l'atteinte prédominante de certains groupes musculaires. L'enfant meurt le plus souvent par asphyxie, le thorax étant immobilisé par la tétanisation des muscles respirateurs. La durée, depuis le trismus, est de trois à quatre jours.

Tétanos splanchnique. — Quand le foyer tétanigène se développe au niveau d'un viscère (testicule, intestin, utérus, urètre, etc.), le tétanos prend la forme splanchnique. Cliniquement, on l'observe à la suite de laparotomies (1), de cures radicales de hernies (2), d'ovariotomies (3), de plaies urétrales (4) et utérines. En ce dernier cas, c'est à l'occasion d'un avortement, d'un accouchement que l'infection se déclare.

L'exemple le plus fréquent est le *tétanos utérin*.

L'incubation est d'une durée de huit à dix jours, et plus. Il peut débuter par le trismus, mais souvent aussi par de la dysphagie, accompagnée de spasmes pharyngés, se produisant même en dehors de l'alimentation. En général, ils surviennent douze heures après le trismus (dans le tétanos moteur, le délai moyen est de quarante-huit heures). Suivent des contractures, habituellement peu intenses, des muscles de la nuque et du dos; les mouvements des membres sont libres. Moins de vingt-quatre heures après le début, apparaissent des accès de suffocation, dus à des spasmes laryngés : le malade porte la main à son cou, le faciès est anxieux, cyanosé. Le pouls, peu fréquent au début (70, 80 pulsations), monte rapidement à 100, 120, 150. Les battements cardiaques sont faibles, irréguliers. Le malade succombe dans un spasme, ou une syncope. La durée totale n'excède pas quarante-huit heures (5).

(1) Koch. *Deuts. Zeit. f. Chir.*, XLVIII.

(2) Maunoury. IIe Cong. de chir., 1886. — Buffet. *Normandie méd.*, 1888.

(3) Thiriar. IIe Cong. de chir., 1886. — Faber Johnson. *Boston med. Journ.*, 1889.

(4) Tuefferd. *Union méd.*, 1874. — Chaillous. Th. de Paris, 1899.

(5) On a décrit indifféremment, sous le nom de tétanos puerpéral, toute infection tétanique survenant à la suite de l'accouchement. Une distinction s'impose. Le tétanos des femmes en couches peut provenir soit de la plaie utérine, soit d'une plaie cutanée, intéressant le périnée, les grandes lèvres, etc. A ces deux foyers d'origine correspondent deux foyers de tétanos : la plaie utérine engendre le tétanos viscéral; la plaie périnéale, vulvaire, etc., produit le tétanos de type moteur, au même titre que toute porte d'entrée externe. Cette différenciation est importante à considérer; cependant, elle a été le plus souvent méconnue.

La symptomatologie du tétanos d'*origine urétrale* est identique.

D'ailleurs, quel que soit le viscère atteint, le tétanos splanchnique se révèle toujours par les mêmes signes et la même évolution; il forme donc une individualité véritable. C'est aussi ce qui résulte des recherches expérimentales de M. Binot (1) : le tétanos viscéral qu'il donne à l'animal diffère quelque peu par ses symptômes du tétanos viscéral humain, mais il reste toujours identique à lui-même chez le même animal, quel que soit l'organe infecté.

M. Binot remarque en outre que les viscères, dont la lésion engendre le tétanos splanchnique, sont innervés principalement ou exclusivement par le grand sympathique : le *tétanos splanchnique est donc un tétanos du système sympathique, opposable au tétanos du système nerveux moteur*. La même conclusion subsiste pour le tétanos humain.

Tétanos cérébral. — Dans les formes précédentes, après migration, la toxine agissait sur les éléments nobles de l'axe cérébro-médullaire. En portant cette toxine directement dans la substance cérébrale, vu l'affinité spéciale des cellules nerveuses vis-à-vis du poison tétanique. MM. Roux et Borrel (2) ont pu donner aux animaux un tétanos d'allures particulières, ne ressemblant en rien au tétanos vulgaire; ils l'ont nommé « tétanos cérébral » pour le distinguer du tétanos céphalique, dont « certains symptômes, comme la paralysie faciale, pouvaient se rapporter au tétanos cérébral ».

Nous renvoyons au mémoire de MM. Roux et Borrel, pour la description de cette variété de maladie tétanique, intéressante au point de vue expérimental, mais n'ayant pas son pendant dans la clinique humaine. Aussi, n'en ferons-nous que résumer le tableau symptomatologique, en disant que le tétanos cérébral « est caractérisé par une excitation extraordinaire, par des crises convulsives, intermittentes, épileptiformes, des troubles moteurs et de la polyurie », tous phénomènes qui sont loin de rappeler la forme générale de l'infection tétanique, et en particulier ses contractures permanentes.

Tétanos a frigore. — L'influence déterminante du froid, des changements brusques de température, sur l'apparition du tétanos, avait depuis longtemps frappé les esprits; quand on l'eut vu survenir spontanément, sans plaie initiale, on fut tenté de l'individualiser : on l'appela : *tétanos a frigore*, *tétanos rhumatismal*, ou plus généralement *tétanos médical*, l'opposant ainsi au tétanos chirurgical, engendré par une blessure.

Des recherches récentes l'isolent encore davantage, et, d'après M. Chaillous (3), il ne serait plus dû à l'action du bacille de Nicolaïer, mais très probablement au pneumocoque; ce serait alors un *pseudo-tétanos*. Son étiologie n'est d'ailleurs pas seule à le différencier du tétanos vrai : sa symptomatologie présente des caractères qui, selon lui, ne doivent pas prêter à confusion.

La période d'invasion est beaucoup plus courte : elle ne dépasse pas soixante-douze heures, après le refroidissement.

Le début peut être précédé de signes prémonitoires d'une

(1) Binot. Th. de Paris, 1899.

(2) Roux et Borrel. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1898.

(3) Chaillous. Th. de Paris, 1899. — Nous empruntons à ce travail la description clinique qui suit.

affection fébrile : malaises, courbatures, frissons, douleurs rachidiennes. Le trismus, le plus souvent, est le phénomène initial; parfois, cependant, les membres inférieurs sont pris les premiers. Bientôt les contractures se généralisent, les membres supérieurs sont seuls respectés. La généralisation des contractures est extrêmement rapide, et se fait souvent en moins de vingt-quatre heures.

Au début, il y a, en général, une fièvre modérée. La température oscille entre 37°5 et 38°5. On trouve entre 80 et 100 pulsations à la minute. L'intelligence reste intacte.

Le trismus n'est pas en rapport avec l'intensité et la généralisation des contractures. On peut arriver à écarter les arcades dentaires d'un centimètre. Les contractures des muscles de la nuque, du dos, des membres, peuvent être vaincues, en déployant une force suffisante, variable avec les sujets. De plus *ces contractures ne sont pas permanentes.* Rigide comme une planche à certains moments de la journée, le malade s'asseoit sur son lit, et mobilise ses membres quelques heures plus tard. Si on insiste, il peut même marcher. Des paroxysmes douloureux exagèrent parfois ces contractures.

La sensibilité est normale, on trouve parfois de l'hyperesthésie.

La respiration est courte, le malade tousse souvent, mais crache peu. Il existe presque toujours des signes de pneumonie ou de congestion pulmonaire.

Le plus souvent, la maladie prend un caractère subaigu ou chronique : les contractures s'atténuent progressivement, et en trois ou quatre semaines, la guérison apparaît. Parfois la marche prend un caractère aigu; la température s'élève, le pouls devient fréquent, et la mort arrive dans le coma.

La léthalité présente un taux moins élevé que dans le tétanos traumatique, il atteint en moyenne 40 p. 100.

Il est infiniment probable que la similitude apparente du tétanos vrai et du tétanos a frigore a dû faire commettre bien des erreurs. Ce dernier, en effet, peut atteindre un grand nombre de blessés, sans que les plaies, dont ils sont porteurs, en soient la cause; le fait peut s'observer notamment sur un champ de bataille; les blessés, en attendant d'être transportés à l'ambulance, sont exposés au froid; dès le lendemain, ils présentent les premiers signes de cette maladie qui peut prendre alors des apparences d'épidémicité, ainsi qu'on le trouve souvent signalé (1). Aussi, serait-il intéressant de rechercher dans les relations des faits de guerre, la part qui doit revenir au tétanos vrai et au tétanos a frigore.

Dans la pratique journalière, où les cas sont le plus souvent isolés, il a pu en être de même, et la distinction des deux maladies a pu être fréquemment méconnue, surtout quand il s'agissait de tétanos à marche chronique. Actuellement, l'attention des observateurs se porte davantage sur ces cas de pseudo-tétanos; l'analyse des caractères inhérents à chaque symptôme doit fatalement lever les doutes.

4. Marche. Pronostic. — *Incubation.* — En général, l'incubation du tétanos vrai est d'une durée variant entre le quatrième et le onzième jour. Les cas qui surviennent en dehors de ces limites sont exceptionnels. Pour chacune des formes prise en particulier, cette incubation semble subordonnée à la distance qui sépare le foyer tétanique des centres cérébraux, dont la lésion est la première à se révéler, du moins chez l'homme. Pour y arriver, la toxine suit en grande partie la voie que lui offrent les conducteurs nerveux (1) partis du point traumatisé; aussi mettra-t-elle d'autant moins de temps à atteindre ces centres, que ces derniers seront plus rapprochés de la plaie. Quand le poison est porté directement sur la cellule nerveuse (tétanos cérébral), la distance est nulle, et l'incubation n'est que de huit à douze heures. En clinique humaine, c'est le tétanos céphalique qui met le temps minimum pour se manifester (quatre jours). L'incubation du tétanos des membres varie entre le sixième et le onzième jour, suivant que le foyer d'infection siège au membre supérieur, au tronc ou au membre inférieur. Le tétanos des nouveau-nés se déclare en général quatre à cinq jours après la chute du cordon. Enfin, le tétanos viscéral prend naissance vers le neuvième jour.

L'activité de la toxine, sa quantité élaborée dans la plaie doivent encore entrer en ligne de compte pour expliquer la variabilité de cette période d'incubation (2).

Évolution. — Le tétanos splanchnique seul semble présenter un cycle immuable; il est toujours aigu, et se termine fatalement par la mort au bout de quarante-huit heures.

Le tétanos moteur peut prendre une marche suraiguë, aiguë, subaiguë ou chronique.

Suraigu, le trismus seul trahit sa présence, tant l'infection est rapidement mortelle. Dans un cas, rapporté par M. Vaillard (3), « l'évolution fut si prompte, et la localisation des accidents si restreinte, que leur nature serait restée douteuse, si l'inoculation du sang, recueilli après la mort, n'avait donné le tétanos à l'animal. »

Le tétanos *aigu* apparaît de bonne heure, avec grand fracas; la température est élevée, le plus souvent; la respiration, le pouls sont fréquents et irréguliers; les contractures se généralisent rapidement, les spasmes pharyngés sont des premiers en date; les redoublements convulsifs sont intenses, et leur retour est fréquent.

Quand il est *subaigu*, son invasion est plus lente : les symptômes sont moins accusés.

Le tétanos *chronique* peut durer trois à quatre semaines, et même davantage. Son apparition coïncide avec le temps maximum d'incubation. Les contractures se succèdent graduellement, présentant parfois de légères rémissions. Les spasmes paroxystiques sont plus rares que dans les formes précédentes. Le pouls, la respiration ne présentent rien de particulier; la fièvre est modérée ou nulle. Les symptômes finissent par s'amender, leur atténuation est un avant-coureur de la guérison; mais, malgré tout, il faut craindre les aggravations subites (4), surtout quand la plaie tétanique persiste et continue à suppurer; la forme aiguë se greffe alors sur la forme chronique, avec ses conséquences fatales.

Pronostic. — La mortalité du tétanos est considérable. Dans les conditions de la chirurgie journalière, M. Vaillard estime à 70 p. 100 le taux habituel de léthalité. Tous les cas de tétanos sont compris dans cette évaluation, qui ne peut s'appliquer à chacune des variétés.

Le tétanos viscéral est toujours mortel. Les 50 cas exa-

(1) Larrey. *Relation historique chirurgicale de l'armée d'Orient.* — Fournier-Pescoy. *Du tétanos traumatique*, 1803. — Thierry. *Bull. des sc. méd.*, 1829, t. XVII.

(1) Marie. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1897.
(2) Marie. *Id.*, note, p. 593.
(3) Vaillard. *Traité de médecine et de thérapeutique*, t. II, p. 689.
(4) Forgue et Royer. Soc. de chir., 1888.

minés par M. Chaillous (1) se sont tous terminés par la mort.

Le tétanos des membres, aigu ou subaigu, est le plus souvent mortel. S'il est chronique, on peut plus facilement espérer la guérison, surtout s'il se prolonge.

Le tétanos céphalique est moins grave que les précédents, la terminaison fatale est moins fréquente.

Le tétanos des nouveau-nés est presque toujours mortel.

Le tétanos cérébral n'est pas connu en clinique humaine. Son pronostic, chez l'animal, varie avec la quantité de toxine injectée.

Quant au tétanos a frigore, sa léthalité atteint 40 p. 100. (Nous n'avons pu insister sur cette affection, au point de vue de ces renseignements cliniques, puisque nous avons appris à lui reconnaître une origine toute différente, qui l'élimine de la catégorie des tétanos vrais.)

Indications pronostiques. — Le clinicien doit, en face d'un tétanique, pouvoir formuler un pronostic. Celui-ci se déduira de la variété présentée par le tétanos, et de l'existence de certains signes cliniques.

On ne peut être affirmatif que dans les cas où l'évolution habituelle, correspondant à telle ou telle variété, comporte un pronostic fatal. En tout autre cas, cette seule considération ne donne pas de garantie suffisante pour faire la part des chances ou des risques courus par le malade.

La durée de l'incubation peut faire parfois supposer que la marche sera aiguë ou chronique. Le fait est exact le plus souvent : cependant il a donné lieu à bien des mécomptes.

L'absence ou l'existence de certains signes complète avantageusement ces premières données :

Au début, alors qu'il n'existe que des contractures, leur intensité, la fréquence des redoublements convulsifs sont déjà l'expression d'un notable degré de gravité. Plus tard, l'apparition de phénomènes bulbaires, surtout rapprochés de la phase initiale, est un indice de haute valeur : les battements cardiaques faibles et précipités, le pouls rapide (115 à 120 et plus), la respiration fréquente et irrégulière, montrent l'envahissement des noyaux bulbaires ; les spasmes glottiques, pharyngés ont la même origine. La lésion est irréparable, malgré le traitement employé ; elle entraîne la mort à bref délai.

En l'absence de ces symptômes, le pronostic devra, malgré tout, être réservé, tant que le tétanos n'aura pas duré au moins six jours. Au delà de cette limite (artificielle, mais résultant d'un fait d'observation), on pourra envisager la maladie comme subissant une marche chronique ; le pronostic deviendra dès lors plus favorable.

Il est une indication pronostique, qui n'a pas encore été utilisée en clinique, mais qui pourra, dans l'avenir, fournir de précieux renseignements : c'est le *nombre des blessures* dont le malade est porteur. Le fait a été établi expérimentalement par M. Binot. Voici ce qui résulte de ses recherches :

Une dose inoffensive de toxine, injectée en un point, devient mortelle, quand elle est répartie en différents endroits. On arrive ainsi à multiplier les bouches d'absorption et les voies nerveuses qui enduisent la toxine aux centres. Ce qui le prouve, c'est que, « vient-on à accumuler les différentes piqûres sur la même patte, les choses se passent comme si on faisait une injection unique, car le poison aborde la moelle par une seule voie : le nerf de la patte inoculée. »

(1) Chaillous. Loc. cit.

Il doit en être de même chez l'homme. Le pronostic sera donc plus sombre, quand les blessures auront été disséminées en plusieurs points du tégument. Cependant, toutes ces plaies peuvent n'être pas tétaniques ; sur le nombre, l'une d'elles aurait seule ce caractère, le signe en question perdrait toute sa valeur. Néanmoins, plusieurs blessures étant produites ou souillées par le même agent tétanifère, on peut considérer comme probable l'infection de chacune d'elles. Le pronostic serait donc grave, sinon fatal.

5. Diagnostic. — Les phénomènes initiaux peuvent se retrouver dans un certain nombre d'affections bénignes :

Le trismus peut être produit par une arthrite temporo-maxillaire, l'éruption de la dent de sagesse ; la raideur de la nuque peut être due à un torticolis musculaire, à une arthrite des vertèbres cervicales, à un abcès rétro-pharyngien ou péri-amygdalien. Les redoublements convulsifs, provoqués par les tentatives destinées à vaincre les contractures, font le diagnostic. Ils n'existent que dans le tétanos.

La dysphagie, quand elle est intense, peut être prise pour de l'hydrophobie vraie ; mais, dans l'intervalle des accès rabiques, il n'y a pas de crampe massétérine.

Le tétanos strychnique peut ressembler au tétanos vrai ; mais les contractures s'y montrent d'abord au niveau des membres, et se généralisent de bas en haut : le trismus est un des derniers symptômes. De plus, c'est au début que les influences extérieures provoquent le plus facilement les spasmes paroxystiques. Enfin, les sujets présentent du délire, de la dilatation pupillaire, etc. Dans le tétanos, l'intelligence est intacte, et les pupilles sont normales.

La forme tétanique de l'urémie peut encore donner le change ; mais l'examen complet peut aisément faire reconnaître l'existence de l'état urémique.

Plusieurs fois, l'hystérie a simulé le tétanos (1). Ici le diagnostic est délicat, car le tétanos vrai peut se développer chez un hystérique ; d'autre part, un sujet porteur d'une plaie peut prendre le tétanos hystérique, qui n'est qu'un pseudo-tétanos. Le plus souvent, les faits se passent de la façon suivante :

Un hystérique a vu l'un des siens devenir tétanique à la suite d'une plaie. Il se blesse, craint chez lui l'invasion du tétanos ; il s'auto-suggestionne (2), la maladie se déclare.

Au début, le diagnostic peut être impossible. Parfois cependant, à l'état de repos, aucune contracture ne se manifeste ; les phénomènes tétaniques n'apparaissant qu'après une excitation (3). Ces rémissions totales sont inconnues du tétanos vrai ; enfin, les spasmes convulsifs existent rarement. En tout cas, la suite des symptômes ne peut tromper, la fièvre n'existe pas, la respiration, le pouls n'offrent que peu de modifications ; le pronostic est bénin. L'application de courants faradiques, aidée de la suggestion, a raison de tous les troubles.

La distinction du tétanos vrai et du *tétanos a frigore*, reposera sur les données établies par M. Chaillous (4). L'existence de prodromes, la durée de l'incubation (ne dépassant pas soixante-douze heures après le refroidissement), la ra-

(1) Rogery. *Journ. gén. de méd., chir. et pharm.*, Paris 1806. — Herahath. *Med. Times*, London 1848, XIX, p. 379. — Edouard Furley. *The Lancet*, London 1857, II, p. 142. — Preston. *Ann. med. Assoc. Chicago*, 1894. — Pitres. *Leçons cliniques sur l'hystérie*, 1891, t. I, p. 598.

(2) Caillaud. *Méd. moderne*, 18 déc. 1997.

(3) Hamon et Guimbretière. *Gaz. méd. de Nantes*, 29 mai 1897.

(4) Chaillous. Loc. cit.

pidité d'extension des contractures (vingt-quatre heures), leurs rémissions, la facilité avec laquelle on peut les vaincre, sont les principaux caractères. Rappelons que le tétanos a frigore peut survenir chez des blessés, et que la présence d'une plaie peut induire le clinicien en erreur.

Des exemples récents montrent que le tétanos peut être simulé encore par certaines formes de *méningite cérébro-spinale* (1); l'analogie est parfois frappante entre les deux tableaux cliniques. On peut cependant les différencier :

Quelques heures après son début, le trismus du tétanos est d'une intensité remarquable : toute tentative d'écartement des mâchoires reste vaine; la contracture massétérine peut être vaincue, toute ou en partie, dans la méningite cérébro-spinale. Pour toutes les contractures, d'ailleurs, il en est de même; on peut même arriver à mobiliser les membres, manœuvre impossible à faire exécuter à un tétanique. De plus, les membres supérieurs sont souvent contracturés dans la méningite cérébro-spinale.

Un signe diagnostique des plus importants est le signe de Kernig; dans le tétanos il n'existe pas, parfois même (Ombredanne, Leroux) sa recherche est impossible, en raison de l'intensité des contractures empêchant le malade de s'asseoir sur son lit.

L'analyse bactériologique du liquide céphalo-rachidien, après la ponction lombaire, peut lever les doutes.

Les deux affections peuvent encore être distinguées d'après l'existence de prodromes (frissons, céphalée, vomissements) qui n'accompagnent pas l'invasion silencieuse du tétanos.

Enfin, les facultés intellectuelles sont le plus souvent troublées chez le méningitique; elles sont intactes chez le tétanique.

Une forme de *méningite tuberculeuse* de l'adulte, décrite par Boix (2), débutant par le trismus isolé, peut aussi prendre le masque du tétanos. Ce trismus est bientôt suivi de raideur de la nuque, de contractures dorsales, ce qui complète l'analogie; mais les spasmes convulsifs n'existent pas; la constatation des signes ultérieurs, appartenant en propre au processus méningitique, dissipe habituellement toute confusion.

II

Traitement. — L'étude du traitement comprendra d'abord l'exposé des moyens d'action employés jusqu'alors, et la valeur de leurs résultats; il s'agira ensuite de formuler la ligne de conduite que devra suivre le clinicien en présence d'un cas de tétanos.

Nombreux sont les traitements dont on a vanté l'efficacité : les uns sont médicaux; les autres, chirurgicaux; la sérothérapie, née ces dernières années, est venue s'y adjoindre.

Le *traitement médical*, employé tout d'abord, consistait dans l'emploi de substances ayant une action sédative sur le système nerveux. Aussi, le chloral, la morphine, le curare, les bains, etc., ont-ils été tour à tour préconisés. De ces agents, un seul reste actuellement en pratique, c'est le chloral. Il diminue notablement les contractures, donne au malade un état de somnolence qui le soustrait aux influences extérieures capables de produire des paroxysmes douloureux; mais son usage doit être prolongé, car les symptômes tétaniques reparaissent dès que son emploi est suspendu. Ce dernier fait, mieux que tout autre, montre bien que le chloral, comme les substances analogues, ne possède aucune action curative; toutes atténuent, font même disparaître les manifestations extérieures du tétanisme, mais sont incapables de détruire la cause de l'infection. Leurs effets sont purement palliatifs, leur indication n'est que symptomatique.

(1) Rendu. *Cliniques*, t. II, p. 379. — Leroux et Viollet. *Presse méd.*, 24 déc. 1898. — Peyrot. Soc. de chir., 1888. — Ombredanne. *Presse méd.*, 3 sept. 1898.

(2) Boix. *Revue de méd.*, 1893.

Le *traitement chirurgical* s'attaquait à la cause première de la maladie. Depuis longtemps on avait soupçonné la nature infectieuse du tétanos ou, tout au moins, on avait remarqué le rapport de cause à effet existant entre les plaies souillées de terre, de boue, etc., et l'apparition des symptômes tétaniques; on savait notamment que certains genres de plaies y prédisposaient davantage. De là à modifier, ou même à supprimer le foyer initial, il n'y avait qu'un pas. On l'a tenté. Cautérisation, curetage, excision du foyer, amputation ont tour à tour été employés; et de fait, semblables pratiques ont donné des succès. « Laisser subsister le foyer originel, c'est donner le champ libre au bacille pour la sécrétion continue de la toxine, c'est condamner l'organisme à l'envahissement progressif (1). » Aussi, la suppression de la plaie tétanigène est-elle indiquée.

A ce point de vue, il convient d'examiner la valeur des moyens qui doivent y atteindre.

La *cautérisation* simple est insuffisante, car si un point échappe à la destruction, le bacille tétanique trouve dans les escares les conditions les plus favorables à son développement (2).

Le *curetage* de la plaie, l'ablation des corps étrangers, le débridement des clapiers, ne peuvent toujours être parfaits; ils contribuent néanmoins à affaiblir la vitalité du bacille en permettant l'accès de l'oxygène. Leur effet peut donc être utile, car on arrête ainsi, autant que possible, la production de nouvelles doses de toxine.

L'*excision* totale du foyer est plus radicale, ses effets sont plus positifs. Des faits cliniques en font foi (3); ils sont d'ailleurs corroborés par l'expérience : MM. Roux et Vaillard (4) introduisent sous la peau de 6 cobayes une écharde imprégnée de spores tétaniques. Deux témoins meurent. Quand les symptômes initiaux se montrent chez les autres, on extrait le corps étranger, on excise largement le foyer, on le cautérise. Sur les quatre ainsi traités, un seul succombe.

Avec l'*amputation*, on obtient les mêmes résultats, mais elle a l'inconvénient capital de supprimer un segment de membre, ou même un membre tout entier, ce qui limite son emploi. Néanmoins, c'est à elle qu'il faudra s'adresser, quand la blessure sera trop étendue pour qu'on puisse espérer une éradication totale du foyer.

Amputation et excision de la plaie tétanigène servent donc la même cause; mais ni l'une ni l'autre ne donne d'effet absolument curatif : quand le trismus apparaît, le bacille a pu déjà lancer dans la circulation une quantité de toxine suffisante pour entraîner la mort; la lésion qui a produit le trismus est déjà ancienne (5); après elle,

(1) Vaillard. In *Traité de médecine et de thérapeutique*, p. 706.

(2) Richon. Th. de Lyon, 1894, à qui nous empruntons ces données analytiques.

(3) Landouzy. *Sérothérapie*, Paris 1898, p. 28.

(4) Roux et Vaillard. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1893.

(5) Nocard. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1895.

d'autres se sont produites, qui ne se sont pas encore révélées, mais qui doivent fatalement se manifester dans la suite. Un exemple frappant le prouve; Schwartz (1) a vu survenir le tétanos chez un malade ayant subi l'amputation avant l'apparition du trismus. Ces méthodes ne peuvent donc rien contre les lésions déjà produites; tout ce qu'on peut attendre d'elles, c'est d'empêcher la diffusion de nouvelles doses de toxine dans l'organisme. A ce titre, malgré l'incertitude du résultat, leur emploi est d'une nécessité absolue.

Larrey avait proposé la cautérisation au fer rouge pour modifier la plaie et les extrémités nerveuses. De là à la section des conducteurs de l'irritation locale (comme on le pensait à cette époque), la transition était facile. Aussi a-t-il préconisé la *névrotomie*, et posé ses indications. Abandonnée depuis lors, Létiévant a voulu réhabiliter cette méthode; il annonce 10 succès sur 16 opérés. Les résultats sont loin d'avoir été aussi encourageants entre les mains des différents chirurgiens qui l'ont employée, aussi est-elle tombée dans l'oubli. En réalité la névrotomie empêche l'excitation périphérique de se propager aux centres; le patient en ressent souvent des effets excellents, dus à la disparition des spasmes, mais elle ne combat qu'un symptôme. Son effet curatif est nul (2).

Il en est de même de l'*élongation des nerfs*.

Traitement sérothérapique. — A. *Injections sous-cutanées, intramusculaires, intraveineuses de sérum antitoxique*. — Quand la nature infectieuse du tétanos fut démontrée, quand on eut réussi à immuniser l'animal contre la toxine tétanique, la connaissance des propriétés antitoxiques des sérums d'organismes rendus réfractaires, fit entrer la thérapeutique dans une voie toute nouvelle. Behring et Kitasato, à qui l'on doit la notion de ces propriétés remarquables, ont, en effet, établi les points suivants :

1° Le sérum des animaux immunisés neutralise *in vitro* le poison tétanique.

2° Injecté préventivement, il préserve l'animal contre les effets toxiques de ce poison.

3° Il les guérit quand le tétanos est déclaré.

Des expériences de contrôle ne confirmèrent pas toutes ces données. L'action préventive du sérum fut reconnue telle, mais l'action curative devint fort sujette à contestation. Quant aux effets du sérum sur le tétanos humain, ils furent déclarés absolument négatifs.

Devant ces contradictions, MM. Roux et Vaillard (3) entreprirent une étude systématique, variant à l'infini les conditions de l'expérience, et cherchant ce que donnait réellement la sérothérapie chez l'animal pour pouvoir ensuite l'appliquer à l'homme. Leurs conclusions sont les suivantes :

1. Le sérum antitoxique prévient sûrement le tétanos, même à doses très faibles, quand il est injecté avant la toxine tétanique.

2. Lorsque le sérum est injecté en même temps que la toxine, on observe toujours un tétanos local, même quand la quantité de sérum injectée est très grande.

3. Lorsque le sérum est injecté après la toxine, mais avant l'apparition de tout symptôme tétanique, il y a toujours un tétanos local... Après un certain temps écoulé, variable avec les animaux, la prévention n'est plus possible, même avec de grandes quantités de sérum.

4. Quand l'infection est produite par le bacille tétanique pullulant dans les tissus, la prévention dépend encore de la quantité de sérum injectée, et du temps écoulé entre le moment de l'infection et celui de l'intervention. Elle échoue le plus souvent, quand les animaux sont inoculés de façon à ce qu'ils aient un tétanos rapide. Elle peut réussir dans les infections lentes, et encore dans ce cas, la prévention n'est pas toujours définitive, si l'on n'enlève pas le foyer.

Les deux premières conclusions établissent donc nettement le rôle préventif certain du sérum antitétanique. Les deux dernières, surtout la quatrième, qui se rapproche le plus des conditions ordinaires de la clinique humaine, impliquent déjà l'idée de la difficulté à vaincre en cas de tétanos déclaré. En fait, voici les résultats expérimentaux à ce sujet :

1. Contre le tétanos aigu grave, le sérum est totalement impuissant.

2. Contre le tétanos à forme lente, l'action du sérum est plus favorable, car la toxine semble agir progressivement par petites doses successives.

Toutes ces conclusions ont pleinement reçu confirmation durant ces dernières années, par les essais de traitement préventif et curatif, tentés chez l'animal, puis chez l'homme.

En médecine vétérinaire, les résultats sont surprenants. Nocard (1) note les faits suivants : en 1895, 375 animaux porteurs de lésions susceptibles de devenir tétanigènes (clous de rue, piqûres de maréchal, blessures aux membres, etc.), ont reçu des injections préventives de sérum antitétanique. Aucun n'a contracté le tétanos. 55 animaux, porteurs de lésions semblables, n'ont pas été inoculés, servant ainsi de témoins. Tous ont pris le tétanos.

M. Caret (2) voit tous les ans dans sa clientèle 30 à 40 cas de tétanos. En 1895, il pratique des injections préventives pour les mêmes lésions que précédemment. Aucun cas de tétanos ne survient.

M Gelley (3) est en présence d'une épidémie de tétanos qui vient d'éclater sur un troupeau de 49 agneaux récemment châtrés, 9 étaient déjà morts. Aux 40 survivants, il injecte du sérum; 2 meurent le même jour; les 38 autres restent bien portants : l'épidémie était arrêtée.

Enfin, on sait combien les opérations de la castration et de l'écourtage étaient fréquemment suivies de tétanos. Les vétérinaires ne les pratiquent plus sans avoir injecté préventivement le sérum antitétanique. Dans ces conditions, le tétanos disparaît totalement de leurs statistiques.

En médecine humaine, les résultats sont tout aussi encourageants.

Devant un malade atteint de blessures souillées par un agent pouvant être tétanifère, beaucoup de chirurgiens n'hésitent pas à recourir à cette thérapeutique prophylactique. D'autres voient un, deux, plusieurs de leurs opérés, contracter le tétanos, ils font des injections préventives aux suivants : le tétanos disparaît de leurs salles d'hôpital ou de leur clientèle. Et cette mesure est d'autant plus à conseiller que son application ne provoque aucun accident nuisible à la santé des malades.

En ce qui concerne le tétanos déclaré, il en est autrement :

(1) Schwartz. *Mercredi méd.*, 1893.
(2) Delorme. *Traité de chirurgie de guerre.*
(3) Roux et Vaillard. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1893.

(1) Nocard. Loc. cit.
(2) Caret. Cité par M. Nocard, loc. cit.
(3) Gelley. Cité par M. Nocard, loc. cit.

Depuis les travaux de Behring et Kitasato, les essais qui ont été tentés ont donné des résultats, positifs en minorité, négatifs dans la plupart des cas. Encore faut-il remarquer que les cas de guérison obtenue ont trait à des tétanos à marche lente, chronique, formes parfois curables spontanément. L'intoxication y est modérée au début, puis s'effectue progressivement par l'action successive de petites doses de poison, contre lesquelles l'antitoxine peut agir efficacement.

En somme le sérum antitétanique possède de réelles propriétés préventives; *son pouvoir curatif est nul.*

C'est la conclusion naturelle qui se dégage de l'expérimentation, et des observations cliniques publiées jusqu'alors.

A quoi pouvaient tenir des échecs en matière de tétanos déclaré? L'explication, entrevue par MM. Roux et Vaillard, à la suite de leurs recherches, est maintenant confirmée par des travaux récents :

On savait déjà que la toxine tétanique, pour provoquer le tétanos, s'attaquait aux cellules de la moelle épinière; les lésions ainsi produites donnaient les contractures caractéristiques. L'expérience connue de Wassermann et Takaki est venue prouver à nouveau cette affinité spéciale entre la toxine et la cellule nerveuse : « De la substance cérébrale d'un cobaye est broyée, puis additionnée de toxine tétanique; le mélange se sépare en deux couches : au fond du vase la matière nerveuse, au-dessus le liquide opalin. Si les proportions de cerveau et de toxine sont bien choisies, le liquide ne contient plus de poison tétanique. » La toxine n'est pas détruite, comme le pensait Wassermann, elle adhère seulement aux débris de la substance cérébrale; elle est fixée par le tissu nerveux (1).

Cette affinité, qui se manifeste *in vitro*, se révèle dans l'organisme en engendrant les contractures tétaniques. Elle est encore démontrée par le tétanos cérébral (2) que MM. Roux et Borrel ont pu produire en mettant la toxine en contact avec le cerveau chez l'animal vivant.

Mais l'antitoxine n'a pas, vis-à-vis des éléments nerveux, les mêmes propriétés. L'expérience suivante le prouve : un animal immunisé contre le tétanos reçoit une quantité de toxine plusieurs fois mortelle sous la peau; il résiste. D'autres animaux, rendus également réfractaires, en reçoivent une faible quantité (1/10 de centimètre cube) dans le cerveau : tous meurent et cependant leur sang est antitoxique. Dans le premier cas, l'antitoxine a neutralisé la toxine, car toutes deux circulent dans le sang; dans le deuxième, l'antitoxine reste dans le sang, tandis que la toxine est fixée aux éléments nerveux; les deux substances ne prennent donc pas contact.

Là, réside la raison des échecs dans le traitement du tétanos déclaré : « Au moment où l'on injecte le sérum, une partie de la toxine est adhérente aux cellules nerveuses; l'antitoxine neutralise bien le poison qui circule encore, mais elle n'atteint pas celui qui est fixé aux éléments de la moelle épinière. Elle limite l'empoisonnement. Si celui-ci est trop avancé, la maladie suivra son cours, car la toxine diffusera de cellule nerveuse à cellule nerveuse, à l'abri de l'antidote. S'il en est ainsi, ce n'est pas dans le sang des tétaniques qu'il faut accumuler l'antitoxine pour les guérir, il faut les mettre là-même où progresse la toxine, et préserver les fonctions vitales de la moelle, avant qu'elles ne soient atteintes (1). »

(1) Roux et Borrel *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1898.
(2) Voir plus haut la symptomatologie.

De cette dernière proposition, découle directement la notion du traitement par injection intracérébrale de sérum antitoxique.

B. *Injections intracérébrales du sérum antitétanique.* — L'expérimentation sur le cobaye a donné, entre les mains de MM. Roux et Borrel, les résultats suivants :

Sur 45 cobayes traités à divers moments de l'évolution du tétanos, 35 ont survécu à la suite de l'injection intracérébrale. Sur 17 autres, ayant reçu le sérum sous la peau à doses beaucoup plus fortes, deux seulement sont restés vivants, 17 témoins sont tous morts.

Quelques gouttes de sérum antitétanique, injectées dans le cerveau, guérissent donc mieux le tétanos, que de grandes quantités introduites dans le sang ou sous la peau.

Cependant, on voit que l'injection intracérébrale ne sauve pas tous les animaux : l'antitoxine portée dans le cerveau protège la moelle supérieure, alors que la moelle inférieure est déjà atteinte par le poison, l'antitoxine ne défait pas les lésions accomplies; elle augmente seulement la période de prévention.

Malgré tout, les résultats semblaient plus encourageants qu'avec l'injection sous-cutanée. Aussi la méthode de MM. Roux et Borrel a-t-elle été essayée chez l'homme. La première tentative fut couronnée de succès (2). Les suivantes furent moins heureuses; le plus grand nombre restèrent infructueuses; à la fin de 1898, 16 interventions avaient été pratiquées, 4 seulement avaient amené la guérison [Chauffard et Quénu, Garnier (3), Ombredanne (4), Forgue et Royer (5)]. Depuis, Girard (6) enregistre deux succès; Gibb (7) relate un cas où les symptômes tétaniques avaient totalement disparu; la piqûre de l'injection ne fut sans doute pas aseptique, car elle provoqua la formation d'abcès cérébraux qui entraînèrent la mort; le pus de ces abcès renfermant des cocci, la culture donna du staphylocoque. D'autres essais furent tentés, il furent négatifs.

En somme, les résultats ont quelque peu déçu les espérances; la méthode de MM. Roux et Borrel n'en conserve pas moins toute sa valeur : les cas de guérison signalés étaient des cas de tétanos aigu, grave, qui n'auraient cédé à aucune autre thérapeutique. *Ce mode de traitement est le seul réellement rationnel; le tout est de l'employer à temps.* Cette dernière notion se dégage nettement des observations publiées jusqu'alors; à partir du début du tétanos, il est un temps limite au delà duquel l'injection intracérébrale ne peut rien; la durée de ce délai thérapeutique varie avec la rapidité et la gravité de chaque cas; il cesse, quand surviennent la tachycardie, la fréquence de la respiration, les spasmes pharyngés, ces phénomènes étant l'expression de lésions bulbaires déjà étendues. D'ailleurs MM. Roux et Borrel avaient conclu de leurs expériences que plus on intervenait rapidement après la première contracture, plus on avait de chances de réussite, les lésions antérieures à l'injection étant irréparables.

Plus tard M. Roux écrivait à M. Bousquet : « L'injection intra-cranienne ne réussit que jusqu'à un certain moment;

(1) Roux et Borrel. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1898.
(2) Chauffard et Quénu. *Presse méd.*, 18 juin 1898.
(3) Garnier. *Presse méd.*, 24 août 1898.
(4) Ombredanne. *Id.*, 3 sept. 1898.
(5) Forgue et Royer. Soc. de chir., 16 nov. 1898.
(6) Girard. Cong. de chir., Berne 1899.
(7) Gibb. *Brit. med. Journ.*, 1er juillet 1899.

elle est ensuite inutile. Elle permet d'intervenir après un laps de temps plus long que l'injection sous-cutanée, mais elle ne peut donner de résultats, si trop de cellules sont touchées. » Si l'imprégnation toxique a atteint les noyaux bulbaires, la mort devient inévitable. Intervenir au plus tôt, telle est la loi qui régit l'emploi de la sérothérapie intracérébrale.

En ce qui concerne le tétanos splanchnique, ce traitement reste totalement inefficace, malgré la précocité du moment où l injection est pratiquée. M. Binot a démontré que, chez l'animal, l'antitoxine introduite dans le cerveau, même quelques heures avant les symptômes initiaux, ne modifiait en rien l'évolution de la maladie.

On ignore encore l'influence de cette méthode sur le tétanos céphalique, aucun cas de cette variété n'ayant été traité de cette manière.

c. Injections sous-arachnoïdiennes de sérum antitoxique. — Tout récemment, M. Sicard (1) a entrepris d'injecter le sérum antitoxique dans la cavité sous-arachnoïdienne. Il résulte de ses expériences que ce procédé se montre beaucoup moins puissant que la méthode de Roux, dans le tétanos déclaré chez l'animal; cependant il est plus actif que l'inoculation sous-cutanée d'antitoxine; il permet d'obtenir la survie.

Chez l'homme, entre ses mains, les résultats ont été négatifs : trois tétaniques ainsi traités ont succombé. Jacob (2), néanmoins, a obtenu un cas de guérison, mais par contre, Heubner a pratiqué cette méthode chez six enfants sans obtenir d'amélioration; chez tous, la mort est survenue.

III

Indications du traitement. — D'après tous les faits qui précèdent, il est aisé de se tracer une ligne de conduite : 1° en présence d'une plaie, dont la nature sera supposée tétanigène; 2° en présence d'un tétanos déclaré.

Dans le premier cas on s'adressera au traitement prophylactique; dans le deuxième au traitement curatif.

A. Traitement prophylactique. — *L'antisepsie des plaies* est la première condition à remplir pour éviter le tétanos.

Ce n'est pas qu'il faille attendre beaucoup des antiseptiques usuels pour détruire la spore tétanique; celle-ci oppose une grande résistance aux agents les plus actifs (acide phénique à 5 p. 100, sublimé à 1 p. 1000). Mais dans les conditions ordinaires, la spore tétanique n'est pas seule à végéter dans une plaie accidentelle; à côté d'elle vivent des microbes vulgaires (staphylocoques, etc.), dont la présence lui permet d'accroître sa vitalité et de sécréter sa toxine. Sans leur aide, le tétanos ne se développerait pas (3). Détruire ces organismes surajoutés, c'est alors empêcher l'infection tétanique; c'est ce que peut faire l'antisepsie, et c'est ainsi qu'il faut comprendre son action en matière de tétanos.

Cette pratique devra être rigoureusement utilisée pour les blessures susceptibles d'engendrer le tétanos : plaies souillées de terre, vase, fumier, etc., développées chez des individus que leur profession met en rapport avec ces agents habituellement tétanifères (cultivateurs, maraîchers, palefreniers, etc.); blessures produites par les flèches des peuplades sauvages; plaies par arrachement, écrasement, etc., portant surtout sur les extrémités des membres.

(1) Sicard. Th. de Paris, 1899-1900. — *Gaz. hebd.*, 18 mars 1900.
(2) Jacob. Soc. de méd. interne de Berlin, 29 nov. 1899.
(3) Vaillard et Vincent. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1891.

L'antisepsie des instruments et objets de pansement, des mains des chirurgiens devra donc réclamer les plus grands soins, surtout en cas d'épidémie tétanique.

Si la plaie est trop anfractueuse pour qu'on soit absolument certain d'avoir pratiqué une antisepsie complète, on aura recours à *l'éradication totale du foyer*.

L'antisepsie, la suppression du foyer ne sont pas toujours suffisantes : la *sérothérapie préventive* étant le plus sûr moyen prophylactique, elle devra s'adjoindre aux précédents. Les faits cités plus haut montrent ce qu'on peut attendre de cette méthode : tout individu atteint d'une blessure supposée tétanigène, surtout siégeant aux extrémités des membres, devra recevoir une injection préventive sous-cutanée de sérum antitétanique (10 centimètres cubes). L'expérience prouve qu'une seule injection n'est pas suffisante, quand l'ablation du foyer n'a pas été pratiquée; Reclus (1) a ainsi perdu un malade qui a contracté le tétanos quinze jours après l'injection préventive dans la plaie; en effet, le bacille tétanique continue à sécréter sa toxine, dont la quantité peut à un moment donné excéder la dose d'antitoxine préalablement injectée, d'où l'éclosion possible des accidents. En ce cas, dix jours après la première injection, une deuxième sera pratiquée, on les renouvellera après le même laps de temps, jusqu'à la guérison complète du foyer originel. C'est la pratique adoptée partout; on connaît ses résultats. Aussi *attendre l'éclosion du tétanos chez un sujet est une faute; agir contre une suspicion de tétanos est une règle* (2).

B. Traitement curatif. — Les premières contractures sont apparues; trismus, raideur de la nuque, etc., le diagnostic est posé.

L'*injection intracérébrale* de sérum antitétanique est le traitement de choix, qu'il faudra instituer le plus rapidement possible, après l'apparition des premiers signes. La technique employée et conseillée par MM. Roux et Borrel est la suivante :

Le malade est endormi sous le chloroforme : la tête est rasée et nettoyée antiseptiquement. De chaque côté, ou pratique une petite incision du cuir chevelu, courbe, à concavité antéro-inférieure, longue de 2 à 4 centimètres, allant d'emblée jusqu'à l'os. Le centre de cette incision est situé sur le trajet d'une verticale passant par le bord antérieur de l'apophyse orbitaire externe, à 8 centimètres de celle-ci. Le lambeau est détaché de l'os avec la rugine. On trépane avec une fraise, donnant une ouverture de 8 millimètres de diamètre; la dure-mère est incisée. Perpendiculairement on enfonce en plein cerveau, à une profondeur de 4 à 6 centimètres, l'aiguille d'une seringue de Roux stérilisée, portant un piston dont la course est obtenue par un mouvement de vis de sa tige; on injecte lentement (durée : six minutes), régulièrement, 2 1/2 à 3 centimètres cubes de sérum sec dissous dans 5 centimètres cubes d'eau stérile. Une injection semblable est répétée du côté opposé. Toutes deux pénètrent au niveau de la deuxième circonvolution frontale. Points de suture sur chaque incision. Pansement sec antiseptique.

Là ne doit pas se borner toute l'intervention active : il est de première nécessité d'arrêter la sécrétion continue de la toxine dans l'intérieur du foyer initial. Aussi, quand le malade sera encore sous le chloroforme, devra-t-on pratiquer

(1) Reclus. Soc. de chir., 16 nov. 1898.
(2) Landouzy. *Sérothérapie*, Paris 1898, p. 48.

l'*éradication totale* de la plaie tétanigène, soit même l'*amputation* suivant les cas.

Si la sécrétion toxique des bacilles était primitivement trop abondante, ou si les opérations précédentes, étant imparfaites, n'avaient pas suffi à l'arrêter, l'*injection sous-cutanée de sérum antitétanique* est indiquée, et devra toujours s'y adjoindre ; elle pourra neutraliser la toxine au fur et à mesure de sa production. Chaque injection sera de 20 centimètres cubes, elle pourra être renouvelée tous les deux jours.

Ces méthodes répondent au traitement causal, curatif. D'autres sont encore en usage actuellement ; on les associe aux précédentes, mais elles ne poursuivent pas le même but ; elles combattent le symptôme, et leur effet est simplement palliatif ; elles constituent une thérapeutique d'humanité.

On isolera le malade dans le silence, dans la nuit, on évitera les secousses, l'agitation de l'air, toutes influences qui provoquent habituellement les spasmes convulsifs. La température de la chambre sera constante (20 degrés au minimum).

On l'alimentera par le rectum pour éviter les déglutitions pénibles, amenant les spasmes pharyngés.

Les souffrances, les contractures seront atténuées par le chloral à doses moyennes (4 grammes par jour d'hydrate de chloral) ou la morphine. Les bains seront des sédatifs utiles.

La diurèse sera favorisée pour aider l'élimination de la toxine.

Contre la rétention d'urine, on emploiera le cathétérisme.

La trachéotomie sera indiquée en cas d'asphyxie.

Tel est l'état de la question thérapeutique du tétanos. La prophylaxie de cette infection est actuellement assurée. Quant au tétanos déclaré, toutes les difficultés ne sont pas levées, tant s'en faut : la méthode récente de MM. Roux et Borrel a fait acquérir à ce sujet des données nouvelles et précieuses, dont l'utilité pratique est incontestable ; mais la durée de la période où ses effets sont réellement curatifs est fort restreinte ; son emploi est ainsi lui-même fort limité, d'autant que les malades viennent souvent se faire traiter plusieurs jours après l'apparition des premiers symptômes. Seuls les cas observés dès leur début restent justiciables de la sérothérapie intracérébrale. Encore y a-t-il lieu d'en abstraire les cas de tétanos splanchnique, dont le dénouement est fatal, et les cas de tétanos moteur suraigu, qui emportent les malades en deux à trois jours.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Association des médecins de la Seine. — L'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins du département de la Seine aura lieu dimanche 29 avril, à deux heures très précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel, président.

Ordre du jour : 1° Lecture du compte rendu de l'année 1899 par le secrétaire général ; 2° Élection d'un président et de deux vice-présidents (candidats proposés aux suffrages de l'assemblée par la commission générale : président, M. Brouardel ; vice-présidents, MM. Guyon et Fernet) ; 3° Renouvellement par tirage au sort de vingt-deux membres titulaires de la commission générale. Désignation de quarante-quatre suppléants.

Guerre. — Sont promus ou nommés aux postes ci-après désignés :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. Davignon, médecin-chef de l'hôpital militaire de Bourges, en remplacement de M. Læderich, retraité ; — Fournié, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens, en remplacement de M. Robert, promu. Nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Verdun.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Martin, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Toul, en remplacement de M. Roux, retraité. Nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Perpignan ; — Dubujadoux, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger, en remplacement de M. Longuet, décédé ; — Bruant, pour le 98e d'infanterie, en remplacement de M. Davignon, promu. Désigné pour l'hôpital militaire à Bourges ; — Robert, pour les salles militaires de la Rochelle, en remplacement de M. Fournié, promu ; — Schneider, médecin principal de deuxième classe hors cadres, attaché à la légation de France en Perse, affecté pour ordre à l'hôpital de Marseille et maintenu à la légation de France en Perse ; — Ravenez, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens ; — Morer, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier ; — Choux, maintenu au poste de médecin-chef de l'École supérieure de guerre à Paris ; — Hussenet, pour l'emploi de médecin-chef à l'école militaire d'infanterie de Saint-Maixent.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 16e semaine, 1015 décès, chiffre inférieur à celui des semaines précédentes, et inférieur aussi à la moyenne ordinaire des semaines d'avril (1 055). L'état sanitaire est donc très satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 9 décès, chiffre très inférieur à celui des semaines précédentes.

La rougeole a causé 24 décès, chiffre inférieur à celui des semaines précédentes et inférieur aussi à la moyenne (27).

La scarlatine, 1 décès ; la coqueluche, 4 ; la diphtérie, 7 ; sont également au-dessous de la moyenne. Il n'y a eu aucun décès par variole.

La grippe n'a plus causé que 5 décès.

Il y a eu 12 suicides et 14 autres morts violentes.

Congrès de Naples. — Le roi et la reine d'Italie ont assisté hier à la séance d'ouverture du congrès international contre la tuberculose. Le congrès siège au palais Maddaloni. Il comprend plus de huit cents médecins français, italiens, allemands, autrichiens, etc.

Faculté de Paris. — *Laryngologie, rhinologie et otologie.* — M. Castex, chargé de cours complémentaire, reprendra ses leçons à l'amphithéâtre Cruveilhier (École pratique), le mardi 1er mai 1900, à trois heures, et les continuera les jeudis, les samedis et mardis suivants, à la même heure. — Le cours est public et gratuit.

Exercices pratiques, sous la direction de M. Castex, assisté de MM. Collinet, Rabé et Mesnard, anciens internes des hôpitaux.

Examen et traitement des malades tous les jours, de trois heures à cinq heures. — Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs. — Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, guichet n° 1, les lundis, mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à trois heures.

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de botanique.* — M. Bureau, professeur, commencera ses leçons sur les familles naturelles, le vendredi 4 mai 1900, à une heure, et les continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 50. — MARDI 1er MAI 1900. 73e ANNÉE. MARDI 1er MAI 1900. — N° 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — Séance de la Société de chirurgie. — Traitement et prophylaxie de la gonorrhée, par M. Claudio Fermi, professeur à l'Université de Sassari. — Variétés. La médecine au Salon de 1900, par R. Le Cholleux. — Intérêts professionnels. La négligence commise par un médecin d'un bureau de bienfaisance dans les soins à donner à un indigent engage la responsabilité de l'homme de l'art. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(27 avril 1900)

La récente communication de M. Ménétrier sur la **maladie d'Addison** a engagé MM. Netter et Nattan-Larrier, d'une part, M. Achard, d'autre part, à publier des observations qui se rapprochent par quelques détails de celle de M. Ménétrier.

L'observation de MM. Netter et Nattan-Larrier est intéressante en raison de l'âge du malade et de l'évolution de sa maladie, qui ne se caractérisa que par une pigmentation légère jusqu'au jour où survint une infection à streptocoques; le syndrome addisonnien se développa alors très rapidement et simula une péritonite.

Voici en quelques mots cette observation. Un enfant de treize ans est pris, au milieu d'un état de santé satisfaisant, d'étourdissements, d'intolérance gastrique et de diarrhée. Au deuxième jour de sa maladie, il était dans un état d'asthénie absolue; il éprouva de violentes douleurs au niveau de l'abdomen et des lombes. On crut à une péritonite; seule, une légère pigmentation des téguments aurait pu faire penser à une maladie d'Addison, mais l'histoire antérieure ne permettait pas d'affirmer ce diagnostic. La mort survint rapidement. A l'autopsie, on trouva une tuberculose ancienne des capsules surrénales. La rate, très volumineuse, donna une culture pure de streptocoques.

Dans le cas de M. Achard, il est question d'une jeune fille de dix-huit ans qui éprouvait, depuis quatre ans, une grande faiblesse, accompagnée de céphalalgie, de palpitations et d'attaques avec perte de connaissance attribuées à l'hystérie. En outre, la malade présentait une asthénie profonde, une démarche titubante. Elle avait des douleurs à caractère fulgurant dans les jambes et, depuis quelques jours, des douleurs épigastriques avec des vomissements bilieux. Rien n'autorisait un diagnostic ferme ; s'agissait-il d'accidents hystériques? ou bien avait-on affaire à une polynévrite ou à une lésion cérébelleuse?

L'autopsie montra qu'il s'agissait d'insuffisance capsulaire sans mélanodermie, ayant privé l'organisme de toute résistance, en sorte qu'une cause légère avait suffi à provoquer une syncope mortelle.

M. Louis Rénon relate l'observation complète d'un malade, le premier cas en France d'**échinocoque alvéolaire**, dont il a été déjà question à la Société de biologie, et qui présentait trois masses kystiques alvéolaires, une pulmonaire droite rompue dans la grande cavité pleurale, et deux pleurales sur la plèvre médiastine et sur la plèvre diaphragmatique droites, faisant saillie dans le péricarde et dans le péritoine.

Le diagnostic de tels kystes est impossible pendant la vie, car il faudrait avoir sous les yeux ou sous les doigts les tumeurs alvéolaires dures et cartilagineuses : ce sont d'ailleurs des cas d'une exceptionnelle rareté.

Dans ce fait intéressant, il est probable que le premier kyste s'est développé dans le poumon et s'est ouvert ensuite dans la plèvre droite; l'ensemencement de la séreuse s'est effectué à ce moment, et deux nouveaux foyers hydatiques ont commencé leur évolution, l'un dans la plèvre diaphragmatique, l'autre dans la plèvre médiastine. Cette hypothèse est d'autant plus plausible, qu'elle coïncide bien avec l'évolution clinique, que les kystes étaient fertiles, et que les expériences d'Alexinsky nous ont montré, depuis deux ans, l'importance de la greffe directe des hydatides dans la production de l'échinocoque multiloculaire.

Le traitement chirurgical paraît impuissant dans des cas semblables : avec les ouvertures même les plus larges, une masse alvéolaire peut échapper à l'observation, et les kystes continueront leur évolution jusqu'à la rupture et avec nouvel ensemencement. Si toutes les masses sont reconnues, des résections importantes et graves, souvent impossibles (celles de la plèvre diaphragmatique et de la plèvre médiastine, d'une partie du diaphragme et du péricarde dans ce cas) s'imposeraient, pour mettre un terme aux accidents.

MM. Gilbert et Lereboullet font deux communications : la première sur les **angiocholites anictériques**; la deuxième sur la **néphrite biliaire**.

Dans la première, ils rapportent deux faits d'angiocholite subaiguë ayant pour trait commun l'*absence complète d'ictère* pendant la plus grande partie de leur évolution. Dans l'un il s'agissait d'une angiocholite infectieuse ascendante spontanée dont le début remontait à plus d'un an et s'était manifesté par un ictère léger à allure d'ictère catarrhal. Ce n'est qu'après cinq mois que sont apparus les accidents

douloureux pouvant faire penser à la lithiase; puis survinrent des accès de fièvre intermittente hépatique avec hypertrophie hépatique sans trace d'ictère.

Dans la seconde observation, il s'agissait d'une angiocholite infectieuse ascendante subaiguë ayant aussi débuté par un ictère à allures d'ictère catarrhal, qui disparut complètement alors que l'hypertrophie du foie persistait avec fièvre peu élevée à type inverse, sans hypertrophie de la rate et avec prurit très prononcé malgré l'absence d'ictère.

Il peut donc exister des angiocholites infectieuses subaiguës anictériques graves.

Dans leur second mémoire, les auteurs insistent sur la probabilité de néphrite biliaire due à l'angiocholite infectieuse ascendante avec ou sans ictère. Dans un des cas, il s'agissait d'angiocholite infectieuse anictérique qui était accompagnée d'albuminurie massive. L'intervention opératoire a permis de constater un gros rein et a amené, en établissant une fistule biliaire permanente, une rétrocession marquée de l'albuminurie qui est retombée à 1 gramme par litre environ.

Dans le deuxième cas, les symptômes d'insuffisance rénale paraissent avoir précédé les symptômes hépatiques mais l'intervention opératoire révéla une cholécystite calculeuse ancienne et antérieure à la détermination rénale.

M. Souques présente des pièces anatomiques recueillies à l'autopsie d'une femme souffrant depuis quelque temps de dyspnée intense avec fièvre. On voit sur ces pièces qu'il s'agit d'une **endocardite aiguë infectieuse et végétante des sigmoïdes pulmonaires**.

M. Faure rapporte quelques observations d'**infections naso-pharyngées consécutives à la grippe**.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(25 Avril 1900)

Ceux de nos confrères qui assistaient à cette séance ont dû se retirer l'esprit quelque peu inquiet, la conscience tant soit peu troublée à la pensée des méfaits dont ils se rendent coupables quand ils opèrent chaque jour des malades, en se contentant des précautions aseptiques, actuellement en usage dans les différents services. Expliquons-nous : L'année dernière, M. Quénu avait déjà appelé l'attention de ses collègues sur l'**emploi de gants imperméables** préalablement soumis à l'ébullition pour la pratique des opérations. A vrai dire, il avait semblé rallier, à ce moment, peu de partisans. Il revient aujourd'hui sur cette question, plus convaincu que jamais, plus sévère que jamais pour lui-même et ses collègues. Partant de ce principe, que s'il est facile d'avoir des instruments et des fils vraiment aseptiques, il est, par contre, reconnu impossible d'aseptiser complètement la peau du malade et les mains du chirurgien, M. Quénu estime que c'est un devoir, pour tout chirurgien vraiment soucieux de la vie de ses malades, d'adopter les gants imperméables, qu'il a déjà préconisés à l'exemple des Allemands. Ce n'est pas tout : quand M. Quénu doit faire une opération qui réclame une asepsie rigoureuse, une laparotomie, par exemple, il fait baigner ses malades plusieurs jours de suite, il s'abstient lui-même, autant que possible, dans les jours précédents, de toute opération, de tout toucher vaginal, rectal ou buccal, et il met des gants. C'est ainsi qu'il a procédé, dans cette dernière année, et il fait connaître la statistique intégrale de son service : sur 328 opérations, il n'a eu que 14 décès, soit 4,5 p. 100 de mortalité opératoire. Ce sont là, sans doute, de bons résultats, et il faut louer M. Quénu de l'extrême conscience qu'il apporte dans la recherche de l'asepsie idéale. Mais vraiment n'y a-t-il pas là quelque exagération ? C'est un peu ce qui semble ressortir de la petite discussion qu'a soulevée l'intéressante communication de M. Quénu.

Comment conciliez-vous votre manière de voir en matière d'asepsie avec la fréquentation des amphithéâtres de dissection? lui a dit M. Rochard ; — L'asepsie idéale, l'asepsie de laboratoire, lui dit M. Bazy, ne saurait être appliquée avec cette rigueur dans la pratique journalière. Et d'ailleurs, les faits sont là pour prouver qu'elle n'est pas aussi indispensable que le voudrait M. Quénu.

M. Bazy a fait des laparotomies après avoir ouvert des phlegmons diffus gangréneux péri-urétraux, et ses laparotomisés n'en ont pas moins bien guéri. On peut, dit-il, se laver les mains suffisamment pour pouvoir agir ainsi sans grand danger pour les malades.

Quant à M. Tuffier, il déclare nettement qu'il ne se laisserait jamais opérer par un chirurgien venant de faire une opération septique. Aussi, M. Tuffier se rallie-t-il complètement à l'opinion de M. Quénu et, comme lui, met-il des gants pour opérer. Il en change même plusieurs fois au cours de l'opération, et comme les examens bactériologiques qu'il a faits de ses mains gantées ou non et de la peau des malades lui ont montré que plus on avançait dans l'opération, plus ces mains, ces gants et cette peau devenaient septiques, il en conclut qu'il faut opérer vite.

M. Nélaton s'associe à M. Quénu pour combattre M. Bazy et déclarer avec lui qu'il est très dangereux de faire une opération qui doit être aseptique après avoir fait une opération ou un pansement septique. Il s'accuse d'avoir ainsi peut-être causé la mort d'une femme qu'il a opérée d'une hernie ombilicale après avoir pansé pendant plusieurs jours un abcès de la fosse iliaque, et cependant M. Nélaton avait mis des gants pour faire ces pansements et avait mis quatre jours d'intervalle entre le dernier pansement et l'opération. Il n'a donc vraiment rien à se reprocher ou alors il faut séparer nettement la chirurgie et les chirurgiens en deux fractions bien distinctes : la chirurgie et les chirurgiens septiques et la chirurgie et les chirurgiens aseptiques. Si cela n'est pas possible, il faudrait au moins, dans les services hospitaliers, séparer les malades qui suppurent de ceux qui doivent subir ou ont subi des opérations aseptiques. C'est à cette conclusion fort sage qu'aboutit M. Nélaton, conclusion à laquelle tout le monde se rallie.

La discussion se poursuit entre MM. Quénu, Bazy, Tuffier, Schwartz, Routier, Guinard, les uns déclarant nettement, avec MM. Quénu et Tuffier, qu'il faut arriver à cette asepsie de laboratoire; les autres, avec MM. Routier et Bazy, protestant contre cette exagération et déclarant, ainsi que les faits le prouvent, qu'il est possible à un chirurgien prenant soin de se bien laver les mains de porter secours à la fois aux malades septiques et aux malades aseptiques sans que ceux-ci souffrent trop des premiers.

Au début de la séance, M. Delbet, à propos d'un malade opéré d'un anévrysme poplité par M. Monod, revient sur la question du **traitement des anévrysmes par l'extirpation**. C'est là, pour M. Delbet, la méthode de choix.

TRAITEMENT ET PROPHYLAXIE DE LA GONORRHÉE (1)

Par M. Claudio Fermi,
Professeur à l'Université de Sassari.

La grande diffusion de l'urétrite spécifique, surtout parmi la classe ouvrière et dans l'armée, nous a décidé à rechercher une méthode capable de surmonter les difficultés, qui le plus souvent rendent inutiles les nombreuses méthodes jusqu'ici en usage.

Beaucoup d'individus, empêchés par leurs occupations journalières, négligent en effet une cure sérieuse; d'autres ont honte de se présenter dans un établissement clinique; d'autres ne trouvent ni le temps ni le lieu où ils puissent se faire des irrigations, par exemple des ouvriers qui n'ont qu'une chambre commune; d'autres enfin se soustraient à un traitement parce qu'ils n'ont pas les moyens de le réaliser, ou aussi par simple négligence.

Un traitement vraiment pratique doit présenter les qualités suivantes :

Être court, efficace, sans douleur, capable de prévenir les complications;

Ne pas demander une interruption du travail et pouvoir permettre parfois quelque petit péché de gourmandise;

Être tel que l'on puisse s'y soumettre aisément et en secret; que l'on puisse facilement le continuer au dehors, par exemple au travail;

Enfin, ne pas demander de grandes dépenses, de sorte qu'éventuellement la commune puisse aisément fournir gratuitement les remèdes.

La méthode que nous avons expérimentée consiste tout d'abord à éloigner de l'urètre les gonocoques et leurs produits toxiques au moyen d'irrigations continuelles et efficaces; puis à rendre ce même urètre capable de résister à ces produits toxiques.

1° *Irrigation de l'urètre.* — Cette irrigation se fait de la manière suivante :

On prend une poire de caoutchouc, de préférence à parois assez fortes et contenant environ 100 à 200 centimètres cubes; on la remplit de liquide : permanganate de potasse à 1 p. 200, nitrate d'argent à 1 p. 500, protargol à 1 p. 500 ou ichtyol à 1 p. 200.

On engage la canule de la poire dans l'urètre et en comprimant et relâchant alternativement la poire élastique on y introduit le liquide qui va et revient dans la poire sans qu'il s'en perde.

Chaque irrigation ne demande que trois secondes environ. De cette façon on peut faire aisément une centaine d'irrigations le matin et autant à midi et le soir, sans avoir besoin chaque fois de plus de vingt à trente minutes. Nous conseillons trois irrigations par jour, chacune d'une durée de cinq à dix minutes, sans compter celle du soir.

De cette manière, l'ouvrier n'a pas besoin de porter avec lui la bouteille et le récipient nécessaires pour remplir une seringue, puisque la poire, remplie le matin, suffit pour toute la journée. On doit cependant avoir soin de faire, le matin dès le réveil, une bonne irrigation et de laisser le liquide s'écouler au dehors. On peut facilement porter dans la poche la poire renfermée dans une petite boîte de fer blanc.

A l'objection qu'on pourrait nous faire, que l'injection du même liquide pourrait communiquer l'infection à tout l'urètre s'il est déjà infecté, nous répondrons que le gonocoque, une fois détaché de l'urètre, est rapidement détruit ou du moins atténué par l'action antiseptique du liquide employé, et si l'on jette le liquide qui a servi pour les premières irrigations, les suivantes empêcheront le développement du gonocoque.

Quant aux toxines gonococciques qui se mêlent à 100 ou 200 centimètres cubes de liquide, elles perdent absolument tout pouvoir.

Enfin, nous ajouterons que, grâce à la deuxième partie de la méthode, nous n'avons jamais eu jusqu'ici à constater des complications.

2° Je préviens les symptômes d'inflammation en rendant la muqueuse plus résistante et insensible au gonocoque et à ses toxines, en ayant soin d'abaisser la température de la verge. A cet effet, je me sers d'une bande de gaze ou d'une bande de toile assez fine, qu'on peut facilement laver. Cette bande doit être appliquée légèrement en double et fixée par deux rubans, dont l'un, cousu vers le milieu, servira à lier la bande; dans l'autre, en forme de lacs, cousu à l'un des bords on passera la verge et le scrotum. Mais on doit prendre garde de ne point mettre la bande lorsque la verge est excitée, ou de la serrer trop, pour ne pas empêcher les érections nocturnes possibles.

On baignera la bande trois fois par jour avec de l'eau froide, surtout avant de se mettre au lit. On peut le faire aussi sans qu'il soit nécessaire de l'ôter, en versant un peu d'eau froide sur elle et en la pressant ensuite. Ces bandes se portent facilement sans aucun inconvénient.

Voici les effets obtenus par ce traitement :

a. Abaissement de la température de la verge de 35 degrés à 26-23 environ.

b. Absence ou diminution de l'inflammation, à tel point que l'on ne s'aperçoit presque pas de l'urétrite.

c. Les irrigations peuvent être commencées même au début des formes aiguës, et sont supportées facilement, même si elles irritent quelque peu.

d. Le traitement est un moyen efficacement prophylactique contre les urétrites subséquentes et contre les différentes complications (balanopostites, folliculites, abcès péri-urétraux, prostatites, épididymites, etc.).

Une poire élastique ne coûte guère plus de 50 centimes; l'autorité sanitaire pourrait donc combattre sans trop de frais ce fléau, en fournissant, le cas échéant, poires élastiques, bandes et médicaments, et en y ajoutant des notices imprimées.

(1) Communicat. Academia Medico-Fisica Sassarese.

VARIÉTÉS

La médecine au Salon de 1900.

Par R. Le Cholleux.

A défaut d'une « Leçon d'anatomie » que je ne m'attendais pas à rencontrer dans les salles de la place Breteuil, à l'ombre du puits artésien, je voulais mettre mon excursion sous l'égide de la « Médecine » de M. Basset que le catalogue m'annonçait; mais la Médecine n'a pas voulu quitter son piédestal grenoblois et ne figure au Salon que sur le livret.

Mon regard s'est alors arrêté sur le monument que la ville de Saint-Brieuc va ériger à la mémoire de Jules Rochard : M. Breitel a fait une œuvre grandiose, d'une silhouette sévère; il a placé le buste aux traits accentués sur une colonne haute et légère, au pied de laquelle une femme est debout, appuyant sur une ancre la main droite armée d'une plume et de la gauche tenant un cahier; les draperies sont sobres et souples : c'est bien le monument qui convient

à un savant. M. Leroux a édifié la statue assise du docteur Jean Hameau; il y aurait peu de chose à retoucher pour en faire un Lamartine pensif; d'après le costume 1830 du docteur, on peut estimer tardif l'hommage que lui rend la ville de Teste-de-Buch! Un « Possédé » par M. Blin est un prétexte à un timide essai d'opisthotonos, auquel ne répond nullement la souplesse des muscles.

Des bustes çà et là : le professeur Raymond est esquissé et insuffisamment modelé par M. Rigolage; le docteur A. Gaboriau, par M. Le Bourg, n'est pas en bois, puisqu'il est en plâtre, mais il n'en est pas moins sans vie; le docteur Borne, député de Montbéliard, au contraire, respire la santé sur sa vaste face : on sent que l'influenza n'a pas eu de prise sur lui, grâce au remède souverain dont toute la presse politique a donné la formule; M. le médecin-inspecteur Dujardin-Beaumetz est très enlevé, son thorax puissant et constellé attire tous les regards, j'ai compté treize crachats : eh bien mais! et les ordonnances de police? Espérons qu'ils sont stérilisés.

Passant dans les salles de peinture, voici le docteur Ch. B... par M. Bartholot : belle peinture vigoureuse, mais cela sent trop la pose, la recherche; le docteur S..., de la Faculté de Nancy, a fait faire, par M. Schiff, son portrait en robe pour la postérité : c'est un peu tôt; le docteur Lagoudaky est jovial : son peintre, M. Leroy, l'a fait trop souriant, avec des oreilles trop roses; très différent, le docteur Blottière, blond aussi, souriant aussi, mais sans pose, signé : M[lle] Favier; bien éclairé, vivant, réfléchi, le docteur Porak a été minutieusement et finement croqué par M. Deully : aucun détail n'est oublié de l'entourage familier du médecin, depuis le petit abat-jour vert jusqu'aux bougies roses.

Le docteur L. Dubrisay a donné de bons soins à M[lle] Desjeux, qui s'est empressée de traduire sa reconnaissance au pastel, c'est un bon sentiment, mais un mauvais portrait. M[me] Chaumet-Sousselier a représenté le docteur J. H... consultant de vieux bouquins et écrivant avec une plume d'oie : c'est ce qu'on appelle se tenir au courant de la science.

Un coup d'œil sur la toile de M. Chicotot : il nous montre le docteur C... « qui lui ressemble comme un frère », en tenue de travail, préparant une expérience de radiographie, blanc sur gris avec des détails intéressants. Voyons à la lithographie le portrait du docteur Jules Janet, étudiant des préparations au microscope, et arrêtons-nous devant l' « Homme malade » de Sébastien del Piombo, que M. Mayeur a reproduit au burin : enveloppé dans sa pelisse, les lèvres serrées, les yeux creusés, le regard morne, la barbe clairsemée, il se sent impuissant à lutter contre le mal qui le ronge. Nous ne retrouvons pas chez les modernes tant de force d'expression avec tant de simplicité. Il faut à notre époque plus de mise en scène. Ainsi « Une mauvaise nuit » de M. Defonte vise trop à l'effet. La mère, entendant son enfant corner, s'est levée et sans couvrir ses épaules et ses bras nus a pris la petite malade sur ses genoux, tandis que le père, plus raisonnable, a passé un pantalon et une vareuse pour venir apporter l'inévitable tasse de tisane; et cela est éclairé par une lampe posée sur une chaise et qui nous est cachée par un vêtement : c'est une scène pour personnes sensibles. Plus vrai et plus simple est le tableau de M. d'Estienne : la « Jeune malade », phtisique au dernier degré, d'une pâleur diaphane, repose dans son lit et sa vieille garde-malade s'est assoupie en égrenant son chapelet à la faible lueur d'une veilleuse; pourquoi veillerait-elle? il n'y a plus rien à faire! La « Convalescente » de M. Troncy est plus gaie : une vieille fille, qui semble avoir eu des coliques hépatiques avec ictère, bien emmitouflée dans un vieux fauteuil en bois, près de la vieille commode où s'étale complaisamment une pendule en zinc doré sous globe, avec de nombreuses photographies autour, reçoit la visite d'une bonne dame de ses relations d'église, ce pendant que son roquet ronfle à ses pieds; c'est vu et c'est amusant. Allons! encore une « Convalescente », par M. Vigoureux : celle-là a plutôt l'air d'une morte; d'ailleurs il est bien imprudent de coucher avec une chemise si décolletée! autre imprudence : elle s'est entourée de trop de fleurs, de roses surtout, et elle en est morte... par accident. Sa camarade qui aimait aussi trop les roses, au point de s'en faire un lit où elle s'est étendue toute nue, a quitté volontairement la vie; M. Restif nous dit pourquoi : « Illusions perdues » — perdues sur les hommes, sans aucun doute, car sa main égarée semble faire comprendre que certains plaisirs avaient encore des charmes pour elle et qu'elle n'a pas succombé seulement à l'asphyxie par l'acide carbonique : en tout cas elle est morte... heureuse.

Heureux aussi peut-être sont ces « Fumeurs de haschich » que nous montre M. Bordes : ces Égyptiens semblent remplir un sacerdoce, ils élèvent l'intoxication à la hauteur d'un devoir; ils sont du reste royalement abrutis; j'ajouterai que la peinture est sèche et criarde. Plutôt sombre et non moins abruti est le « Morphinomane » de M. Hast : j'avoue que si le livret ne m'avait pas renseigné, je n'aurais jamais reconnu un amant de la seringue de Pravaz dans ce manchot assis au pied d'un escalier en pas de vis et entouré d'un balai, d'un broc et autres ustensiles de ménage; d'autant plus que la petite opération n'est pas très commode pour un individu qui n'a plus que le bras gauche. Nous finirons notre visite à la peinture par un sourire devant le « Rebouteux » de feu Picard : une masure au village; la vieille s'est foulé le poignet; le berger rebouteux est venu se livrer à ses exercices habituels et remet à la victime le flacon qui la guérira sans doute... à moins que... c'est d'ailleurs l'expression du doute qui se lit sur le visage de la vieille : méfiance est mère de sûreté.

A l'architecture, des projets d' « Hôpitaux pour villes de province » qui sont eux-mêmes des villes : il n'y manque que des trolets pour aller des cuisines aux pavillons les plus éloignés. Que ces architectes voient donc grand! s'ils pouvaient voir un peu plus pratique!

Relevé à la gravure en médailles le portrait fort ordinaire du docteur Aschkinasi — Vive la Pologne, Monsieur! — et le médaillon du docteur Gachet à la physionomie très caractérisée; enfin la plaque gravée par M. Bouval en souvenir du docteur Feulard : une femme endeuillée soulève le voile jeté sur le médaillon du docteur; c'est émouvant par sa simplicité.

Peut-être trouvera-t-on au Salon d'autres morceaux plus intéressants que ceux j'ai signalés. Certes il en est de plus importants et de plus remarquables; mais au point de vue où je me suis placé, je me suis efforcé d'être complet : c'est la seule prétention de cette modeste étude.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La négligence commise par un médecin d'un bureau de bienfaisance dans les soins à donner à un indigent engage la responsabilité de l'homme de l'art.

Il est admis depuis longtemps que le médecin est civilement responsable de la faute qu'il commet dans l'exercice de sa profession, mais où les avis diffèrent c'est lorsqu'il s'agit de fixer l'étendue de cette responsabilité. On croit généralement que le praticien n'est responsable qu'en cas de faute lourde; c'est une erreur, attendu que maints tribunaux, entre autres celui de Rouen, ont admis la responsabilité du médecin lorsqu'une faute même légère a été reconnue. En tout cas, il suffit qu'il y ait eu de la part de l'homme de l'art négligence caractérisée ou oubli des pré-

cautions que commande la prudence pour entraîner la responsabilité civile. C'est un point de cette espèce que vise le jugement reproduit ci-dessous et qui a été prononcé le 15 mars dernier par le tribunal de Cambrai :

Attendu qu'à la date du 30 avril 1899, à Saint-Vaast, le sieur L..., laissant dix orphelins, est mort à la suite des coups qui lui ont été portés, le 16 avril, par son beau-fils Leroy, condamné, pour ce délit, le 17 mai 1899, par le tribunal correctionnel de Cambrai, en la peine de six mois d'emprisonnement;

Attendu que la demanderesse ès qualités attribue le décès de son mari à l'imprudence et à la négligence du sieur X..., médecin du bureau de bienfaisance de la commune de Saint-Vaast, et qu'elle demande : 1° principalement la condamnation du médecin X... en 6 000 francs de dommages-intérêts; 2° subsidiairement et avant faire droit, l'autorisation de rapporter, par tous moyens de droit, notamment par témoins, la preuve de certains faits articulés dans ses conclusions;

Attendu que le défendeur soutient, qu'en droit, sa responsabilité ne pouvant être engagée qu'à raison de fautes lourdes qu'il n'a pas commises, la demande principale formée contre lui n'est pas fondée, et que, en outre, les faits articulés dans les conclusions subsidiaires de la demanderesse ne sont ni pertinents ni admissibles;

Attendu que, dans le silence, sur ce point, des lois des 19 ventôse an XI et 30 novembre 1892, la responsabilité des médecins découle des principes généraux de l'article 1382 du Code civil; qu'ils doivent être déclarés responsables, non pas des erreurs qu'ils peuvent commettre de bonne foi, dans l'exercice de leur profession, mais de leur négligence et de leur légèreté, lorsque les faits qui leur sont reprochés sortent de la classe de ceux qui, par leur nature, sont exclusivement réservés aux doutes et aux discussions de la science;

Que ces principes, d'une équité parfaite et faisant au corps médical toutes les concessions possibles, constituent la base de la responsabilité médicale, reconnue et consacrée par la jurisprudence; qu'il convient seulement de les appliquer avec discrétion pour ne pas gêner dans son application le libre exercice et les progrès de l'art de guérir;

Attendu qu'en l'espèce il ne s'agit pas pour le tribunal d'entrer dans l'examen et la discussion de théories médicales pour lesquelles il est incontestablement incompétent; qu'il y a lieu uniquement de rechercher si le médecin X... n'a pas, en sa qualité de mandataire salarié du bureau de bienfaisance de la commune de Saint-Vaast, manqué au devoir de sa profession vis-à-vis d'un indigent, en tardant à se rendre auprès de lui, alors qu'il était sur les lieux, en négligeant de tenir compte des souffrances qu'il accusait dans la région abdominale, et en n'apportant matériellement à l'examen de son état qu'une attention distraite et insuffisante;

Attendu que le médecin, libre en théorie et abstraction faite des devoirs qu'impose l'humanité, de choisir et de restreindre sa clientèle, perd cette faculté vis-à-vis des indigents, lorsque, par suite d'un contract à titre onéreux intervenu entre lui et une commune, il accepte d'être le médecin des pauvres de cette commune;

Attendu que, si certains faits articulés sont reconnus et ne peuvent, en l'état de la jurisprudence, avoir aucune importance pour la solution du litige, il en est d'autres spécifiés sous les numéros 3, 5, 6, 7, 8, 10, qui, si la preuve en était rapportée, tendraient à établir, à la charge du médecin X..., une négligence matérielle de nature à engager sa responsabilité; que la preuve de ces faits n'est pas défendue par la loi;

Par ces motifs, avant dire-droit, admet la veuve L... à prouver dans la forme des enquêtes ordinaires et par témoins, etc. (*Semaine méd.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 7 au 12 mai 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 7 MAI, à une heure. — 3e (2e partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Fournier, Brissaud et Gilles de la Tourette; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Poirier et Sébileau; — (2e série) : MM. Terrier, Lejars et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Déjerine, Gaucher et Teissier; — M. Launois, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Delens, Kirmisson et Legueu; — (2e série) : MM. Tuffier, Broca (Aug.) et Walther; — M. Delbet, suppléant.

MARDI 8 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Blanchard et Ménétrier.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) *Faculté, salle n° 2* (1re série) : MM. Budin, Quénu et Thiéry; — *Ecole pratique, salle n° 4* (2e série) : MM. Schwartz, Faure et Wallich; — (2e partie), *Petit amphithéâtre* : MM. Raymond, Chantemesse et Hanriot.

3e (2e partie), *Faculté, salle n° 3* (1re série) : MM. Hutinel, Charrin et Launois; — *Faculté, salle n° 1* (2e série) : MM. Grancher, Joffroy et Marfan.

4e, *Faculté, salle n° 4* : MM. Thoinot, Gley et Thiroloix; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Berger, Brun et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Proust et Achard; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Debove et Vaquez; — M. Roger, suppléant.

MERCREDI 9 MAI, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 3* (1re série) : MM. Lannelongue, Varnier et Sébileau; — *École pratique, salle n° 4* (2e série) : MM. Delens, Poirier et Lepage; — (2e partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Hayem, Widal et Heim; — M. Retterer, suppléant.

JEUDI 10 MAI, à une heure. — 3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 3* : MM. Quénu, Thiéry et Wallich; — (2e partie, nouveau régime), *Ecole pratique, salle n° 4* : MM. Dieulafoy, Blanchard et Ménétrier; — *Faculté salle n° 2* (1re série) : MM. Cornil, Dupré et Thiroloix; — *Petit amphithéâtre* (2e série) : MM. Chantemesse, Achard et Launois.

4e, *Faculté, salle n° 1* : MM. Proust, Chassevant et Vaquez; — M. André, suppléant.

VENDREDI 11 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Hayem, Hanriot et Gaucher.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Potain, Blanchard et Teissier.

4e, *Faculté, salle n° 3* : MM. Pouchet, Landouzy et Thoinot; — M. Wurtz, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Delbet et Legueu; — (2e série) : MM. Delens, Kirmisson et Broca (Aug.); — (2e partie) : MM. Grancher, Déjerine et Widal; — M. Lejars, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 12 MAI, à une heure. — 3e (2e partie), *Faculté salle n° 2* : MM. Hutinel, Achard et Thiroloix; — M. Retterer, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Roger et Marfan; — (2e série) : MM. Cornil, Raymond et Vaquez; — M. Schwartz, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Debove, Chantemesse et Dupré; — (2e série) : MM. Joffroy, Ménétrier et Teissier; — M. Albarran, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écoles de médecine. — *Angers.* — Un concours s'ouvrira le 5 novembre 1900 devant l'École supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de médecine d'Angers.

Guerre. — Sont promus ou nommés aux postes ci-après désignés :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Ducros, en remplacement de M. de Schuttelaere, maintenu au 108e d'infanterie ; — Baudisson, en remplacement de M. de Balthazar de Gachelo, maintenu au 59e d'infanterie ; — Guegan, en remplacement de M. Charpentier, désigné pour le 98e d'infanterie ; — Dupuy, en remplacement de M. Vercoutre, désigné pour le 51e d'infanterie ; — G. Godin, en remplacement de M. Cassan, maintenu au 142e d'infanterie ; — Stouff, en remplacement de M. Desmons, désigné pour le 118e d'infanterie ; — Petit, en remplacement de M. Vidal, désigné pour le 155e d'infanterie ; — Duhaut, en remplacement de M. Villegente, désigné pour le 123e d'infanterie ; — Vogelin, en remplacement de M. Martin, désigné pour le 76e d'infanterie ; — Clavelin, en remplacement de M. Bruant, désigné pour le 60e d'infanterie ; — Marotel, en remplacement de M. Robert, maintenu au 138e d'infanterie ; — Ott, en remplacement de M. Ravenez, désigné pour le 153e d'infanterie ; — Rouget, en remplacement de M. Morer, désigné pour le 150e d'infanterie ; — Marix, en remplacement de M. Hussenet, désigné pour le 39e d'artillerie ; — Collinet, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — Coindreau, pour le 21e d'artillerie ; Ricoux, pour le 127e d'infanterie ; — Courtois, pour le 154e d'infanterie ; — Remy, pour le 122e d'infanterie ; — Cros, pour le 105e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Fohanno, en remplacement de M. Verdière, maintenu au 161e d'infanterie ; — Mangenot, en remplacement de M. Marcus, désigné pour 76e d'infanterie ; — Hirtz, en remplacement de M. Couesnon, désigné pour le 95e d'infanterie ; — Moneger, en remplacement de M. Mantalti, désigné pour le 14e d'infanterie ; — Mariau, en remplacement de M. Chanaud, désigné pour le 120e d'infanterie ; — Gauran, en remplacement de M. Mauroux, designé pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine (provisoirement) ; — Vigier, en remplacement de M. Dreyfus, désigné pour le 5e d'infanterie ; — Perrogon, en remplacement de M. Cultin, désigné pour le 48e d'infanterie ; — Camichel, en remplacement de M. Coupry, maintenu à l'école militaire préparatoire d'infanterie de Saint-Hippolyte-du-Fort ; — Terrasse, en remplacement de M. Sicard, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Haller, en remplacement de M. Ducros, maintenu à la mission Foureau-Lamy ; — Lair, en remplacement de M. Baudisson, désigné pour le 41e d'infanterie ; — Chevron, en remplacement de M. Guégan, maintenu au 2e tirailleurs algériens ; — Cavaroz, en remplacement de M. Dupuy, désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — Saint-Paul, en remplacement de M. Godin, désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Tunisie ; — d'Arlhac, en remplacement de M. Stouff, maintenu au 4e zouaves ; — Garret, en remplacement de M. Petit, désigné pour le 133e d'infanterie ; — Remlinger, en remplacement de M. Duhut, maintenu au laboratoire de bactériologie de l'hôpital du Belvédère à Tunis ; — Damond, en remplacement de M. Vogelin, désigné pour le 2e régiment de tirailleurs algériens ; — Vincent, en remplacement de M. Béquin, désigné pour le 17e d'infanterie ; — Roussel, en remplacement de M. Clavelin, maintenu au 69e d'infanterie ; — Crussard, en remplacement de M. Marotel, maintenu au 2e régiment étranger ; — Ragnaud, en remplacement de M. Ott, désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Tunisie ; — Galley, en remplacement de M. Rouget, désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Genod, en remplacement de M. Bonnery, maintenu au 3e régiment d'infanterie ; — Ray, en remplacement de M. Marix, désigné pour le 22e régiment d'infanterie ; — Lanne, en remplacement de M. Collinet, désigné pour le 106e d'infanterie ; — Fournié, en remplacement de M. Coindreau, désigné pour le 1er tirailleurs algériens ; — Dumas, en remplacement de M. Ricoux, désigné pour le 3e tirailleurs algériens ; — Laval, en remplacement de M. Courtois, désigné pour le 115e d'infanterie ; — Auclert, en remplacement de M. Rémy, désigné pour le 134e d'infanterie ; — Hotchkiss, en remplacement de M. Gros, maintenu au 1er bataillon du régiment de marche de la légion étrangère à Diégo-Suarez ; — Sexe, en remplacement de M. Hotchkiss, désigné pour le 35e d'infanterie ; — Biraud, maintenu au 20e d'artillerie ; — Lahaste, désigné pour le 62e d'infanterie ; — du Roselle, désigné pour le 39e d'infanterie ; — Sabatier, désigné pour le 55e d'infanterie ; — Mathieu, désigné pour le 93e d'infanterie ; — Roux, maintenu au corps d'occupation de Madagascar.

MM. les médecins principaux de première classe Millet, pour la direction du service de santé du 3e corps d'armée ; — Villiès, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Limoges.

MM. les médecins-majors de première classe Vinsac, pour l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains ; — Cassedebat, pour le 23e d'artillerie ; — Gros, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Tunis ; — De Santi, pour l'hôpital militaire de Toulouse ; — Lallemant, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Lunéville ; — Lambert, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Reims ; — Martin, pour l'hôpital militaire de Chambéry ; — Pommay, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Tours ; — Sibille, pour les salles militaires de l'hospice mixte d'Épinal ; — Salle, pour l'hôpital militaire de Vincennes ; — Pauzat, affecté à la section technique du service de santé et détaché à la 7e direction du ministère de la Guerre ; — Villary, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; — Masson, pour le 2e d'infanterie ; — Boutry, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand ; — Olivier, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Besançon ; — Toussaint, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Mihiel ; — Vilmain, pour l'hôpital militaire de Toul ; — Prieur, pour ler salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens ; — Uffoltz, pour l'emploi de médecin-chef à l'Hôtel national des Invalides ; — Médieux, pour le 9e d'artillerie ; — Dupeyron, pour le 6e d'artillerie ; — Renard, pour le 150e d'infanterie ; — Barbès, pour le 33e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Peltier, pour le 10e d'artillerie ; — Boullier, pour le 34e d'artillerie ; — Le Dantec, pour le 28e d'artillerie ; — Grenier de Cardenal, pour le 14e d'artillerie ; — Debève, pour le 1er bataillon de chasseurs à pied.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Rapuc, du cadre de Toulon, est appelé à continuer ses services au 13e d'infanterie de marine à Madagascar en remplacement de M. Taburet.

Hôpital Andral. — MM. Albert Mathieu et Soupault feront, le vendredi à dix heures, à partir du 11 mai, à l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles, des conférences cliniques sur les maladies de l'appareil digestif.

Hopital Saint-Louis. — *Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Le professeur Alfred Fournier reprendra ce cours le vendredi 4 mai, à dix heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Bouchereau, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne ; Apostoli (de Paris).

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 51. — JEUDI 3 MAI 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 3 MAI 1900. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — ÉTUDE CLINIQUE SUR LE TRAITEMENT DES ACCIDENTS DE LA SYPHILIS PAR LES INJECTIONS MERCURIELLES. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine* : Les cellules éosinophiles dans les bulles cutanées; — Acromégalie céphalique avec ataxie locomotrice (forme juvénile); — Contribution à la pathologie du pancréas; — Sarcoïdes bénins multiples de la peau; — *Chirurgie :* Cancer de la glande mammaire chez l'homme; — *Gynécologie :* Avantages de l'examen rectal par le procédé de Kolly en gynécologie; — *Thérapeutique :* Traitement de la gale; — Traitement de la furonculose; — Prophylaxie de la blennorragie. — VARIÉTÉS. Les bains persans. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

ÉTUDE CLINIQUE
SUR LE TRAITEMENT DES ACCIDENTS DE LA SYPHILIS
PAR LES INJECTIONS MERCURIELLES

Longtemps bannies de la pratique médicale, les injections mercurielles sont aujourd'hui regardées comme une des méthodes de traitement les plus précieuses de la syphilis, et universellement employées dans les services spéciaux. Mais il s'en faut de beaucoup, comme l'ont montré les récentes discussions de la Société de dermatologie, que leur valeur respective et leur meilleur mode d'administration soient définitivement établis : aussi faut-il louer M. Dieupart d'avoir, dans sa thèse inaugurale (1) abordé à nouveau leur importante étude.

Jusque vers le milieu du siècle, il n'existait que trois méthodes d'introduction du mercure dans l'organisme : l'une, basée sur l'absorption cutanée (frictions, balnéation, emplâtres, fumigations); l'autre basée sur l'absorption pulmonaire des vapeurs mercurielles (fumigations); la troisième, enfin, était la méthode stomacale ou par ingestion.

L'usage des *frictions* remonte au commencement du XVe siècle. Elles consistent à frotter énergiquement la peau du patient avec l'onguent napolitain. Cette méthode, énergiquement curative, présente malheureusement de graves inconvénients. Tout d'abord, elle est difficile à faire accepter par le malade : elle constitue, comme l'a dit M. Fournier, « un traitement sale, répugnant, ennuyeux, fastidieux, fatigant, et, à un autre point de vue tout spécial, affichant et compromettant. » De plus, les frictions provoquent souvent, soit une stomatite grave, soit des accidents cutanés plus ou moins sérieux. Enfin et surtout, leur action varie suivant les conditions dans lesquelles elles ont été faites. Elles ne conviennent donc : 1° qu'aux nouveau-nés, dont il faut respecter le tube digestif; 2° aux syphilitiques tertiaires, qui doivent en même temps ingérer des quantités considérables d'iodure; 3° aux femmes syphilitiques en état de grossesse, dont les fonctions digestives sont souvent altérées.

Les *emplâtres mercuriels*, et parmi eux l'emplâtre de Vigo, ne conviennent guère qu'au traitement d'accidents locaux : ils sont absolument insuffisants pour un traitement de fond antisyphilitique.

La *balnéation mercurielle*, basée, elle aussi, sur l'absorption cutanée, est absolument inerte si la peau du malade ne présente aucune solution de continuité : son usage est, par cela même, fort restreint.

Les *fumigations* consistent à faire absorber par la peau et surtout par les poumons les vapeurs mercurielles. Elles ont jadis causé d'innombrables accidents et sont, aujourd'hui, complètement abandonnées.

La *méthode stomacale*, au contraire, était regardée, il y a peu de temps encore, par la majorité des syphiligraphes, comme la méthode de choix. Parfois, elle utilise le peptonate de mercure (Martineau), le tannate de mercure (Lutgarten), le salicylate de mercure, le phénate de mercure. Mais, le plus souvent, elle s'adresse au sublimé et au protoiodure. « Ce sont là, en quelque sorte, les médicaments consacrés par l'usage : c'est eux que l'on administre presque toujours. »

Le sublimé entre dans la composition d'une foule de médicaments (pilules d'Hoffmann, de Chomel, sirop de Cuisinier, etc.) : il constitne la base de la liqueur de Van Swieten, dont chaque cuillerée à bouche contient 16 milligrammes de mercure, et des pilules de Dupuytren, qui contiennent chacune 2 centigrammes d'opium et 1 centigramme de sublimé. Les pilules sont mieux supportées que la liqueur, mais les unes comme l'autre provoquent souvent de violentes gastralgies : leur seul avantage est de ne pas déterminer de stomatite.

Le protoiodure doit sa fortune thérapeutique à Ricord.

Voici la formule des pilules de Ricord :

Protoiodure de mercure.......	3	grammes.
Extrait thébaïque.............	1	—
Thridace.....................	3	—
Conserves de roses..........	6	—

pour soixante pilules.

Le protoiodure est un médicament dont il faut surveiller attentivement l'emploi. S'il est bien toléré par l'estomac, il provoque facilement de la stomatite ou même des troubles intestinaux passagers

(1) Thèse de Paris, 1900.

Les contre-indications de la méthode stomacale sont faciles à préciser : mauvais fonctionnement du tube digestif; nécessité d'agir vite et énergiquement.

La méthode des *injections* est toute contemporaine, puisque ses premières applications remontent à 1864. Elle exige une technique un peu spéciale, et qu'il est important de connaître.

Tout d'abord, il convient de ne se servir que de sels mercuriels incapables de désorganiser les tissus. Les préparations doivent être chimiquement pures, donc aseptiques. La seringue, démontable, sera munie d'une aiguille en platine iridié. L'injection doit être faite en plein tissu musculaire, avec toutes les précautions antiseptiques d'usage, et de préférence dans une des trois régions suivantes : 1° ensellure lombaire, de chaque côté de la colonne vertébrale; 2° région rétro-trochantérienne; 3° région sus-trochantérienne. Il est absolument nécessaire de pousser très lentement l'injection, puis de retirer très rapidement l'aiguille et de mettre un peu de collodion riciné. Ne pas masser la région.

Les injections hydrargyriques peuvent être *solubles* ou *insolubles*. La méthode des injections insolubles, due à Scarenzio, consiste essentiellement à introduire, « chez le sujet syphilitique, une certaine quantité d'un sel mercuriel insoluble qui, placé dans les tissus en un point qui sert, pour ainsi dire, de dépôt d'approvisionnement, sera utilisé, ou mieux solubilisé par l'organisme pendant un certain temps et tiendra ainsi le malade sous une hydrargyrisation continue. » Cette méthode a encore reçu le nom d'injections rares, d'injections massives, d'injections de réserve. Elle utilise l'oxyde jaune de mercure, l'huile grise et surtout le calomel.

M. Balzer a proposé la formule suivante pour l'emploi de l'*oxyde jaune* :

Oxyde jaune de mercure.....	1g50 centigr.
Huile de vaseline............	15 grammes.

Ces injections sont habituellement bien tolérées, mais elles possèdent des propriétés curatives manifestement inférieures à celles du calomel (Rey et Jullien).

Il existe de nombreuses formules d'*huile grise* : les plus usitées sont les suivantes :

1°	Mercure purifié...............	20 grammes.
	Lanoline......................	5 —
	Vaseline liquide..............	35 —
2°	Mercure purifié...............	20 —
	Teinture de benjoin...........	5 —
	Huile de vaseline.............	40 —

L'huile grise provoque rarement la stomatite; elle agit rapidement et sûrement; aussi est-elle presque exclusivement employée par certains syphiligraphes.

Les injections de *calomel* possèdent généralement la formule suivante :

Calomel à la vapeur.........	1g50 centigr.
Huile de vaseline...........	15 grammes.

Une seringue de Pravaz contient 10 centigrammes de calomel. Habituellement, on injecte tous les huit jours une demi-seringue. M. Jullien, qui s'est montré un des plus ardents défenseurs de la méthode, estime que ni la dose, ni l'intervalle entre chaque piqûre ne doivent être ainsi réglés immuablement, mais bien varier avec les besoins du traitement. Il faut, de plus, commencer ces injections le plus tôt possible et les employer dans tous les cas où il convient d'agir vite. Les contre-indications sont les suivantes : gingivite préexistante, diabète, suppurations, cachexie, albuminurie.

Les avantages des injections de calomel ont été ainsi formulés : très grande précocité et intensité d'action, confirmation ou infirmation rapide du diagnostic. Mais elles ne vont pas sans de graves inconvénients, dont le plus fréquent est peut-être la douleur. De tous les mercuriels, le plus douloureux, le plus irritant, le moins facilement toléré est certainement le calomel. C'est là un fait d'observation courante, et absolument indépendant de la pureté chimique du calomel. Ce sel détermine fréquemment, de plus, la formation de nodi ou d'abcès, qui, là encore, ne sont pas forcément liés à une faute de technique, mais bien plutôt à la susceptibilité particulière du malade. La stomatite consécutive aux injections de calomel peut être fort grave et aboutir même, dans quelques cas heureusement exceptionnels, à la nécrose des maxillaires.

On a encore reproché au calomel de provoquer des accidents bien autrement sérieux, et particulièrement des gastro-entérites suraiguës, parfois mortelles. D'autres fois, la mort a été la conséquence d'embolies pulmonaires : étant donné la possibilité de pareils accidents, et ce fait que le calomel est parfois complètement inactif, on peut dire avec M. Dieupart que ce sel ne devra être employé qu'avec les plus grandes réserves.

Moins dangereux, certes, est le *salicylate de mercure*. D'après M. Hallopeau, les injections de ce sel ne déterminent pas de douleurs trop vives; elles ne provoquent pas de salivation; elles n'amènent que rarement des suppurations locales; enfin et surtout elles ne sont pas contre-indiquées dans les cas d'albuminurie d'origine syphilitique : elles peuvent même en amener la guérison rapide. Ce sont là des propriétés précieuses; malheureusement les injections de salicylate ne sont que peu actives : aussi « ne devra-t-on les employer que lorsqu'un sujet ne veut pas se soigner régulièrement, lorsqu'il ne veut pas être astreint à prendre chaque jour ses médicaments, et qu'il préfère prendre sa dose de traitement une seule fois par semaine ».

En somme, les injections insolubles constituent un mode d'hydrargyrisation absolument incertain et inégal, parfois dangereux : leur emploi devra donc être attentivement surveillé.

Les *injections solubles* « consistent à introduire dans les tissus une faible quantité d'un sel mercuriel soluble qui, étant immédiatement utilisé, devra, pour que le sujet soit constamment sous l'influence du mercure, être souvent renouvelé, ordinairement chaque jour ».

Elles présentent sur les précédentes de nombreux avantages : d'abord, avec elles, le médecin est toujours maître de régler la médication; la quantité de sel injecté est en général assez faible et se trouve rapidement éliminée; enfin les inconvénients de la méthode insoluble (douleurs, etc.) sont ici singulièrement atténués.

Il existe malheureusement dans cette méthode un inconvénient capital : c'est que l'injection soluble doit être, chaque jour, souvent deux fois par jour, renouvelée. La chose est facile à l'hôpital, il n'en va pas de même en ville, où elle constitue « une sujétion onéreuse pour le client, une fastidieuse obligation pour le médecin ». Aussi la difficulté de son application en restreint-elle singulièrement l'emploi.

Tous les sels solubles ont été utilisés pour ces injections : le cyanure (Abadie), le biiodure, l'iodure double de mercure et de sodium. Mais tous ces sels exigent pour se dis-

soudre dans l'eau un iodure alcalin; une formule nouvelle empêche cet inconvénient : la *solution huileuse de bi-iodure de mercure*.

Voici la formule actuelle, donnée dans la thèse de M. Vibert :

Biiodure de mercure.....	40 centigrammes.
Huile stérilisée..........	40 grammes.

Chaque seringue de Pravaz contient exactement 4 milligrammes de biiodure; cette solution se conserve et ne précipite pas. Ce mode d'administration du sel, proposé par M. Panas, a été ardemment préconisé par MM. de Lavarenne et Dieulafoy. « L'huile biiodurée est indolore, ne cause jamais d'accidents; elle agit merveilleusement dans des cas très graves. Cette préparation mérite d'être l'égale du sublimé en tant qu'action thérapeutique. »

Le *benzoate de mercure* solubilisé par le chlorure de sodium est couramment employé, à l'heure actuelle, par M. Gaucher. Son action thérapeutique serait faible.

Le *succinimide de mercure* a été étudié ici-même par M. Jullien (1) : nous rappellerons seulement que c'est un sel très soluble dans l'eau, donnant peu de réaction locale, mais de valeur thérapeutique médiocre.

Le *sublimé* est, de tous les sels de mercure, celui qui a été le plus utilisé pour les injections solubles. M. Chéron l'emploie sous forme de sérum bichloruré, dans le but de combiner l'action spécifique du mercure à l'influence tonique et reconstituante du sérum. La formule employée est la suivante :

Bichlorure de mercure...		50 centigr.
Chlorure de sodium......	*ââ*	2 grammes.
Acide phénique neigeux..		
Eau distillée stérilisée....		200 —

Pour être bien tolérée, cette solution doit être administrée de la façon suivante : 20 grammes de sérum (soit 5 centigrammes de sublimé) par jour, une à deux fois par semaine. A ces conditions, on peut espérer éviter l'intoxication générale, et les accidents locaux. Cette méthode, qui agit plus rapidement que les autres, prévient ou retarde l'apparition des accidents; elle guérit ceux qu'aucune autre méthode n'a pu améliorer. Elle offre enfin l'avantage considérable d'être rare, puisque 3,5 en moyenne suffisent pour guérir les lésions. Aussi devra-t-elle être employée de préférence, lorsqu'il s'agira de traiter des accidents tertiaires, soit seule, soit concurremment avec l'iodure de potassium. Ses contre-indications se réduisent à deux : existence antérieure d'une néphrite, mauvais état du système circulatoire. Quant aux indications, M. Dieupart les résume ainsi :

1° Syphilis où l'anémie domine.

2° Cas où il faut agir rapidement (syphilis cérébrale, syphilis du système nerveux).

Le mode d'application de ce sérum doit être, d'après M. Chéron, formulé de la façon suivante :

Au début des accidents, série de cinq piqûres, puis sérum simple. Repos de deux mois. Seconde série de piqûres, puis repos de quatre mois. Troisième série et repos de six mois. Quatrième série de cinq injections et enfin repos de six mois.

L. B.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1892.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(1er mai 1900)

M. Hervieux communique à l'Académie son rapport officiel sur les instituteurs et institutrices qui ont contribué le plus activement à la propagation de la vaccine. Il insiste sur les services que peut rendre dans les campagnes, cette armée d'auxiliaires pour vaincre l'indifférence, les idées préconçues et les préjugés de cette partie de la population. Il appelle surtout l'attention du ministre sur les actes aussi variés que multiples, par lesquels ces auxiliaires du corps médical ont prouvé leur zèle et leur dévouement à la cause de la vaccine. Les actes les plus habituels ont consisté dans les exhortations répétées aux parents pour qu'ils laissent vacciner leurs enfants, aux enfants pour qu'ils n'opposent aucune résistance à l'inoculation. Mais les efforts de certains instituteurs se sont traduits tantôt par des leçons dans les écoles tantôt par des conférences, quelquefois en prenant l'initiative des vaccinations ou des revaccinations, ou par des démarches auprès de la municipalité pour obtenir les fonds nécessaires aux opérations vaccinales, en s'armant de la lancette pour pratiquer ces opérations, en se faisant vacciner eux-mêmes, en incitant toute la population à se faire vacciner, quand il existait une épidémie. M. Hervieux termine son rapport en faisant remarquer que, malgré le concours de tant de bonnes volontés, la France ne s'affranchira jamais complètement de la variole, tant que la loi sur l'obligation vaccinale ne sera pas sortie des cartons du Sénat.

M. Pinard, avec tout le respect qu'il professe pour son maître, M. Hervieux, lui fait observer que c'est peut-être aller un peu loin que d'armer de la lancette la main des instituteurs et des institutrices; il craint que ce ne soit engager un peu trop la responsabilité de l'Académie. Bien que la vaccination, telle qu'elle se pratique aujourd'hui, n'offre plus les mêmes dangers qu'autrefois, elle peut cependant donner lieu encore à quelques accidents. Qui rendra-t-on responsable de ces accidents?

L'exemple invoqué par M. Hervieux des religieuses qui pratiquèrent autrefois la saignée, ne suffit pas pour convaincre M. Pinard. M. Hervieux poursuit un but, éminemment louable, c'est de propager, par tous les moyens possibles, la vaccination et la revaccination. Sans doute, là où il n'y a pas de médecins, il vaut encore mieux que les vaccinations soient pratiquées par l'instituteur ou l'institutrice que de n'être pas pratiquées du tout. Mais partout où il y a un médecin, c'est à lui que doit incomber ce soin.

M. Panas, dans un rapport sur un travail de M. Bettremieux (de Roubaix) intitulé : **guérison de la myopie sans opération**, fait remarquer que les interventions opératoires dans la myopie forte, de plus de 13 dioptries, non seulement n'empêchent pas le décollement de la rétine, mais la rendent plus commune; elles ne préviennent, ni n'arrêtent les lésions myopiques de la chorio-rétine. Il serait donc préférable de pouvoir obtenir l'arrêt du processus myopique par d'autres moyens que les interventions opératoires, et qui ne risquent pas de compromettre la vision existante.

On a essayé le massage du globe oculaire, et malgré les quelques succès qu'on lui attribue, la méthode demande à faire ses preuves sur une plus large échelle.

M. Bettremieux a traité avec succès un enfant de quatorze ans, atteint de 5 dioptries à droite et de 4 à gauche, par les instillations répétées de collyre à la pilocarpine, jointes à

l'application d'un bandage ouaté compressif pendant la nuit. Au bout de cinq mois de ce traitement, le jeune écolier, sans interrompre ses études, vit sa myopie décroître, en sorte qu'elle ne mesurait plus que 3,50 dioptries à droite et 2,75 à gauche; ce que M. Bettremieux explique par raccourcissement de l'axe antéro-postérieur du globe oculaire, sous l'influence de la compression et du collyre myotique.

Ce n'est là qu'un début, mais cette méthode lui a donné personnellement d'excellents résultats dans une autre affection, le kératocone, où il s'agit également de raccourcir l'axe antéro-postérieur de l'œil.

L'Académie a élu membres associés étrangers, MM. Behring (de Marburg), Golgi (de Pavie), Tilanus (d'Amsterdam) et Pawloff (de Saint-Pétersbourg).

M. Hutinel a donné lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de Milne-Edwards.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Les cellules éosinophiles dans les bulles cutanées, par M. Bettmann. — La présence de cellules éosinophiles dans le sang et dans les bulles d'individus atteints de pemphigus fut constatée en 1892 par Neusser; puis Leredde et Perrin ont considéré l'éosinophilie comme caractéristique d'une affection pemphigoïde : la dermatite herpétiforme. D'après Neusser et Kille, les cellules éosinophiles naissent dans la peau, tandis qu'Ehrlich attribue leur présence dans la peau à une action chimiotaxique du sang.

M. Bettmann a trouvé des éosinophiles en petite quantité dans les vésicules de l'eczéma, de la varicelle, de l'herpès labial, des brûlures; en quantité (jusqu'à 73 p. 100) dans les bulles de pemphigus. Contrairement aux assertions de Neusser, il a noté leur présence dans les bulles produites par les vésicants (5 à 25 p. 100). Il faut pour cela examiner les bulles dès leur apparition et le nombre des éosinophiles est d'autant plus grand que la bulle est plus récente. Enfin l'auteur adopte complètement l'opinion d'Ehrlich sur l'origine de ces cellules dans la peau; leur présence est due à une action chimiotaxique qui détermine l'afflux des éléments éosinophiles du sang. (*Münchener medicin Wochens.*, vol. XL.) N.

Acromégalie céphalique avec ataxie locomotrice (forme juvénile). — D'après le professeur Bassi, l'acromégalie céphalique doit être considérée comme une forme fruste ou incomplète de l'acromégalie classique de Marie.

Elle peut être associée à une lésion spinale, comme la syringomyélie (ainsi que l'auteur a pu lui-même l'observer dans un cas), ou comme la sclérose des cordons postérieurs. On peut observer de l'ataxie organique de forme juvénile, avec conservation des réflexes rotuliens. Enfin, l'acromégalie, par ses symptômes et par ses complications morbides, doit être classée parmi les dystrophies nerveuses. (*Clin. méd. ital.*, 1899, n° 11.) L. G.

Contribution à la pathologie du pancréas. — Dans son travail M. Scherczevsky décrit quelques symptômes qui doivent, d'après ses observations, faire songer à la possibilité d'une altération de la glande pancréatique.

Les altérations qui s'accompagnent d'une augmentation du volume de la glande provoquent des troubles mécaniques, faciles à prévoir *a priori*. Ainsi s'explique le *souffle* qu'on constate à l'auscultation de l'*aorte* abdominale, dû à la compression du vaisseau. Ce n'est pas tant le volume du pancréas qui joue un grand rôle dans cette compression, que son induration; ce qui permet cette hypothèse, c'est que, dans les cas observés par l'auteur, le pancréas était généralement difficile à sentir à la palpation, et cependant le souffle aortique était net; d'autre part, dans un cas où l'on supposait la syphilis du pancréas, le souffle a disparu sous l'influence du traitement spécifique.

Un autre symptôme qui, selon M. Scherczevsky, mérite l'attention, est le *changement de volume de la rate*, pouvant se produire même plusieurs fois par jour, et cela en l'absence péremptoire de la malaria. Cependant, il est possible que le terrain malarique joue, dans ces cas, un certain rôle, et qu'une rate malarique puisse provoquer, à son tour, des altérations pancréatiques.

Parfois ce signe est beaucoup plus difficile à constater : on peut noter des troubles de la sensibilité, notamment la douleur, par suite de la compression par le pancréas du plexus aortique et des racines rachidiennes voisines, pouvant donner lieu à des localisations typiques de la douleur (en ceinture, vésicales).

La *douleur au creux épigastrique* est assez caractéristique, elle survient après les repas et dure une ou deux heures; parfois, elle rappelle par ses caractères les coliques hépatiques, pouvant d'ailleurs être provoquée par la lithiase pancréatique. Ces accès ne sont jamais en rapport avec la qualité ou la quantité des aliments ingérés et sont excessivement déprimants.

Les *pulsations épigastriques*, qui s'observent dans un grand nombre de maladies, présentent dans les affections pancréatiques deux caractères spéciaux : 1° elles sont continues et toujours de même intensité, sans rapport avec l'état de l'estomac ni la digestion; 2° elles s'accompagnent toujours d'un sentiment d'anxiété précordiale et souvent de palpitations.

L'auteur n'a jamais noté de ptyalisme.

Au point de vue étiologique, M. Scherczevsky attire l'attention sur l'importance toute particulière du facteur malaria; le traumatisme joue également un rôle important, contrairement à ce que disent la plupart des auteurs; il faut encore signaler le cahot des voitures. En ce qui concerne le traitement, l'administration de la pancréatine et les applications d'argile à la région épigastrique semblent donner des résultats très satisfaisants. (*Wratch*, 1899, n° 38.)

S. B.

Sarcoïdes bénins multiples de la peau. — Sous ce nom, M. C. Boeck (de Christiania) décrit une affection cutanée très rare, caractérisée par l'apparition dans la peau d'une série de nodules de volume variable, répandus d'une façon assez symétrique sur la face d'extension des membres et la partie dorsale du tronc. Ces nodules occupent toute l'épaisseur de la peau et sont nettement délimités, excepté sur le cuir chevelu. Les plus grandes tumeurs ont des contours irréguliers.

Au début, les nodules ont une coloration rouge vif; plus tard, ils deviennent plus foncés et présentent finalement une coloration jaune ou brune. Au niveau des nodules anciens se produit un peu de desquamation; ils ont une tendance à s'étendre vers la périphérie et à s'affaisser au centre. A la face, ils ont un aspect caractéristique, ils sont bleuâtres au centre et jaunes à la périphérie.

Ils finissent par disparaître en laissant une perte de substance; jamais il ne se produit d'exsudation ni d'ulcération.

L'affection est de nature bénigne; elle disparaît sous l'influence de l'arsenic et peut-être spontanément.

Une série de ganglions lymphatiques sont engorgés.

L'examen du sang montre l'augmentation des globules blancs.

Les tumeurs sont formées de cellules connectives d'apparence épithélioïdes, elles naissent dans les espaces lymphatiques périvasculaires. (*La Policlinique*, 1900, n° 8.)

N.

CHIRURGIE

Cancer de la glande mammaire chez l'homme. — M. Gabrilovitch rapporte un cas relativement peu commun de néoplasme malin de la glande mammaire droite chez un homme de soixante-trois ans. Le malade s'est aperçu de l'existence de la tumeur il y a quatre ou cinq mois; depuis deux mois elle est devenue douloureuse. Son accroissement semble être assez lent, actuellement le diamètre de l'induration est de 10 centimètres. La peau est adhérente à la glande hypertrophiée, dont la consistance est très ferme. Les ganglions de l'aisselle sont augmentés de volume.

L'auteur souligne dans les antécédents, le traumatisme auquel, de par la profession de colporteur rural du malade, a été soumise la région mammaire droite durant des années. (*Ejenedelnik*, 1900, n° 9.) S. B.

GYNÉCOLOGIE

Avantages de l'examen rectal par le procédé de Kolly en gynécologie. — Voici en quoi consiste ce procédé : après évacuation préalable du rectum, la malade est placée dans la position génu-pectorale, et l'on introduit dans le rectum un spéculum avec un obturateur. Le spéculum en place, on enlève l'obturateur; l'air pénètre alors et vient remplir le rectum. On enlève le spéculum, et la malade s'étant placée avec précaution dans la position dorsale, le bassin surélevé, l'on pratique le toucher rectal selon la règle ordinaire. Le rectum, distendu par l'air, remplit presque tout le petit bassin, se mettant en rapport direct avec la face postérieure de l'utérus et des ligaments larges, tandis que les anses intestinales et l'épiploon sont refoulés vers le haut.

Le professeur Goubarev (de Moscou) a souvent recouru à ce mode d'exploration et a pu se convaincre qu'il fournit des données précieuses pour l'exploration exacte des organes pelviens; tous les autres organes se trouvant refoulés vers le haut, l'exploration de l'appareil génital et des uretères fournit des données aussi précises que si ces organes n'étaient séparés du doigt explorateur que par le feuillet péritonéal. (*Journ. russe d'obst. et de gyn.*, 1899.) S. B.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la gale. — M. Samuel Sherwell (de Brooklyn) préconise le traitement suivant : il fait prendre au malade un bain savonneux et le fait ensuite frictionner légèrement avec de la fleur de soufre; on met aussi du soufre entre les draps du lit. Le malade change de linge tous les deux jours. La guérison est d'ordinaire obtenue en une semaine. (*Journ. of cut. and gen. urin. diseases*, 1899, n° 11.) N.

Traitement de la furonculose. — M. Philippson (de Hambourg) préconise les applications d'acide salicylique sur les furoncles. Le furoncle isolé est couvert d'un emplâtre salicylé à 10 p. 100, qui doit être renouvelé trois ou quatre fois par jour. Même traitement pour l'anthrax; l'action de l'emplâtre est rendue plus efficace en pareil cas par l'adjonction d'un cataplasme de farine de graines de lin superposé à l'emplâtre. Le furoncle du visage sera escarifié, puis touché à l'acide salicylique pur avant d'être recouvert de l'emplâtre salicylé.

Les petits furoncles cèdent souvent à des attouchements répétés trois fois par jour, faits avec le mélange suivant : teinture de benjoin, 1 partie; alcool, 2 parties.

Dans la furonculose généralisée, M. Philippson conseille de faire chaque jour une friction préventive avec une vaseline salicylée à 2 et demi p. 100. (C. R. in *Wien. Klin. Woch.*, 1899, n° 39, p. 978.) P. V.

Prophylaxie de la blennorragie, par M. Werlander. — L'auteur rappelle que Haussmann, puis Blokusevski ont proposé dans ce but l'injection dans l'urètre après le coït de X gouttes d'une solution d'azotate d'argent à 2 p. 100. M. E. Franck a fait des expériences qui démontrent que l'on peut sûrement éviter la blennorragie en instillant dans l'orifice urétral, après le coït, quelques gouttes de protargol en solution à 20 p. 100; le protargol a sur l'azotate d'argent l'avantage de n'être pas irritant.

M. Werlander confirme ces données; cependant, au lieu d'une solution à 20 p. 100 il n'en emploie qu'une à 4 p. 100 dont il injecte dans l'urètre 5 à 6 grammes, qui doivent rester dans le conduit urétral.

Ainsi employé, le protargol est un excellent prophylactique, même si l'injection est faite cinq heures après le coït. (*Med. and surg. Review of Reviews.*) N.

VARIÉTÉS

Les bains persans.

Par M. le docteur Paschayan, de Tauris (Perse).

Entre les bains persans et les bains turcs il y a une grande différence, quoique les deux pays soient musulmans. Les bains turcs ont leurs petites baignoires séparées, dont l'eau chaude et froide se renouvelle successivement selon le désir des baigneurs.

MM. A. Bianchi et Félix Regnault ont présenté à l'Académie des sciences (30 janvier 1899) une note sur les bains turcs, voici la conclusion de cette note : « Les bains turcs sont donc non seulement une pratique très recommandable de gymnastique des organes sains, mais ils constituent aussi un moyen précieux pour juger du degré d'élasticité des organes et pour aider la fonctionnalité motrice de l'estomac et des intestins. »

Mais, malheureusement, nous ne pouvons pas en dire autant des bains persans.

Voici pourquoi : Les bains persans se composent d'une pièce d'eau figurant une vaste baignoire de 100 mètres carrés, dont l'eau monte jusqu'à l'épaule des baigneurs. Il y a de plus une citerne pour remplir la baignoire ou pour renouveler l'eau, si c'est nécessaire. L'eau de la baignoire est chauffée par une chaudière qui se trouve sous la pièce d'eau et dont le foyer est continuellement alimenté; de là la chaleur rayonne dans toutes les directions.

C'est dans cette baignoire publique que les gens prennent leur bain pêle-mêle! Les femmes y prennent aussi leur bain pêle-mêle et y lavent en même temps leurs enfants, qu'elles tiennent dans les bras; elles ne se contentent pas de prendre leur bain dans le même bassin que les hommes, mais encore elles apportent au bain leurs *tasses* (timbale en cuivre) et prennent de la baignoire un peu d'eau pour se laver la tête. C'est pour cette cause que l'eau de la baignoire diminue; on la remplace à mesure au moyen de la citerne. Si l'eau ne diminuait pas ainsi, il est probable qu'elle ne se renouvellerait pas même en partie.

Les bains sont à la disposition des hommes jusqu'à midi, et après-midi ils sont ouverts aux femmes. C'est à midi qu'on place dans la baignoire des *séhénks* (espèce de cruche) pour ramasser les saletés et les ordures qui flottent à la surface de l'eau et qui entrent très facilement dans les cruches.

Les lecteurs peuvent tirer de ces observations cette conséquence, que l'eau que contient le bassin ne se renouvelle jamais entièrement; les débris lourds, les ordures, les saletés de l'épiderme du corps humain s'accumulent à chaque instant au fond de la baignoire.

Les débris ainsi accumulés forment une couche fétide, putréfiée, septique et nuisible d'une épaisseur de 30 à 40 centimètres, qu'on enlève tous les six mois... et on renouvelle en même temps l'eau de la baignoire!

On peut facilement deviner le rôle important que jouent dans la diffusion des maladies contagieuses les bains persans, entretenus de cette manière. Les bains persans, au

lieu d'être un agent de propreté et de salubrité, sont devenus un foyer d'infection, d'insalubrité et de contagion.

En Perse, la plupart des maladies de la peau comme favus, pelade, erysipèle, gale, eczéma, de même que la syphilis, se propagent par les bains publics. Je ne cite pas mes observations personnelles qui sont légion.

Il arriverait même que les jeunes filles et les femmes veuves deviennent enceintes en prenant leur bain dans ces baignoires, car, comme nous l'avons déjà dit, jusqu'à midi les hommes se trouvant dans le bassin, peuvent expulser leur sperme dans l'eau, et dans l'après-midi les femmes en se plongeant dans cette eau s'exposent probablement au danger de devenir grosses! En résumé, les bains persans sont de véritables centres d'infection et d'inoculation, même spermatique! (*Arch. orient.*, 1900, n° 4.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Sont promus ou nommés aux postes ci-après désignés :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Durand, pour le 149e d'infanterie; — Jette, pour le 4e cuirassiers; — Fargin, pour la légion de la garde républicaine à Paris; — Bourdin, pour le 7e bataillon d'artillerie à pied; — Manoha, pour la direction du service de santé du 1er corps d'armée; — Cardot, pour le 7e escadron du train des équipages militaires; — Licht, pour le 5e hussards; — Renaud, pour le 3e bataillon d'artillerie à pied; — Papon, pour le 31e dragons; — Ferrand, pour le 29e chasseurs à pied; — Wenzinger, pour le 94e d'infanterie; — Manon, pour le 138e d'infanterie; — Bardot, pour le 2e bataillon de chasseurs à pied; — Pierron, pour le 20e bataillon de chasseurs à pied; — Lansau, pour le 49e d'infanterie; — Provendier, pour la direction du service de santé du 10e corps d'armée; — Lespinasse, pour le régiment de sapeurs pompiers à Paris; — Arnavielhe, pour le 7e bataillon de chasseurs à pied; — Dormand, pour le 154e d'infanterie; — Malafosse, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Vézès, pour le 11e hussards; — Faure, pour le 1er zouaves : — Wavelet, pour le 91e d'infanterie; — Bichelonne, pour la direction du service de santé du 16e corps.

MM. les médecins aides-majors de première classe Legrand, pour le 76e d'infanterie; — Zeller, pour le 32e d'artillerie; — Lafeuille, pour le 2e cuirassiers; — Gorisse, pour le 3e tirailleurs algériens; — Blanchard, pour le régiment de sapeurs-pompiers à Paris; — Arduin, pour le 4e zouaves; — Perrin, pour le 6e chasseurs d'Afrique; — Boudriot, pour le 1er d'artillerie; — Rouffiandis, pour le 2e régiment étranger; — Vignal, pour le 4e de spahis; — Dickson, pour le 3e de spahis; — Gabrielle, pour le 5e bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Pénon, du cadre de Rochefort, actuellement détaché à Lorient, est appelé à continuer ses services à la prévôté de la fonderie de la marine à Ruelle, en remplacement de M. le docteur Lamort, appelé à occuper les fonctions de médecin du consulat de France à Hong-Kong.

M. Taddei, dit Torella, médecin de deuxième classe, à bord du *Dunois*, est promu médecin de première classe.

M. le médecin de première classe Pons, du cadre de Toulon, est appelé à servir au 4e tirailleurs tonkinois, en remplacement de M. le docteur Porquier.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés officiers d'Académie : MM. de Chappelle (de Bordeaux), Dercheu (de Vanves), Graverry (de Meaux), et Rocher (de Rouen).

Prix Civiale. — Un concours est ouvert, en 1900, entre les internes titulaires ou provisoires pour l'attribution du prix biennal de 1 000 francs, fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'Administration avant le 15 décembre 1900, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires qui auraient été déjà présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

Les élèves qui désireraient obtenir des renseignements sur les conditions du concours devront s'adresser au secrétariat général (bureau du service de santé).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bidault (d'Evreux); Heinrich Bose (de Giessen); Pietro Cavallo, fondateur du journal *Il Morgagni*.

Cours complet de gynécologie. — M. S. Pozzi, chirurgien en chef de l'hôpital Broca, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera ses conférences de gynécologie clinique le vendredi 4 mai, à dix heures, à l'hôpital Broca (annexe Pascal), 111, rue Broca, et les continuera tous les vendredis, à la même heure.

Un cours de gynécologie pratique sera fait les lundis et mercredis, à dix heures, sous sa direction, et commencera le lundi 7 mai, à dix heures.

Ce cours sera complet en vingt leçons.

Démonstrations d'histologie sur les pièces du service, le samedi, à dix heures, à partir du samedi 12 mai, par le chef du laboratoire.

Conférence d'externat. — MM. Chevrier, Detot, Froin, Gasne, Guibal et Nau, internes des hôpitaux, commenceront le vendredi 4 mai, à deux heures, à l'amphithéâtre Cruveilhier, à l'École pratique, une conférence publique d'externat et la continueront les vendredis suivants à la même heure.

Maladies nerveuses et mentales; hypnotisme. — M. le docteur Bérillon, médecin-inspecteur des asiles publics d'aliénés, directeur de la *Revue de l'hypnotisme*, commencera le lundi 7 mai, à cinq heures du soir, à l'École pratique de la Faculté de médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours libre sur les applications cliniques, psychologiques et médico-légales de l'hypnotisme.

Il le continuera les lundis et vendredis suivants à cinq heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de chirurgie d'urgence, par Félix Lejars, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Tenon, membre de la Société de chirurgie. Deuxième édition revue et augmentée. Un vol. gr. in-8° de 908 p., avec 617 fig., dont 249 dessins d'après nature, par le docteur E. Daleine et 150 photographies originales, relié toile. — Prix : 25 francs. — Paris, Masson et Cie.

La syphilis et les maladies vénériennes, par E. Finger, professeur à l'Université de Vienne. Deuxième édition française traduite d'après la quatrième édition allemande, avec notes par les docteurs A. Doyon et P. Spillmann. Un vol. in-8°. — Prix : 12 francs. — Paris, Félix Alcan.

Leçons de clinique chirurgicale, par E. Tédenat, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier. Un vol. gr. in-8°. — Prix : 8 francs. — Montpellier, Coulet et fils; Paris, Masson et Cie.

La scrofule et les infections adénoïdiennes, par le docteur Paul Gallois. Un vol. in-12. — Prix : 8 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Traitement des fièvres pernicieuses en général et de la fièvre hémoglobinurique en particulier, par le docteur Basile M. Mousséos, avec une lettre-préface de M. Laveran. Un vol. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 52. — SAMEDI 5 MAI 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 5 MAI 1900. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de **10f** par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — *Clinique médicale.* Diagnostic différentiel de l'hémiplégie organique et de l'hémiplégie hystérique (*12 figures*), par M. Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié. — Séance de la Société de chirurgie. — Séance de la Société de neurologie. — Revue bibliographique. — Thèses. — Chronique et nouvelles scientifiques.

CLINIQUE MÉDICALE

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'HÉMIPLÉGIE ORGANIQUE ET DE L'HÉMIPLÉGIE HYSTÉRIQUE

Par **M. Babinski**, médecin de l'hôpital de la Pitié.

Messieurs,

Il serait superflu de chercher à démontrer qu'il est essentiel, au point de vue pratique, de savoir distinguer l'hémiplégie organique de l'hémiplégie hystérique; aucun de vous n'ignore, en effet, que ces deux espèces d'hémiplégie comportent un pronostic et un mode de traitement absolument différents et qu'un diagnostic erroné peut conduire le médecin à des prescriptions très préjudiciables au malade. Il n'est pas non plus nécessaire de disserter longuement pour établir que dans bien des cas ce diagnostic est difficile et même impossible, si, pour se faire une opinion, on ne dispose que des signes différentiels classiques; il est arrivé à tout médecin d'observer des cas de ce genre.

Les caractères dont on se sert pour distinguer l'hémiplégie organique de l'hémiplégie hystérique peuvent être groupés en deux catégories : d'une part les caractères intrinsèques relatifs aux troubles de motilité qui occupent un côté du corps, de l'autre les caractères extrinsèques qui se rapportent à la présence ou à l'absence de certains phénomènes indépendants de ces derniers troubles, aux circonstances dans lesquelles la paralysie a pris naissance et à la nature du terrain sur lequel elle s'est développée.

Ce sont ces derniers caractères auxquels on paraît généralement attacher le plus d'importance. Voici, par exemple, un individu âgé, n'ayant jamais eu de manifestations de l'hystérie et frappé d'hémiplégie sans cause immédiate apparente; il sera considéré sans plus ample examen par la plupart des médecins comme atteint d'hémiplégie organique. Pareil diagnostic sera porté généralement, même chez un sujet jeune atteint d'hémiplégie, si le malade n'a pas de stigmates de l'hystérie, s'il est syphilitique, ou s'il présente les signes d'une affection cardiaque, en particulier d'un rétrécissement mitral. Soit, par contre, un individu jeune, ni syphilitique ni cardiaque, présentant des stigmates hystériques, de l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, s'il déclare que l'hémiplégie a apparu à la suite d'une vive émotion, on n'hésitera guère à admettre que la paralysie relève de l'hystérie.

Il ne me vient certes pas à l'esprit de refuser toute valeur aux caractères extrinsèques ci-dessus mentionnés, et je reconnais même volontiers qu'ils sont susceptibles de conduire à une très sérieuse présomption, mais je suis d'avis qu'ils ne peuvent en aucun cas procurer la certitude et je vais chercher, en les analysant successivement, à vous prouver l'exactitude de cette opinion.

Le rôle de l'émotion dans la genèse des troubles hystériques est sans doute des mieux établis, mais il ne faudrait pas en conclure que toute hémiplégie attribuée par le malade à un choc moral soit hystérique. Ne sait-on pas d'abord combien les malades sont enclins à faire dépendre de ce facteur les troubles dont ils sont atteints et l'on doit se garder d'accepter sans contrôle suffisant leurs déclarations à cet égard. De plus, et c'est un point sur lequel on ne saurait trop insister, il est incontestable qu'une secousse psychique peut déterminer une lésion organique de l'encéphale chez un individu dont le cœur et les artères cérébrales sont altérés; l'ignorance de cette notion a occasionné bien souvent des erreurs de diagnostic et récemment encore j'ai observé un fait de ce genre que mon interne, M. Cestan, a relaté à la Société anatomique (1).

Il est certain que l'hémiplégie organique est plus commune dans les périodes avancées de la vie que dans le jeune âge et que c'est le contraire pour l'hémiplégie hystérique. Toutefois ce n'est là qu'une règle qui souffre beaucoup d'exceptions.

Les affections cardiaques, plus spécialement le rétrécissement mitral, l'artérite cérébrale et plus particulièrement l'artérite syphilitique comptent, il est vrai, parmi les causes ordinaires des lésions en foyer de l'encéphale, mais il ne faut pas oublier qu'on peut être atteint d'une lésion artérielle du cerveau sans en présenter de signes objectifs, que, par conséquent, l'absence de ces signes ne permet pas d'écarter l'hypothèse de ramollissement ou d'hémorragie cérébrale et que, d'autre part, ainsi que le simple bon sens l'indique, une affection organique de l'appareil circulatoire ne conférant par l'immunité contre l'hystérie, un individu porteur d'une pareille affection est susceptible tout comme un autre d'être frappé d'hémiplégie hystérique.

Des considérations analogues s'appliquent à ce caractère,

(1) *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1898, p. 739.

présence ou absence de stigmates hystériques, les stigmates pouvant faire complètement défaut dans les paralysies hystériques et l'hystérie ne mettant pas à l'abri des affections organiques. Il suffit du reste de se rappeler que les associations hystéro-organiques sont très fréquentes (1), que, par exemple, une hémianesthésie hystérique se développe très volontiers chez un sujet atteint d'hémiplégie organique, pour saisir l'insuffisance, au point de vue du diagnostic différentiel, des caractères précédents.

Il est quelques autres caractères extrinsèques qui ont plus de prix ; ce sont la fièvre, l'incontinence des matières fécales, les escares à évolution rapide (decubitus acutus) qui se forment du côté paralysé ; certes l'existence de pareils troubles, particulièrement des deux derniers, permet presque d'affirmer que l'hémiplégie dépend d'une affection organique, mais ou bien ils sont transitoires, ou bien ils se manifestent dans des cas graves se terminant rapidement par la mort. Le médecin n'est donc que rarement en mesure de les observer et de se fonder sur leur présence pour établir le diagnostic.

De ce qui précède ressort l'insuffisance des caractères extrinsèques au point de vue du diagnostic différentiel des deux espèces d'hémiplégie.

Depuis longtemps pénétré de cette idée, je me suis attaché à l'étude des caractères intrinsèques, j'ai cherché à apprécier exactement l'importance de ceux qui étaient déjà décrits ; dans le cours de mes examens j'ai été conduit à en observer quelques nouveaux dont je me suis aussi efforcé de déterminer la valeur, et je me crois autorisé à soutenir actuellement que, dans la grande majorité des cas, les caractères intrinsèques fournissent des éléments de différenciation décisifs. C'est à l'exposé des caractères intrinsèques qui me paraissent propres à différencier les deux espèces d'hémiplégie que cette leçon sera consacrée.

On peut déjà entrevoir théoriquement les diverses manières dont est susceptible d'être troublée la motilité dans l'hémiplégie, si l'on se représente au préalable les divers modes de l'activité musculaire à l'état normal, la tonicité, la contractilité volontaire, la contractilité réflexe.

La tonicité maintient dans une attitude déterminée les parties du corps, les unes par rapport aux autres, et il est facile de concevoir que son affaiblissement ou son exagération entraîne certaines déformations.

Lorsqu'on analyse la contractilité volontaire dans un acte quelque peu compliqué, on reconnaît qu'elle se manifeste par deux ordres de mouvements : les uns conscients, les autres inconscients ou subconscients. Soit, par exemple, l'acte sur lequel j'aurai à revenir dans la suite, et qui consiste à se mettre sur son séant après s'être placé sur le dos dans la position horizontale. Dans cet acte, la flexion du bassin sur les cuisses et du tronc sur le bassin constitue le mouvement principal et conscient, mais son accomplissement régulier nécessite l'extension préalable de la cuisse sur le bassin, mouvement qui est exécuté automatiquement, et dont on n'a que peu ou pas conscience. Il y a lieu de supposer que, dans une paralysie, ces deux ordres de mouvements peuvent être troublés.

Enfin, la contractilité réflexe pouvant être mise en jeu par l'excitation des tendons ou celle des téguments est susceptible, ainsi qu'il est facile de le prévoir, de présenter chez un sujet paralysé deux sortes de modifications ressortissant l'une aux réflexes tendineux, l'autre aux réflexes cutanés.

Ces considérations théoriques posées, passons à l'examen des faits.

Pour commencer, occupons-nous de la paralysie faciale. Mon intention n'est pas de faire ici une étude complète de ce syndrome ; je me contenterai de rectifier quelques données classiques, mais, selon moi, inexactes, et je chercherai à mettre en lumière les caractères qui peuvent permettre de distinguer l'une de l'autre les deux espèces d'hémiplégie faciale que nous avons en vue.

Étudions d'abord la paralysie faciale dans l'hémiplégie organique.

A l'état de repos, dans la période de flaccidité, la face présente l'aspect suivant. Du côté paralysé, la commissure labiale est abaissée, le sillon naso-labial est effacé et à l'expiration la joue fait saillie au dehors ; de plus, quand le domaine du facial supérieur est atteint, ce qui n'est pas rare, surtout au début, avant que la paralysie n'ait commencé à rétrograder, les plis du front sont effacés et le sourcil est abaissé. On peut facilement se convaincre que ces troubles sont sous la dépendance d'un affaiblissement de la tonicité des muscles ; il suffit de saisir entre les doigts les lèvres et la joue, et de leur imprimer des mouvements passifs pour constater le relâchement musculaire.

Si l'on s'en rapportait aux traités classiques, l'asymétrie faciale à l'état de repos et dans la période de contracture serait l'inverse de celle qui vient d'être décrite ; du côté de la paralysie le sillon naso-labial, après avoir été effacé, deviendrait plus marqué et la commissure labiale, après avoir été abaissée, serait plus élevée que du côté sain. Cette description s'applique bien à un certain nombre d'hémiplégiques (voir fig. 1), mais non pas à tous, tant s'en faut. Il n'est

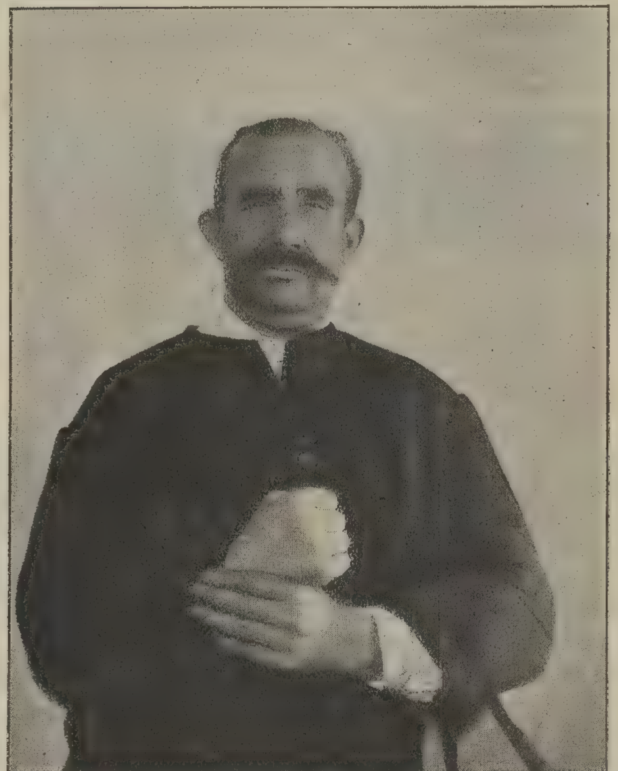


Fig. 1. — *Hémiplégie droite organique, quatre ans après son début.* Le malade est photographié la face au repos.

(1) Voir à ce sujet : « Association de l'hystérie avec les maladies organiques du système nerveux, les névroses et diverses autres affections, » par J. Babinski, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1892, p. 775.

pas rare, en effet, d'observer chez des sujets atteints d'hémiplégie depuis plusieurs années, et dont les membres sont



Fig. 2. — *Hémiplégie gauche organique, deux ans après son début.* La malade est photographiée la face au repos.

contracturés, un abaissement de la commissure du côté de la paralysie, comme dans la période de flaccidité (voir fig. 2).

Les mouvements unilatéraux de la face sont plus diffici-

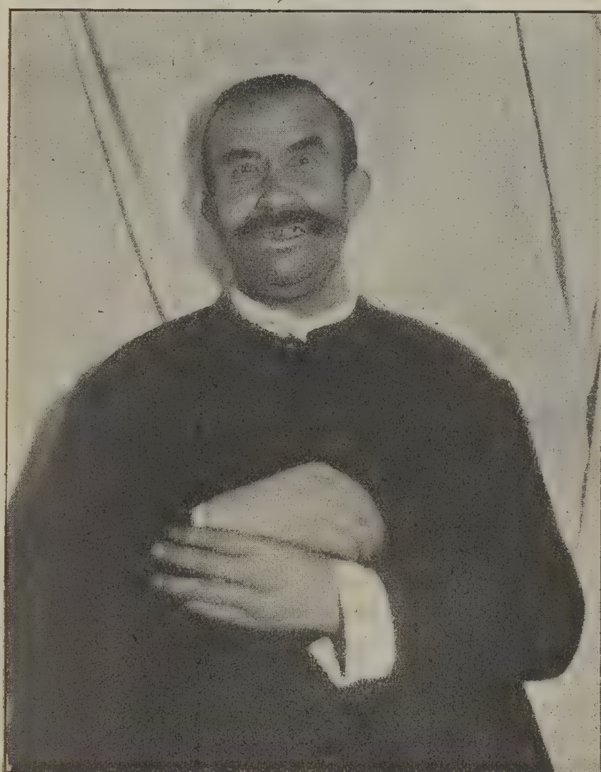


Fig. 3. — Malade représenté déjà fig. 1, photographié pendant qu'il prononce la voyelle *I*.

lement exécutés du côté de l'hémiplégie que du côté normal, ainsi, du reste, que le veut le simple bon sens. Il en est de même des mouvements bilatéraux, que l'hémiplégie soit à la période de flaccidité ou dans celle de contracture. L'action prédominante des muscles de la face du côté sain est particulièrement apparente quand le malade parle; on constate alors aisément que les muscles des lèvres fonctionnent de ce côté d'une manière plus active (voir fig. 3); je n'ai jamais vu le contraire. Dans l'acte du rire, on observe aussi assez souvent que la commissure labiale se soulève et que le sillon naso-labial s'accentue du côté normal, même chez des hémiplégiques dont, à l'état de repos, la commissure labiale est plus élevée et le sillon naso-labial plus marqué de ce côté de la paralysie (voir fig. 4). Je dois faire remarquer, toutefois, qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que parfois le rire ne fait qu'accentuer l'asymétrie due à la contracture.

La langue, tirée hors de la cavité buccale, est ordinairement un peu déviée du côté de l'hémiplégie.

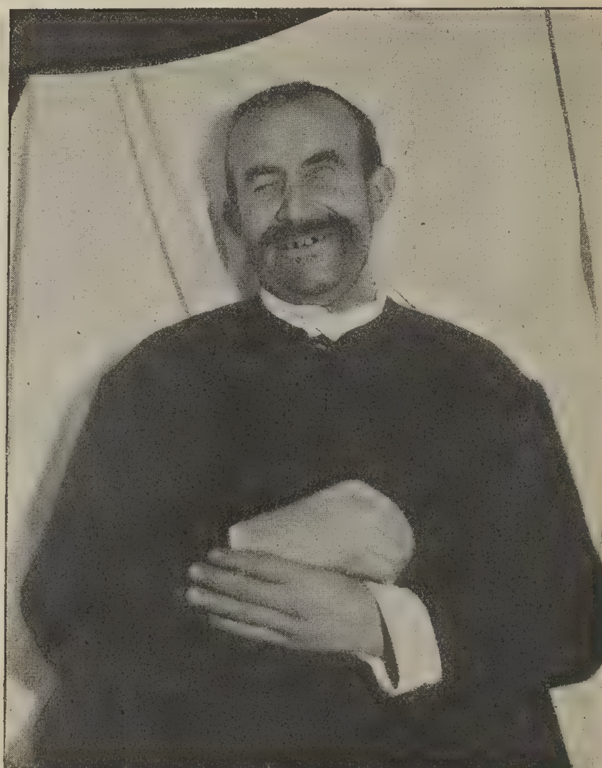


Fig. 4 — Malade représenté déjà fig. 1 et fig. 3, et photographié pendant qu'il rit.

Je tiens à attirer maintenant votre attention d'abord sur ce point que la paralysie faciale est limitée au côté hémiplégié et ensuite sur le parallélisme qu'il y a entre les divers troubles de motilité volontaire. Si, par exemple, les mouvements unilatéraux sont très affaiblis, l'impotence apparaîtra aussi avec netteté, du côté de l'hémiplégie, pendant l'exécution des divers mouvements bilatéraux synergiques; il va sans dire que ce parallélisme n'est pas mathématique, chacun de ces divers troubles pouvant être un peu plus saillant que les autres.

Je dois vous dire, enfin, que cette paralysie est soumise à des règles sinon à des lois, la contracture succédant à la paralysie flasque et les troubles de motilité s'atténuant plus ou moins, suivant les malades, mais toujours d'une manière progressive et n'étant pas sujets à des alternatives en bien et en mal.

Ai-je besoin d'ajouter que, dans certains cas d'hémiplégie, la face n'est que très légèrement atteinte et peut paraître même absolument normale?

En ce qui concerne les troubles de motilité que l'hystérie peut engendrer dans le domaine des muscles de la face, ce sont des phénomènes de nature spasmodique dont la réalité est le plus anciennement et le mieux établie.

Charcot a donné de l'hémispasme glosso-labié une description magistrale (1) que toutes les observations recueillies depuis n'ont fait que confirmer (2).

L'existence de la paralysie flasque dans l'hystérie a été longtemps mise en doute et Charcot, après l'avoir énergiquement contestée, avait fini par l'admettre à la suite des publications de Ballet (3) et de Chantemesse (4). Kœnig a produit sur ce sujet un travail intéressant (5) et pour ma part j'ai relaté, dans deux communications devant la Société médicale (6), des faits tendant à montrer que la paralysie faciale hystérique a un aspect clinique tout particulier qui permet de la distinguer de la paralysie faciale liée à l'hémiplégie organique.

On peut observer dans cette espèce de paralysie faciale un abaissement de la commissure comme dans la paralysie organique, mais, contrairement à ce qui a lieu là, quand on saisit, entre les doigts, les lèvres et la joue et qu'on leur imprime des mouvements passifs, on constate ici une absence de relâchement musculaire et on reconnaît, soit que l'abaissement de la commissure n'est qu'une apparence qui résulte d'un soulèvement d'origine spasmodique de la commissure opposée, soit qu'il est dû à une contraction des fibres musculaires qui abaissent la lèvre et que, par suite, loin d'être la conséquence d'un affaiblissement de la tonicité des muscles, il est une manifestation de leur activité. Jamais on n'observe dans la paralysie faciale hystérique l'abaissement du sourcil ni l'effacement des plis du front qui dépendent dans la paralysie organique d'une diminution ou d'une abolition de la tonicité musculaire. L'absence de toute perturbation de ce mode d'activité des muscles donne à la paralysie faciale hystérique comme du reste aux paralysies hystériques en général, quelle qu'en soit la localisation, un cachet spécial. C'est du moins l'opinion que j'ai émise et que je soutiens.

La langue est parfois déviée du côté de la paralysie faciale et à un faible degré, comme dans la paralysie organique, mais, contrairement à ce qu'on observe dans celle-ci, la déviation peut être prononcée et il est facile de s'assurer qu'il s'agit alors d'un spasme de la langue; elle peut aussi s'opérer du côté opposé à celui qu'occupe la paralysie de la face.

Les troubles sont rarement limités d'une manière rigoureuse à un côté de la face, comme dans la paralysie organique.

Contrairement encore à celle-ci la paralysie faciale hystérique est ordinairement une paralysie *systématique*, c'est-à-dire qu'elle ne porte que sur un ou plusieurs systèmes de mouvements volontaires que les muscles de la face sont appelés à exécuter. Chez tel malade par exemple les deux côtés de la face fonctionnent à peu près de la même façon dans l'acte de parler ou celui de siffler, tandis que les mouvements unilatéraux sont abolis d'un côté, que de ce côté le mouvement d'élévation de la commissure labiale est tout à fait impossible.

Enfin l'évolution de la paralysie faciale hystérique est capricieuse et n'est pas soumise aux règles de la paralysie organique. Les phénomènes spasmodiques ne succèdent pas nécessairement, tant s'en faut, aux phénomènes paralytiques; ils peuvent les précéder et dans bien des cas ils sont associés les uns aux autres. De plus les troubles sont susceptibles de s'atténuer et de s'aggraver à plusieurs reprises et de se modifier notablement dans leur intensité ainsi que dans leur forme, non seulement du jour au lendemain, mais même d'un instant à l'autre.

Après cette étude comparative des deux espèces de paralysie faciale, je veux vous entretenir d'une perturbation dans le domaine du peaucier, sur laquelle j'ai appelé l'attention dans une présentation faite à la Société médicale (1).

C'est dans l'hémiplégie organique que j'ai observé ce trouble qui consiste en ce que, dans certains actes où le muscle peaucier entre en jeu, la contraction de ce muscle est plus énergique du côté sain que du côté paralysé; ce phénomène est particulièrement apparent tantôt quand le malade ouvre la bouche toute grande (voir fig. 5), tantôt quand il fléchit la tête et s'oppose au mouvement d'extension qu'on cherche à lui imprimer (voir fig. 6), tantôt quand le malade siffle, souffle ou exécute des mouvements de déglutition. Je me hâte d'ajouter que tous les hémiplégiques ne présentent pas ce signe. J'ai désigné ce phénomène sous la dénomination de spasme associé du peaucier, qui, toute réflexion faite, me paraît défectueuse; je crois en effet qu'il ne s'agit pas d'un spasme du côté normal, mais plutôt

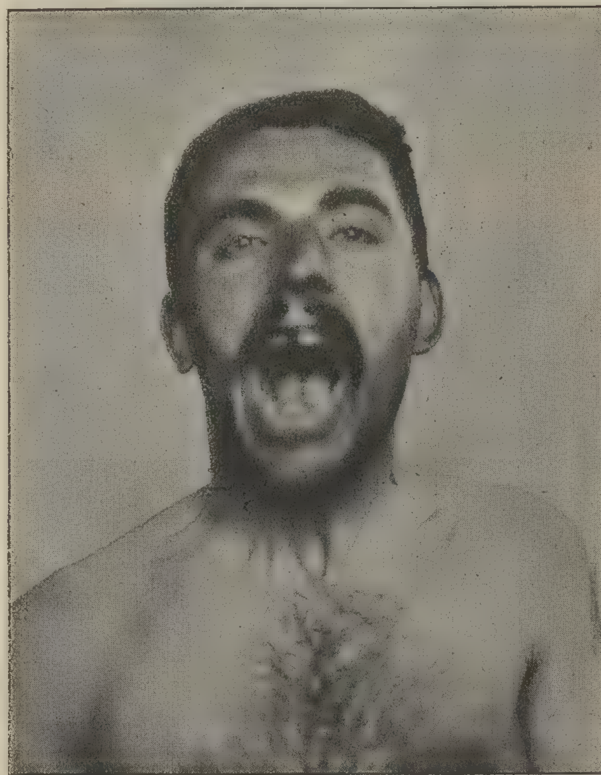


Fig. 5. — *Hémiplégie gauche organique un an après son début.* Contraction du peaucier du cou à droite.

(1) Charcot. Spasme glosso-labié unilatéral des hystériques, *Semaine méd.*, 1887, p. 37.

(2) Brissaud et Marie. De la déviation faciale dans l'hémiplégie hystérique, *Progrès méd.*, 1887, p. 84, 128.

(3) Ballet. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1890, p. 410 et 800.

(4) Chantemesse. *Id.*, 1890, p. 797.

(5) Kœnig. *Neurol. Centralbl.*, 1892, p. 337.

(6) Babinski. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1892, p. 706, 738, 867.

(1) Spasme associé du peaucier du cou du côté sain dans l'hémiplégie organique, par J. Babinski, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 30 juillet 1897.

d'une parésie du peaucier du côté malade, qui apparaît dans les mouvements synergiques que les peauciers sont appelés à accomplir et qui se manifeste par la prédominance d'action du muscle du côté normal; je propose d'appeler simplement ce trouble le *signe du peaucier*. Ce signe peut exister aussi dans la paralysie faciale périphérique, le peaucier étant en partie innervé par le facial.

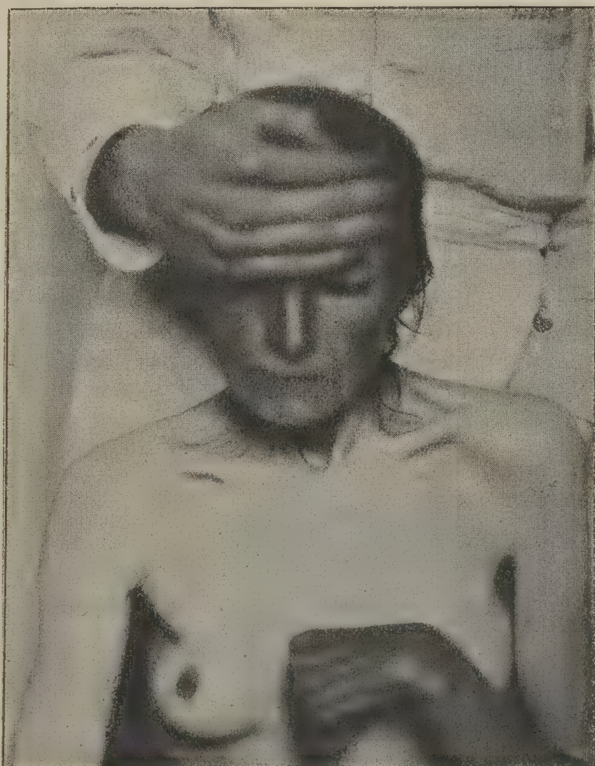


Fig. 6. — *Hémiplégie gauche organique trois mois après son début.* Contraction du peaucier du cou à droite.

J'ai observé deux sujets atteints d'hémiplégie organique chez lesquels les fibres du peaucier étaient plus apparentes du côté paralysé que du côté sain à l'ouverture de la bouche; il s'agissait probablement dans ce cas d'un véritable spasme; on constatait du reste en même temps chez ces malades, du côté de l'hémiplégie, un abaissement de la commissure qui était manifestement d'origine spasmodique; ces faits me paraissent exceptionnels.

Chez les sujets atteints d'hémiplégie hystérique pure que j'ai examinés à ce point de vue, ce phénomène faisait défaut; néanmoins comme il est possible de faire contracter volontairement le peaucier du cou d'un seul côté, je conçois fort bien que ce signe puisse être observé dans l'hystérie ou plutôt être simulé par l'hystérie. Quoi qu'il en soit, il semble pour le moins plus rare dans l'hémiplégie hystérique que dans l'hémiplégie organique et, sans vouloir y attacher une importance fondamentale, j'estime que le signe du peaucier, quand il existe nettement du côté sain dans un cas d'hémiplégie, constitue un indice de lésion organique.

Passons à l'étude des troubles de motilité qu'on peut observer dans les membres et dans le tronc et qui sont propres à nous conduire au but que nous nous proposons d'atteindre.

J'ai fait remarquer précédemment que l'abaissement de la commissure labiale ainsi que l'effacement des plis du front dans la paralysie faciale de l'hémiplégie organique étaient dus à un affaiblissement de la tonicité musculaire. Cette perturbation dans l'hémiplégie organique n'est pas limitée aux muscles de la face; elle est simplement plus apparente là qu'ailleurs parce qu'elle se traduit par une asymétrie faciale qui s'impose à l'attention, mais, comme je l'ai montré (1), elle peut atteindre aussi les membres.

Elle se manifeste par un abaissement de l'épaule ainsi que par une chute du pied et de la main; lorsque les jambes sont pendantes, l'angle que forme le pied avec la jambe est plus grand du côté paralysé; quand l'avant-bras est maintenu dans la position horizontale et en pronation, la flexion de la main est plus accentuée de ce côté. L'affaiblissement de la tonicité dans les muscles du membre supérieur peut encore être décelé de la manière suivante : lorsqu'on imprime à l'avant-bras placé en supination un mouvement passif de flexion sur le bras et qu'on cherche à appliquer ainsi ces deux segments du membre supérieur l'un sur l'autre aussi fortement qu'il est possible de le faire sans provoquer de douleur et en déployant de part et d'autre la même énergie, on constate, en comparant les deux côtés l'un à l'autre, que le degré de flexion est plus grand du côté paralysé (voir fig. 7). Ce phénomène pourrait être désigné sous la dénomination de *flexion exagérée de l'avant-bras*. Je dois faire remarquer toutefois que, même chez des sujets sains, il peut y avoir à cet égard une légère différence entre les deux côtés; généralement en pareil cas, le degré de flexion est plus prononcé du côté le plus faible, du côté gauche. Ce phénomène n'a donc de valeur que s'il est très net et il a une plus grande signification dans l'hémiplégie droite que dans l'hémiplégie gauche. C'est principalement dans les cas d'hémiplégie récente, flasque, sans exagération ou avec affaiblissement des réflexes tendineux, qu'on l'observe, mais je l'ai constaté aussi, ce qui peut paraître sur-

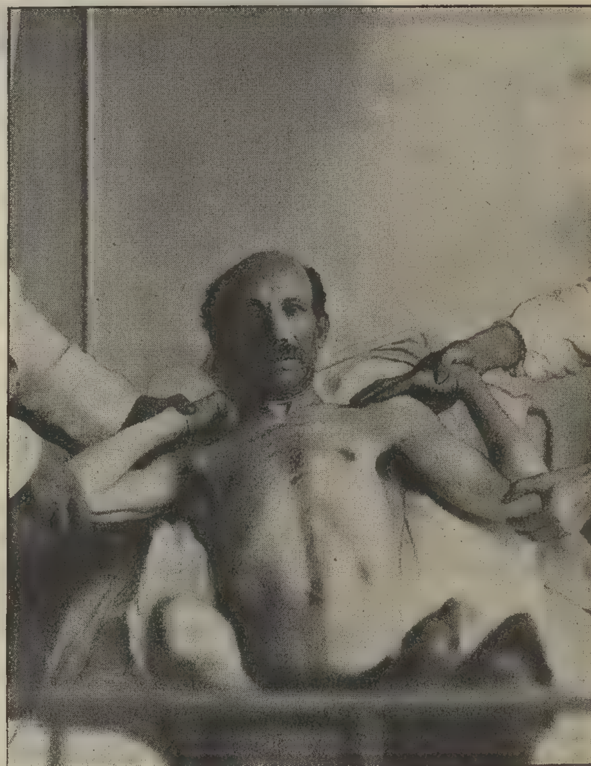


Fig. 7. — *Hémiplégie droite organique au cinquième jour.* Flexion exagérée de l'avant-bras à droite.

(1) Relâchement des muscles dans l'hémiplégie organique, par J. Babinski, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1896, p. 471.

prenant (1) dans quelques cas d'hémiplégie ancienne avec exagération des réflexes tendineux.

N'ayant jamais constaté l'existence de ce signe dans l'hémiplégie hystérique, j'estime qu'il peut contribuer à différencier les deux espèces d'hémiplégie dont nous nous occupons. Je tiens à ajouter que *la flexion exagérée de l'avant-bras* n'a de signification que si le membre paralysé n'est pas atteint d'amyotrophie, car le degré de flexion est toujours plus marqué du côté du membre atrophié, même quand l'atrophie relève d'une paralysie hystérique.

J'appelle maintenant votre attention sur un signe différentiel des deux espèces d'hémiplégie que j'ai fait connaître il y a deux ans et auquel j'attache une grande valeur. On l'observe chez la plupart des sujets atteints d'hémiplégie organique. Lorsque, étendu sur un plan résistant horizontal, sur un plancher par exemple, dans le décubitus dorsal, les bras croisés sur la poitrine, le malade fait un effort pour se mettre sur son séant, du côté paralysé la cuisse exécute un mouvement de flexion sur le bassin et le talon se détache du sol, tandis que, du côté opposé, le membre inférieur reste immobile ou que la flexion de la cuisse et le soulèvement du talon n'apparaissent que plus tardivement et sont bien moins marqués qu'au membre atteint de paralysie (voir fig. 8); en même temps, l'épaule du côté normal se porte en avant.



Fig. 8. — *Hémiplégie gauche organique un an après son début.* Flexion combinée de la cuisse et du tronc à gauche.

Le mouvement que je viens de décrire se reproduit et peut être plus ou moins accentué que dans l'acte précédent, quand le malade, après s'être mis sur son séant, les bras toujours croisés sur la poitrine, porte le tronc en arrière pour reprendre la position primitive (2). C'est surtout quand le malade se renverse avec brusquerie que le mouvement est prononcé.

Quel est le mécanisme de ce mouvement?

Pour comprendre l'interprétation que je propose, il faut d'abord analyser l'acte qui consiste à se mettre sur son séant. Le mouvement essentiel de cet acte est absolument conscient, c'est l'inclinaison en avant du bassin et de la colonne vertébrale, mais cette inclinaison ne peut s'opérer d'une manière normale que si les fémurs ont été préalablement immobilisés. En effet, si on réfléchit au mode d'action du psoas iliaque, qui, suivant qu'il prend son point d'appui à son insertion supérieure ou à son insertion inférieure, fléchit la cuisse sur le bassin ou bien incline en avant le bassin et la colonne vertébrale, on conçoit qu'un défaut d'immobilisation de la cuisse, dans l'acte en question, doive entraver l'inclinaison du tronc en avant et entraîner une flexion de la cuisse sur le bassin. Cette immobilisation de la cuisse est obtenue par la mise en activité inconsciente ou sub-consciente des muscles qui étendent la cuisse sur le bassin.

Je suppose que c'est la parésie de ces muscles qui est la cause du phénomène qui nous occupe. Du reste la réalité de cette parésie est incontestable, car lorsque le malade, se trouvant couché sur le dos, cherche à maintenir les membres inférieurs appliqués contre le sol aussi étroitement que possible, on arrive plus facilement du côté de la paralysie que du côté sain à soulever la jambe en exerçant une traction de bas en haut.

Ce phénomène, que j'ai appelé *mouvement associé de flexion de la cuisse* dépendant, si mon interprétation est juste, d'un mécanisme bien différent de celui qui appartient aux diverses variétés de mouvements associés qu'on a décrits dans l'hémiplégie, pourrait être de préférence désigné sous la dénomination de *flexion combinée de la cuisse et du tronc* qui exprime simplement et avec précision le mouvement en question.

Il est facile de comprendre pourquoi le mouvement de flexion de la cuisse se reproduit lorsque le malade, après s'être mis sur son séant, cherche à reprendre sa position primitive. Ce serait en effet une erreur de croire que, dans cet acte, le sujet se borne à faire contracter les muscles qui inclinent le tronc en arrière. S'il en était ainsi, la partie supérieure du tronc, entraînée par la pesanteur, viendrait buter brutalement contre le sol. L'extension du tronc doit être modérée par la contraction des fléchisseurs qui ne se relâchent que progressivement, et cette contraction des fléchisseurs, pour être efficace, nécessite une immobilisation préalable de la cuisse. Les conditions sont donc semblables de part et d'autre.

Ce qui me pousserait encore à admettre que cette interprétation est juste, c'est que j'ai observé le mouvement de flexion combinée de la cuisse et du tronc dans plusieurs cas de sciatique où les muscles extenseurs de la cuisse sur le bassin étaient atrophiés. Du reste que ma manière de concevoir le mécanisme de ce phénomène soit exacte ou non, sa réalité est incontestable et c'est là le point essentiel.

Je dois faire remarquer qu'à l'état normal l'immobilisation de la cuisse paraît être plus ou moins parfaite suivant les sujets, ce qui, sans doute, est une des raisons pour lesquelles tous les individus ne se mettent pas sur leur séant avec la même aisance et que, tandis que chez les uns, pendant cet acte, les cuisses restent appliquées sur le sol, chez les autres les cuisses exécutent un mouvement plus ou moins marqué de flexion sur le bassin; mais chez des sujets normaux, quand ce dernier mouvement se produit, il est à peu près égal des deux côtés. Néanmoins, comme en dehors de l'hémiplégie il peut y avoir entre les deux côtés de légères différences au point de vue qui nous occupe, le mouvement de flexion combiné de la cuisse et du tronc ne peut

(1) Voir à ce sujet : « L'état des réflexes et la contracture dans l'hémiplégie organique, » par Van Gehuchten, *Semaine méd.*, 1898, p. 507.

(2) Pour plus de détails voir : « De quelques mouvements associés du membre inférieur paralysé dans l'hémiplégie organique, » par J. Babinski, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 30 juillet 1897.

être considéré comme pathologique que quand, ne se produisant que d'un côté, il est très net, ou que, se produisant des deux côtés, il est bien plus apparent d'un côté que de l'autre.

Le mouvement de flexion combinée de la cuisse et du tronc implique naturellement que les membres qui l'exécutent fonctionnent, au moins dans une certaine mesure; aussi pourrait-on prévoir théoriquement qu'il doit faire défaut quand la paralysie est complète et, l'observation confirme cette vue de l'esprit. En effet, ce n'est généralement que quelque temps après le début de l'hémiplégie, lorsque les troubles se sont atténués, que ce phénomène apparaît. Dans la première phase de l'hémiplégie, l'impotence du côté paralysé étant complète, ou bien le malade est tellement prostré qu'il est incapable de faire le moindre effort, ou bien, quand il cherche à se mettre sur son séant, il exécute un mouvement de rotation autour d'un axe longitudinal passant par le côté paralysé; ce mouvement me paraît être le résultat de l'action limitée à un côté du corps des muscles qui inclinent le tronc en avant.

Dans l'hémiplégie hystérique, le phénomène dont je viens de vous faire la description fait défaut. Quand on fait coucher le malade sur le dos et qu'on l'invite à se mettre sur son séant, ou bien il reste immobile et déclare qu'il est incapable d'accomplir l'acte commandé, ou bien il se met sur son séant comme un sujet normal, ou enfin il fait exécuter au tronc et aux membres des mouvements divers bien différents du mouvement de *flexion combinée de la cuisse et du tronc*. (*A suivre.*)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(2 MAI 1900)

M. Tillaux a communiqué une observation très intéressante : il s'agit d'un homme de cinquante-six ans, exerçant la profession de cocher, qui entra dans son service avec une **tumeur volumineuse de la fosse iliaque gauche**. Il porte cette tumeur depuis un an, elle ne l'a pas gêné jusqu'à présent, mais dans ces derniers temps, elle a beaucoup augmenté de volume, surtout depuis que cet homme a fait un certain effort qui lui a été très douloureux. Il s'agissait d'un anévrysme d'abord limité à la partie supérieure de l'iliaque externe, étant resté silencieux pendant un certain temps, puis s'étant fissuré et étant devenu un anévrysme diffus consécutif. Au moment où le malade entra à l'hôpital, sa tumeur était très volumineuse, elle débordait en bas l'arcade crurale et remontait à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; elle avait le volume d'une tête d'adulte, elle était immobile et présentait des battements et un bruit de souffle des plus caractéristiques. M. Tillaux décida qu'il fallait pratiquer la ligature de l'iliaque primitive. Il fit une grande incision médiane en s'aidant de son doigt, arriva jusqu'à l'artère, passa au-dessous d'elle un fil de soie plate et lia le vaisseau. Aussitôt la circulation s'arrêta, il n'y eut plus de battements, ni de bruit de souffle.

L'opération et les suites furent simples, il n'y eut ni refroidissement, ni insensibilité du côté du membre inférieur, aucun trouble circulatoire, mais la tumeur se remit à grossir, le malade maigrit, il y eut un peu d'œdème de la jambe gauche, un peu de rétention d'urine par suite de la compression de la vessie et le malade finit par succomber trente-neuf jours après la ligature. C'est ici que l'observation devient tout particulièrement intéressante : l'autopsie fut faite et M. Tillaux ne fut pas peu surpris en constatant que c'était l'aorte qu'il avait liée.

Il n'a guère été relevé jusqu'ici que 11 cas de ligature de l'aorte; le premier a été publié par Astley Cooper. Dans ces cas, la ligature a été suivie de mort plus ou moins rapide.

Voilà donc un homme qui a vécu quarante jours après la ligature de l'aorte sans présenter aucun trouble du côté des membres inférieurs.

A la suite de cette communication qui a vivement intéressé la Société, on s'attendait à voir reprendre la discussion soulevée par M. Quénu, sur les procédés aseptiques de la dernière heure. Il n'en a rien été, et l'on a dû se contenter d'une nouvelle discussion sur les différents procédés de gastrostomie, discussion soulevée par une communication de M. Poirier, sur un nouveau procédé qui n'est, comme il le dit lui-même, qu'un Fontan réduit. De la discussion qui s'engage à ce sujet, il résulte qu'il faut tenir compte, dans l'étude des divers procédés de gastrostomie, de deux facteurs importants : le siège de la bouche stomacale et la qualité du suc gastrique. Il résulte encore ceci que les meilleurs procédés sont les plus simples : faire la bouche stomacale aussi près que possible du cardia, la faire aussi petite que possible, ne pas y laisser le tube en permanence, mais l'introduire seulement au moment des repas et dilater de temps à autre l'orifice pour maintenir sa béance; telles sont les principales règles d'une bonne gastrostomie, que semblent avoir adoptées la plupart des chirurgiens, avec MM. Terrier, Reclus, Rochard, Routier, Tuffier, Schwartz, Quénu, Lucas-Championnière, etc.

Suivent les présentations : un malade, opéré d'un kyste hydatique du rein, par M. Lejars, suivant le procédé de Delbet, ce qui prouve, une fois de plus, que ce procédé est applicable à tous les kystes hydatiques et non seulement à ceux du foie; un malade opéré d'un cancer iléo-cæcal, par M. Souligoux, avec anastomose latéro-latérale de l'intestin; enfin, de nouvelles épreuves radiographiques relatives aux fractures, présentées par M. Loyson.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(3 MAI 1900)

M. Bourgeois a publié, dans la *Gazette des hôpitaux* du mois d'avril 1900 (p. 418), un cas de **tétanos céphalique avec diplégie faciale** consécutif à une plaie médiane du front. M. Crouzon en rapporte à la Société un nouveau cas; le tétanos a succédé à une plaie de la racine du nez et la diplégie faciale d'origine périphérique est survenue quatre jours après; le malade a succombé vers le dixième jour à des crises d'étouffements. Ces cas, si on les rapproche de ceux où la paralysie faciale et le trismus siégeaient du même côté que la blessure, permettent de supposer qu'il existe une relation entre le point d'inoculation et la diffusion de la toxine tétanique.

MM. Cestan et Bourgeois ont observé un **syndrome de Weber** unilatéral chez un homme de soixante-huit ans, non syphilitique. Le malade a succombé au bout d'un mois et l'autopsie a montré des foyers multiples de ramollissement du pédoncule cérébral gauche avec intégrité du pédoncule droit, altérations causées par une endartérite oblitérante de la cérébrale postérieure gauche. Les auteurs font remarquer que leur malade n'a pas présenté de trépidation spinale du

côté de la jambe hémiplégiée, mais d'une façon permanente a offert le signe des orteils de Babinski; ils insistent au point de vue anatomique sur cette multiplicité des foyers que présente le pédoncule cérébral gauche et sur l'intégrité du pédoncule droit.

M. Huet présentait un malade atteint, il y a dix ans, d'une fracture de l'épitrochlée droite; or, depuis un mois, ce jeune homme est atteint de **névrite atteignant les nerfs cubital et médian de la main droite avec DR.** La radiographie a montré que la névrite du cubital pouvait être due à la compression du nerf cubital par le cal osseux. Mais il est très vraisemblable que, dans ce cas, la profession de menuisier du malade l'obligeant, pour certains travaux spéciaux, de comprimer les nerfs médian et cubital, il s'agit en réalité d'une névrite professionnelle se développant sur un avant-bras prédisposé par le traumatisme antérieur. A ce propos, M. Gilles de la Tourette insiste sur ces paralysies brachiales par compression dont l'origine reste souvent inconnue, faute d'un interrogatoire suffisant dans le sens indiqué par M. Huet.

Les **complications bulbaires persistantes de la paralysie infantile** sont très rares, car le plus souvent la mort survient lorsque les noyaux du bulbe sont intéressés, si bien que le médecin non prévenu porte alors le diagnostic, non de poliomyélite, mais bien de méningite. M. Huet observe depuis trois ans un enfant atteint, à l'âge de douze mois, d'une paralysie infantile de la jambe gauche et de troubles de la voix par lésions du récurrent. Ces troubles sont survenus à la même époque et ont suivi la même évolution vers une guérison relative; il s'agit donc d'une lésion du récurrent et, dans l'espèce, créée par la paralysie infantile, puisque la monoplégie crurale a tous les caractères d'une paralysie infantile.

M. Ferrand montre le cerveau d'un malade atteint d'**hémiopie homonyme temporale gauche** avec conservation du champ visuel de la macula. Cet homme ne présentait pas des signes d'une aphasie sensorielle. A l'autopsie, on a trouvé un foyer de ramollissement du lobe occipital droit, intéressant la face inférieure et la face interne du lobe occipital avec destruction du cunéus; le pli courbe paraît intact. L'auteur signale aussi l'atrophie du tubercule mamillaire du même côté, qui serait expliquée par la même source d'irrigation de ce tubercule et du lobe occipital.

M. Chipault relate deux faits de **chirurgie testiculaire.** Dans le premier cas, son malade, à la suite d'une blennorragie légère, a été atteint de douleurs testiculaires très intenses qui ont persisté plusieurs années malgré tout traitement médical. La guérison a suivi la résection des nerfs du cordon. Le malade n'était pas hystérique; cependant M. Gilles de la Tourette fait très justement remarquer cette cause d'erreur si facile à commettre; le testicule se comporterait ici, avec son hyperesthésie et sa tuméfaction, comme le sein hystérique, et le chirurgien se trouverait ainsi entraîné à une opération tout au moins inutile. Le deuxième malade de M. Chipault, à la suite d'une descente forcée des testicules, avait des crises d'épilepsie à aura testiculaire; bientôt une tumeur a apparu au niveau du cordon. L'ablation de cette tumeur, névrome du cordon consécutif à la première opération, n'a pas amené la cessation des crises épileptiques.

La question des relations de l'**acromégalie et du gigantisme** se pose à nouveau devant le malade présenté par M. Achard. C'est un homme géant qui, dès l'âge de vingt ans, mesurait 2m07 et atteint maintenant 2m12. Ce gigantisme est héréditaire. L'aspect général du malade n'est pas celui d'un acromégale, mais un examen attentif permet de reconnaître un menton en galoche, une hypertrophie trop prononcée des doigts par rapport aux autres segments des membres, une hypertrophie de la langue, une voix caverneuse et enfin une glycosurie assez marquée souvent signalée dans l'acromégalie. A propos de ce malade, M. Brissaud expose à nouveau ses idées sur la parenté qui réunit le gigantisme et l'acromégalie et voit dans ce malade une confirmation de sa théorie, qui met dans le même cadre morbide l'acromégalie et le gigantisme.

M. Scherb (d'Alger) envoie trois observations concernant des malades atteintes, la première d'un tic particulier qu'il dénomme tic de la mendiante; la deuxième d'hémichorée organique avec signe des orteils de Babinski; la troisième de kystes hydatiques de la moelle.

M. Lesage présente les coupes de la moelle et des nerfs d'un malade atteint de **maladie de Morvan.** Le malade présentait aux quatre extrémités des panaris multiples avec atrophie musculaire et mutilation des phalanges. Le diagnostic porté avait été soit lèpre, soit maladie de Morvan. Il présentait en outre aux extrémités une anesthésie complète s'arrêtant vers la partie moyenne des bras et des jambes par une ligne circulaire presque perpendiculaire à l'axe du membre, à disposition par suite segmentaire. Or l'autopsie a montré l'intégrité absolue de la substance grise médullaire, des lésions très profondes des nerfs des bras, mais sans traces ni de lépromes ni de bacilles. Il est donc difficile de classer ce cas. M. Déjerine, qui a eu longtemps ce malade dans son service de Bicêtre, se demande si pourtant il ne s'agit pas d'un lépreux à cause de l'intégrité de la moelle, de l'anesthésie si profonde et du séjour du malade dans les colonies. Il se pourrait que les bacilles aient disparu des nerfs après avoir causé des lésions névritiques. M. Marie appuie ces idées en reconnaissant, dans les cordons postérieurs de la moelle de ce malade, les lésions qu'il a décrites dans la moelle des lépreux et qu'il considère comme de nature endogène. M. Déjerine insiste sur la disposition segmentaire de l'anesthésie malgré l'intégrité de la substance grise médullaire; il se pourrait que cette anesthésie, dans l'hypothèse de lèpre, soit due à un envahissement progressif et lent de la peau par le bacille lépreux, de l'extrémité vers la racine du membre.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel complet de gynécologie médicale et chirurgicale (1), par A. Lutaud.

Ce volume vient à point pour résumer les notions modernes que doit avoir le praticien sur la gynécologie. Il tient une place moyenne entre les simples mementos et les gros traités publiés pendant ces dernières années.

Mais, ce qui caractérise ce nouveau manuel, c'est le soin apporté par l'auteur à la description de la technique, non seulement des grandes opérations abdominales, mais des interventions plus modestes, abordables par tous les praticiens.

« Je me suis surtout attaché, dit l'auteur, à faire connaître les opérations accessibles à l'immense majorité des médecins.

(1) In-8°. Prix : 20 francs. — Paris, A. Maloine.

C'est ainsi que je n'ai épargné aucun détail relatif à la petite chirurgie, à l'asepsie, au choix des instruments, aux positions et explorations gynécologiques. Au risque d'être prolixe, j'ai tenu à faire connaître l'arsenal gynécologique moderne que nos fabricants français ont porté à un degré de perfection qui n'a jamais été égalé à l'étranger.

Les opérations autoplastiques (périnéorraphies, colporraphies, etc.), qui sont aujourd'hui à la portée de tous les praticiens, ont été décrites avec minutie et accompagnées de nombreuses planches.

J'ai encore donné de plus grands développements à la description et surtout au traitement mécanique des déplacements utérins.

Il en est de même pour le vaginisme, la stérilité, les affections inflammatoires et infectieuses de la vulve, du vagin et de l'utérus, dont la thérapeutique est rarement opératoire.

Au risque d'être considéré comme réactionnaire, j'ai consacré un article au traitement hydro-minéral des métrites, estimant qu'on a trop négligé nos stations thermales pendant ces dernières années ; beaucoup d'entre elles offrent à la gynécologie les ressources les plus précieuses. »

Mais, si l'auteur s'est attaché à conserver à la thérapeutique médicale et non opératoire l'importance qu'elle comporte, il a tenu à faire figurer dans cet ouvrage la technique des interventions les plus récentes et les plus audacieuses. C'est ainsi que de nouveaux chapitres sont consacrés à la grossesse extra-utérine et à son traitement chirurgical, à l'hystérectomie subtotale appliquée au cancer utérin, aux traitements des suppurations pelviennes, etc.

Les méthodes opératoires les plus récentes de Doyen, de Kelly, de Pozzi, de Ricard y sont nettement exposées.

Mais ce qui rend cet ouvrage essentiellement utile aux praticiens, c'est le nombre considérable des figures (plus de 600) et la place importante, consacrée à la thérapeutique.

Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu (1), par le professeur Duplay, recueillies et publiées par Maurice Cazin et Spiro Clado.

Les leçons contenues dans ce volume sont groupées sous les rubriques suivantes : Pathologie générale (deux leçons). Tête et cou (six leçons). Thorax et abdomen (deux leçons). Organes génito-urinaires (six leçons). Membre supérieur (deux leçons). Membre inférieur (sept leçons).

Commes dans les précédentes, le professeur retrace dans ces leçons l'histoire de la maladie et la suit dans ses diverses modalités, dans son évolution clinique et anatomique, retenant tout ce qui peut servir à préciser le diagnostic et les indications thérapeutiques.

Précis de toxicologie clinique et médico-légale (2), par M. Ch. Vibert, expert près le Tribunal de la Seine, chef des travaux d'anatomie pathologique au laboratoire de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris.

Le *Précis de toxicologie* de M. Vibert a été écrit surtout pour les médecins légistes et les cliniciens. Mais il ne se limite pas étroitement aux questions de pratique, et c'est ainsi que l'histoire de certains poisons qui présentent un grand intérêt au seul point de vue scientifique, s'y trouve aussi traitée.

La partie chimique de la toxicologie a été laissée de côté. Elle ne peut être étudiée sérieusement et utilement que par des chimistes de profession, et elle a été déjà excellemment traitée dans le *Précis de toxicologie chimique et physiologique* du professeur Chapuis, arrivé aujourd'hui à sa 3e édition. Sur ce point M. Vibert s'est borné à quelques notions sommaires que le médecin doit connaître, même quand il entend n'empiéter aucunement sur le rôle du chimiste.

C'est la symptomatologie qui forme la partie fondamentale de ce livre.

Pour ne pas fatiguer l'attention du lecteur, M. Vibert a cherché à la ranimer en intercalant dans le texte des observations typiques propres à donner une idée nette des principaux traits cliniques d'une intoxication. Parmi ces observations, il en est de récentes, de personnelles et d'inédites ; il en est d'autres qui ont été empruntées aux maîtres de la médecine légale : Orfila, Tardieu, Taylor, etc.

Si la symptomatologie relève avant tout de l'observation clinique, elle peut souvent aussi tirer parti de l'expérimentation sur les animaux. Celle-ci d'ailleurs est devenue entre les mains des physiologistes une des branches les plus importantes de la toxicologie. Déjà elle a permis d'analyser les effets de beaucoup de poisons, de saisir le mécanisme par lequel ils se produisent, fournissant par suite les indications rationnelles d'une partie du traitement ; elle a apporté aussi au médecin légiste un moyen de diagnostic parfois fort important.

M. Vibert a donc fait entrer dans l'histoire de chaque poison un paragraphe consacré aux données expérimentales, sans dissimuler, le cas échéant, les incertitudes, les contradictions même que laissent encore subsister les études des physiologistes sur le mode d'action des substances toxiques.

Pour les médecins légistes, le diagnostic est le point capital de la toxicologie, celui en vue duquel sont étudiées toutes les autres parties de l'histoire des poisons. M. Vibert s'est efforcé d'indiquer tous les éléments utilisables pour ce diagnostic médico-légal en citant autant que possible des exemples de la réalisation.

Le traitement n'a point été négligé et le praticien est assuré de trouver sur ce point le dernier état de la science.

Pratique de chirurgie courante (1), par M. Marius Cornet.

Ce petit livre a pour but de réunir sous une forme concise les cas de chirurgie élémentaire ; il rappelle brièvement pour ces cas les indications à remplir, les soins qui s'imposent, les instruments nécessaires, les détails de technique à suivre.

C'est une sorte de memento où le praticien pourra trouver résumées toutes les notions qui lui sont utiles pour une affection ou un traumatisme donnés.

Livre un peu jeune, un peu élémentaire, mais cette légère critique est, dans l'espèce, une véritable qualité. L'auteur est plus proche des nécessités de la pratique, forcée souvent de se contenter d'à peu près, que des exigences et des rigueurs des doctrines scientifiques. Mais tel qu'il est conçu ce livre n'en constitue pas moins une œuvre de bon sens et d'utilité pratique.

Maladies de l'urètre et de la vessie chez la femme (2), par M. Kolischer.

C'est là un petit chapitre de pathologie féminine mais intéressant et en général peu connu. M. Beuttner, privat-docent à l'Université de Genève, a traduit le livre de Kolischer (de Vienne) pour combler une lacune dans ce domaine de la pathologie.

Les fistules urinaires, habituellement bien étudiées dans les traités généraux de chirurgie et de gynécologie, sont négligées dans ce petit volume ; il est surtout intéressant par le soin qu'a donné son auteur à la description et à la technique des méthodes modernes d'exploration des organes urinaires à l'aide des instruments les plus récents.

(1) 3e série. In-8°, avec fig. Prix : 8 francs. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-8°, 916 p., 1 pl. color. et 74 fig. Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.
(2) In-12. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

316. M. ROULLIN. Contribution à l'étude de la dégénérescence amyloïde. — 317. M. SIMON. Documents relatifs à la corrélation entre le développement physique et la capacité intellectuelle. — 318. M. ROUMENTEAU. Des ecchymoses spontanées dans les maladies du système nerveux. — 319. M. GUILLOT. Quelques cas de gastrostomie par un procédé facile. — 320. Mlle SÉRARD. De l'hypertrophie du thymus par la leucocythémie chez l'enfant. — 321. M. FROMAGEOT. Contribution à l'étude des varices ampullaires de la veine saphène interne à son embouchure. — 322. Mme STODEL. De l'utilité de l'enseignement, aux jeunes filles, de l'hygiène et de quelques éléments de médecine pratique. — 323. M. DUCOUDRAY. Le santalol B dans le traitement de la blennorragie. — 324. M. ROUSSEL. Lésions traumatiques de l'atlas et de l'axis. — 325. M. ATTAIX. Contribution à l'étude de l'accouchement des épaules dans les présentations céphaliques (eutocie-dystocie). — 326. M. PAVILLARD. Recherches sur la leucocytose dans la tuberculose pulmonaire. — 327. M. BERMANN. De l'ictère émotif. Sa pathogénie. — 328. M. NANU. Purpura chronique à grandes ecchymoses. — 329. M. VALLET. Les nerfs de l'ovaire et leurs terminaisons. — 330. M. MAIGNÉ. Étude sur l'huile de foie de morue.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Sont promus ou nommés aux postes ci-après désignés :

M. le médecin principal de première classe Laurent, pour l'emploi de médecin-chef à l'hôpital militaire de Versailles.

MM. les médecins-majors de première classe Beylier, pour le 76e d'infanterie; — Vogelin, pour le 44e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Lepagnez, pour le 127e d'infanterie; — Kocher, pour le 26e bataillon de chasseurs à pied; — Privat, pour le 31e dragons; — Papon, maintenu au 134e d'infanterie; — Senesse, pour le 2e régiment de chasseurs d'Afrique; — Manceaux, pour le 2e régiment de chasseurs à cheval; — Auclert, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 17e semaine, 1 044 décès, chiffre inférieur à la moyenne ordinaire des semaines d'avril (1 055).

La fièvre typhoïde a causé 17 décès; la rougeole, 30 (moyenne 27); la scarlatine, 4 (chiffre identique à la moyenne); la coqueluche, 6 (moyenne 9); et la diphtérie, 6 (moyenne 8).

La diarrhée infantile n'a causé que 25 décès, de 0 à un an (moyenne 31).

En outre, 29 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 146 décès, au lieu de 148 pendant la semaine précédente et au lieu de 156 (moyenne ordinaire de la saison).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 50 décès, dont 29 sont dus à la congestion pulmonaire; en outre 6 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie a causé 221 décès (au lieu de la moyenne 210); la méningite tuberculeuse 26 décès; la méningite simple 19; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 24 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral 57 décès; les maladies organiques du cœur 58; le cancer a fait périr 47 personnes; enfin 45 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 16 suicides et 30 autres morts violentes.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs J.-B. Zimmermann (de Strasbourg), médecin-major de première classe au 44e de ligne, chevalier de la Légion d'honneur, décédé subitement à Lons-le-Saunier; Champagnat (de Vichy); Guyénot (de Salins); Bottey (de Divonne); Teodotia de Bonis (de Naples); Edwin Van Millingen (de Constantinople).

Cours de chirurgie oculaire. — M. le docteur A. Terson, ancien chef de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu, commencera le jeudi 10 mai, à cinq heures, un cours de chirurgie oculaire, avec exercices opératoires. Ce cours est gratuit et continuera les jeudis suivants, à la même heure.

S'inscrire d'avance, 52, rue Jacob, tous les jours, de une heure à deux heures.

Hôpital Saint-Louis. — *Laboratoire de la Ville de Paris. École Lailler.* — M. le docteur Sabouraud, chef du laboratoire, commencera le mercredi 16 mai et continuera les samedis et mercredis suivants, à neuf heures et demie, des leçons théoriques et pratiques sur les maladies microbiennes du cuir chevelu et de la peau (démonstrations microscopiques et projections).

Première leçon : Structure et pathologie générales de la peau. La défense de la peau contre les microbes. Thérapeutique générale des dermatoses (entrée, 42, rue Bichat).

Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts. — *Conférences d'ophtalmologie.* — Les médecins de la clinique des Quinze-Vingts commenceront, le lundi 14 mai 1900, des leçons cliniques et théoriques, qui auront lieu dans l'ordre suivant :

Mardi, à une heure et demie, M. Trousseau, leçons cliniques; — Mercredi, à une heure, M. Kalt, leçons de diagnostic ophtalmologique avec indications thérapeutiques; — Jeudi, à deux heures, M. Dubief, démonstration d'anatomie pathologique et de bactériologie; — Jeudi, à trois heures, M. Valude, thérapeutique chirurgicale, présentation de malades; — Samedi, à deux heures, M. Chevallereau, thérapeutique médicale.

Consultations et opérations à une heure.

L'alcool solidifié. — Bien souvent, à la chasse, à la campagne, on est amené à utiliser une lampe à alcool pour faire réchauffer un déjeuner, ou du café.

Rien n'est plus incommode, aussi l'alcool solidifié sera-t-il bien accueilli par tous ceux qui vivent au grand air.

En voici la recette d'après le *Bulletin des Halles* :

Versez 10 centilitres d'alcool dénaturé, à 90 degrés, dans un récipient d'une capacité double (un ballon en verre de laboratoire est le plus commode), et faites tiédir l'alcool au bain-marie, en sorte que celui-ci prenne une température voisine de 60 degrés. Ajoutez-y 28 à 30 grammes de savon blanc de Marseille râpé, bien sec, et environ 2 grammes de gomme laque. Agitez en tournant le ballon jusqu'à dissolution, ce qui demande quelques minutes. Retirez du bain-marie et versez le contenu dans une série de petites boîtes en fer blanc (comme des boîtes à cirage un peu épaisses). Mettez aussitôt les couvercles des boîtes et laissez refroidir.

Après quelques minutes, la masse est prise dans les boîtes, dont chacune devient ainsi un petit réchaud pouvant se transporter dans le gousset. Il suffit, pour s'en servir, d'enlever le couvercle et d'enflammer la boîte avec une allumette. Une boîte suffit à réchauffer, café compris, un déjeuner de campagne pour deux personnes.

La gomme-laque, dans la recette ci-dessus, n'est pas indispensable, elle assure seulement une plus longue conservation au produit, en évitant l'évaporation de l'alcool.

Disons enfin que, quand la boîte a fini de brûler, après le déjeuner sur l'herbe, le savon restant dans la boîte peut servir à laver les mains du cuisinier.

On le voit, toutes les commodités dans le plus petit volume.

Comment on se défend contre l'insomnie, par le docteur P. DHEUR. Une broch. — Prix : 1 franc. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 53. — MARDI 8 MAI 1900. 73e ANNÉE. MARDI 8 MAI 1900. — N° 53.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — *Clinique médicale.* DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'HÉMIPLÉGIE ORGANIQUE ET DE L'HÉMIPLÉGIE HYSTÉRIQUE (*12 figures* [fin]), par M. BABINSKI, médecin de l'hôpital de la Pitié. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MÉDECINE PRATIQUE. Le traitement du faux croup; — Traitement de l'amygdalite lacunaire; — Nouvelles préparations dermatologiques dérivées du pyrogallol et de la chrysarobine. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — THÈSES. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

CLINIQUE MÉDICALE

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'HÉMIPLÉGIE ORGANIQUE ET DE L'HÉMIPLÉGIE HYSTÉRIQUE (1)

Par **M. Babinski,** médecin de l'hôpital de la Pitié.

L'état des réflexes tendineux et des réflexes osseux fournit des données de la plus grande importance pour la solution du problème que nous nous sommes posé. C'est, du moins, mon avis; mais il y a à cet égard des divergences d'opinion entre les neurologistes.

En ce qui concerne l'hémiplégie organique, tous sont d'accord pour admettre qu'au début les réflexes tendineux du côté paralysé peuvent être, suivant les cas, normaux, exagérés, affaiblis ou abolis, tandis que dans la deuxième période, c'est-à-dire à partir de la quatrième ou de la cinquième semaine, ces réflexes sont presque toujours exagérés, sauf, lorsqu'il y a une lésion radiculaire postérieure concomitante. On constate aussi chez beaucoup de malades de la trépidation épileptoïde du pied et parfois aussi de la trépidation épileptoïde de la main.

Il n'en est pas de même pour l'hémiplégie hystérique; beaucoup de médecins pensent que, si l'exagération des réflexes du côté paralysé est plus rare dans cette affection que dans l'hémiplégie organique, elle peut pourtant y être observée, qu'il en est de même de l'affaiblissement ou de l'abolition des réflexes et que, par conséquent, on ne saurait considérer la perturbation dans ces réflexes comme un caractère différentiel de grande valeur.

Dans un travail publié il y a sept ans (2), j'ai soutenu l'opinion contraire et l'expérience que j'ai acquise depuis me confirme dans cette manière de voir. J'estime que les paralysies hystériques en général et l'hémiplégie hystérique en particulier n'exercent aucune action sur les réflexes tendineux.

Je dois faire remarquer que l'appréciation de l'état des réflexes tendineux n'est pas sans présenter quelques difficultés, dont la principale consiste en ce que la manifestation extérieure de ce phénomène peut être dénaturée par des influences psychiques; en effet, le mouvement d'un segment de membre, qui résulte de la percussion d'un tendon et qui donne la mesure apparente de l'intensité du réflexe, est susceptible d'être, par un acte moteur d'origine psychique, atténué ou exagéré, suivant que les effets de ces deux phénomènes se contrarient ou s'ajoutent.

C'est, du reste, pour éliminer l'influence du second facteur que, quand on explore les réflexes rotuliens, on recommande au sujet en observation de fermer les yeux, de relâcher les muscles des membres inférieurs et, pour arriver plus facilement à ce but, de faire contracter énergiquement les muscles des membres supérieurs. Malgré ces précautions on n'arrive pas toujours facilement au résultat désiré et il peut être nécessaire de répéter l'examen à plusieurs reprises pour être fixé exactement sur l'état des réflexes.

Les difficultés sont encore plus grandes chez les hystériques, comme cela est aisé à comprendre, et si l'on n'y prête pas une grande attention on s'expose à des méprises. La percussion des tendons chez les hystériques peut être suivie des deux côtés, ou d'un côté seulement, d'une secousse énergique et donner ainsi l'impression d'une exagération de ces réflexes; le soulèvement de la plante du pied a parfois pour conséquence une trépidation du pied qui se propage dans certains cas au membre entier et qui rappelle la trépidation épileptoïde. Mais si on y regarde de près, si on analyse soigneusement le phénomène, on arrive le plus souvent à reconnaître, c'est là du moins ma manière de voir, que cette exagération des réflexes n'est qu'apparente, que le mouvement qu'on observe se compose de deux éléments qui représentent les effets de deux actes bien différents : d'une part un mouvement ayant une amplitude égale et une forme identique à celle d'un réflexe normal (réflexe tendineux légitime) et d'autre part un mouvement bien plus étendu, d'origine psychique (réflexe tendineux illégitime ou pseudo-réflexe tendineux). Le plus souvent une simple inspection suffit pour distinguer ces deux phénomènes l'un de l'autre; c'est ainsi qu'on pourra affirmer dans certains cas qu'un mouvement consécutif à la percussion d'un tendon n'est pas le résultat d'un réflexe tendineux légitime, soit parce que le temps perdu entre la percussion et la réaction est d'une durée excessive, soit parce que le mode de contraction des muscles ou la nature du mouvement ne présente pas les caractères qui appartiennent au réflexe tendi-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 521.
(2) Contractures organique et hystérique, par J. BABINSKI, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5 mai 1893.

neux légitime, soit parce qu'un mouvement analogue peut être obtenu par la percussion d'une région qui avoisine le tendon, soit encore parce que l'état de ces réflexes subit à de courts intervalles des modifications notables. On peut voir de même, en ce qui concerne la trépidation du pied, qu'il ne s'agit pas d'une véritable trépidation épileptoïde, mais d'une contrefaçon de ce phénomène, bien différente de l'épilepsie spinale.

Je tiens à faire remarquer que le réflexe radial qu'on fait apparaître en percutant le radius à son extrémité inférieure, qui est rarement recherché, mérite pourtant de l'être, autant et plus même que tout autre réflexe, parce que, quand il est réellement exagéré, il se manifeste par un mouvement d'une intensité et surtout d'une brusquerie particulièrement malaisées à contrefaire.

Ainsi donc l'abolition ou l'exagération des réflexes tendineux du côté paralysé dans un cas d'hémiplégie constitue un indice important de lésion organique du système nerveux et doit éloigner de l'esprit l'idée de paralysie hystérique. Ce serait même un caractère différentiel presque décisif si l'hémiplégie hystérique ne se manifestait jamais qu'à l'état de pureté. Mais il n'en est pas ainsi et l'on se heurte parfois à des difficultés de diagnostic qui tiennent à ce qu'une paralysie ou une contracture hystérique est susceptible de s'associer à une paralysie organique ou encore de se développer sur un membre dont les réflexes tendineux sont exagérés à cause de quelque autre affection concomitante. Voici par exemple une malade atteinte d'une lésion de l'articulation tibio-tarsienne qni a donné naissance à de l'exagération des réflexes tendineux et à de l'épilepsie spinale ; cette lésion a été aussi l'agent provocateur d'une contracture hystérique du membre inférieur; un observateur superficiel sera exposé à faire dépendre de l'hystérie les phénomènes tendineux.

Je dois reconnaître cependant que j'ai observé, dans un cas de contracture hystérique crurale paraissant pure, de la trépidation qui m'a semblée identique à l'épilepsie spinale. Je suis porté à croire que ce phénomène était le résultat d'une irritation du tissu fibro-tendineux périarticulaire, consécutive elle-même à l'attitude vicieuse du pied qui remontait déjà à plusieurs mois et qu'en définitive l'épilepsie spinale n'était qu'indirectement liée à la contracture hystérique.

Quoi qu'il en soit, l'absence d'épilepsie spinale vraie dans l'hémiplégie hystérique peut être considérée, sinon comme une loi, du moins comme une règle qui ne souffre que très peu d'exceptions.

Tandis que les réflexes tendineux sont depuis fort longtemps l'objet de l'attention des neurologistes et qu'ils sont recherchés d'une manière systématique dans les affections du système nerveux, l'étude des réflexes cutanés a été négligée. On admet simplement, que dans l'hémiplégie organique, ces réflexes sont parfois affaiblis ou abolis du côté paralysé, mais dans les traités classiques on ne discute même pas la question de savoir si ce trouble peut servir à différencier les deux espèces d'hémiplégie.

Je dois dire toutefois qu'en ce qui concerne le réflexe cutané abdominal (1) Rosenbach, qui signala le premier son abolition dans l'hémiplégie organique, est d'avis que cette perturbation fait défaut dans l'hémiplégie hystérique. D'après mes observations, l'opinion de Rosenbach me paraît juste; je ne crois pas que l'hystérie puisse, au même titre qu'une affection organique de l'encéphale, abolir le réflexe cutané abdominal, et dans la plupart des cas d'hémiplégie hystérique que j'ai examinés, j'ai constaté un mouvement réflexe consécutif à l'excitation de la peau de l'abdomen. Néanmoins, chez quelques hystériques hémianesthésiques, je n'ai obtenu aucun mouvement apparent. Je ne pense pas qu'il s'agisse en pareil cas d'une véritable abolition du réflexe et je suppose que le mouvement réflexe est simplement masqué par une contraction volontaire des muscles de la paroi abdominale.

Quoi qu'il en soit, l'absence de mouvement de la paroi abdominale à la suite d'une excitation de la peau de l'abdomen dans un cas d'hémiplégie doit être considéré comme un indice incertain de lésion organique.

L'abolition du réflexe crémastérien du côté paralysé, coïncidant avec la conservation de ce réflexe du côté sain, n'est pas rare dans l'hémiplégie organique et me paraît avoir plus de valeur, au point de vue du diagnostic, que l'abolition du réflexe abdominal.

Les mouvements consécutifs à l'excitation de la plante du pied sont, dans bien des cas d'hémiplégie organique, plus faibles du côté paralysé que du côté sain, mais il peut en être de même dans l'hémiplégie hystérique et ce que nous avons dit à propos du réflexe abdominal s'applique au réflexe plantaire. Et pourtant le réflexe cutané plantaire fournit au diagnostic différentiel des indications de premier ordre, si, au lieu de se contenter, comme on l'a fait jusqu'à présent, de noter simplement son degré d'intensité, on prend en considération sa forme.

J'ai montré, il y a déjà plusieurs années, qu'à l'état normal, chez l'adulte, l'excitation de la plante du pied provoque entre autres mouvements réflexes une flexion des orteils sur le métatarse (voir fig. 9 et 10) et jamais d'extension; que, d'autre part, quand il y a une perturbation dans le système pyramidal, l'excitation de la plante du pied donne lieu généralement à de l'extension des orteils, en particulier du gros orteil (voir fig. 11 et 12). J'ai désigné sous la dénomination de « phénomène des orteils » cette modification pathologique dans la forme du mouvement réflexe et j'en ai donné une description détaillée dans une leçon publiée par la *Semaine médicale* à laquelle je vous prie de vous reporter (1).

Dans l'hémiplégie organique qui est sous la dépendance d'une lésion qui atteint le système pyramidal on observe ce signe du côté paralysé. Il existe dans la plupart des cas d'hémiplégie et il est ordinairement plus marqué dans l'hémiplégie récente que dans l'hémiplégie ancienne. J'ai constaté aussi ce signe chez des malades atteints à la fois d'hémiplégie ancienne et de tabes et dont les réflexes tendineux étaient abolis.

Dans les paralysies hystériques je n'ai jamais observé le phénomène des orteils et j'estime que, si son absence ne permet pas d'écarter l'hypothèse d'affection organique du système nerveux central, sa présence donne le droit d'affirmer l'existence d'une pareille affection.

Sa valeur sémiologique est surtout grande dans les cas

(1) Voir à ce sujet le travail de GANAULT : *Contribution à l'étude de quelques réflexes dans l'hémiplégie de cause organique*, Th. de Paris, 1898, p. 102 et suiv.

(1) J. BABINSKI. Du phénomène des orteils et de sa valeur sémiologique, *Semaine méd.*, 1898, p. 321 et suiv.

où l'état des réflexes tendineux ne fournit pas le moyen de déceler l'état du système pyramidal. C'est ainsi que, dans l'hémiplégie organique récente, les réflexes tendineux sont généralement normaux ou affaiblis, et l'on s'accorde à dire qu'il est souvent impossible de distinguer à la première période l'hémiplégie hystérique de l'hémiplégie organique; dans un cas de ce genre l'existence du phénomène des orteils est particulièrement précieuse, car elle permet d'affirmer que la paralysie est organique.

Les résultats de mes recherches ont été confirmés par de nombreux auteurs et en particulier par MM. van Gehuchten (1), Glorieux (2), Ganault (3), Létienne et Mircouche (4), Collier (5), Buzzard (6), Kalischer (7), Boeri (8), Acchiote (9), Kœnig (1), Cestan et L. Le Sourd (2), Zlotoroff (3), Langdon (4), Gilbert Chaddock (5). M. Schüler (6), cependant, tout en reconnaissant que ce signe est un indice de lésion organique, ne le considère pas comme tout à fait caractéristique. Seuls MM. Martin Cohn (7) et Giudiccandra (8) sont tout à fait en désaccord avec moi, mais il me paraît manifeste que mes contradicteurs ont commis dans leurs recherches des fautes de technique contre lesquelles j'ai cependant mis en garde les observateurs.

La contracture de l'hémiplégie organique a un aspect propre, différent de celui que présente la contracture de l'hémiplégie hystérique et là encore on trouve des éléments



Fig. 9. — *Hémiplégie organique du côté gauche un an après son début.* Photographie du pied droit au repos.



Fig. 10. — Pied représenté fig. 9, photographié au moment où l'on en excite la plante avec une aiguille.



Fig. 11. — Sujet dont le pied droit a été représenté fig. 9 et 10. Photographie du pied gauche au repos.



Fig. 12. — Pied représenté fig. 11, photographié au moment où l'on en excite la plante avec une aiguille. (Phénomène des orteils.)

de diagnostic. Cette contracture donne lieu ordinairement à un mode de déambulation spécial qui a été décrit magistralement par Todd : le malade porte le tronc sur le côté opposé à la paralysie et il fait décrire au membre paralysé un mouvement de circumduction : « il fauche. » Rien de pareil dans l'hémiplégie hystérique. Je n'en dirai pas davantage de cette démarche, car elle est bien connue.

(1) Van Gehuchten. *Journ. de neurol.*, 5 avril, 20 juin, 5 juillet 1898.
(2) Glorieux. Le phénomène des orteils ou réflexe de Babinski, *Journ. de neurol.*, 5 déc. 1898.
(3) Ganault. Th. de Paris, 1898.
(4) Létienne et Mircouche. Du réflexe cutané plantaire, *Arch. gén. de méd.*, 1899, p. 191.
(5) Collier. An investigation upon the plantar reflex, *Brain, Journ. of neurol.*, 1899, Part. LXXXV.
(6) Buzzard. *Brit. med. Journ.*, 1899, n° 2001, p. 1077.
(7) Kalischer. Ueber den normalen und pathologischen Zehen-Reflex, *Virchow's Archiv*, 1899, bd. CLV.
(8) Boeri. Sul Fenomeno di Babinski, *Riforma med.*, n°s 146, 147, 148, anno XV.
(9) Acchiote. *Gaz. méd. d'Orient*, 1899, p. 225.

(1) Kœnig. *Neurol. Centralbl.*, 1899, p. 610.
(2) Cestan et L. Le Sourd. Contribution à l'étude du « phénomène des orteils » de Babinski, *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1249.
(3) Zlotoroff. Th. de Toulouse, 1900
(4) Langdon The Plantar Reflex and Babinski's Sign, *The Cincinnati Lancet clinic*, 17 fév. 1900.
(5) Gilbert Chaddock. Clinical lecture delivered at the St-Louis city Hospital, *The Med. Fortnightly*, vol. XVII, n° 5.
(6) M. Schuller. *Neurol. Centralbl.*, 1899, n° 13, p. 585.
(7) M. Cohn. *Neurol. Centralbl.*, 1899, n° 13, p 580.
(8) Giudiccandra. *Bull. Soc. Lancisiana*, 1899, fasc. i, p. 226.

Je désire, au contraire, insister sur l'attitude de la main et des doigts, la griffe particulière qu'on observe dans bien des cas d'hémiplégie organique et qui est la conséquence de la contracture. Remarquez d'abord que, même lorsque la contracture est intense et que la flexion des doigts est très prononcée, on peut faire exécuter aux doigts quelques mouvements passifs et glisser facilement sa propre main entre les doigts et la paume de la main du malade. Si alors on cherche à porter celle-ci dans l'extension, on éprouve une résistance qui donne l'impression d'un obstacle doué d'élasticité et animé d'une légère trépidation; de plus, pendant que la main s'étend sur l'avant-bras, les phalanges se fléchissent les unes sur les autres et sur les métacarpiens et viennent serrer la main de l'observateur. Il résulte de ces diverses perceptions une sensation d'ensemble que l'on a très nettement à l'examen de la plupart des malades atteints d'hémiplégie organique spasmodique, à condition que la paralysie du membre supérieur soit assez marquée; je n'ai jamais perçu cette sensation dans l'hémiplégie hystérique avec contracture et je la considère comme un signe tout à fait caractéristique. J'ai décrit ce signe pour la première fois dans mon travail que je vous ai déjà mentionné sur la contracture organique et la contracture hystérique. J'ajoute que la contracture hystérique du membre supérieur est ordinairement plus intense; la pulpe des doigts est en contact avec la paume de la main. Pour donner une idée de la forme de la contracture hystérique, je dirai qu'une contraction volontaire des muscles peut la reproduire exactement, tandis que la contracture organique ne pourrait être que très imparfaitement simulée.

Enfin la paralysie des membres présente, comme la paralysie faciale, des caractères distinctifs dans son mode d'évolution. Dans l'hémiplégie organique, la marche de la maladie est régulière, la contracture succède à la flaccidité, l'amélioration est progressive et la paralysie n'est pas sujette à des alternatives en bien et en mal. C'est ordinairement le contraire dans l'hémiplégie hystérique; l'évolution en est capricieuse, la paralysie peut rester indéfiniment flasque, comme elle peut aussi être spasmodique dès le début, elle est souvent marquée par des rémissions transitoires pouvant ne durer que quelques instants et qui éclairent le diagnostic.

Voici par exemple deux sujets atteints, l'un d'hémiplégie organique, l'autre d'hémiplégie hystérique, qui tous deux paraissent dans l'impossibilité de faire exécuter un mouvement quelconque aux divers segments du membre supérieur paralysé. Faites l'expérience suivante : saisissez le bras paralysé, soulevez-le et abandonnez-le ensuite à lui-même, répétez cette opération plusieurs fois de suite et en même temps cherchez, en posant des questions au malade, à détourner son attention de ce que vous faites. Vous constaterez alors que chez le premier malade le bras paralysé retombera immédiatement comme un corps inerte aussitôt que vous aurez cessé de le soutenir et ce phénomène se reproduira chaque fois que vous renouvellerez la tentative. Chez l'hystérique, vous observerez généralement le même fait dans la plupart des expériences que vous ferez, mais il pourra arriver aussi quelquefois que le membre soulevé conserve plus ou moins longtemps, après avoir été privé de votre appui, l'attitude que vous lui aurez imprimée. La paralysie aura transitoirement disparu. Ce caractère, qui fait toujours défaut dans l'hémiplégie organique, présente une importance de premier ordre, au point de vue du diagnostic.

Vous pourrez encore constater le caractère précédent d'une autre manière. Soutenez avec la main le membre paralysé et soulevez-le à une certaine hauteur; le membre inerte, obéissant aux lois de la pesanteur, donnera à la main sur laquelle il repose une sensation de poids, produira un effort statique qui sera toujours le même quand il s'agira du malade atteint d'hémiplégie organique et qui, au contraire, quand vous aurez affaire à l'hystérique, sera susceptible de variations et pourra même disparaître complètement pendant quelque temps.

Vous voyez par ce qui précède que les troubles de motilité de l'hémiplégie hystérique diffèrent notablement de ceux qui appartiennent à l'hémiplégie organique.

Vous devez aussi avoir remarqué que l'hémiplégie hystérique se distingue bien moins par la présence de quelques signes spéciaux que par l'absence de certains caractères objectifs qui donnent leur cachet à l'hémiplégie organique.

Si l'on veut se rendre compte des raisons pour lesquelles ces caractères font défaut dans l'hystérie, il faut au préalable chercher à comprendre le mécanisme de la paralysie hystérique.

Certains médecins admettent que l'agent qui produit les phénomènes de l'hystérie peut se localiser dans divers départements de l'écorce cérébrale, en particulier dans les centres moteurs et déterminer ainsi des manifestations analogues à celles qui sont le résultat d'une altération organique de ces régions. C'est, sans doute, en partie à cause de cette conception pathogénique que l'on a considéré l'hystérie comme capable d'engendrer des paralysies identiques au point de vue clinique à celles qui dépendent d'une lésion de l'encéphale, ce qui est une grosse erreur, si les données que je viens de vous exposer sont exactes, ainsi que j'en suis convaincu.

L'idée qu'on doit se faire du mécanisme de la paralysie hystérique est tout autre.

Ce phénomène, de même que les autres manifestations de l'hystérie du reste, ne saurait être considéré comme la conséquence d'un trouble fonctionnel limité à un territoire anatomique, mais bien comme une perturbation de ce que les psychologues appellent *le moi*.

En quoi consiste cette perturbation, ou, ce qui constitue la même question, en raison de quel état d'esprit un individu est-il atteint de paralysie hystérique? Deux interprétations me paraissent soutenables. On peut supposer que le malade a perdu la faculté d'évoquer les images motrices correspondant aux mouvements qu'il est incapable d'accomplir, ou bien que sa volonté se refuse à exécuter certains mouvements. Il est possible que chacune de ces deux interprétations, qui ne s'excluent pas l'une à l'autre, soit applicable à un groupe de faits.

J'ajoute à ce qui précède que les paralysies hystériques peuvent être reproduites expérimentalement chez quelques sujets hypnotisés par la suggestion et l'identité de ces deux ordres de paralysies semble bien montrer que la paralysie qui relève de l'hystérie a pour origine la suggestion ou l'auto-suggestion.

Je ne veux pas m'arrêter davantage sur l'étude du mécanisme de la paralysie hystérique; cela nécessiterait de longs développements. Ce qui précède suffit à faire comprendre, et c'est là le but que je me proposais d'atteindre, que la paralysie hystérique étant un trouble psychique, le

résultat d'une perturbation de l'imagination ou de la volonté, un produit de la suggestion ou de l'auto-suggestion, ne peut se traduire que par des phénomènes sur lesquels l'imagination, la volonté, la suggestion ont de l'action.

On comprend ainsi fort bien que la paralysie hystérique n'atteint ni la tonicité musculaire, ni les mouvements réflexes, soit tendineux, soit cutanés, dont la perturbation constitue les caractères objectifs les plus importants de l'hémiplégie organique. Ce sont là, en effet, des modes de l'activité musculaire sur lesquels la volonté, l'imagination n'ont pas d'influence. La volonté peut tout au plus, comme nous l'avons déjà indiqué, entraver l'observation des réflexes, mais ne peut en réalité ni les abolir ni les exagérer.

On conçoit aussi que la contracture de l'hémiplégie organique, qui est sous la dépendance de la lésion d'un système anatomique, a une forme spéciale que la volonté ne peut réaliser et qu'on n'observe jamais dans l'hystérie, que, d'autre part, l'aspect de la contracture hystérique puisse être reproduit d'une manière rigoureuse par une contraction musculaire volontaire.

Il est encore facile de saisir la cause pour laquelle le signe du peaucier manque dans l'hémiplégie hystérique. On sait que, dans la plupart des mouvements volontaires sinon dans tous, plusieurs muscles entrent en jeu et il n'appartient pas à la volonté d'exclure de l'action un de ces muscles. L'ouverture énergique de la bouche, ainsi qu'une forte flexion de la tête et du cou sur le tronc sont des actes dans lesquels les peauciers du cou interviennent. Or le signe du peaucier de l'hémiplégie organique, si l'explication que j'en ai donnée est juste, est dû à ce que dans les actes en question la contraction du peaucier est faible ou nulle du côté paralysé. Ce signe doit donc faire défaut dans l'hémiplégie hystérique et, s'il semblait exister dans un cas, il s'agirait probablement d'une simulation de ce signe résultant d'une contraction volontaire unilatérale du peaucier, associée au mouvement d'ouverture de la bouche ou de flexion du cou.

Si dans l'hémiplégie hystérique les troubles de motilité de la face sont généralement bilatéraux, c'est que, dans la plupart des mouvements volontaires que la face exécute, les deux côtés fonctionnent à la fois et que la volonté ne peut que difficilement réaliser des troubles musculaires unilatéraux dans le domaine de la face.

Je vous ai dit que le phénomène de « la flexion combinée de la cuisse et du tronc » de l'hémiplégie organique n'appartient pas à la symptomatologie de l'hémiplégie hystérique; en voici la raison. Je vous rappellerai d'abord que l'acte complexe qui consiste à se mettre sur son séant se compose de deux ordres de mouvements l'un conscient, c'est la flexion du tronc et du bassin sur la cuisse, l'autre subconscient, c'est l'extension de la cuisse sur le bassin, et que le phénomène dont je m'occupe tient à une perturbation dans le mouvement subconscient, à la parésie des extenseurs de la cuisse. L'auto-suggestion ne doit guère avoir d'influence sur les mouvements inconscients ou subconscients; voilà pourquoi sans doute le signe de la flexion combinée de la cuisse et du tronc manque dans l'hémiplégie hystérique. Néanmoins les deux ordres de mouvements qui composent l'acte que nous avons en vue pouvant être exécutés volontairement, indépendamment l'un de l'autre, on conçoit qu'un hystérique puisse reproduire par imitation, au moins d'une manière approximative, le trouble en question; aussi, quoique je ne l'ai jamais observé dans l'hystérie, il me semble fort possible qu'exceptionnellement il s'y trouve.

Enfin, il est tout naturel que, contrairement à ce qui a lieu dans les affections organiques de l'encéphale, la paralysie hystérique puisse être systématique, qu'elle soit sujette à des alternatives en bien et en mal et que même, dans certains cas, elle disparaisse transitoirement d'une manière complète. On comprend, en effet, aisément, que l'imagination, la volonté, la suggestion dissocient les divers modes de mouvements volontaires en abolissant exclusivement certains systèmes de mouvements et qu'un agent sujet à de brusques variations détermine des effets soumis à la même variabilité.

J'ai été amené à aborder la question du mécanisme des troubles hystériques. Comme je vous l'ai déjà dit, je ne puis m'appesantir sur ce sujet; je tiens toutefois à ajouter que les réflexions précédentes ne s'appliquent qu'aux manifestations de l'hystérie, les plus communes du reste, qui sont susceptibles d'apparaître et de disparaître d'un instant à l'autre et auxquelles on pourrait donner l'épithète de primitives, par opposition à certains troubles liés à l'hystérie, tels que l'amyotrophie ou les rétractions fibro-tendineuses, qui ne se développent jamais que secondairement aux manifestations primitives et sur la genèse desquels la volonté, l'imagination, la suggestion semblent sans influence.

Voici, résumés dans un tableau, les caractères relatifs aux troubles de motilité qui distinguent l'hémiplégie organique de l'hémiplégie hystérique :

Hémiplégie organique.	*Hémiplégie hystérique.*
1° La paralysie est limitée à un côté du corps.	1° La paralysie n'est pas toujours limitée à un côté du corps. Cette remarque s'applique particulièrement à la paralysie de la face, où les troubles sont généralement bilatéraux.
2° La paralysie n'est pas systématique. Si, par exemple, à la face les mouvements unilatéraux sont très affaiblis, l'impotence apparaît aussi avec netteté du côté de l'hémiplégie pendant l'exécution des mouvements bilatéraux synergiques.	2° La paralysie est parfois systématique; il en est presque toujours ainsi à la face. Par exemple, les mouvements unilatéraux de la face peuvent être complètement abolis, tandis que les muscles du côté de l'hémiplégie fonctionnent normalement pendant l'exécution des mouvements bilatéraux synergiques.
3° La paralysie atteint les mouvements volontaires conscients, ainsi que les mouvements volontaires inconscients ou subconscients; de là, résultent les deux phénomènes dont j'ai dénommé l'un le *signe du peaucier*, l'autre la *flexion combinée de la cuisse et du tronc*.	3° Les mouvements volontaires inconscients ou subconscients ne sont pas troublés; de là résultent l'absence du signe du peaucier, ainsi que l'absence de la flexion combinée de la cuisse et du tronc.
4° La langue est en général légèrement déviée du côté de la paralysie.	4° La langue est parfois légèrement déviée du côté de la paralysie, mais la déviation de la langue peut aussi être très prononcée, ou encore s'opérer du côté opposé à la paralysie.
5° Il y a, principalement au début, de l'*hypotonicité musculaire*, qui peut se traduire à la face par de l'abaissement de la commissure, de l'abaissement du sourcil, etc., et au membre supérieur par le phénomène que j'ai appelé la *flexion exagérée de l'avant-bras*.	5° Il n'y a pas d'hypotonicité musculaire. Quand il existe de l'asymétrie faciale on peut reconnaître qu'elle est due, non à de l'hypotonicité musculaire, mais à du spasme; le signe de la flexion exagérée de l'avant-bras fait défaut.

Hémiplégie organique. (Suite.)	*Hémiplégie hystérique.* (Suite.)
6° Les réflexes tendineux et les réflexes osseux sont souvent troublés dès le début; ils peuvent être à ce moment abolis, affaiblis ou exagérés. Plus tard, ils sont presque toujours exagérés et il existe dans bien des cas de la trépidation épileptoïde du pied.	6° Les réflexes tendineux et les réflexes osseux ne subissent pas de modification et la trépidation épileptoïde du pied fait défaut.
7° Les réflexes cutanés sont généralement troublés. Le réflexe abdominal et le réflexe crémastérien sont ordinairement, surtout au début, affaiblis ou abolis.	7° Les réflexes cutanés ne paraissent pas troublés. Le réflexe abdominal et le réflexe crémastérien sont ordinairement normaux.
Le mouvement réflexe des orteils consécutif à l'excitation de la plante du pied subit ordinairement une inversion dans sa forme; les orteils, au lieu de se fléchir, s'étendent sur le métatarse. Ce signe, auquel j'ai donné la dénomination de *phénomène des orteils*, appartient à toutes les périodes de l'hémiplégie.	Le mouvement réflexe consécutif à l'excitation de la plante du pied ne subit pas d'inversion dans sa forme. Le phénomène des orteils fait défaut.
8° La forme de la contracture a un aspect particulier et ne peut être reproduite par une contraction volontaire des muscles.	8° La forme de la contracture peut être reproduite par une contraction volontaire des muscles.
9° L'évolution est régulière; la contracture succède à la flaccidité; l'amélioration est progressive; la paralysie n'est pas sujette à des alternatives en bien et en mal.	9° L'évolution est capricieuse; la paralysie peut rester indéfiniment flasque, comme elle peut aussi être spasmodique dès le début; les phénomènes spasmodiques s'associent parfois, surtout à la face, aux phénomènes paralytiques. Les troubles sont susceptibles de s'atténuer et de s'aggraver alternativement à plusieurs reprises, de se modifier rapidement dans leur intensité ainsi que dans leur forme, de présenter des rémissions transitoires pouvant ne durer que quelques instants.

J'ai eu en vue, dans la description que j'ai faite de l'hémiplégie organique, l'hémiplégie vulgaire, celle qui est liée à une altération de l'écorce cérébrale, du centre ovale ou de la capsule interne.

Il existe certaines variétés d'hémiplégie organique dues à des lésions siégeant dans d'autres parties du système pyramidal et qui, en raison de leur localisation spéciale, présentent quelques particularités cliniques relatives à la motilité, qui contribuent encore à les distinguer de l'hémiplégie hystérique.

L'hémiplégie alterne, connue sous la dénomination de « syndrome de Millard-Gubler », qui dépend d'une lésion de la partie inférieure de la protubérance, se manifeste d'un côté du corps par une paralysie des membres pouvant présenter tous les caractères qui appartiennent à l'hémiplégie vulgaire, et du côté opposé du corps par une paralysie de la sixième paire ainsi que de la septième paire; cette dernière a les caractères de la paralysie faciale dite périphérique avec DR. La paralysie des troncs nerveux et la DR étant étrangères à la symptomatologie de l'hystérie, leur présence dans l'hémiplégie alterne facilite encore le diagnostic.

La paralysie de la troisième paire aide aussi à écarter l'hypothèse d'hystérie dans cette variété d'hémiplégie décrite par Weber, qui se caractérise par les symptômes de l'hémiplégie vulgaire associés à une paralysie du nerf moteur oculaire commun qui occupe l'autre côté du corps.

Je viens d'étudier successivement les divers caractères d'ordre moteur qui peuvent servir à distinguer l'hémiplégie organique de l'hémiplégie hystérique et j'ai cherché à en établir la valeur. Y en a-t-il qui soient pathognomoniques? Ainsi que je l'ai déjà dit, je le crois, et j'en suis surtout convaincu pour ce qui concerne le phénomène des orteils.

Mais admettons qu'il n'y en ait pas un seul qui soit absolument décisif. Il me paraît du moins certain que quand plusieurs de la même espèce se trouvent réunis le doute n'est plus guère possible. Or, il en est généralement ainsi, quelle que soit la période de l'hémiplégie dont il s'agisse.

Il en résulte que, conformément à ce que je me suis proposé de démontrer, on peut arriver dans la grande majorité des cas, en se fondant sur les caractères intrinsèques, à se former une opinion précise, à reconnaître si l'hémiplégie dépend de l'hystérie, ou si elle est liée à une affection organique du système nerveux central.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(4 mai 1900)

Dans une des précédentes séances, M. Fernet, en son nom et au nom de son interne M. Lacapère, avait attiré l'attention sur les **méningites typhoïdiques à bacille d'Eberth**, à propos d'un cas dont l'authenticité est entourée des garanties qu'on est en droit d'exiger à l'heure actuelle. La maladie s'est présentée successivement sous deux aspects distincts : dans une première phase, les symptômes ordinaires de la fièvre typhoïde; dans une deuxième phase, caractères de méningite nettement accusés et prédominants.

Mais si cette localisation spéciale du bacille d'Eberth change complètement la physionomie et l'évolution de la fièvre typhoïde, ne se rapproche-t-elle pas singulièrement de certains accidents cérébraux que l'on peut rencontrer au cours de cette maladie?

Parmi les accidents, les uns d'ordre purement toxique relèvent de l'action, sur les centres nerveux et les méninges, des toxines élaborées par le bacille d'Eberth.

Certains de ces accidents ne sont que l'exagération des phénomènes nerveux de la fièvre typhoïde normale, constituant des formes ataxo-adynamiques de cette affection.

D'autres, déjà plus accusés, indiquent une réaction des méninges et sont connus sous le nom de *méningisme*. Leur substratum anatomique est peu considérable. C'est à peine si l'on rencontre, chez les sujets morts au cours de ces accidents, une vascularisation un peu marquée des méninges, et parfois quelques faibles adhérences.

Dans une seconde catégorie, on peut classer des phénomènes, d'ordre toxique également, qui relèvent de l'anémie, soit que l'insuffisance rénale provienne d'une lésion ancienne du rein, soit qu'elle ait fait son apparition au cours d'une néphrite typhique. Ces accidents, qui déjà dépendent moins directement de l'infection typhique, seront aussi plus faciles à distinguer de la néphrite typhique par la coexistence des autres symptômes d'insuffisance rénale.

Enfin, dans une troisième classe, il faut comprendre les méningites vraies dues à une infection surajoutée, étrangère à la fièvre typhoïde.

Le diagnostic de méningisme pourra peut-être s'appuyer sur la rapidité d'évolution des phénomènes, la prédominance des signes fonctionnels, céphalée, stupeur, etc.; sur les signes physiques, strabisme, dissociation du pouls et de la température, hyperesthésie, etc. . . . .

Mais doit-on admettre qu'il n'y aura jamais des cas de méningite typhique assez légère pour simuler, à s'y méprendre, le méningisme? Là, comme ailleurs, le diagnostic est dépourvu d'une base ferme.

De même, entre les méningites dues à l'infection secondaire et la méningite typhique vraie, le diagnostic hésitera le plus souvent.

Le signe pathognomonique ne peut être fourni que par l'examen des exsudats, et la ponction lombaire, préconisée par M. Netter dans la méningite cérébro-spinale, présente ici son intérêt diagnostique.

Il faut ajouter, cependant, que si l'examen bactériologique a son intérêt au point de vue clinique, il est, au point de vue du traitement des malades, beaucoup moins important, étant donné que tous les malades, qu'ils présentent du méningisme, une méningite typhique ou une méningite d'un autre ordre, peuvent être traités de la même façon.

Cette communication, de MM. Fernet et Lacapère, a donné lieu, vendredi dernier, à une discussion fort intéressante.

M. Troisier a rapporté un cas de **méningite typhoïdique guérie** chez une femme de vingt-quatre ans, qui était atteinte de fièvre typhoïde adynamique. Or, tous les symptômes classiques de la méningite furent observés, et en l'absence bien évidente de tout stigmate hystérique, on peut admettre qu'il s'est agi ici bien d'une méningite avec substratum anatomique fugace et peu intense à la vérité, et non d'accidents de méningisme. On sait d'ailleurs — et cette observation est une preuve de plus — que les méningites à bacilles d'Eberth peuvent guérir.

Successivement, MM. Le Gendre, Merklen, Duflocq, Guinon, etc., ont rappelé des cas de guérison certaine de méningites aiguës, et M. Dupré, qui a le premier décrit le méningisme, a rappelé que, dans son esprit, il ne s'agissait que d'un syndrome hystérique, ou possible chez les enfants à la suite d'helminthisme intestinal par exemple.

M. Quelmé a observé l'été dernier, dans une région du Finistère, une **épidémie de dysenterie extrêmement meurtrière.** Il a recueilli 97 observations sur lesquelles : 22 cas bénins, tous terminés par la guérison; 43 cas graves, dont 11 terminés par la mort; 32 cas, tous mortels, se rapportant à une forme spéciale de dysenterie que l'on peut appeler dysenterie hypertoxique. M. Roger qui a étudié bactériologiquement les selles de plusieurs de ces malades, n'a jamais rencontré dans tous les cas qu'un seul microbe pathogène. C'est un bacille ayant tous les caractères du coli-bacille, mais remarquable par sa virulence et par les toxines qu'il produit. Avec les coli-bacilles de cette dysenterie, M. Roger a pu obtenir une toxine tellement active, qui, à la dose de quatre gouttes, injectée dans les veines d'un lapin, fait périr cet animal en quelques heures. La toxine provoque de la diarrhée si l'échantillon de coli-bacille dysentérique est relativement peu actif. Si l'on emploie un virus exalté par des passages sur les animaux, la diarrhée fait défaut; les animaux meurent intoxiqués. M. Roger a reconnu encore que de petites doses de toxine provoquent une élévation de température, des doses élevées amènent un abaissement.

MM. Jacquet et Lacasse étudient un cas d'**hyperesthésie chez un convalescent de fièvre typhoïde** et admettent :

1° Toute irritation aiguë d'un point quelconque de l'organisme peut exalter plus ou moins la sensibilité du côté où elle siège. L'anesthésie succède parfois à cette première phase; 2° L'exaltation de la sensibilité revêt entre autres formes celle d'une hyperesthésie systématisée à tout le côté qu'occupe la lésion et décroissant à mesure qu'on s'en éloigne; 3° Ce sont les lésions aiguës viscérales qui paraissent à ce point de vue, les plus dynamogènes; 4° La réaction semble d'autant plus vive que le système nerveux du sujet est prédisposé par la tare névropathique, mais il n'y a là qu'une extension de la loi biologique générale posée par Brown-Sequard.

Cette exaltation temporaire de certaines fonctions organiques peut coïncider avec la baisse de certaines autres.

M. Dupré présente une femme atteinte simultanément de **goitre exophtalmique, de sclérodermie, de tétanie.**

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement du faux croup.

Voici, d'après M. Tordeus (1), les indications thérapeutiques qui conviendraient le mieux au traitement du faux croup :

Repos au lit, chambre vaste et aérée, vaporisation ou pulvérisations dans la pièce, compresses chaudes autour du cou. Lait coupé d'eau alcaline; s'il y a de l'embarras gastrique, on donnera une cuillerée à dessert toutes les deux heures de :

Infusion d'ipéca (20 centigr. dans eau)................	100 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque.	0g60 centigr.
Extrait de réglisse..........	10 grammes.

Contre les accès de toux, on donne les antispasmodiques (solanées) ou la poudre de Dower :

Poudre de Dower......	0g10 à 0g20 centigr.
Sucre..................	2 grammes.

Divisez en douze paquets, un toutes les deux heures, ou bien une cuillerée à dessert toutes les deux heures de :

Extrait de chanvre indien...........	0g15 à 0g20 centigr.
Sirop de tolu.......	20 grammes.
Eau distillée	100 —

Au moment de l'accès, éponge chaude sur le devant du cou, inhalations, vomitif :

Tartre stibié	0g10 centigr.
Potion gommeuse...........	60 grammes.

Par cuillerées à café toutes les cinq minutes, sans dépasser trois.

Poudre d'ipéca	0g60 centigr.
Sirop d'ipéca..............	60 grammes.

Par cuillerées à dessert jusqu'à effet.

Sulfate de cuivre............	1 gramme.
Eau distillée................	100 —

Une cuillerée à café ou à dessert toutes les cinq minutes. S'il persiste du spasme les jours suivants on donnera une cuillerée à dessert toutes les deux heures de :

Bromure de potassium...	2 à 3 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger.	20 —
Eau de tilleul...........	90 —

(1) *La Clinique des hôpitaux de Bruxelles*, 1899, et *Arch. de méd. des enfants*, 1900.

Puis on soumettra l'enfant à l'hydrothérapie pour l'aguerrir. S'il y a des végétations adénoïdes, de grosses amygdales, on les fera disparaître et on donnera l'huile de foie de morue et le sirop d'iodure de fer.

Traitement de l'amygdalite lacunaire (MOURE.)

Gargarismes avec :

Borax	} ââ	5 grammes.
Bromure de potassium		
Acide phénique	1	—
Glycérine	50	—
Eau de guimauve	450	—

A employer coupé de moitié eau de guimauve.

Bien entendu, toutes les interventions que l'on fait subir au patient dans ces cas-là sont précédées d'une anesthésie à la cocaïne en solution à 1/10; les malades sentent fort peu après cet attouchement préalable.

Le traitement de la période du kyste ulcéré doit être surtout antiseptique et l'on doit commencer par déterger la cavité ulcéreuse. Dans ces cas, on doit surtout user à la façon de M. Moure d'un écouvillonnage sérieux avec le porte-ouate garni, imbibé d'une solution ainsi formulée :

Chlorhydrate de cocaïne	0g30 à 0g50
Chlorure de zinc	1 gramme.
Acide chlorhydrique	1/2 goutte.
Glycérine pure	10 grammes.
Eau distillée	15 à 20 —

Et on fait ensuite gargariser le malade plusieurs fois dans la journée, avec le liquide dont on a indiqué plus haut la composition (borax, bromure).

Le lendemain, on refait un badigeonnage au chlorure de zinc ou à la solution iodo-iodurée et phéniquée ordinaire (1).

Nouvelles préparations dermatologiques dérivées du pyrogallol et de la chrysarobine, d'après MM. KROHMAYER et A. VIETH.

En raison des propriétés irritantes du pyrogallol et de la chrysarobine, MM. Krohmayer et Vieth ont étudié les combinaisons acétiques de ces corps.

Le triacétate de pyrogallol a été désigné sous le nom de lenigallol et le monoacétate sous celui d'engallol. Enfin, le salicylate de pyrogallol est devenu le saligallol.

Le lenigallol est une poudre blanche, insoluble dans l'eau, mais qui devient soluble dans une solution alcaline. Il en résulte que son action sur les parties malades est limitée et que la peau saine n'est pas atteinte.

MM. Krohmayer et Vieth, dans le psoriasis et dans l'eczéma, ont trouvé le lenigallol plus avantageux que le pyrogallol.

Ils ont employé la formule suivante :

Rp. Lenigallol	0g05 à 5 grammes.
Pâte de zinc	100 —

Usage externe.

L'eugallol forme une masse sirupeuse, brunâtre, aussi bien soluble dans l'eau que dans l'alcool, l'éther, le chloroforme ou l'acétone. De même que l'acide pyrogallique, il est irritant pour les parties saines, mais appliqué soigneusement sur la partie malade à l'aide d'un pinceau, il donne de bons résultats.

On prescrit :

Rp. Eugallol	} ââ	10 grammes.
Acétone		

Pour badigeonnages.

Le saligallol est un corps solide, soluble dans l'acétone et le chloroforme. Il agit comme l'eugallol et peut se combiner avec lui dans la formule suivante :

Saligallol	2 à 15 grammes.
Eugallol	1 à 40 —
Acétone	100 —

On obtient ainsi de très bons résultats, supérieurs à ceux que donne le pyrogallol.

Chacune de ces trois combinaisons s'est montrée plus efficace et moins irritante que le pyrogallol.

MM. Krohmayer et Vieth ont de la même façon recherché pour la chrysarobine, que l'on sait très irritante, des dérivés qui puissent la remplacer. C'est ainsi qu'ils ont découvert le tri et le tétraacétate de chrysarobine, auxquels ils ont donné les noms d'eurobine et de lenirobine.

Tous deux sont solubles dans l'alcool, le choroforme et l'acétone. La meilleure façon de s'en servir est de les appliquer en badigeonnages.

De même que les dérivés du pyrogallol, les dérivés de la chrysarobine ont les mêmes propriétés que celle-ci et moins d'inconvénients (1).

(1) *Nouveaux remèdes.*

(1) *Therap. klin. Woch.*, mai 1899, et *Gaz. hebd.*

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La constitution du monde, *dynamique des atomes, nouveaux principes de philosophie naturelle* (2), par Mme Clémence ROYER.

Le très remarquable ouvrage que, sous ce titre, Mme Clémence Royer vient de publier, fait sensation. L'accueil unanimement favorable qu'à l'étranger comme en France, il reçoit de la part du monde scientifique et lettré, en fournit surabondamment la preuve. Un tel accueil, d'ailleurs, est de tout point justifié par la haute portée philosophique de l'œuvre.

Servi par une érudition des plus vastes, l'esprit éminemment encyclopédique de l'auteur s'y révèle, et s'y donne essor.

De Mme Clémence Royer, il ne faut rien attendre qui ne soit exceptionnellement élevé et singulièrement synthétique.

Les éloges qui, de prime saut, ont été accordés au labeur colossal qu'elle a eu le courage et la force d'entreprendre et l'opiniâtre persévérance de mener à bonne fin sont, à tous égards, mérités. Pour en répercuter, au passage, l'écho, « c'est une des œuvres les plus puissantes et les plus originales, ont dit les uns, des vingt-cinq dernières années d'un siècle qui a vu Lamarck, Arago, Darwin et Spencer. »

D'autres ont qualifié cette œuvre étonnante « d'événement scientifique véritable, comme, depuis Newton et Laplace, il ne s'en était pas produit ».

Il en est, et au nombre de ceux-ci comptent des savants et des philosophes de premier ordre, qui n'ont éprouvé aucune hésitation à se déclarer partisans des idées si originales, si neuves, parfois si hardies exposées et développées dans la *Constitution du monde.*

L'œuvre de Mme Clémence Royer est essentiellement géométrique. De déduction en déduction, elle tire ses dernières conclusions des axiomes les plus élémentaires, sans avoir besoin de recourir aux procédés de l'analyse. Le mérite de son système pour la grandeur des résultats est la simplicité des moyens. Il n'est donc point besoin d'être grand clerc en mathématiques transcendantales pour lire son livre.

La *Constitution du monde* se divise en huit grandes parties illustrées de 92 figures intercalées dans le texte et de 4 planches hors texte comportant, grâce à leur seule clarté, un enseignement véritable.

(2) In-8°. Prix : 15 francs. — Paris, Schleicher frères.

A une préface magistrale, au cours de laquelle les principes philosophiques de l'auteur s'affirment : « Il n'y a rien d'inconnaissable pour la raison que ce qui n'existe pas. Il n'y a rien d'incompréhensible que le contradictoire qui est l'impossible; » à une introduction dont l'étude de l'*Évolution historique de l'idée de matière* fait le sujet et où l'étendue de l'érudition seconde admirablement une finesse toute féminine d'esprit critique, succèdent l'étude approfondie 1° des *faits-principes*, 2° celles des *phénomènes vibratoires*, 3° des *corps solides*, 4° des *corps liquides et gazeux*, 5° du *processus vital*, 6° de la *pesanteur*, 7° de la *théorie des marées*, 8° enfin, de l'*évolution des mondes*. Tel est, en sa vaste envergure, le programme de l'œuvre.

Loin de nous la prétention d'en aborder, ici, l'analyse. Forcément tronquée, elle n'aurait d'autre effet que d'obscurcir, disons plus, de déflorer le sujet. En réalité, chacune des huit parties, dont l'ouvrage se compose, impliquerait un examen analytique à part. Bornons-nous à donner, par quelques exemples, une idée succincte des questions soulevées dans la *Constitution du monde*.

L'auteur bat en brèche, sur la nature des choses, nombre d'hypothèses en ~~cours et sur nombre de~~ problèmes encore enveloppés d'obscurité, sont proposées des interprétations nouvelles.

La matière, admet-on en général, est passive et inerte. Les forces qui la meuvent lui sont attelées comme des chevaux à un carrosse.

La matière, selon l'auteur, est active. Elle est le *substratum* de la force.

L'atome, dit-on, est solide et de figure inaltérable. Les atomes solides et figurés s'agitent dans le vide.

L'atome, à son sens, est fluide et expansible. Il cherche à réaliser une sphère. Les atomes se limitent les uns les autres par leur compression mutuelle. Ils ne réalisent que des polyèdres qui remplissent totalement l'espace. Le vide absolu n'existe pas.

Nos mécanistes supposent que la vibration thermique est produite par l'oscillation pendulaire des atomes dans le vide.

Pour Mme Clémence Royer, elle résulte des vibrations alternantes des ménisques sphériques que les atomes s'enlèvent mutuellement par la compression de leur sphère virtuelle en polyèdres.

La vibration thermique devient lumineuse quand la compression des atomes est asymétrique.

La vibration sonore des corps qu'on suppose se produire dans l'éther intermoléculaire est au contraire, d'après elle, le produit des compressions et dilatations alternatives des molécules pesantes, suivant leurs deux axes perpendiculaires de symétrie. Elle n'existe pas dans l'éther pur dont les atomes ne sont pas groupés en molécules.

On ignore, professe-t-on, la nature des odeurs et des saveurs. On les attribue à des mouvements des atomes sur lesquels on n'est pas fixé.

Les sensations olfactives et gustatives, répond Mme Clémence Royer, sont le résultat de phénomènes vibratoires, de plans de contact interatomiques produits par la rotation des molécules.

La cellule organique, dont jusqu'ici on ne sait rien, se constituerait, à son sens, autour d'une molécule gazeuse d'azote par la transformation d'atomes d'éther en atomes pesants.

La vie serait productrice de matière.

Quant au grand problème de la gravitation, Mme Clémence Royer donne de la formule de Newton une traduction analytique démontrant que l'apparente attraction des masses est le résultat de causes thermiques.

Elle présente une nouvelle théorie des marées qui, faisant intervenir la déformation du noyau liquide de la terre, se trouve plus conforme aux faits observés dans les heures des marées.

Il résulte enfin de la théorie mécanique de la chaleur telle qu'elle est sortie des travaux des Clausius et des Maxwell, que le monde devrait finir par le froid dans l'immobilité absolue.

D'après l'auteur de la *Constitution du monde*, la température des corps sidéraux étant proportionnelle à leur masse et les corps grossissant sans cesse par la chute de masses nouvelles, leur température s'élève au lieu de s'abaisser.

Toutes les planètes sont ainsi condamnées à tomber dans leur soleil, suivant une courbe hélicoïdale, et chaque soleil, s'échauffant toujours, doit finir par passer à l'état gazeux et devenir une nébuleuse.

Arrêtons-nous. L'ouvrage de Mme Clémence Royer se lira, se méditera, et nous ne sommes au bout ni des polémiques qu'il suscitera, ni des idées neuves qu'il fera naître.

Dr COLLINEAU.

Traité de l'urétrostomie périnéale dans les rétrécissements incurables de l'urètre. — *Création au périnée d'un méat contre nature* (1), par MM. H. PONCET, professeur de clinique chirurgicale, et Xavier DELORE, chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon.

En 1891, le professeur Poncet imaginait une nouvelle méthode de traitement des rétrécissements rebelles et incurables de l'urètre : l'urétrostomie. Celle-ci avait, ainsi que l'indique son nom, pour but de tourner l'obstacle, que ne pouvaient plus modifier les méthodes jusqu'alors exclusivement employées : dilatation, urétrotomie, urétrectomie. Elle consistait essentiellement à sectionner l'urètre, en arrière du rétrécissement, à disséquer le bout postérieur sur une longueur de 1 à 2 centimètres, et à suturer alors ce bout mobilisé avec la peau de la région. Ainsi était établi un méat urinaire, assurant définitivement la miction (méat définitif).

Depuis neuf ans, les résultats ont été suivis, et ce laps de temps permet aux auteurs, qui rapportent 25 observations soigneusement rédigées, de juger, en toute connaissance de cause, la valeur de l'opération.

MM. Poncet et Delore, après avoir rappelé l'historique, les considérations anatomo-pathologiques des rétrécissements urétraux indispensables, étudient le manuel opératoire. Le méat définitif met désormais les opérés dans certaines conditions mictionnelles spéciales : uriner accroupi à la manière d'une femme, etc.

Pour éviter cet inconvénient et dans quelques cas où l'on peut espérer la régression de la sténose, on pourra se contenter parfois de suturer l'urètre incisé longitudinalement à la peau de la région. La continuité urétrale n'est pas abolie Plus tard, l'oblitération chirurgicale du méat permettrait au malade de recouvrer, s'il est possible, la miction normale (méat temporaire).

L'urétrostomie est une *méthode d'absolue nécessité*. Elle trouve ses indications dans l'insuffisance des autres procédés conservateurs. Certains rétrécissements, des lésions étendues de la muqueuse urétrale, traumatiques, inflammatoires, aboutissant en fin de compte à des sténoses rebelles, récidivantes, etc., en un mot incurables, constituent précisément par leur profondeur, leur diffusion, par leur multiplicité, une maladie au-dessus des méthodes classiques de traitement.

La *création d'un méat* contre nature est alors indiquée au même titre que pour d'autres conduits naturels irrémédiablement rétrécis, obstrués : œsophage, intestin, rectum, etc.

Vingt-cinq observations publiées *in extenso*, accompagnées de onze figures, montrent les avantages de l'urétrostomie

(1) In-8°, 11 fig. Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

chez des malades opérés depuis cinq, six ans et au delà. Les malades sont tous satisfaits de leur nouvelle situation et se louent d'être à l'abri de ces accidents fréquents et graves qu'ils connaissaient par expérience. L'urétrostomie, grâce au nouveau Traité de MM. Poncet et Delore, mérite d'attirer l'attention du public médical, puisqu'elle est basée sur des faits sérieusement observés qui en établissent l'incontestable utilité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 14 AU 19 MAI 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 14 MAI, à une heure. — 3e (2e partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Gley, Launois et Desgrez ; — 2e, *Faculté, salle n° 2* : Ch. Richet, Retterer et Hanriot.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 3* : MM. Lannelongue, Lejars et Lepage ; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Delbet et Broca (Aug.) ; — (2e série) : MM. Delens, Kirmisson et Walther ; — (2e partie) : MM. Potain, Hayem et Teissier ; — M. Mauclaire, suppléant.

MARDI 15 MAI, à une heure. — 2e, *Faculté, salle n° 3* (1re série) : MM. Rémy, Hanriot et Langlois ; — *École pratique, salle n° 4* (2e série) : MM. Gautier, Retterer et Weiss.

3e (2e partie, nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Chantemesse, Blanchard et Roger ; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Schwartz et Brun ; — (2e série) : MM. Berger, Quénu et Albarran ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Raymond et Charrin ; — M. Marfan, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich ; — M. Chassevant, suppléant.

MERCREDI 16 MAI, à une heure. — 2e (1re série) : MM. Ch. Richet, Launois et André ; — *Petit amphithéâtre* (2e série) : MM. Broca (Aug.), Gley et Wurtz.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Pinard, Poirier et Delbet ; — *Faculté, salle n° 1* : MM. Lannelongue, Legueu et Lepage ; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Delens, Tuffier et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Jalaguier et Walther ; — M. Gaucher, suppléant.

JEUDI 17 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Blanchard et Ménétrier.

2e (2e partie), *École pratique, salle n° 4* : MM. Raymond, Gley et Chassevant ; — *Faculté, salle n° 2* : MM. Rémy, Hanriot et Langlois.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Schwartz, Thiéry et Wallich ; — *Faculté, salle n° 3* : MM. Faure, et Bonnaire ; — (2e partie), *Grand amphithéâtre* : MM. Debove, Roger et Desgrez ; — M. Teissier, suppléant.

VENDREDI 18 MAI, à une heure. — 2e, *Faculté, salle n° 1* : MM. Ch. Richet, Broca (André) et Retterer.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Grancher, Brissaud et Heim ; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Legueu ; — (2e série) : MM. Tillaux, Lejars et Sébileau ; — (2e partie) : MM. Landouzy, Widal et Teissier ; — M. Wurtz, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 19 MAI, à une heure. — 3e (2e partie), *Faculté salle n° 1* : MM. Mathias-Duval, Blanchard et André ; — *Faculté, salle n° 3* (1re série) : MM. Rémy, Broca (André) et Langlois.

4e, *Faculté, salle n° 2* (2e série) : MM. Pouchet, Chassevant et Roger.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Cornil, Thiroloix et Vaquez ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Ménétrier et Achard ; — M. Faure, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Debove, Joffroy et Marfan ; — (2e série) : MM. Raymond, Chantemesse et Dupré ; — M. Thiéry, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

Thèses.

331. M. Rongier. Contribution à l'étude de la tension artérielle dans la pneumonie. — 332. M. Landouaré. Le rôle du traumatisme dans l'étiologie du rétrécissement pulmonaire acquis. — 333. M. Renaud. Contribution à l'étude des pleurésies purulentes à bacille de Friedlander. — 334. M. Bousquain. Les applications médicales des courants de haute fréquence. — 335. M. Rieu. Les hallucinations psycho-motrices dans la paralysie générale. — 336. M. Ferval. Des kystes hydatiques intrapéritonéaux primitifs. — 337. M. Gillot. De la sténose congénitale du pylore chez les nourrissons. — 338. M. Franco. Quelques considérations sur les anévrysmes iliaques externes. — 339. M. Diez. Contribution à l'étude des injections sous-arachnoïdiennes de chlorhydrate de cocaïne. — 340. M. Bioche. Contribution à l'étude du céphalhématome. — 341. M. Veaudelle. De l'injection du liquide amniotique pendant la grossesse sans rupture des membranes de l'œuf. — 342. M. Guibout. Conséquences obstétricales possibles de l'amputation sous-vaginale du col. — 343. M. Périchon. Contribution à l'étude du traitement opératoire de rétrodéviation de l'utérus. — 344. M. Roustain. De l'utilité du séro-diagnostic dans la fièvre des accouchées. — 345. M. Roglet. Contribution à l'étude du signe de Kernig dans les méningites. — 346. M. Froussard. De l'entéro-colite muco-membraneuse. — 347. M. Durandeau. Des coefficients urinaires dans les cirrhoses. — 348. M. Lebreton. Contribution à l'étude de la sclérose en plaques chez les enfants. — 349. M. Fouque. Du procédé de cerclage dans le traitement des fractures de la rotule. — 350. M. Schmitt. Contribution à l'étude du traitement obstétrical de l'éclampsie puerpérale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Brouardel et Abelous ont été élus membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

XIIIe Congrès international de médecine. — Pendant la durée du Congrès international de médecine (2 au 9 août), les membres du Congrès auront droit à l'*entrée gratuite* à l'Exposition.

Une carte spéciale leur sera délivrée à cet effet dans les bureaux du Congrès au moment de l'ouverture de la session.

Exercices pratiques de diagnostic bactériologique (sous la direction de M. F. Bezançon, chef du laboratoire de bactériologie). — Des exercices pratiques de bactériologie commenceront le mardi 15 mai 1900.

Ces exercices auront lieu de deux à cinq heures, les mardis, jeudis et samedis.

Les élèves seront exercés individuellement aux diverses manipulations.

Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs.

Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, guichet n° 3, les lundis, mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à trois heures.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ameuille (de Paris) ; Grimaux, membre de l'Institut ; Van Dieit (de Schaerbeek).

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — FOIE MOBILE ET CHOLÉCYSTITE CALCULEUSE; CHOLÉCYSTOSTOMIE ET HÉPATOPEXIE, par M. K. G. LENNANDER, professeur à l'Université d'Upsal. — LE CORSET; ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE ET PRATIQUE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine* : Ictère par rein flottant; — Présence du bacille d'Éberth dans l'éruption de la fièvre typhoïde; — Râles crépitants perçus à distance; — *Thérapeutique chirurgicale :* Un cas de septicémie suraiguë traité et guéri par l'eau oxygénée; — Traitement de l'hydrocèle vaginale par le chlorure de zinc. — FORMULAIRE. Potion au salicylate de soude. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

FOIE MOBILE ET CHOLÉCYSTITE CALCULEUSE

CHOLÉCYSTOSTOMIE ET HÉPATOPEXIE

Par K. G. LENNANDER, professeur à l'Université d'Upsal.

Eva A..., soixante-cinq ans, mariée, entrée à la clinique d'Upsal, le 5 septembre, sortie le 6 novembre 1897.

Antécédents. — Mère morte de « constipation ». La malade a eu 3 accouchements normaux. Elle a toujours été bien portante jusqu'à ces six dernières années : elle présente alors, sans cause appréciable, des coliques, un météorisme considérable et de la constipation. Ces troubles continuent depuis. Dans un autre hôpital, où l'on crut à une tumeur du rein droit, « on lui fit, le 13 mai 1897, une incision exploratrice lombaire. Le rein fut trouvé normal et en place. Au cours de l'opération, on ouvrit la cavité péritonéale : on sentit alors une tumeur, en relation apparente avec le côlon ascendant. Le 30 mai, la malade sortait guérie. » L'été suivant, elle a journellement des douleurs erratiques dans le flanc droit et une constipation croissante. Le 5 septembre, elle entre à la clinique chirurgicale d'Upsal, pour se faire enlever, si possible, sa tumeur abdominale.

Etat actuel (septembre 1897). — Rien de particulier à signaler du côté du cœur, des poumons ou du rein. Après l'injection d'environ deux litres d'eau par le rectum, la malade accuse, au passage du lavement, un point douloureux répondant à peu près à la vésicule biliaire. L'intestin, une fois bien vidé, il fut impossible de sentir une tumeur quelconque. Néanmoins, on trouve un certain empâtement en arrière du côlon ascendant, au-dessus du plan transverso-ombilical. (Dans la suite, on se rendit compte que c'était le rein.)

Opération le 15 septembre, anesthésie mixte (chloroforme + éther). Incision transversale au-dessus du plan horizontal ombilical. On tombe sur le lobe droit du foie, qui descend jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure. Sa surface est marbrée. On découvre ensuite la vésicule biliaire : elle n'atteint pas tout à fait le rebord hépatique; elle adhère à l'épiploon et au côlon transverse. On sent une pierre dans la vésicule. L'exploration de l'iléon, du cæcum et du côlon ne révèle aucune tumeur. Le rein est un peu mobile et son pôle inférieur atteint le plan ombilical transverse. On se trouve donc en face d'une hépatoptose, avec rotation de l'axe sagittal, d'une cholécystite calculeuse et d'une péritonite chronique adhésive péri-hépatique. Pas de calculs dans les canaux cystique ou cholédoque. On incise la vésicule; elle ne contient que très peu de bile et 33 calculs, gros comme le bout du petit doigt ou une noisette (calculs à facettes, bruns, brillants et tachetés de jaunes; humides, ils sont presque noirs : on les coupe facilement au couteau).

On repousse le foie en haut, de façon à ce que son bord antérieur se mette en rapport avec le bord libre des côtes : deux compresses de gaze stérile, trempées dans du sublimé à 1 p. 1000, sont insinuées (de chaque côté du point de fixation de la vésicule à la paroi abdominale) entre le foie et le diaphragme. Drainage de la vésicule. Le bord libre du foie est suturé au péritoine pariétal de l'incision à l'aide de trois gros fils de catgut. L'imprégnation de la gaze dans le sublimé a pour but d'amener des adhérences entre le diaphragme et le foie. Trois plans de sutures embrassent, l'un le péritoine pariétal, et les deux autres les muscles : la peau n'est pas suturée. Élévation des pieds du lit.

Lavages journaliers de la vésicule à la solution physiologique. 21 septembre, symptômes de bronchite depuis quelques jours, toux fréquente, va cependant mieux. Le 1er octobre, c'est-à-dire après dix jours, on retire les compresses sublimées : nouveau tamponnement à la gaze iodoformo-glycérinée. Le 11 octobre, on retire le drain de la vésicule, dont on continue les lavages, aussi longtemps qu'on peut y introduire une sonde de Nélaton. Le 25 octobre, la malade commence à se lever. Le 2 novembre, la plaie est entièrement fermée. *Exeat*, le 11.

La température fut tout le temps normale. Le pouls oscilla entre 60 et 80. La quantité de bile tomba peu à peu de 250 à 50 centimètres cubes par jour (le 8 octobre). Cet écoulement peu abondant montre que la voie était libre du côté du duodénum. Les selles étaient spontanées. Il fallut sonder la malade pendant trente-neuf jours, mais les urines demeurèrent claires et normales.

La malade fut revue le 13 décembre 1898 et le 23 avril 1899; les limites de la matité hépatique, sur la ligne mammaire, sont, en haut, la sixième ou septième côte, en bas, le plan horizonto-ombilical : à ce niveau, l'on sent le bord libre du foie. En essayant de mobiliser la cicatrice, on se rend

compte qu'il y a des adhérences entre elle et la vésicule. Selles journalières, mais à l'aide d'un peu d'aloès. Pour le reste, la malade va très bien, a bon appétit, a du cœur à l'ouvrage et travaille sans fatigue. En décembre 1899, les nouvelles de la malade étaient aussi bonnes que précédemment.

Sur la question du foie mobile, je ne peux que renvoyer aux mémoires classiques de C. Langenbuch (1) et de Terrier et Auvray (2).

Langenbuch déclare qu' « on songera au foie mobile, quand, en présence d'une tumeur abdominale, siégeant surtout à droite, ayant à peu près la forme et la grosseur du foie, plus ou moins mobile et mate à la percussion, on trouve en même temps que la sonorité thoracique se continue, sans transition, avec le tympanisme intestinal, et cela en pleine région hépatique ». Il faut, ajoute Langenbuch, explorer le malade debout et couché, à cause de la réduction spontanée, qui peut se faire dans le décubitus horizontal.

Ma malade ne fut jamais explorée que dans cette dernière attitude. Je sentais souvent ainsi une certaine plénitude dans la région lombaire. Cette sensation m'étonnait, parce que je m'attendais à trouver la tumeur, que, dans un autre hôpital, quatre mois avant l'opération actuelle, on avait trouvée « adhérant au côlon ascendant ».

Quand le foie est mobile, le rein l'est souvent aussi. C'était le cas ici, bien qu'à un faible degré. Cependant, il était notablement abaissé, puisque son pôle inférieur affleurait le plan ombilical.

Les coliques, obstruction, douleurs de l'hypocondre droit, etc., peuvent toutes être rapportées à la lithiase et à la péritonite chronique péricystique. Mon observation n'apporte donc rien de nouveau à la symptomatologie du foie mobile; cependant, l'obstruction me paraît avoir été trop violente, pour être due seulement à la cholélithiase et je suis porté à croire, que la ptose et la rotation du foie amenèrent quelque coudure ou compression de l'angle hépatique du côlon, d'où l'obstruction.

D'après les auteurs précités, la simple suture du bord libre du foie à la paroi abdominale ne maintiendrait pas la réduction et la récidive surviendrait très rapidement. Langenbuch puis Bobrow out réussi cependant à maintenir la réduction, en suturant le foie par de nombreux points de soie forte, comprenant, d'une part, une grande épaisseur de tissu hépatique et, de l'autre, le cartilage costal. Ce procédé a fait ses preuves, mais il me paraît quelque peu héroïque.

Pour obtenir une fixation durable, il faut réaliser une soudure séro-fibreuse ou fibro-fibreuse entre le foie et la concavité diaphragmatique; il faut donc irriter légèrement l'une ou les deux surfaces séreuses.

La conduite que j'ai adoptée me paraît sûrement conduire à ce résultat : tamponner, pendant une quinzaine, avec de la gaze sublimée et laisser la guérison se faire par seconde intention; c'est un bon moyen d'irriter la séreuse et de produire la soudure fibro-séreuse désirée. Si l'on veut éviter le tamponnement, on pourrait peut-être aviver ou cureter égèrement le diaphragme, et frotter simplement la surface du foie avec une solution de nitrate d'argent à 4 p. 100 ou d'acide phénique à 5 p. 100. Après le tamponnement ou l'avivement des surfaces séreuses, les sutures n'ont d'autre but que de maintenir le foie en place jusqu'à la formation des adhérences souhaitées. On peut donc utiliser des fils résorbables : catgut, tendon de kanguru ou de renne, ce qui est très avantageux, à mon avis.

Chez ma malade, la fixation de la vésicule à la paroi contribua peut-être à consolider le foie.

En tout cas, depuis deux ans passés, le foie n'est pas redescendu, bien que la malade mène une vie active et laborieuse : elle nettoie des planchers, blanchit le linge, charrie des seaux d'eau, etc.

Au printemps 1899, j'opérai une dame M..., âgée de cinquante-six ans et extrêmement grasse. Son état était des plus précaires, grâce à une péritonite diffuse, purulente, du flanc droit, et dont le point de départ était une cholécystite gangréneuse d'origine lithiasique. La narcose fut mouvementée (vomissements, toux, cyanose) et le météorisme intestinal était énorme. Presque tout le foie se prolaba dans la plaie opératoire, que j'avais faite transversale pour mieux drainer par son extrémité droite. Avant de réduire le foie, je frottais une partie de la surface du diaphragme avec des compresses imbibées de sublimé à 1 p. 1000; au ras du foie, mais sans le toucher, je promenais ensuite le thermocautère (au rouge blanc) sur la face convexe, et sur une étendue grande comme la main. Réduction du foie; fixation de la vésicule au péritoine pariétal. La muqueuse de celle-ci semblait gangréneuse ; en un point, elle l'était même sûrement. Drainage de la vésicule. Tamponnement et drainage du ventre avec de la gaze stérile et un tube. Suites opératoires bonnes. En novembre dernier, la malade allait bien et le foie se maintenait à sa place, même dans la station debout.

(1) Langenbuch. *Chirurgie der Leber und Gallenblase*, III, p. 119-139. Stuttgard 1897.

(2) Terrier et Auvray. *Revue de chir.*, 1897, nos 8 et 9.

LE CORSET

ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE ET PRATIQUE

Certains sceptiques affirment volontiers que la question du corset n'est point de celles qui passionnent le praticien, au moins au point de vue médical. A ceux-ci nous conseillons vivement la lecture de la consciencieuse monographie que Mme Gaches-Sarraute vient de consacrer à l'étude physiologique et clinique du corset (1).

« Tout le monde sait qu'un corset est un appareil qui s'applique d'une façon à peu près immédiate sur le corps, et qui possède toujours une certaine rigidité dans le sens de sa hauteur. Mais ce que les intéressées ignorent le plus souvent, c'est qu'en raison de sa forme et de sa rigidité, le corset a une influence sur les organes qu'il recouvre. Il doit donc agir de telle sorte que la pression qu'il est appelé à exercer s'ajoute aux efforts de la nature, au lieu de les contrarier. » Aussi, importe-t-il absolument, avant de donner la description du corset idéal : 1° de tenir compte de la conformation du squelette au point de vue de son rôle vis-à-vis des viscères, de savoir sur quels os et sur quelles régions on peut prendre des points d'appui ; 2° de connaître exactement l'état des viscères et leur situation.

Le squelette présente des variations souvent considérables. Chez certaines personnes, la base du *thorax* est très évasée, les fausses côtes saillantes, l'écartement qui le sépare du bassin nettement marqué. Chez d'autres, au contraire, la cage thoracique est amoindrie; les dernières

(1) Masson, Paris 1900.

fausses côtes, resserrées dans le sens transversal, bombent vers le bas et se rapprochent de la crête iliaque, jusqu'à rendre inappréciable l'intervalle qui les sépare.

Mêmes remarques pour le squelette du *bassin*. La crête iliaque est parfois très évasée en dehors; d'autres fois, au contraire, elle est effacée, se dirige en haut dans sa partie moyenne, jusqu'à atteindre les dernières fausses côtes : la crête iliaque est dans la taille, et le point d'appui qu'on doit prendre pour poser les jupes se trouve sur la fosse iliaque externe. Dans d'autres cas encore, la masse osseuse sacro-iliaque s'épaissit énormément et surplombe la région hypogastrique. Parfois enfin, la crête iliaque est très peu saillante, surtout son pourtour, le bassin est fuyant, il ne s'élargit que vers le trochanter.

Ces détails sont indispensables à connaître pour qui veut construire un corset physiologiquement acceptable.

L'examen des parties molles doit aussi retenir l'attention du spécialiste. « Les femmes qui ont conservé leurs formes originelles sont rares. Presque toutes ont le ventre saillant et le buste plat, cette déformation correspondant à la forme conventionnelle que la femme s'est donnée à l'aide de son corset habituel. Quelques-unes présentent enfin une paroi abdominale rectiligne : ce serait là le type normal. »

Ceci étant posé, quel doit être le rôle d'un bon corset? Ce sera de soutenir les vêtements et d'empêcher la constriction des liens autour de la taille, de façon à éviter le refoulement des viscères vers le bas sous l'influence de cette constriction.

Pour cela, le corset doit être placé autour de la taille, mais encore faut-il préciser sur quels points il peut s'appuyer.

« En aucun cas, le corset n'exercera de pression au niveau de la taille : il devra même empêcher que cette pression puisse s'exercer en aucune façon : ceci est le point capital. » Il ne devra pas s'appuyer sur la base de la cage thoracique, constituée par les fausses côtes et les cartilages costaux. Ces organes essentiellement mobiles sont destinés à assurer les mouvements du poumon. Les employer à fournir appui au corset a donc pour premier résultat d'immobiliser le poumon sur la même étendue.

Ainsi, le corset ne peut s'appuyer ni sur la base du thorax, ni sur la taille elle-même : nous voici donc obligés de conclure, avec M[me] Gaches-Sarraute, qu'il doit reposer sur le bassin, que c'est au bassin qu'il faut faire supporter le poids des vêtements inférieurs et du corset. Si, de plus, le corset peut être étendu jusqu'aux régions auxquelles il doit sinon compression, du moins protection, s'il peut enfin soutenir la paroi abdominale, il réalisera un maximum de conditions favorables.

Au point de vue physique, un tel corset présente, en effet, l'avantage de s'appuyer sur le bassin, et non sur le thorax : il permet donc la mobilisation de la cage thoracique et de toutes les parties sous-jacentes, et facilite la station debout dans une attitude régulière. Au point de vue physiologique, il permet le libre fonctionnement des viscères abdominaux, et, en particulier, de l'estomac. Il devra donc être conseillé à toutes les femmes bien portantes, quel que soit leur âge. Il sera particulièrement indiqué chez l'enfant, puisqu'il laisse toute latitude au développement du squelette, au fonctionnement des viscères thoraciques et abdominaux. Mais ce n'est pas seulement dans les cas normaux que ce corset devra être préconisé : il trouve encore son application dans un certain nombre de cas pathologiques, et en particulier chez les femmes atteintes de néphroptose, de dilatation de l'estomac, d'affections utérines et surtout de hernies. C'est le devoir de tous les médecins de répandre l'usage de corsets semblablement basés sur l'anatomie et la physiologie des régions auxquelles ils s'appliquent, et d'en faire ressortir les avantages, car, à côté des femmes aveuglément soumises aux caprices de la mode, « il y aura toujours assez de femmes intelligentes pour résister à toutes les suggestions et pour imposer la vraie mode, celle qui est compatible avec la conservation de la santé. » J. B.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(8 MAI 1900)

M. Hervieux communique à l'Académie une note sur la **variole à Madagascar**. Il résulte des renseignements fournis par un médecin-major de première classe de la marine, M. Brochet, que la variole est très répandue à Madagascar, et qu'elle y fait beaucoup de victimes. Chaque année, elle y reparaît, et toujours aussi meurtrière. Grâce à la méthode de douceur et de persuasion qui a été pratiquée, la population indigène, qui aurait difficilement supporté l'idée d'une soumission, s'est prêtée sans peine à l'inoculation vaccinale. Malheureusement, dans les différentes tournées de vaccination, qu'il a faites à Madagascar, M. Brochet a échoué complètement, soit avec le vaccin envoyé de France, soit avec celui de Saïgon. Un Institut vaccinal a été créé à Tananarive. Par malheur, les génisses de l'île ne seraient pas, paraît-il, susceptibles de devenir vaccinifères, les génisses françaises, elles-mêmes, laisseraient beaucoup à désirer. Dans ces conditions, M. Hervieux rappelle à l'Académie que l'Institut de Saïgon n'ayant dû sa prospérité qu'à la substitution du vaccin de bufflon au vaccin de génisse, et les bufflons étant nombreux à Madagascar, il y aurait avantage et chance de succès à les utiliser pour l'Institut de Tananarive.

M. Fernet demande à l'Académie que l'**alcoolisme** soit inscrit sur la liste des causes de décès dans les statistiques municipales. A l'appui de cette proposition, il rappelle que l'alcoolisme étant la cause primordiale qui engendre un grand nombre d'états pathologiques secondaires, c'est cette cause primordiale et non l'affection secondaire qu'il faut indiquer comme ayant amené la mort.

Au premier abord, la proposition de M. Fernet semble toute rationnelle, mais en pratique elle rencontre certaines difficultés d'application : par exemple, ainsi que le fait observer M. Vallin, voici une épidémie de pneumonie, dans laquelle tous les alcooliques meurent sans délirium tremens par suppuration du poumon, tandis que les hommes jeunes et non encore intoxiqués par l'alcool, guérissent tous. Dira-t-on que les premiers sont morts d'alcoolisme? Certainement non, et il faudra dans l'espèce distinguer la pneumonie alcoolique de la pneumonie chez un alcoolique, ce qui n'est pas du tout la même chose.

La publication de cette statistique donnera néanmoins à réfléchir aux alcooliques.

M. Crivelli (de Melbourne) vient apporter les résultats de ses travaux au sujet de la **sérothérapie antialcoolique**. Après des essais infructueux avec le sérum d'un veau intoxiqué quotidiennement avec du wisky (pauvre veau!), M. Crivelli a adopté la méthode suivante :

Au début, injection de sérum artificiel simple, puis repos absolu, bains, massage, alimentation légère, café, puis injections hypodermiques, deux fois par jour, de solution

de strychnine au centième; on débute par des injections de III gouttes, augmentant de II gouttes par jour jusqu'à l'apparition des premiers phénomènes d'intoxication qui se produisent après XX à XL gouttes, ce qui correspond à 3 à 5 milligrammes de strychnine pure par jour. Les doses sont ensuite graduellement réduites jusqu'à retour au point de départ.

Avec ce traitement, M. Crivelli a obtenu quelques guérisons complètes et un grand nombre d'améliorations, mais la guérison complète est l'exception.

M. Delorme fait ensuite une très intéressante communication sur le **traitement des prolapsus rectocoliques par la résection de la muqueuse rectale**. On peut la résumer ainsi : Il y a trois variétés de prolapsus du rectum : la première est représentée par une procidence de la muqueuse rectale seule; la seconde par une procidence de la muqueuse, de la musculeuse et du péritoine du cul-de-sac rectovésical; la troisième comprend les prolapsus constitués par un double bloc intestinal et péritonéal, cylindre invaginant et cylindre invaginé.

Dans le premier cas, la résection simple de la muqueuse rectale est le procédé de choix.

Dans les autres cas, le prolapsus étant plus complexe, le procédé opératoire est plus compliqué; il comprend trois temps.

Le premier est représenté par la dilatation du sphincter anal, qui se fait avec les doigts.

Dans le second, on dégage la muqueuse rectale au moyen d'un instrument mousse sur la surface du sphincter entre deux incisions semi-circulaires, l'une inférieure au niveau de l'anus, l'autre supérieure au niveau du bord du cylindre intestinal invaginé.

Le troisième temps consiste dans la réunion et la suture de la muqueuse rectale à la peau de l'anus.

Dans trois cas de prolapsus rectal, M. Delorme a obtenu, par l'emploi de ce procédé, deux guérisons et un décès.

A la fin de la séance, l'Académie a élu comme associés étrangers MM. Bang (de Copenhague), Stokvis (d'Amsterdam) et Fischer (de Berlin).

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Ictère par rein flottant, par M. P. Fenwick. — Le rein flottant peut donner lieu à des sensations pathologiques fort nombreuses, il peut simuler un grand nombre de tumeurs abdominales, mais il est très rare qu'il provoque des symptômes de compression un peu marqués. Le cas suivant, dans lequel un rein mobile comprimant les voies biliaires a pu provoquer de l'ictère, montre que cette éventualité est possible.

Une femme de vingt-cinq ans souffrait d'un ictère intense. Elle en avait eu dejà plusieurs atteintes assez graves. Elle présentait au-dessous du rebord costal droit une tumeur assez volumineuse, dure, très peu mobile, et en connection apparente avec le foie. Une incision exploratrice montra que le rein droit était situé auprès du rebord des fausses côtes, comprimant la vésicule et les canaux biliaires. L'incision abdominale fut laissée ouverte, on tourna la malade sur le côté gauche et l'on pratiqua une autre incision dans la région rénale. La main y fut introduite, le rein remis dans sa situation normale et fixé par trois fils de soie passés profondément dans le parenchyme, puis attachés à la masse des muscles lombaires. L'ictère disparut en deux jours, ce qui ne laisse aucun doute sur sa pathogénie. La malade, revue deux mois après l'opération, était en parfait état de santé. (*The Lancet*, 11 novembre, p. 1296.) A. H.

Présence du bacille d'Éberth dans l'éruption de la fièvre typhoïde, par M. P. Horton Smith. — On n'avait pu, avant Rutimeyer, démontrer la présence des bacilles dans les taches rosées de la dothiénentérie. Rutimeyer obtint un résultat positif sur six observations. En 1899, Neufeld, dans un travail des plus importants expliqua les contradictions qui existaient entre les différents auteurs. Si les bacilles d'Éberth, disait-il, sont bien la cause directe des taches rosées, il est probable qu'ils ne peuvent cultiver dans la peau et dans le tissu sous-cutané que pendant un temps très court; sinon, les taches elles-mêmes ne seraient pas aussi fugaces. Par conséquent pour trouver les bacilles dans les taches, il faut les chercher dès l'apparition de celles-ci. En second lieu, pour se mettre autant que possible à l'abri du pouvoir bactéricide du sang, lequel se trouve en contact avec les bacilles quand les taches sont incisées, il faut employer un milieu de culture intermédiaire, du bouillon, par exemple, afin de diluer le sang. Le résultat a montré le bien fondé de ce raisonnement. Dans 14 cas observés par l'auteur, 13 ont été positifs. En novembre 1899, Curschmann a confirmé ces recherches. Mettant en pratique la méthode de Neufeld, il fit l'examen de 20 cas de fièvre typhoïde : dans 14 de ces cas il put déceler la présence de bacilles d'Éberth dans les taches rosées. Dans les cas restés négatifs, il s'agissait de taches déjà en voie de disparition.

Enfin, dans ces dernières semaines, Richardson (de Boston) a obtenu des résultats positifs dans des conditions analogues, les bacilles étant parfois trouvés dans les taches même avant que la réaction de Widal pût être obtenue. Il semble donc que les taches rosées soient vraiment spécifiques et directement causées par la présence des bacilles d'Éberth. (*The Lancet*, 24 mars, p. 829.) A. H.

Râles crépitants perçus à distance. — MM. Ingelrans et L. Camus (de Lille) rapportaient récemment, dans l'*Écho médical du Nord*, l'histoire d'une pneumonique chez laquelle le souffle tubaire et les râles crépitants étaient perçus à distance. Dans une note qu'ils publient depuis, ils tâchent d'éclaircir le mécanisme de la production de ce phénomène :

« Il ne semble pas que la plus ou moins grande épaisseur de la paroi soit suffisante pour diminuer ou augmenter *sensiblement* l'intensité des bruits intra-thoraciques. Les solides sont très bons conducteurs du son. On nous dira que la paroi du thorax n'est pas homogène, et nous savons bien que c'est là une condition défavorable à la transmission; aussi disons-nous simplement que l'intensité n'est pas *sensiblement* diminuée. Il va de soi que s'il s'agit d'un bruit normalement assez faible, comme le murmure vésiculaire, on l'entendra moins aux régions de la poitrine recouvertes d'épaisses couches de tissu, par exemple au niveau des omoplates. Mais avec un bruit assez fort, il importe peu que la paroi soit épaisse : le son la traversera bien et on pourra y ajouter toute la longueur d'un stéthoscope *plein* sans entraver le passage des vibrations sonores. Le stéthoscope *plein*, qui n'a qu'un seul avantage, celui de localiser les bruits, n'a au moins pas l'inconvénient de les affaiblir.

D'ailleurs, les pneumoniques très musclés n'ont-ils pas, comme les autres, une augmentation notable des vibrations du thorax à la palpation? en cherchant le frémissement vocal, c'est le son lui-même que l'on palpe, et il fait vibrer sans peine le thorax entier. Par contre, ce qui ne vibre pas d'ordinaire, c'est l'air environnant : l'air n est pas un bon conducteur du son. Pour qu'il entre en jeu à son tour, il faut une forte intensité des bruits : c'est tout bonnement là que nous en venons. Chez la femme en question ici, on entendait le souffle et les râles à distance, parce qu'ils

étaient très forts. L'observation porte en effet : « Augmentation des vibrations thoraciques. On entend un souffle intense, avec bronchophonie éclatante et des râles nombreux d'un éclat tout particulier. » Souffle intense, râles nombreux et éclatants, c'est dans ces caractères, bien plus que dans la minceur du thorax, qu'il faut chercher la raison de la transmission à distance. Avec une paroi plus épaisse, il en eût été sans doute quasi de même.

De tels faits sont rares (mis à part ce qui a trait aux frottements et aux ronchus). Gerhardt cite une malade atteinte de dilatation bronchique, chez laquelle on percevait, à l'autre extrémité de la chambre, des râles humides. On conçoit que l'abondance des râles soit pour beaucoup dans l'intensité du son total produit : de même leur superficialité.

La résonnance n'a rien à voir dans l'explication du présent phénomène. Les premières voies respiratoires, Piorry l'avait vu, peuvent renforcer par résonnance les râles nés dans la profondeur. « Souvent, dit Eichhorst, chez les phtisiques, et même chez les individus atteints de pneumonie ou de bronchite capillaire, on perçoit à quelque distance de la bouche du malade des râles qui donnent l'impression d'être nés directement dans la cavité buccale : ils viennent de la profondeur. » Les parties supérieures de l'appareil respiratoire jouent alors le rôle de la cavité du stéthoscope *creux*, cavité de résonnance, qui fait que le stéthoscope *creux* joint à l'avantage qu'il a de localiser les bruits, celui de les renforcer.

Mais il n'y a pas de résonnance à faire intervenir chez notre malade : les bruits s'entendaient derrière elle et pas du tout en avant. Leur intensité rend compte de leur transmission lointaine. Cette conclusion naturelle voulait être démontrée.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Un cas de septicémie suraiguë traité et guéri par l'eau oxygénée. — M. Pluyette. La septicémie suraiguë est heureusement devenue rare aujourd'hui depuis la vulgarisation de l'antisepsie. Il n'en faut pas moins reconnaître que nous sommes encore bien désarmés quand survient cette exceptionnelle mais redoutable complication des plaies.

M. Pluyette, chirurgien des hôpitaux de Marseille, ayant observé récemment un de ces cas, eut l'idée de se servir de l'eau oxygénée, pensant qu'elle agirait utilement sur le vibrion septique qui est anaérobie.

C'est ainsi qu'en outre du traitement classique, cautérisations, incisions, etc., il fut amené à faire des lavages de la plaie à l'eau oxygénée, et qu'il fit injecter sous la peau tout autour de la région atteinte cinq centimètres cubes d'eau oxygénée en dix piqûres. Matin et soir, le pansement humide est précédé des mêmes lavages et des mêmes injections d'eau oxygénée.

Ce traitement lui donna les meilleurs résultats et le malade, bien que diabétique, fut parfaitement guéri.

« Il est bien évident, dit M. Pluyette, qu'on ne peut se baser sur un fait unique pour affirmer que nous avons actuellement dans l'eau oxygénée un spécifique de cette redoutable complication des plaies : l'érysipèle bronzé ; cependant, il me sera bien permis de faire remarquer que la gravité de la septicémie suraiguë est admise par tous les auteurs comme presque constamment mortelle ; que tous les traitements employés jusqu'à ce jour, y compris l'exérèse des membres, n'ont donné que des résultats incertains ; que dans le cas actuel l'eau oxygénée a paru faire merveille, que le résultat est d'autant plus appréciable que les reins étaient déjà malades, et le terrain des plus mauvais par suite de l'état diabétique.

J'ajoute que ce traitement n'est pas empirique mais rationnel, car l'eau oxygénée n'agit pas seulement comme antiseptique, mais comme spécifique sur le vibrion septique de Pasteur qui est anaérobie. On m'objectera sans doute que l'eau oxygénée n'est pas seule responsable du succès, et qu'une bonne part revient aux cautérisations, aux incisions et aux grands lavages antiseptiques, mais ces moyens se sont montrés tant de fois inefficaces que, pour ma part, je n'hésite pas à attribuer le mérite de la guérison à l'eau oxygénée et qu'en pareille occurrence, c'est à elle que j'aurais recours en l'employant encore plus largement que je ne l'ai fait. » (*Marseille méd.*, 1900, n° 8.) N.

Traitement de l'hydrocèle vaginale par le chlorure de zinc. — L'emploi du chlorure de zinc pour guérir l'hydrocèle vaginale, préconisé tout d'abord par Dimmreicher (de Vienne), a été défendu en France par Polaillon, à tel point que ce mode de traitement est souvent désigné sous le nom de méthode de Polaillon. M. Blanc, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne, est aussi un partisan de cette pratique, qu'il préfère à l'injection iodée pour les raisons suivantes : manuel opératoire plus simple, douleur nulle, accidents tels que : hématocèle, phlegmon, etc., supprimés, résultats immédiats plus rapides, résultats éloignés aussi constants.

Le *modus faciendi* de la plupart des chirurgiens qui emploient le chlorure de zinc varie suivant que l'hydrocèle est très volumineuse, de moyen volume, ou petite. Dans le premier cas on peut vider la poche, et trois ou quatre jours après on pratique l'injection ; dans l'hydrocèle de moyen volume, on fait l'injection immédiatement après la ponction ; enfin, dans le troisième cas, on ne laisse écouler que quelques grammes de liquide avant d'injecter la solution modificatrice. M. Blanc n'a jamais usé que du dernier procédé et les succès ont été constants. Le manuel opératoire dans ce cas est d'une simplicité extrême ; le seul instrument nécessaire est une seringue de Pravaz.

On commence par retirer quelques grammes de liquide, surtout si la tumeur est très tendue. Il ne faut pas, du reste, s'abstenir de cette soustraction ; en effet, la solution de chlorure de zinc — la tension du liquide de l'hydrocèle étant diminuée — se mêle mieux à ce liquide, et arrive plus facilement au contact des différents points de la paroi de la poche.

Cela fait, on injecte alors, suivant le volume de l'hydrocèle, un quart à une seringue de Pravaz de la solution de chlorure de zinc au dixième. L'injection ne doit pas être poussée brusquement, mais très lentement, goutte par goutte, en faisant varier l'aiguille, en la dirigeant dans tous les sens, pour favoriser le mélange de la solution injectée au liquide de la vaginale. En même temps, on malaxe doucement la vaginale et on continue un peu ces malaxations après l'injection.

Cette opération n'est guère plus douloureuse qu'une injection de morphine, au moment où on la fait du moins. Nul besoin d'injection cocaïnée préalable ; on n'a à craindre ni syncope, ni convulsions. On n'a pas à craindre non plus de piqûre du testicule, encore moins d'hématocèle traumatique ; enfin, on ne risque pas la pénétration du médicament dans le tissu cellulaire du scrotum.

Les suites sont variables. Ordinairement, la réaction est peu prononcée et le séjour au lit inutile. Cependant, il est plus sage de faire garder le lit au malade le jour de l'opération et le lendemain. En général, peu après l'injection, le patient ressent quelques douleurs, pas très vives d'ailleurs, dans la région testiculaire, irradiant le long du cordon vers l'abdomen. Il peut y avoir un peu de rougeur du scrotum, qui donne au malade la sensation d'être plus volumineux et plus lourd. Puis, tous ces phénomènes s'atténuent rapidement, dans la journée ou dès le lendemain, et le volume de la tumeur commence à diminuer ; en une dizaine de jours, le plus souvent, la guérison est à peu près complète. Cependant, les suites ne sont pas toujours aussi simples ; on connaît trois cas de péritonisme, mais qui se sont rapidement jugés. (*Loire méd.* et *Bull. méd.*, 1900, n° 34.)

FORMULAIRE

Potion au salicylate de soude.

Salicylate de soude.........	6 à	8 grammes.
Curaçao....................		
Eau distillée...............	*ãâ*	60 —
Sp. d'écorces d'or. amères...		

A prendre dans les vingt-quatre heures. Chaque dose devra être mélangée à un demi-verre d'eau gazeuse. (*Rev. gén. de chir. et de thér.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de médecine. — Il sera ouvert à Paris, en 1900-1901, des concours pour 36 places d'agrégé à répartir de la manière suivante entre les Facultés de médecine ci-après désignées :

Pathologie interne et médecine légale : Paris, 5 ; Bordeaux, 2 ; Lille, 1 ; Lyon, 2 ; Montpellier, 1 ; Nancy, 1.

Chirurgie : Paris, 3 ; Bordeaux, 1 ; Lille, 1 ; Lyon, 2 ; Montpellier, 1 ; Nancy, 1.

Accouchements : Paris, 1 ; Bordeaux, 1 ; Lyon, 1.

Anatomie : Paris, 1 ; Bordeaux, 2 ; Lille, 1 ; Lyon, 1.

Histoire naturelle : Paris, 1.

Physique : Toulouse, 1.

Chimie : Bordeaux, 1.

Pharmacie : Paris, 1 ; Bordeaux, 1 ; Lille, 1 ; Toulouse, 1.

Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir :

Le 17 décembre 1900 pour la section de médecine (pathologie interne et médecine légale) ;

Le 11 mars 1901, pour la section de chirurgie et accouchements ;

Le 13 mai 1901 pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques.

Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale, pour une des places mises au concours dans chaque Faculté.

Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

Académie des sciences. — M. Burdon Sanderson (d'Oxford) a été élu correspondant de la Compagnie, en remplacement du grand chirurgien anglais sir James Paget, décédé il y a peu de mois.

M. Burdon Sanderson est l'auteur de remarquables travaux de physiologie.

— L'Académie des sciences, réunie en comité secret, a déclaré la vacance du siège de M. Émile Blanchard (section d'anatomie et d'histoire naturelle).

Les candidats connus jusqu'ici sont les professeurs Joannès Chatin et Giard (de la Faculté des sciences), Mathias-Duval (de la Faculté de médecine).

Muséum d'histoire naturelle. — Aucune décision n'a été encore prise, en ce qui concerne la direction du Muséum, vacante depuis la mort de M. Milne-Edwards.

Le professeur sur qui semble devoir se porter la majorité des voix de ses collègues, est le docteur Hamy, professeur au Muséum et membre de l'Académie des inscriptions et belles-lettres.

École de pharmacie — L'École supérieure de pharmacie de Paris procédera vraisemblablement jeudi, à la désignation d'un nouveau directeur, en remplacement de M. Planchon, décédé. La plupart des voix se porteraient, assure-t-on, sur le professeur Guignard, de l'Académie des sciences.

Médecins sanitaires maritimes. — Les docteurs en médecine sont informés qu'un examen pour le titre de médecin sanitaire maritime aura lieu à Marseille du 23 au 25 mai prochain. En conséquence, les candidats qui voudraient passer l'examen prévu par l'article 16 du décret du 4 janvier 1896, sont priés de vouloir bien se présenter à la direction de la santé (consigne Saint-Jean) à l'effet de se faire inscrire et prendre connaissance du programme adopté par M. le ministre de l'Intérieur. Les candidats sont prévenus que des exercices pratiques de bactériologie auront lieu à partir de ce jour, tous les lundis, mercredis et vendredis, de cinq à six heures du soir, sous la direction d'un médecin de la Santé, à la consigne Saint-Jean.

L'admission dans les bibliothèques de l'Université. — Le conseil de l'Université de Paris ayant été saisi d'une demande formée par divers membres de la Société des amis de l'Université à l'effet d'être admis à fréquenter gratuitement les diverses sections de la bibliothèque de l'Université, le *Temps* nous apprend qu'on a examiné les voies et moyens à employer pour donner satisfaction à cette requête.

Le conseil a décidé que les demandes d'admission à la bibliothèque de l'Université, quelle que soit la section, devraient être adressées à M. Casimir-Perier, président de la Société des amis de l'Université, qui transmettrait la demande, avec son avis, à M. O. Gréard, président du conseil de l'Université.

L'admission serait prononcée par le doyen, directeur ou conservateur en application du règlement, qui lui confère le droit de délivrer des cartes de faveur individuelles non payantes.

Le conseil de l'Université, d'autre part, avait été saisi de la demande formée par M. Gérin-Lajoie, docteur en médecine de l'Université de Montréal, à l'effet d'obtenir que les docteurs étrangers fussent admis à la bibliothèque de la Faculté de médecine, en acquittant seulement le droit de bibliothèque, soit 10 francs, sans être tenus à verser le droit d'immatriculation de 20 francs.

Il en a remis l'étude à une commission qui a élargi la question et qui a examiné successivement les points suivants :

1° Y a-t-il lieu d'accueillir la demande en ce qui concerne les docteurs étrangers ?

2° Dans l'affirmative, convient-il de proposer la même faveur pour les docteurs français ?

3° Dans la même hypothèse, la mesure peut-elle être applicable aux étudiants en cours d'études ?

Voici quelles ont été les conclusions de la commission :

Docteurs étrangers. — La commission considère qu'il est « excessif d'exiger d'un docteur étranger dont l'intention est seulement de fréquenter la bibliothèque, le versement d'un droit de 20 francs qui vise la possibilité de faire des travaux dans les laboratoires et de passer des examens ». Elle fait remarquer, en outre, ce qui est d'une importance capitale pour les recettes de l'Université, que, « comme les livres à consulter à la bibliothèque des facultés se trouvent dans les bibliothèques ouvertes gratuitement aux lecteurs, le courant des travailleurs sérieux risquerait de se détourner de nous ». Elle exprime donc un avis favorable à la demande de M. Gérin-Lajoie.

Docteurs français. — Elle pense, en outre, que la mesure ne peut pas être prise en faveur des docteurs étrangers sans être *a fortiori* appliquée aux docteurs français. Elle propose en conséquence de leur accorder le bénéfice de la même faveur.

Étudiants en cours d'études. — Quant aux étudiants dont la scolarité est en cours, et à ceux dont la scolarité est terminée et qui n'ont pas subi l'épreuve de la thèse, la commission est d'avis que les deux droits de bibliothèque et d'immatriculation ne doivent pas être disjoints et qu'il y a lieu de maintenir formellement le *statu quo*.

Le conseil de l'Université a adopté ces conclusions.

Il a décidé, en outre, qu'il y a lieu d'étendre ces mesures à toutes les sections de la bibliothèque universitaire.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. La syphilis rénale, par M. Gabriel DELAMARE, interne des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — VOYAGES D'ÉTUDES MÉDICALES AUX EAUX MINÉRALES DE FRANCE. — MÉDECINE PRATIQUE. La pommade au staphysaigre contre la gale; — Traitement antiseptique de la phtisie. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

La syphilis rénale.

Par M. Gabriel DELAMARE, interne des hôpitaux.

Le rein trahit sa souffrance d'une façon, presque toujours, univoque; ses réactions anatomo-cliniques varient moins suivant la *nature* que suivant le *mode d'action* rapide ou lent de l'agent pathogène.

La syphilis se comporte tantôt comme un agent pathogène éphémère et brutal, tantôt comme un agent insidieux et lent.

C'est dire le polymorphisme, la banalité anatomo-clinique de la syphilis rénale, les obscurités de son étiologie, étudiée avec les seules ressources de l'observation. Ces difficultés n'ont pas découragé les médecins qui, guidés par l'espoir d'une guérison quasi certaine, ont abordé, nombreux, l'histoire des manifestations rénales de la vérole.

I

Historique. — On ne connut d'abord, et pendant longtemps, que les seules néphropathies de la syphilis tertiaire. Wells, Gregory et Blackall, qui les découvrirent, les mirent sur le compte du mercure; Rayer vint ensuite qui n'hésita pas « à attribuer, *au moins en grande partie*, le développement de la maladie des reins à la cachexie vénérienne ».

C'est à confirmer cette opinion, encore hypothétique, de Rayer que s'emploient la plupart des auteurs qui, de 1842 jusqu'à nos jours, abordent l'étude du tertiarisme rénal. Tandis que les observations cliniques de Jaksch et Finger, Thouvenel, Tungel, Barde et surtout de Lancereaux, les travaux d'ensemble de Negel et Mauriac fixent la physionomie clinique des altérations rénales de la syphilis ancienne, les recherches de Virchow, Lancereaux et Cornil en fixent les types anatomiques. Les autopsies de Greenfield, Axel Key Bruzelius, Oulmont, Chauffard et Marfan apportent des documents qui confirment et complètent les recherches initiales. Paraissent enfin les statistiques de Bamberger et Wagner.

La réalité des néphropathies tertiaires repose sur des bases solides et nombreuses : seuls, quelques rares auteurs n'admettent pas la nature syphilitique de ces accidents. Frerichs, prenant à la lettre le mot de cachexie vénérienne, employé par Rayer, soutient que la syphilis n'agit sur le rein que médiatement, par l'intermédiaire de la cachexie qu'elle provoque. C'est, avant le mot, l'histoire des parasyphilis rénales qui commence.

Guntz va plus loin : il revient à l'ancienne opinion des Anglais et trouve le mercure à l'origine de toutes ces néphrites.

La connaissance des néphrites secondaires est plus récente. C'est en 1867 que la première mention en est faite par Perroud (de Lyon). En 1869, Jaccoud et Mauriac en signalent de nouveaux cas. L'observation de ce dernier est moins suggestive par elle-même que par la remarque dont son auteur l'accompagne ; parlant de son diagnostic de néphrite syphilitique, ne dit-il pas : « C'est un diagnostic instinctif plutôt que basé sur des preuves matérielles ! »

A partir de 1877, observations et travaux d'ensemble paraissent nombreux qui justifient ou pensent justifier l'existence de la néphrite secondaire. Ce sont les observations de Descouts, Drysdale, Burkmann, Labadie-Lagrave, Colvis, Sinéty, Horteloup, Boukkeieff, Gaston, Lecorché et Talamon, Prendergast, Darier et Hudelo, Delore, Régnier, Dœderlin, Paci et Theille, les travaux d'ensemble de Barthélemy, Négel, Jullien et Mauriac qui n'envisagent guère que le côté clinique de la question.

Mais l'accord est loin d'être unanime : dès 1867, Béhier et Guiol niaient les manifestations rénales de la syphilis secondaire. Plus tard, en 1885, Roberts ne voyait en elles que des néphrites banales coïncidant avec la syphilis. Guntz soutenait leur origine mercurielle. Furbringer, Lang et Welander admettent à côté de la syphilis rénale secondaire une albuminurie mercurielle. Avec Casarini, Tommasoli, Dieulafoy, Rénon et Chauffard, on commence à étudier le rôle joué par les causes occasionnelles banales (froid, surmenage, grossesse, alcoolisme, misère). Inversement, Murri, Mannino, Mesnet, Millard, Arnould et Gœtz, observant la fréquence de la syphilis dans le passé des sujets atteints d'hémoglobinurie paroxystique, discutent le rôle de cause occasionnelle que semble jouer la syphilis dans la pathogénie de ce syndrome dont la cause efficiente nous échappe toujours.

Le cadre de la syphilis rénale s'agrandit encore avec les premières études qui, dès 1870, paraissent sur les accidents rénaux de l'hérédosyphilis. Klebs, Bradley, Parrot, Négel, Diday, Massalongo, Hock en observent les manifestations

précoces, tandis que Coupland, Mahomed, Ewart et Moore, Bartels, Hutchinson, Dowse et Fournier font connaître les formes tardives.

II

Etiologie. — Ainsi, des manifestations rénales peuvent survenir à toutes les époques de la syphilis héréditaire ou acquise. Et, pour expliquer leur nature, avec les seules ressources de l'observation clinique, quatre théories ont été soutenues :

1° *Théorie mercurielle.*
2° — *de la coïncidence.*
3° — *de la nature parasyphilitique.*
4° — *de la nature syphilitique.*

Généralisées, elles sont toutes inexactes ; réservées à l'interprétation d'un nombre plus restreint de faits, elles renferment, toutes ou presque toutes, une part de vérité plus ou moins grande.

1° *Théorie de la nature mercurielle.* — Avec la portée générale qu'a voulu lui donner Guntz, elle est insoutenable et n'a qu'un intérêt historique.

Guntz a trouvé 60 néphrites chez 100 syphilitiques : 2 fois, il y avait syphilis rénale (gomme); 10 fois, néphrite banale, antérieure à la syphilis; 48 fois, néphrite mercurielle.

Personne n'a trouvé une pareille fréquence aux accidents rénaux des syphilitiques.

Il ne fait aucune différence entre le mode d'action d'une dose thérapeutique usuelle de mercure et celui d'une dose massive, d'emblée toxique.

Il considère comme démontré que le mercure active la transformation graisseuse des albumines et qu'il favorise l'accumulation de la graisse dans les tissus. Ces faits sont discutés et discutables.

D'ailleurs, les néphrites s'observent aussi bien chez les syphilitiques non encore traités que chez ceux qui ont déjà pris du mercure.

Plus récement, Furbringer, Lang et Welander ont écrit qu'à côté des néphrites syphilitiques, il existait une albuminurie et une cylindrurie mercurielle, aussi certaine que la stomatite et l'entéro-colite. Elle serait reconnaissable à sa bénignité et aux caractères des cylindres.

Nous verrons plus tard qu'on a trouvé à peu près toutes les formes possibles de cylindres dans le cours des néphrites syphilitiques. Il semble donc bien difficile d'admettre l'origine mercurielle par ce simple caractère.

2° *Théorie de la coïncidence.* — L'existence de quelques cas bien authentiques de néphrites syphilitiques secondaires exclut la doctrine de Roberts, de la banalité de toutes les néphrites observées chez les syphilitiques secondaires. Il n'en est pas moins vrai que beaucoup des cas publiés sous l'étiquette de syphilis rénale sont justiciables de cette interprétation.

3° *Théorie de la nature parasyphilitique.* — Frerichs avait bien vu mais trop généralisé ce mode d'action indirect de la syphilis sur le rein.

A coup sûr, il suffit de savoir la fréquence de l'amylose chez les syphilitiques pour concevoir la réalité de cette intervention médiate de la vérole provoquant une lésion qu'il est impossible de regarder comme de nature spécifique. De même peut-être pour l'hémoglobinurie. De même encore sans doute pour quelques néphrites secondaires qui, survenues chez un syphilitique, sans cause appréciable aucune, ne guérissent pas par le traitement spécifique.

Il semble alors que la syphilis n'agit pas par elle-même sur le rein, mais indirectement par l'intermédiaire des lésions cutanées qu'elle provoque ; que celles-ci, par leur étendue, entraînent une perturbation des fonctions éliminatrices de la surface cutanée ou que, par leurs pertes de substance, elles soient autant de voies ouvertes aux infections secondaires banales, capables de toucher les épithéliums rénaux.

Brault a d'ailleurs remarqué la coïncidence de lésions cutanées rebelles et Chauffard, une recrudescence de l'albuminurie, à chaque nouvelle poussée éruptive.

4° *Théorie de la nature syphilitique.* — La plus généralement adoptée à l'heure actuelle, elle repose sur deux ordres de faits : faits anatomiques; résultats thérapeutiques. Anatomiquement, on a trouvé des gommes rénales, lésions pathognomoniques de la syphilis. Cliniquement on a guéri des néphrites avec le mercure et l'iodure, spécifiques de la vérole.

Malheureusement, outre qu'elle est inconstante, cette épreuve comporte quelques causes d'erreur oubliées ou méconnues trop souvent.

Elle doit guérir par le seul traitement iodomercuriel, sans le secours du régime lacté. Mais il est parfois difficile de savoir si la guérison est spontanée ou thérapeutique et surtout si la guérison est apparente ou réelle.

On voit sur quelles bases fragiles et complexes repose la notion étiologique de la syphilis rénale.

Et encore ne s'agit-il que du rôle pathogène de la syphilis dans les néphropathies de cause unique, pratiquement les plus rares.

Pour les néphrites de causes multiples, il est actuellement presque toujours impossible de faire la part quantitative de chacun des facteurs et de dire si le rôle prépondérant revient toujours à la syphilis.

D'ailleurs, il semble que les modes d'action de la syphilis sur le rein sont des plus variés. Il ne semble pas qu'elle joue toujours et nécessairement le rôle de cause efficiente directe ou indirecte. Elle paraît intervenir aussi à titre de simple cause occasionnelle, voire même simplement prédisposante.

Inversement, son action nocive actuelle semble favorisée par l'existence de causes prédisposantes antérieures, banales, telles que l'alcoolisme, le surmenage, les coups de froid.

C'est ainsi que certains auteurs expliquent sa fréquence plus grande chez l'homme, toujours plus exposé que la femme à ces influences morbides.

Fréquence. — Mais, quelle est la fréquence de la syphilis rénale, envisagée dans son ensemble, quelle est la fréquence de ses diverses manifestations secondaires, tertiaires, héréditaires?

La syphilis rénale est assurément très rare puisque sur 3,429 cas de syphilis observés par lui, le professeur Fournier n'a trouvé que neuf cas de syphilis rénale.

Il est néanmoins très difficile de fixer avec des chiffres le degré exact de cette rareté, car les difficultés du diagnostic, l'existence possible des formes latentes rendent bien incertains les résultats fournis par les statistiques.

Pour les néphrites secondaires, Mauriac et Fournier les considèrent comme tout à fait rares. Sur 421 syphilitiques secondaires j'ai trouvé 3 néphrites subaiguës : l'une était banale et reconnaissait peut-être la syphilis comme cause

occasionnelle, l'autre était parasyphilitique, la dernière seule était probablement de nature spécifique.

La fréquence des formes latentes semble plus discutable : tandis que Schwimmer signale 22 albuminuries transitoires chez 250 syphilitiques, Furbringer en trouve chez 12 p. 100 des malades qu'il observe.

Je l'ai vainement recherchée chez 421 syphilitiques. Pour le tertiarisme rénal, il est considéré par Mauriac, comme moins fréquent que les déterminations cutanées, osseuses, hépatiques et même cérébro-médullaires. Cet auteur remarque que, sur le nombre incalculable de syphilis contractées quotidiennement, il en est relativement peu qui aboutissent au tertiarisme et que, parmi ces dernières, il n'en est qu'un fort petit nombre qui présentent des déterminations rénales.

Engel, au contraire, dit que, sur 16 cas de mal de Bright, 6 sont d'origine syphilitique. La proportion paraît trop considérable. Cependant, si l'on admet la latence des gommes et de l'amylose, on conçoit facilement l'écart considérable qui existe entre les opinions extrêmes de Mauriac et d'Engel.

Sur 57 syphilitiques tertiaires dont j'ai étudié les fonctions rénales, je n'ai pas trouvé une seule fois de syphilis rénale appréciable cliniquement. Une seule fois, je notai un léger retard dans l'apparition du bleu de méthylène qui ne se montra que deux heures après l'injection.

Dans l'hérédo-syphilis, les manifestations rénales semblent encore plus rares que dans l'infection acquise. Toutefois, le nombre restreint des documents, les difficultés du diagnostic, la latence des formes cliniques peuvent leur prêter une rareté plus apparente que réelle.

III

Anatomie pathologique. — Polymorphisme extrême, banalité presque absolue des lésions, tels sont les deux grands caractères anatomiques de la syphilis rénale.

La syphilis secondaire frappe en même temps et au même degré les deux reins dont elle lèse, contrairement à ses habitudes, l'élément noble : la cellule épithéliale.

La syphilis tertiaire les atteint isolément, inégalement; elle produit des lésions surtout parcellaires et plutôt interstitielles.

Il est juste d'ajouter qu'entre ces deux types extrêmes, la transition est établie par de nombreux intermédiaires : citons les néphrites secondaires tardives et même les néphropathies hérédo-syphilitiques, plus voisines toutefois, du tertiarisme acquis.

a. Néphrites secondaires. — Si l'on élimine l'observation de Perroud parce que la syphilis y est incertaine, celle de Rémy qui se borne à une constatation macroscopique, celles de Wagner parce qu'une fois il s'agit de syphilis tertiaire et l'autre fois d'une néphrite complexe (tuberculose et syphilis), celle de Theille à cause encore de sa trop grande complexité (alcoolisme, surmenage, exanthème scarlatiniforme prurigineux), il ne nous reste que 6 autopsies probantes : deux appartiennent à Brault, deux à Darier, la cinquième à Etienne, la dernière à Dœderlin.

Dœderlin est seul à signaler des lésions spécifiques : il aurait trouvé, à côté des lésions banales de la néphrite interstitielle, des amas de cellules embryonnaires déposés dans les mailles du tissu conjonctif et autour des vaisseaux. Ces petits groupes de cellules rondes existaient aussi dans le foie. Il tend à les considérer comme des gommes jeunes, en voie de développement. Il y a lieu, croyons-nous, de n'accepter ce diagnostic histologique bien fragile, que sous les plus expresses réserves.

Les autopsies de Brault, Darier, Etienne nous offrent à quelques variantes près, des lésions vulgaires de néphrite parenchymateuse diffuse; s'agit-il, comme dans les cas de Brault, d'Etienne et dans l'un des cas de Darier, de néphrite subaiguë, encore jeune, les lésions épithéliales prédominent; s'agit-il, au contraire, d'une néphrite et, plus lente et plus vieille, il y a surtout sclérose conjonctive. Tandis que Brault observe une artériolite notable, Etienne note une endartérite légère et Darier ne trouve aucune lésion vasculaire.

Etienne signale l'épaississement de la capsule de Bowmann de quelques glomérules et trouve des lésions épithéliales (gonflement cellulaire, état granuleux du protoplasme) dans les tubuli contorti. Les tubes contiennent un exsudat granuleux.

Dans sa première autopsie, Brault trouve des granulations graisseuses dans la capsule de Bowmann; les tubes contournés sont à peine dilatés, leurs cellules offrent des dimensions normales. La basale contient des granulations graisseuses.

Dans sa deuxième autopsie, les lésions portent plus sur le glomérule que sur la capsule de Bowmann. Il y a, dans la substance corticale, des traînées de cellules lymphatiques qui rejoignent les amas de leucocytes sous-capsulaires. Le tissu conjonctif pyramydal est infiltré de cellules blanches et épaissi. Les tubes contourés sont dilatés et leurs dilatations contiennent toutes des exsudats abondants. Leurs cellules, saines par place, sont ailleurs infiltrées de graisse, volumineuses, hydropiques et mortifiées en partie. Il y a, dans les tubes contournés et dans les tubes collecteurs, des cylindres cireux.

A l'œil nu, on a signalé tantôt le gros rein blanc (Régnier), tantôt le rein bigarré et le petit rein rouge contracté pour les formes plus vieilles.

La première autopsie de Brault nous offre des reins qui pèsent, le gauche 290 grammes, le droit 225 grammes, et sur la coloration gris blanchâtre desquels tranchent les étoiles veineuses. La coupe révèle l'augmentation de volume et de consistance de la substance corticale, la coloration rouge foncé des pyramides. La deuxième autopsie présente des reins d'un gris rouge sombre qui pèsent, le gauche 270 grammes, le droit 250 grammes, et qui sont durs et fermes. La substance corticale est hypertrophiée, à gauche surtout.

Dans l'autopsie d'Etienne, le rein gauche pèse 80 grammes et mesure 8 centimètres de hauteur sur 2 centimètres de largeur; pâle et dur, il se décortique bien. Le rein droit, haut de 11 centimètres et large de 6 centimètres, se décortique bien; sa capsule, qui s'enlève facilement, laisse transparaître des étoiles de Verheyen nombreuses.

Il s'agit là de néphrites qui ont évolué, celles de Brault en quatre mois, celle d'Etienne en cinq mois; lorsque la durée est plus longue, le poids et le volume diminuent : le parenchyme rénal durcit encore et la substance corticale s'amincit.

b. Néphropathies tertiaires. — Les formes anatomiques du tertiarisme rénal, plus étudiées, mieux connues, sont nombreuses : car, en outre d'exceptionnelles néphrites aiguës ou subaiguës, de plus fréquentes néphrites chroniques, on rencontre souvent la dégénérescence amyloïde et, très rarement, des gommes.

Néphrites. — Sur 49 cas, Bamberger en compte 4 de né-

phrite aiguë, 29 de néphrite subaiguë, parenchymateuse, à gros reins blancs, 16 de néphrite chronique atrophique. Wagner, sur 63 cas, en trouve 8 aigus et 18 chroniques; ces dernières comprennent 4 néphrites à gros reins blancs, 8 à reins granuleux (atrophie bilatérale), 6 à reins granuleux (atrophie unilatérale). Weigert a rapporté deux faits d'atrophie unilatérale.

Nous connaissons déjà les néphrites aiguës et subaiguës, rappelons que la néphrite atrophique se caractérise, ici comme partout, à l'œil nu par la diminution de volume du viscère, son induration, l'état granuleux de la surface, les adhérences capsulaires, les kystes, les cicatrices qui la déforment; histologiquement, par les néoformations fibreuses. Il y a de la glomérulite fibreuse, de l'endartérite oblitérante; les tubes urinifères, rétrécis, étouffés par place, sont ailleurs dilatés et remplis de cellules dégénérées (dégénérescence granulo-graisseuse).

Mais, il est rare que ces lésions soient pures; presque toujours elles s'accompagnent d'amylose, parfois de gommes.

Gommes. — Dans ce dernier cas, il y a quelquefois coexistence de lésions hépatiques, voire spléniques. Rayer avait signalé, Mauriac a insisté sur la valeur diagnostique de cette trilogie morbide. En fait, le seul cachet anatomique un peu spécial des néphropathies tertiaires leur vient de ces associations.

Les gommes, seules lésions vraiment spécifiques, occupent soit la substance corticale, soit les pyramides, plus rarement ces deux parties à la fois. Grosses comme un pois ou comme une noisette, exceptionnellement plus petites, comme une tête d'épingle, elles sont entourées d'une zone d'un blanc grisâtre, parfois hyperhémiée. Cornil en a compté 20, Axel Key 60. Elles peuvent suppurer (Virchow, Beer, Barde, Wagner, Cornil).

Amylose. — Si l'amylose n'est pas le complément forcé de toute syphilis rénale tertiaire, elle y est très fréquente : Lancereaux la trouve 2 fois sur 20 syphilis viscérales et Wagner, 43 fois sur 63 cas de syphilis rénale. Cornil découvre 22 fois la syphilis à l'origine de 128 cas d'amylose, Rosenstein 34 fois sur 120 et Wagner 28 fois sur 265.

L'amylose, d'abord glomérulaire puis artérielle, puis canaliculaire, devient très rarement épithéliale. Il n'est pas nécessaire pour qu'elle survienne chez un syphilitique qu'il y ait cachexie ou suppuration ostéo-périostique prolongée. Là, comme toujours, elle est reconnaissable sur les coupes par les réactifs habituels (teinture d'iode, violet de Pâris, etc.).

c. Accidents rénaux de l'hérédosyphilis. — Sur trois autopsies d'hérédosyphilis récente, Lecorché et Talamon trouvent une fois un petit rein blanc atrophique sans hypertrophie cardiaque, la seconde fois un petit rein granuleux atrophié avec hypertrophie totale du cœur, péricardite et insuffisance mitrale, la troisième fois, un petit rein blanc granuleux avec hypertrophie ventriculaire gauche. Toujours dans l'hérédosyphilis récente, Klebs a trouvé des nodules blanchâtres, véritables gommes occupant la substance corticale et une partie de la substance médullaire. Souvent, il a constaté la coexistence des lésions hépatiques (foie gros et largement fissuré). Beer, Virchow, Mollière, Negel et Potain ont décrit des lésions analogues. Brault a vu un bloc gommeux ressemblant à un infarctus et formé par un tissu inflammatoire très serré, semblable à celui de la pneumonie blanche de Virchow.

Lancereaux a vu la dégénérescence granulo-graisseuse des épithéliums tubulaires, Négel de la fibrose périvasculaire, Massalongo, une néphrite interstitielle avec artérite totale intense.

Dans l'hérédosyphilis tardive, Mahomed, Ewart et Moore ont rencontré de petits reins rouges granuleux, contractés, avec dégérescence amyloïde. Coupland, dans deux observations très discutables, dit Brault, signale une néphrite à gros reins blancs. Pour Darier, les gommes seraient exceptionnelles.

IV

Formes cliniques. — S'il est une lésion spécifique de la syphilis rénale, il n'est pas un symptôme qui lui soit propre. Sa traduction clinique, impersonnelle dans ses signes, est variable dans ses modes évolutifs : toujours banale, tantôt elle apparaît néphrite aiguë, subaiguë ou chronique, tantôt elle demeure néphropathie latente.

Tandis que les néphrites aiguës et subaiguës sont le partage presque exclusif de la syphilis jeune, les néphrites chroniques ou latentes sont davantage le fait de la syphilis tertiaire. Dans l'hérédosyphilis, prédominent les formes latentes et subaiguës. Il va sans dire que cette proposition n'exprime, sous une forme peut-être trop schématique, qu'un simple rapport de fréquence. L'étude clinique des accidents rénaux à chacune des périodes de la vérole va d'ailleurs nous montrer les exceptions que comporte cette formule générale de la fréquence proportionnelle des divers types évolutifs.

a. Accidents rénaux de la période secondaire. — Suivant le mot du professeur Fournier, des accidents rénaux de nature spécifique peuvent survenir « au seuil même de la période secondaire ». Leur précocité peut être très grande puisque, sur 26 cas personnels ou recueillis dans la littérature, le même auteur en voit 11 apparaître dès le deuxième mois de l'infection. Ils s'observent encore durant tout le cours de la période secondaire, soit les trois premières années de l'infection spécifique. A ce propos, il est assez curieux de noter que certains auteurs, Wagner, Négel entre autres, dont les travaux font autorité en matière de syphilis rénale, assignent une durée vraiment extraordinaire à cette période puisqu'ils décrivent comme néphrites secondaires des néphrites survenues huit ou neuf ans après le chancre.

Les accidents rénaux secondaires se montrent habituellement sous la forme d'une néphrite aiguë ou subaiguë; plus rarement, ils apparaissent sous les traits d'une néphrite chronique et parfois encore, ils demeurent latents; soit quatre formes cliniques.

Néphrites aiguës ou subaiguës. — Aiguë ou subaiguë, la néphrite syphilitique rappelle, traits pour traits, la néphrite scarlatineuse.

Fébrile ou non, elle s'annonce par de la céphalée, de la rachialgie ou par des œdèmes souvent partiels, limités soit aux malléoles, soit au scrotum, à la verge, aux paupières ou encore à la luette. L'oligurie est la règle. Presque d'emblée, l'albuminurie est considérable, on trouve de 8 à 26 grammes d'albumine par litre d'urine. Dans un cas observé par Fournier et Brouardel, il y avait jusqu'à 110 grammes d'albumine chaque jour. Cette albuminurie augmente à chaque poussée éruptive (Chauffard). Dans la néphrite syphilitique que j'ai pu observer, j'ai trouvé que l'urine con tenait uniquement de la *globuline*. La première pesée donna 7 grammes d'albumine-globuline par litre d'urine (2 litres

par vingt-quatre heures); la deuxième, 10gr25 d'albumine-globuline par litre d'urine (1700 grammes d'urine par vingt-quatre heures); la troisième, 10 grammes par litre.

Dans une des néphrites parasyphilitiques que j'ai vues, j'ai trouvé 6 grammes d'albumine par litre avec 1800 centimètres cubes d'urine par vingt-quatre heures. La proportion de la globuline était plus considérable que celle de sérine : 3 grammes de globuline pour 2 grammes de sérine.

Dans l'urine, Darier a trouvé des globules rouges et des leucocytes, des cellules épithéliales altérées et des cylindres. Ces cylindres peuvent être hématiques, muqueux, épithéliaux ou granuleux. Suivant M. Chauffard, il n'y aurait généralement pas d'hypertrophie ventriculaire, de bruit de galop ni d'hypertension artérielle.

Dans une néphrite syphilitique subaiguë, j'ai pu entendre un bruit de galop persistant. J'ai également rencontré ce signe une fois sur deux néphrites parasyphilitiques.

Le professeur Fournier insiste sur « la rapidité singulière de l'évolution » et sur « l'échéance singulièrement précoce des accidents urémiques » souvent mortels.

La mort survient encore par asystolie, œdème glottique ou complications pulmonaires, dit Darier.

Lorsqu'elle guérit, cette néphrite laisse souvent une albuminurie, longtemps persistante. Est-elle sans gravité et l'indice d'une simple dissociation des actes morbides du rein? N'est-ce pas plutôt, malgré l'absence de troubles fonctionnels, l'indice du passage à la chronicité latente?

Tout récemment, M. Widal et M. Bernard ont exploré la perméabilité rénale dans deux néphrites subaiguës de la période secondaire, au moyen de l'injection sous-cutanée de bleu de méthylène. Et, conformément à la règle posée par M. Bard, ils n'ont trouvé aucune anomalie de la perméabilité.

J'ai pu pratiquer cette épreuve dans une néphrite syphilitique subaiguë et dans deux néphrites parasyphilitiques. Dans la néphrite syphilitique, la perméabilité rénale fut explorée deux fois, à quarante-sept jours d'intervalle : la première fois, le bleu n'apparaît que deux heures après l'injection, c'est la seule anomalie observée; la seconde fois, le bleu apparaît une heure et demie après l'injection et, à la quinzième heure, il y a absence de toute élimination.

Des deux autres néphrites (*néphrites parasyphilitiques*), l'une présente une élimination dissociée du bleu et du chromogène, l'autre présente les caractères suivants : le bleu apparaît une demi-heure après l'injection, en faible quantité, le chromogène en grande quantité. Puis, la courbe d'élimination des substances est parallèle et l'on remarque deux maximas, répondant le premier aux première, deuxième, troisième, quatrième heures après l'injection, le deuxième aux dix-neuvième et vingtième heures. Il n'y a aucune élimination de bleu aux dix-huitième et vingt-quatrième heures. L'élimination cesse définitivement à la vingt-huitième heure.

Nous étudierons les formes chroniques à propos des accidents tertiaires; restent les formes latentes.

Formes latentes. — Presque tous les auteurs les signalent; quelques-uns, notamment le professeur Fournier, ajoutent un point d'interrogation; d'autres, comme Theille, qui ont examiné 300 syphilitiques, sans rencontrer la moindre albuminurie, les disent plus fréquents qu'on ne croit!

A s'en tenir au seul renseignement précis de Furbringer, il s'agit d'une albuminurie et d'une cylindrurie transitoires et bénignes, contemporaines de la roséole. Elles ne s'accompagnent d'aucun symptôme fonctionnel et, pour les rencontrer, il faut pratiquer l'examen chimique et microscopique de l'urine de tous les syphilitiques.

b. Accidents rénaux de la période tertiaire. — Sans revenir à nouveau sur les néphrites aiguës ou subaiguës qui, possibles encore mais plus rares, ne diffèrent en rien de celles déjà étudiées, arrivons aux néphrites chroniques.

Néphrites chroniques. — Elles offrent ici leurs symptômes habituels, se manifestent au début par les *petits accidents du brightisme* (épistaxis, crampes aux mollets, secousses électriques, doigt mort, cryesthésie, signe de la temporale, etc.), à la période d'état par la pollakiurie, l'albuminurie légère et inconstante, la présence d'urohématine, l'hypertension artérielle, le bruit de galop et conduisant lentement à la mort, presque toujours, par urémie.

Amylose. — L'amylose est, elle aussi, lente et insidieuse, n'offrant aucun symptôme absolument caractéristique. On la devine plus qu'on ne l'affirme. Aucun symptôme, ni l'albuminurie d'abord faible puis considérable, ni la polyurie pathognomonique pour Grainger Stewart, ni la cylindrurie (cylindre cireux, colloïdes), ni la diarrhée ne sont absolument caractéristiques.

D'ailleurs lorsqu'elle s'accompagne de néphrite atrophique, ce qui est fréquent, il n'y a pas de cylindrurie et peu d'albuminurie.

Gommes. — Les gommes évoluent sans histoire clinique; tel est du moins l'avis unanime de tous les auteurs français. Seuls, Seiler et Welander affirment reconnaître le ramollissement des gommes rénales aux signes suivants : albuminurie; émission d'une urine trouble dans le dépôt de laquelle on trouve des cylindres hématiques, des globules sanguins, des cellules nécrosées et des gouttes de graisse.

c. Accidents rénaux de l'hérédosyphilis. — Souvent latente, ce qui n'a rien de surprenant puisqu'au moins dans ses formes précoces, il s'agit d'amylose et de gommes, l'hérédosyphilis rénale apparaît en clinique, tantôt comme une néphrite chronique, tantôt et plus souvent, comme une néphrite subaiguë d'allures irrégulières dont l'évolution assez longue offre une série d'alternances de mieux et de plus mal, avec albuminurie et même hématurie.

Son seul cachet clinique, un peu spécial, lui vient des lésions hépato-spléniques coïncidentes ou encore soit des lésions ostéopériostiques ou muqueuses, soit des stigmates dystrophiques de l'hérédosyphilis (voûte palatine ogivale, altérations dentaires, dent d'Hutchinson, malformations de l'oreille, etc.).

V.

Diagnostic. — Le diagnostic comprend deux étapes, de difficultés inégales et diverses : dans la première, il s'agit de reconnaître la lésion rénale, dans la seconde il faut déterminer la nature syphilitique de cette lésion. On conçoit que, s'il est facile de diagnostiquer une néphrite aiguë ou chronique, il est bien plus délicat de vouloir dépister les formes latentes de la période secondaire, les gommes ou l'amylose tertiaires. En pratique, on soupçonnera parfois ces dernières, on ne pourra jamais affirmer leur existence.

Pour découvrir les formes latentes, il faudra pratiquer, toujours et à plusieurs reprises, l'examen des urines, chez *tous* les syphilitiques.

Mais, comment déterminer la nature syphilitique, voire parasyphilitique, des accidents rénaux observés?

Rien, ni dans les symptômes ni dans l'évolution de la syphilis rénale, ne fournit le moindre appoint au diagnostic. A peine si le taux élevé de l'albumine urinaire lui apporte un élément, à la vérité, vague et précaire !

La coïncidence d'accidents cutanés, ostéopériostiques, hépato-spléniques, prouve l'existence de la syphilis et seulement la possibilité de son action sur le rein.

C'est surtout pour les néphropathies tertiaires ou hérédo-syphilitiques que ce signe, d'ailleurs inconstant, peut être mis à profit.

L'anamnèse, souvent précieuse pour les syphilis jeunes, perd singulièrement de sa valeur pour les syphilis anciennes oubliées du malade qui, par le simple fait de son âge, présente un passé pathologique presque toujours complexe.

D'ailleurs si elle démontre parfois, d'une façon plus ou moins précise, l'existence de la syphilis, elle ne prouve jamais la nature syphilitique de la néphrite. Elle a l'unique et rare mérite de faire penser à la possibilité de la syphilis du rein dont le diagnostic importe tant au salut du malade.

Seule, l'épreuve thérapeutique est capable de démontrer la nature syphilitique de la néphropathie observée.

Cette épreuve est double : elle comprend l'échec du régime lacté et l'efficacité consécutive du traitement spécifique.

Nous avons trouvé ce critérium quasi-schématique dans l'observation de Lecorché et Talamon. Si, dans la pratique, il ne faut pas trop escompter un si beau résultat, on n'en doit pas moins, comme le dit M. Chauffard, attendre toujours, pour se prononcer, la manière dont « le malade *répond au régime lacté* » donné seul d'abord.

VI

Pronostic. — Le pronostic de la syphilis rénale, sous toutes ses formes, à toutes ses époques, est grave. Il est grave pour les néphrites secondaires qui sont mortelles 1 fois sur 3 (Fournier) et qui, en apparence guéries, laissent si souvent une albuminurie persistante. Celle-ci, dit M. Brault, peut faire craindre l'apparition d'une dégénérescence amyloïde, toujours funeste.

Il est, à coup sur, plus sombre encore, pour les néphropathies tertiaires moins accessibles au traitement spécifique. Bartels et Lancereaux ont vu néanmoins l'iodure suspendre la marche de l'amylose.

L'action curative, parfois vraiment remarquable, de ce dernier, est le seul facteur qui diminue la gravité du pronostic de la syphilis rénale. Comme il est d'autant plus efficace qu'il est plutôt appliqué à des lésions plus jeunes, c'est à ce seul point de vue qu'il est possible de dire que les néphrites secondaires sont d'autant plus bénignes qu'elles sont plus précoces, et toutefois encore, à la condition de mettre hors de cause les néphrites survenues dans le cours des syphilis, d'emblée malignes.

Certes, les déterminations rénales aggravent le pronostic de la syphilis chez les sujets qui les présentent. Mais, vu sa rareté, on ne saurait dire que la syphilis rénale aggrave sensiblement le pronostic de la syphilis en général.

VII

Traitement. — Le *siège rénal* de l'affection, sa *nature syphilitique* fournissent les deux principales indications du traitement ; la *néphrite* sera soignée par les moyens habituels, le régime lacté et toute autre médication imposée par les circonstances cliniques; la *syphilis*, suivant son âge, sera justiciable du mercure ou de l'iodure de potassium.

Le mercure convient surtout aux néphrites secondaires et à celles de l'hérédosyphilis jeune; l'iodure aux néphropathies tertiaires et hérédosyphilitiques tardives. Mauriac considère même que, pour ces dernières, l'emploi du mercure est non seulement inutile mais nuisible.

Dans toutes les autres circonstances, on prescrit le traitement mixte, l'iodure favorisant l'élimination du mercure. Mais, à quel moment, sous quelle forme, en quelle quantité, faut-il prescrire le traitement spécifique?

Presque tous les auteurs le donnent d'emblée. M. Chauffard conseille d'attendre, pour l'administrer, que le régime lacté, prescrit dès l'abord, ait montré son insuffisance à guérir la néphrite.

Quant à la forme utilisable, elle varie suivant la gravité des circonstances, suivant les malades. Pour les néphrites secondaires de moyenne intensité, les pilules de protoiodure ou de sublimé suffisent en général et sont, en tous cas, bien préférables à la liqueur de van Swieten. Pour les cas graves, on recourra soit aux frictions, suivant le conseil de Mauriac et de Tommasoli, soit aux injections de sels solubles. Tous les auteurs sont unanimes à rejeter les injections de calomel.

L'iodure se donnera dans le lait.

Reste la *quantité* : s'il est, maintenant, bien établi que les craintes de Hardy et de Senator, au sujet de l'administration du mercure dans les néphrites syphilitiques, sont vaines, il n'en faut pas moins prendre certaines précautions lorsqu'il s'agit de donner du mercure à des malades, en imminence d'insuffisance rénale. Aussi M. Chauffard recommande-t-il de tâter le terrain et de commencer par de faibles doses, en veillant avec un soin minutieux à l'hygiène buccale. Car il faut, à tout prix, éviter et la stomatite et l'intolérance gastrique. Inversement il importe que cette prudence ne dégénère pas en timidité. Car, lorsque le cas est très grave, le salut du malade est souvent au prix d'une intervention intensive du traitement spécifique. On voit tout le doigté que demande cette thérapeutique. Mais, si le traitement spécifique compte de belles et authentiques guérisons, son action prophylactique est nulle. M. Rénon, pour parer à cette insuffisance, propose de mettre tous les syphilitiques, au régime lacté préventif, durant les trois premiers mois de l'infection.

Il est assez délicat de prévoir les effets de cette prophylaxie nouvelle, encore que la rareté de la syphilis rénale et la fréquence de l'anémie syphilitique précoce fassent penser qu'il serait peut-être plus nuisible qu'utile de soumettre à ce régime *tous les syphilitiques*.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Atkinson. *Étiologie du mal de Bright*, 1883. — Axel Key. Deux cas de syphilis des reins et du cœur, *Hygica*, 1877. — Baudoin. Th. de Paris, 1889. — Bamberger. *Volkmann's Samml. klin. Vortrag*, 1879, n° 173. — Barde. *De syph. renum affec.*, Berlin. Diss., 1863. — Bartels. *Volkmann's Samml.* — Barthélemy. *Ann. de dermat.*, 1881 ; — *Bull. méd.*, 22 mai 1887. — Bazin. *Leçons sur la syphilis et les syphilides*, 1866. — Beer. *Die Engeiweides Syphilis*, 1867. — Béhier. *Clinique de la Pitié*, 1867. — Bernard. Th. de Paris, 1900. — Belhomme et Martin. *Traité de la syphilis*, 1876. — Bouchard. *Revue de méd.*, 1881. — Boukkeief. *Néphrites syphilitiques précoces*, Th. de Paris, 1889. — Burkmann. *Deuts. med. Woch.*, n° 4, 1880. — Bruzelius. *Sclérose atrophique limitée à la moitié des deux reins*, 1877. — Bradley. *Brit. med. Journ.*, fév. 1871. — Brault. Syphil. rén., in *Traité de médecine*. — Casarini. De l'albumi-

nurie syphilitique, *Rivista di sc. med.*, n° 1, 1888. — CHARCOT. Conditions pathogéniques de l'albuminurie, *Progrès. méd.*, nov. 1880, janv. 1881. — CHAUFFARD. Dégénérescence amyloïde généralisée. Syphilis tertiaire, *Progrès. méd.*, 1881; — Id. Néphrite des syphilitiques, in *Traité de médecine et de thérapeutique*, 1898, t. V, p. 785. — CHVOSTECK. *Wien. med. Wochens.*, n° 33. — COHADON. *Albuminurie dans le cours des accidents secondaires de la syphilis*. Th. de Paris, 1882. — COLVIS. *Accidents secondaires rebelles. Albuminurie syphilitique traitée avec succès par l'eau de Cholles*. — COUPLAND. *Transact. of the path. soc.*, 1876, p. 303; — *The med. Times and Gaz.*, t. I, 1880, 20 janv. — CORNIL. *Mémoire sur les lésions anatomiques du rein dans l'albuminurie*, Th. de Paris, 1864; — *Leçons sur la syphilis*, 1879. — CORNIL et BRAULT. *Lésions anatomiques du mal de Bright*. — CUFFER. *Bull. de la Soc. anat.* 1874, p. 844. — DARIER-HUDELO. Soc. de dermat. et de syphil., 20 juill. 1893. — DARIER. Syphilis rénale, in *Manuel de médecine* Debove-Achard, t. VI, 1895. — DAY. British med Assoc., *Brit. med. Journ.*, 25 à 77, p. 252; — Beitrag. z. Kentniss. d. syphil. Nephritis. — DŒDERLIN. In *Munch. med. Wochens.*, 1896, p. 977. — DELORE. *Province méd.*, 1895. — DERVILLE. *Journ. soc. méd. de Lille*, 1896. — DESCOUTS. *L'albuminurie survenant dans le cours des accidents secondaires de la syphilis*, Th. de Paris, 1878. — DIEULAFOY. *Manuel de pathologie interne*, 10e éd., 1898; — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1898, p. 286 et 288. — DICKINSON. *Croonian lectures*, 1876; — *The Lancet*, 1876, t. I, p. 627. — DREYFUS-BRISAC. De l'albuminurie à la période secondaire de la syphilis, *Gaz. hebd.*, n° 20, p. 229, 1883. — DRYSDALE. *Brit. med. Journ.*, 1879; — *Practitioner*, 1884, t. II, p. 87. — ÉTIENNE. *Ann, de dermat.*, 1895, p. 644. — FOURNIER. *La syphilis héréditaire tardive*, 1886, p. 555; — *Traité de la syphilis*, fasc. II, 1897, p. 735. — FRERICHS. *Die Bright. Nierenk. u. deren Behandlung*, Brunschw., 1878. — FURBRINGER. Albuminurie mercurielle et syphilitique, 4e Congrès de méd. int., Wiesbaden, 10 avril 1885. — GASTON. *Ann. de dermat.*, 1890. — GRANDMAISON. Rev. gén. in *Gaz. des hôp.*, 1893. — GRAINGER STEWART. *A practie treatise on Bright's diseases of the Kidney's*, Newton, 1872. — GAUCHER. Th. d'agrég., 1886. — GREENFIELD. Syphil. gum., in *Kidney path. Soc.*, p. 711. — GUIOL. *Essai sur l'albuminurie syphilitique*, Th. de Paris, 1867. — GUNTZ. *Memorabilien*, 1885, Heft 5. — HARDY. *Union méd.* 1er avril 1878. — HOCK. Néphrite aiguë dans une syphilis héréditaire, *Semaine méd.*, 1894, p. 475. — HOMOLLE. Maladie syphitique des reins, in *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXIV, p. 810. — HORTELOUP. Rapport sur quatre observations d'albuminurie survenue chez des syphilitiques dans le cours d'accidents secondaires. — HUBER. Gomme du rein. *Revue de Hayem*, t. X. — HUTCHINSON. *Syphilis*, éd. 89, p. 38. — JAKSCH et FINGER. *Deut. Klin.*, 1850. — JACCOUD. *Clinique de la Charité*, 1869, p. 713; — *Clinique de la Pitié*, 1887; — *Bulletin méd.*, 1893, p. 1043. — De la néphrite syphilitique précoce, *Semaine méd.*, 1893, p. 270; — *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, 1896. — JULLIEN. *Traité pratique des malad. vénér.*, 2e éd., 1886. — KEY. Casi di sifilomi dei reni, *Giornale delle malat. vener.*, 1878, 365. — KLEBS. *Arch. f. expér. Path. und Pharm.*, t. X, p. 161, 1879. — Id. *Path. anat.*, 1870. — LABADIE-LAGRAVE. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1881. — LACHKEISCH. De la syphilis viscérale, *Progrès méd.*, 30 avril 1887. — LAFFITE. Th. de Paris, 1889. — LANCEREAUX. Études sur les lésions viscérales de la syphilis, *Gaz. hebdom.*, 1864. — LANG. *Centralbl. f. die gesammte Therapie*, 1892. — LECORCHÉ et TALAMON. Syphilis brightique précoce, *Médecine mod.*, 1891. — LEROY. Contribution à l'étude de la néphrite syphilitique, in *Arch. gén. de méd.*, 1890, p. 257. — LÉPINE. *Rev. méd.*, 1882. — LEE. *The Lancet*, 1868, t. I, p. 621; t. II, p. 109; — *The Lancet*, 1890, t. VII, p. 540. — MACKE. *Pathological Transact.*, 1871, p. 34. — MANNINO. Étude sur un cas d'hématurie paroxystique syphilitique. *Gaz. des hôp.*, n° 65. — MARFAN. *Gaz. des hôp.*, 1888. — MARTINET. *France méd.*, 1881. — MARCHIAFAVA. *Altérations des reins dans la syphilis héréditaire*. — MASSALONGO. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1894, n° 10, p. 1148. — MAURIAC. *Arch. de méd.*, 1892. — *Mémoire sur la syphilose du rein*, 1887. — MESSENGE BARDLEY. Hydropysie rénale syphilitique, *Ann. de dermat. et de syphil.*, p. 384, 1871. — MOXON. *Guy's Hospit. Reports*, 1868. — MURRI. Emoglobinurie e sifilide, *La rivista clinica di Bologna*, 1885. — NEGEL. *De la syphilis rénale*, Th. de Paris, 1882. — OULMONT. Syphilis osseuse et viscérale chez l'adulte, *Soc. anat.*, avril 1878. — PACI. *Gaz. degli Osped. di Milano*, 1897. — PANNETIER. *L'albuminurie chez les syphilitiques*, Th. de Paris, 1893. — PARROT. *Leçons cliniques sur l'athrepsie*, 1877. — PERROUD. *Journ. de méd. de Lyon*. — POLNOW. Inaug. diss., Berlin, 1874. — POLLUCCI. Clinica Cantani, *Il Morgagni*, 1874. — POTAIN. *Gaz. des hôp.*, n° 151, 1878. — PRENDERGAST. *Syphilis brightique précoce*, Th. de Paris, 1892. — RACHI. Sul morbo di Bright nella sifilide, *Giornale delle mal. ven.*, p. 230. — RAYER. *Maladie des reins*. — RAYMOND. Maladie de Bright chez un syphilitique, *Progrès méd.*, p. 428. — RÉGNIER. Th. de Paris, 1896. — RÉNON. La fragilité du rein dans la syphilis, in *Presse méd.*, n° 30, 15 avril 1899. — RIBBERT. *Med. Centralbl.*, 1879, n° 47; 1881, n° 17. — ROBERTS. *Urinary and renal diseases*, 1885, p. 608. — RUNDON. Syphilis disease of the Kidney, *St.-Peterb. med Zeits.*, t. VI, p. 256. — SCHUMACHER. *Des rapports de l'hémoglobinurie avec la syphilis*. — SCHWESTER. Sur l'état de la rate et des reins au début de la syphilis, *Wien. med. Halt.* nos 41, 42. — SEMENDA. Polyurie syphilitique, *Gaz. des hôp.*, p. 260. — SPIESS. *U. die verschied. Nierenaff. bei syphil.*, Berlin, diss., 1877. — DE SINÉTY. *Gaz. méd. de Paris*, 1884. — SONTHEY. *Ranking's abstracts*, t. II, p. 87. — SYDNEY PHILIPS. Diabetes insipides from Syph., *Brit. med. Journ.*, p. 1020, nov. 1883. — TAYLOR FREDERICK. *Traité de médecine*, p. 723. — THEILLE. *La néphrite syphilitique secondaire*, Th. de Paris, 1898. — THOUVENEL. *Gaz. des hôp.*, n° 74. — TOMMASOLI. Sulla sifilide dei reni, *Riv. clin.*, 1888. — TUNGEL. *Klin. Mittheilungen*, etc., Hambourg, 1861. — VALLAS. Manifestations rénales de la syphilis, *Province méd.*, 4 fév. 1888. — VIGNEROT. Sur l'étiologie des néphrites, *Arch. gén. de méd.*, nov. 1891. — VIRCHOW. *Archiv.*, 1858, t. XV, p. 314; — Id. *Syphil. const.*, 1859. — WAGNER. *Deuts. Arch. f. Klin. med.*, 1880 et 1881, Bd. XXVIII, t. I, p. 94; — Id. *Morbus Brightii*, 1882. — WELANDER. *Arch. f. dermat. u. syphil.*, 1894, 1896, t. XXXI, fasc. III. — WEIGERT. *Maladies des reins*. — WINCKEL. Soc. méd. de Dresde, *Berlin klin. Wochens.*, 1874, n° 28, p. 343. — ZEISEL. *Traité de la syphilis et des affections vénériennes*, Stuttgard, 1871.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(9 MAI 1900)

M. Fontan (de Toulon) adresse à la société une observation très intéressante : il s'agit d'une **plaie du cœur** suturée et suivie de guérison. C'est le troisième cas de ce genre. Le diagnostic des plaies du cœur n'est pas toujours facile. Mais, suivant M. Fontan, il y a indication opératoire chaque fois qu'on se trouve en présence des symptômes d'une plaie pénétrante de la poitrine avec hémorragie grave. En d'autres termes, toute plaie pénétrante de la région précordiale doit décider le chirurgien à faire une thoracotomie et à se mettre en mesure de faire toutes les ligatures et toutes les sutures nécessaires pour enrayer les accidents hémorragiques. Le chirurgien doit, sans hésitation, prendre ce parti sur l'heure. C'est ce que M. Fontan n'a pas fait dans un premier cas il y a plusieurs années; il a hésité devant la gravité apparente de la situation et le malade est mort neuf heures après l'accident. Il a reconnu, à l'autopsie, que s'il était intervenu quand il a vu le blessé quatre heures après

l'accident, il aurait pu le sauver. C'est en se rappelant ce fait qu'il n'a pas hésité, dans le cas présent, à intervenir immédiatement et cela lui a bien réussi ainsi qu'au blessé.

M. Fontan signale quelques difficultés au cours de cette opération ; la région précordiale ayant été largement ouverte en volet, la plèvre ayant été ouverte elle-même par l'instrument tranchant, M. Fontan a constaté qu'en raison des mouvements désordonnés du cœur il était difficile de la saisir et de suturer la plaie du cœur et du péricarde; il faut autant que possible le saisir pendant l'inspiration et pendant la diastole, se presser de passer le premier fil qui sert ensuite de moyen de fixation pour passer les autres. Enfin il faut surtout s'attacher à ne pas faire pénétrer le fil dans la cavité cardiaque.

Cette intervention heureuse a eu lieu sept heures après l'accident, il y avait une hémorragie déjà considérable; il est hors de doute que cette intervention a sauvé le malade.

A propos de la communication faite récemment par M. Poirier sur un procédé particulier de **gastrostomie**, M. Segond rappelle que tous les chirurgiens sont aujourd'hui d'accord sur ces principes que, dans ces cas, il faut opérer vite et simplement, faire la bouche stomacale petite et la placer aussi près que possible du cardia. Ces principes ne sont d'ailleurs pas d'aujourd'hui et il y a près de seize ans que M. Segond les a appliqués pour la première fois sur une malade dont il rappelle l'histoire intéressante : il s'agissait d'une femme qu'il a opérée en septembre 1884; elle avait été vue par le professeur Potain; elle présentait un rétrécissement œsophagien consécutif à des abcès périœsophagiens. Elle était mourante : M. Segond alla demander quelques conseils à M. Farabeuf qui lui dit : Faites une petite bouche et placez-la aussi haut que possible. Tout en suivant de son mieux ces sages conseils, M. Segond fit la bouche encore un peu trop grande et il fallut lutter pendant longtemps contre la digestion de la peau elle-même par le suc gastrique. Peu à peu les choses finirent par s'arranger et cette femme va aujourd'hui très bien quinze ans et huit mois après son opération.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'**inondation péritonéale**.

Quelle doit être la conduite du chirurgien en présence des symptômes d'une inondation péritonéale par rupture de grossesse extra-utérine? M. Tuffier estime qu'il faut intervenir aussitôt que possible, prendre la précaution de fermer le petit bassin avec des compresses aseptiques avant d'incliner la malade, recourir plutôt au drain en caoutchouc qu'au Mickulicz, qui est un bon tampon mais un mauvais drain ou, si le tamponnement est nécessaire, placer un Mickulicz à travers un drain métallique, faire plutôt ce drainage par le vagin que par l'abdomen. Tels sont les principes qu'a suivis M. Tuffier dans les 56 cas de grossesse extra-utérine, qu'il a opérés depuis 1889.

M. Delbet ne pense pas que le drainage soit toujours absolument nécessaire; quand on est bien sûr d'avoir bien tout enlevé, d'avoir bien asséché la cavité péritonéale, il pense qu'on peut tout fermer sans faire de drainage.

M. Routier, qui a soulevé cette discussion, répond à ses collègues : comme M. Tuffier, il pense que, dans ces cas, il faut intervenir hâtivement, et ne pas laisser ces épanchements sanguins dans la cavité péritonéale, sous prétexte qu'ils peuvent y jouer le rôle favorable de sérum. Il ne prend même pas le temps de faire préalablement quelques injections sous-cutanées de sérum artificiel, sous prétexte de remonter les malades avant de les opérer. Quant à la précaution qu'indique M. Tuffier et qui consiste à isoler le petit bassin, cela n'est pas toujours applicable; M. Routier a rencontré, en effet, des cas dans lesquels il y avait jusqu'à 4 litres de sang épanché dans le ventre. Comme M. Tuffier, M. Routier préfère le drain en caoutchouc au Mickulicz, qui fait un bon tamponnement mais n'assure pas un bon drainage. Enfin, M. Routier est partisan de la fermeture totale de la paroi abdominale et, conséquemment, du drainage par la voie vaginale.

Une jeune femme présentée par M. Terrier a été opérée huit fois, à Clermont, par M. Bousquet, d'une **grenouillette sous-hyoïdienne**. M. Terrier ouvrit de nouveau la région sous-hyoïdienne, en se servant de l'ancienne incision, isola la tumeur, poursuivit sa dissection jusqu'à un pédicule qui le conduisit à la glande sous-maxillaire; il enleva celle-ci et, cette fois, la malade est bien définitivement guérie.

On sait combien sont infinies les surprises que peuvent ménager les **cures radicales de hernies**. Celle que vient de rencontrer M. Championnière est tout particulièrement curieuse. Il s'agit d'une véritable tumeur épiploïque, offrant tout à fait l'aspect d'un sarcome et qui n'est, cependant, qu'une portion d'épiploon enflammé, ayant formé une véritable tumeur abdominale, faisant suite à la tumeur herniaire.

De la discussion qu'a soulevée ce fait intéressant et à laquelle prennent part MM. Poirier, Lejars, Potherat, Walther, il résulte que les faits de ce genre ne sont, le plus souvent, que le résultat de la torsion d'un pédicule, point de départ de ces tumeurs épiploïques, torsion pouvant amener un état presque gangréneux, de telle sorte qu'il se passerait là ce qui se passe dans les kystes ovariques à pédicule tordu.

M. Demoulin a été élu membre titulaire de la Société.

VOYAGES D'ÉTUDES MÉDICALES

AUX EAUX MINÉRALES DE FRANCE

M. Carron de la Carrière vient de publier, chez Carré et Naud, le compte rendu du voyage de 1899, aux stations du Centre et de l'Auvergne.

On se souvient de l'heureuse initiative prise par notre confrère lorsque, au début de 1899, il entreprit de faire connaître *de visu*, aux médecins ainsi qu'aux étudiants français et étrangers, les stations thermales et climatériques de France.

Il fallait un certain courage pour entreprendre de changer ainsi les habitudes de nos compatriotes, qui n'aiment généralement pas à se déranger, aussi M. Carron de la Carrière peut-il être fier du grand succès qu'il a obtenu.

Il est, en effet, arrivé à montrer pratiquement qu'*il est impossible d'apprendre la thérapeutique hydro-minérale comme nous apprenons la thérapeutique en général, et que le seul moyen d'avoir une notion exacte sur une eau minérale est de se rendre à la station et de se renseigner sur place.*

C'est ainsi que 97 confrères, dont un grand nombre d'étrangers et non des moins illustres — citons les professeurs Ehlers (de Copenhague), de Vaucleroy (de Bruxelles), Laache (de Christiania), Rohmell (de Roskilde), etc. — ont répondu à son appel et l'ont accompagné à Néris, la Bourboule, le Mont-Dore, Saint-Nectaire, Royat, Châtel-Guyon, Bourbon-

l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré, Pougues; au sanatorium de Durtol et à Vichy.

Tous ont rapporté le plus charmant souvenir de cette excursion.

Comment pouvait-il en être autrement? Reçus partout à bras ouverts, guidés par les médecins des stations, recevant tous les jours de M. le professeur Landouzy, directeur scientifique du voyage, cet enseignement clair, net et imagé qui lui est si personnel, voyageant constamment dans des conditions de confortable, et, ce qui n'est pas à dédaigner, dans des conditions d'économie vraiment extraordinaires, les excursionnistes, en se quittant, ne pouvaient avoir qu'une idée, celle de se retrouver l'an prochain.

Aussi, à Pougues, le jour du départ, nos confrères scandinaves, en remerciant de l'accueil fraternel qu'ils avaient reçu, ont-ils promis de revenir plus nombreux en 1900.

Nous sommes certains que les Français les imiteront.

Nulle excursion ne sera plus attrayante, en effet, que le prochain voyage d'études médicales qui doit avoir lieu dans la première quinzaine de septembre 1900. Il comprendra *les stations du Sud-Ouest de la France* (Haute-Garonne, Hautes-Pyrénées, Basses-Pyrénées, Landes, Gironde) : Bagnères-de-Luchon, Capvern, Bagnères-de-Bigorre, Argelès, Barèges, Saint-Sauveur, Cauterets, Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes, Saint-Christau, Pau, Salies-de-Béarn, Biarritz, Cambo, Hendaye, Dax, Arcachon.

Ce voyage, dont le programme détaillé sera publié dans quelques jours, sera placé comme celui de l'an dernier sous la direction de M. Landouzy, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris. Il fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications, et ses applications.

Le succès de ces voyages est désormais assuré, on ne saurait trop en féliciter M. Carron de la Carrière, car il aura été l'initiateur d'une œuvre de vulgarisation scientifique et vraiment française.

F. L.

MÉDECINE PRATIQUE

La pommade au staphysaigre contre la gale.

M. Labesse rapporte dans l'*Anjou médical* (1) qu'il eut l'occasion d'avoir entre les mains une pommade vendue par un guérisseur angevin, et qui jouissait réellement, paraît-il, de qualités thérapeutiques sérieuses.

M. Labesse examina cette pommade, dont la couleur était brune, et il n'eut pas de peine à constater qu'elle contenait du staphysaigre, auquel elle devait certainement son action ; en effet, la pommade en question contenait une quantité considérable de débris de graine de staphysaigre et même des graines presque intactes. Il était supposable que le guérisseur qui vendait cette pommade était mal outillé et ne prenait pas le soin de pulvériser finement la graine qu'il employait.

Ayant, un jour, à faire des recherches bibliographiques portant sur un tout autre objet, les yeux de M. Labesse tombèrent sur un article publié par M. Cadet de Gassicourt dans le *Journal de pharmacie et de chimie* (décembre 1850) et consacré à la « Pommade de staphysaigre dans le traitement de la gale ». Dans cet article, M. Cadet de Gassicourt rapporte que l'Académie des sciences a décerné à M. Bourguignon un prix de 12000 francs pour un mémoire présenté par lui sur le traitement de la gale. Après avoir indiqué les divers remèdes usités contre la gale, même la pommade d'Helmerich, M. Bourguignon donne la préférence à la pommade de staphysaigre, qu'il prépare de la manière suivante : on prend 300 grammes de staphysaigre pulvérisé, qu'on fait digérer dans 500 grammes d'axonge fondue pendant vingt-quatre heures, à la température de 100 degrés. Après digestion, on passe à travers un tamis grossier et on obtient une pommade un peu rugueuse au toucher.

Au sujet de ce *modus faciendi*, M. Cadet de Gassicourt fait remarquer qu'il serait préférable d'employer la poudre impalpable de staphysaigre et de la mélanger simplement à l'axonge par trituration.

Quant au mode de traitement de M. Bourguignon, il est des plus simples : le malade commence par prendre un bain tiède ; puis on le frictionne avec la pommade quatre fois par jour sur toutes les parties du corps atteintes de démangeaisons et d'éruption. Le bain et les frictions doivent être répétés quatre jours de suite. Les précautions d'usage doivent être prises pour les vêtements.

M. Labesse termine sa note en faisant un rapprochement entre le traitement de M. Bourguignon, qui avait valu à son auteur un prix de 12000 francs, et la pommade grumeleuse et grossièrement préparée par un guérisseur.

(1) Mars 1900.

Traitement antiseptique de la phtisie.

M. René Couëtoux (de Blain) vient de réunir, dans une très intéressante monographie (1), les résultats qu'il a obtenus par les *fumigations*, dans le traitement de la phtisie.

Déjà, au dernier Congrès de Lille, il avait exposé les grandes lignes de sa méthode.

Il nous a semblé qu'il n'était pas sans intérêt, pour les praticiens, de faire une analyse rapide de ce nouvel opuscule.

La méthode consiste à vaporiser, dans la chambre des malades, un mélange de diverses substances, qu'on peut placer sur une veilleuse, par exemple, ou chauffer par tout autre moyen.

M. Couëtoux commence habituellement par la mixture suivante :

Créosote de hêtre..........	20	grammes.
Teinture d'eucalyptus.......	50	—
Alcool....................	150	—

En fumigations dosées par cuillerées à soupe.

« Quand cette médication aura produit un effet suffisant et qu'elle menacera de devenir excessive, ce qui tarde plus ou moins à se produire, suivant que le malade garde ou ne garde pas la chambre, je m'empresserai, dit M. Couëtoux, d'en cesser l'usage ou du moins j'alternerai son emploi avec celui d'autres substances médicamenteuses, ayant une action physiologique différente. C'est ici question de tact médical et de continuelle surveillance. Voici, par exemple, une autre mixture très convenable pour succéder à la première :

Acide lactique.............	20	grammes.
Acide benzoïque...........	30	—
Alcoolat de mélisse........	50	—
Alcool....................	100	—

En fumigations dosées par cuillerées à soupe. »

L'action antiseptique désinfectante, commencée par la première mixture qui contient de la créosote et de l'eucalyptus, sera sans interruption continuée par l'acide lactique et l'acide benzoïque de la seconde mixture. Mais l'influence desséchante du premier remède sera remplacée par l'action liquéfiante et la facilité d'expectoration, que procurent les acides et l'alcoolat de mélisse de la seconde mixture. On pourra ainsi varier la médication, suivant les diverses indications fournies par l'état du malade, sans interrompre

(1) Une brochure, Paris Doin.

jamais ce que M. Couëtoux a appelé la désinfection « à doses cliniques » de la chambre à coucher.

Ces fumigations paraissent en effet avoir une action désinfectante réelle sur les locaux habités par les malades, continuées après le décès d'un malade elles joueraient en outre un rôle prophylactique digne d'attirer l'attention.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La fatigue oculaire et le surmenage visuel (1), par Louis Dor, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Lyon.

M. Dor, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Lyon, vient de publier dans la collection des « Actualités médicales » une intéressante monographie sur la fatigue oculaire et le surmenage visuel. A notre époque de surmenage à outrance, cette étude est toute d'actualité.

M. Dor passe d'abord en revue les symptômes de la fatigue oculaire : fatigue des réflexes oculo-oculaires (réflexe de protection de l'appareil visuel et réflexe de vision proprement dits), — des réflexes alio-sensitivo-oculaires, et des réflexes oculo-alio-moteurs.

Après l'étude des symptômes, il passe à l'étude des causes.

La fatigue oculaire résulte de ce que l'action physique de la lumière a déterminé dans l'appareil visuel des réactions trop intenses.

Tantôt, l'appareil visuel étant normal, c'est la lumière qui a été ou trop intense ou trop faible; tantôt, au contraire, la lumière étant bien proportionnée pour un appareil visuel normal, c'est la défectuosité de l'appareil visuel qu'il y a lieu d'incriminer : cette défectuosité peut résulter de malformations ou de faiblesses congénitales ou d'altérations acquises de l'œil ou de l'organisme.

Le traitement de la fatigue oculaire est le repos de l'organe de la vue; mais il y a aussi un côté thérapeutique, qui consiste dans la correction des malformations congénitales ou acquises, et dans la guérison des maladies prédisposantes, et un côté prophylactique qui est l'entraînement par un exercice rationnel des fonctions affaiblies.

Le traitement varie, du reste, suivant qu'il s'agit d'enfants, d'adultes ou de vieillards.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'adjuvat. — Le jury est ainsi composé : MM. Farabeuf, Terrier, Tillaux, Broca et Rieffel.

Écoles de médecine. — *Caen.* — M. Bourienne est nommé chef de clinique chirurgicale.

Grenoble. — Un concours s'ouvrira le 19 novembre 1900, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale à l'École de médecine de Grenoble.

Guerre. — M. le médecin principal Schneider, rentrant de Perse, est affecté à l'hôpital de Marseille.

— Sont nommés pour les postes ci-après désignés :

M. le médecin-major de deuxième classe Garret, pour le 19e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Jolly, pour le 133e d'infanterie; — Jourdin, pour le 54e d'infanterie; — Trutié de Vaucresson, pour le 145e d'infanterie; — Martin, pour le 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — Gabrielle, pour le 14e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Mellies, pour le 41e d'infanterie; — Anthony, pour le 129e d'infanterie.

— M. Tabuson, médecin aide-major de première classe au 138e d'infanterie, est désigné pour être détaché pendant les saisons thermales de 1900 à l'hôpital d'eaux minérales de Bourbon-l'Archambault, en remplacement de M. le médecin aide-major de deuxième classe Boullier.

Marine. — Liste d'embarquement des officiers du corps de santé à la date du 8 mai 1900 :

MM. les médecins en chef Manson, Dhoste, Fontarbe, Balbaud, Jacquemin, Barret, Burot, Abelin.

MM. les médecins principaux (dix premiers) Vergos, Guézennec, Esclangon, Prat, Bellot, Hervé (A.), Duval, Philip, Frison, Pfihl.

MM. les médecins de première classe (dix premiers) Depied, Labadens, Duguet, Casanova, Lorin, Laborde, Grognier, Sisco, Tricard, Hagen.

MM. les médecins de deuxième classe Aurégan, Delaporte, Condé, Barbe, Aldebert, Thirion, Tuelle.

— M. le médecin principal Ludger et M. le médecin de deuxième classe Castex embarqueront sur le *Magenta* à la date du 1er juin prochain.

M. le médecin de deuxième classe Brunet, du cadre de Cherbourg, remplacera au 2e régiment d'artillerie, dans ce port, M. le docteur Ferrandini.

M. le médecin de première classe Emily, du cadre de Toulon, est désigné pour servir au 4e d'infranterie de marine.

M. le médecin de première classe Grognier, du cadre de Rochefort, est désigné pour aller servir aux troupes à la Martinique en remplacement de M. Branellec.

M. le médecin de deuxième classe Delaporte, du cadre de Brest, est désigné pour remplacer aux troupes à la Guyane M. Pichon.

MM. Branellec et Pichon seront affectés, à leur rentrée en France, le premier à Brest, le second à Rochefort.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 18e semaine, 1 099 décès, chiffre voisin de celui de la semaine précédente.

La fièvre typhoïde a causé 18 décès; la variole, 1 : la rougeole, 30 ; la scarlatine, 3; la coqueluche, 3; la diphtérie, 8.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration présentent une grande diminution; elles ont causé 119 décès, au lieu de 146 pendant la semaine précédente et au lieu de 123 (moyenne ordinaire de la saison).

La grippe a causé encore 4 décès.

La peste. — La peste a fait sa réapparition à Port-Saïd la semaine dernière. On y a constaté 14 cas et 7 décès. A Alexandrie il y a eu 2 décès. On signale aussi des cas à Suez et à Damiette.

Filles ou garçons à volonté. — Madame ou Mademoiselle Griffith Davis — c'est une Américaine — reconnaît dans le cycle des vingt jours de la vie menstruelle trois phases pendant chacune desquelles la susceptibilité à l'imprégnation varie pour le sexe à procréer. Ainsi, à dater de trois jours avant la menstruation jusqu'à huit jours après celle-ci, il ne se formerait que des filles; du dixième au quinzième jour après les règles, il ne se créerait que des garçons. Le neuvième jour serait « neutre », et le résultat de la fécondation alors incertain. Pendant cette période intermédiaire neutre, on pourrait avoir des jumeaux de sexe différent; ou si une fille est procréée, elle aura des caractères masculins — une garçonnière; si un garçon vient à se former, il sera efféminé. L'époque de l'immunité — encore un point social important — serait du quinzième jour après la menstruation jusqu'au troisième qui précède l'époque attendue. Pendant l'époque menstruelle, dit la doctoresse, les vibrations seraient plus élevées, plus vigoureuses chez la femme, et elle engendrerait des filles. (*Revue méd. de Montréal.*)

Le Directeur-gérant : François Le Soubd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

(1) In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION	PRIX DE L'ABONNEMENT :	LES BUREAUX
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS	FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr. UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr. Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.	sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — LE CONGRÈS DE NAPLES POUR LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MÉDECINE PRATIQUE. Le traitement de la pneumonie franche au XVIIIe Congrès allemand de médecine interne; — Les injections de sérum artificiel en psychiatrie. — FORMULAIRE. Contre le masque de la grossesse; — Pâte contre le psoriasis. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.— ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

LE CONGRÈS DE NAPLES

POUR LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Parmi les innombrables congrès internationaux auxquels nous sommes conviés en 1900, le Congrès international tenu à Naples du 25 au 28 avril 1900, et dont nous avons annoncé l'ouverture, est évidemment d'un intérêt tout d'actualité.

Après le Congrès de Berlin qui avait, l'an dernier, consacré la participation des gouvernements à la lutte contre la tuberculose, nous avons vu, un peu partout, comme en France, s'organiser des ligues réunissant les noms les plus illustres. Nous avons assisté à la formation de commissions officielles chargées de diriger le mouvement; enfin, aux dernières élections municipales, à Versailles notamment, des candidats ont fait figurer la lutte contre la tuberculose dans leur programme.

L'avenir nous montrera les résultats obtenus. Le Congrès de Naples est venu nous prouver, en attendant, que tout le monde travaillait avec ardeur.

D'une manière générale, on peut ranger sous quatre chefs distincts les communications faites au Congrès de Naples, suivant qu'elles concernent l'*étiologie*, la *prophylaxie*, la *symptomatologie* ou la *thérapeutique* de la tuberculose.

I. Parmi les communications relatives à l'*étiologie*, il faut signaler d'abord l'important travail que consacre le professeur de Giovanni (de Padoue), à l'étude des **prédisposés à la tuberculose**. Les conditions qui favorisent le développement de la tuberculose ne sont pas immuables, tant s'en faut : nous pouvons, dans une certaine mesure, les modifier, qu'elles soient héréditaires ou acquises. Il importe donc de fixer au plus tôt les caractères morbides de l'individu, afin de déterminer les mesures propres à transformer le prédisposé en un sujet résistant.

Chez l'enfant au-dessous de dix ans, le développement de l'appareil circulatoire fournit des renseignements précieux sur le degré de prédisposition tuberculeuse. On peut, à cet égard, distinguer trois types principaux : dans un premier type, la base du cœur est égale ou supérieure à l'indice cardiaque; les deux ventricules sont bien constitués; les systèmes artériel, veineux et lymphatique bien développés. A ce type appartiennent les enfants le mieux constitués; leurs fonctions sont normales et harmoniques, et leur nutrition florissante. C'est un état de santé complet, promettant d'être persistant.

Dans le deuxième type le cœur est petit, la base un peu inférieure à l'indice cardiaque, les ventricules sont en bonne proportion entre eux et avec la base; le système veineux et lymphatique n'est pas exubérant, le système artériel est bien développé dans toutes ses parties. Chez ces enfants dont la nutrition n'est pas florissante, on peut constater des anomalies de la dentition, plus tard apparaissent des manifestations lymphatiques, et même, si le cœur ne se développe pas comme il doit le faire, les accidents connus de l'adolescence et de la puberté.

Dans le troisième type, le cœur est anormal; la base du cœur est excédante par suite d'un plus grand développement du ventricule droit par rapport au gauche; les systèmes veineux et lymphatique sont très développés dans la peau, sous la peau, dans les cavités viscérales; le système artériel est en déficit un peu dans toutes ses parties. Les sujets de ce groupe se présentent sous deux aspects : ou bien ils ont bonne apparence, ce qui est dû à l'abondant pannicule graisseux sous-cutané; mais ils présentent de fréquentes manifestations catarrhales, eczémateuses, et des manifestations lymphatiques vraies; ou bien ils sont d'aspect grêle, de taille supérieure à leur âge; ils ont de fréquents troubles intestinaux; tôt ou tard ils présentent des accidents classiques de scrofule ou de tuberculose.

Chez l'enfant au delà de dix ans comme chez l'adulte, l'examen approfondi des systèmes squelettique, circulatoire et nerveux permettra d'affirmer la prédisposition tuberculeuse. Le squelette offre de nombreuses anomalies de développement, les os sont longs et grêles, l'ossification est souvent irrégulière; le cœur est petit ou asymétrique; le système artériel est en déficit, le système veineux exubérant. Les centres nerveux participent eux-mêmes à cet affaiblissement, ce qui explique la dystrophie générale des tissus.

Tels sont les principaux caractères qui jugent la prédisposition tuberculeuse. Leur connaissance approfondie s'impose d'autant plus au médecin qu'ils sont fréquemment modifiables, et parfois complètement curables.

La communication de MM. Lannelongue, Achard et Galliard précise l'**influence du climat sur l'évolution de la tuberculose expérimentale.** Ces auteurs ont inoculé le même jour une même dose de tuberculose dans la plèvre d'un grand nombre de cobayes, qu'ils ont ensuite répartis en des localités de climat différent. Voici d'ailleurs le détail de leurs expériences :

Dans une première série d'expériences, 150 cobayes mâles furent inoculés ensemble et répartis en trois lots de même poids comprenant chacun 50 animaux. L'un fut conservé à Paris, au laboratoire ; un second fut envoyé à la campagne, à Valmont ; un troisième au bord de la mer, aux Grandes-Dalles. Les courbes de mortalité montrent que celle du lot de la campagne est dès le début la plus élevée ; les deux autres se maintiennent longtemps aux mêmes niveaux, mais, vers décembre, celle de la mer s'élève et l'avantage reste à celle du laboratoire.

Dans une deuxième série d'expériences, sur 150 cobayes également, un premier lot demeura au laboratoire, un second fut envoyé dans les montagnes de la Haute-Loire, à 1000 mètres d'altitude, un troisième dans les bois de l'Isle-Adam. Ce dernier lot fut malheureusement détruit en partie par accident et ne peut entrer en ligne de compte. Mais pour les deux premiers, les courbes de mortalité montrent que celle de la montagne resta d'abord un peu au-dessous de celle du laboratoire, puis que, vers le mois d'octobre, elle la dépassa et se maintint depuis notablement au-dessus.

Ces résultats expérimentaux, bien que d'une interprétation délicate, présentent un grand intérêt : ils montrent, comme l'a fait remarquer M. Lannelongue, que l'influence du climat sur la marche de la tuberculose est loin d'être parfaitement connue, et nécessite encore, surtout au point de vue thérapeutique, de nombreuses recherches.

II. Plus nombreuses que les précédentes sont les communications relatives à la *prophylaxie de la tuberculose.* Aussi bien s'agit-il là d'un sujet capital, et digne à tous égards de fixer l'attention des médecins et des hygiénistes.

M. Ausset (de Lille) étudie les **parts respectives des pouvoirs publics et de l'initiative privée dans l'organisation de la lutte contre la tuberculose.** Pour que cette lutte produise quelque résultat, il faut absolument qu'il y ait collaboration étroite entre les pouvoirs publics et l'initiative individuelle. Sans les premiers, les efforts de l'initiative privée resteront fatalement stériles ; sans le secours des individus, les tentatives des pouvoirs publics sont, par avance, frappées d'impuissance.

L'action de l'État ne peut guère s'exercer d'une façon effective qu'à l'école et au régiment : à l'école, c'est le devoir des instituteurs d'enseigner aux enfants quelques principes d'hygiène, de leur faire comprendre ce que c'est qu'une maladie contagieuse, de leur dire que la tuberculose est *la* maladie contagieuse par excellence. Au régiment les chefs devraient veiller à la stricte observation des prescriptions de l'hygiène, et, en particulier, à la destruction totale des crachats bacillifères. Grâce à son action prépondérante dans ces deux milieux, l'État pourrait ainsi faire faire un grand pas à la lutte contre la tuberculose.

Quant à l'initiative privée, pour agir efficacement, il faut qu'elle fasse pénétrer dans le grand public les notions de contagiosité et de curabilité. Alors on pourra, à l'atelier, multiplier les crachoirs, et punir d'amendes les ouvriers qui ne les utiliseraient pas. Ces amendes, versées à une caisse de secours exclusivement fondée pour les ouvriers malades, ne seraient pas mal vues par ces ouvriers, qui, ainsi, prendraient peu à peu l'habitude de ne plus cracher sur le sol.

La désinfection des locaux a une très grande importance dans l'organisation de la lutte. Mais on ne peut songer à l'imposer avec une loi. Il vaut mieux faire de la prapagande, dire et redire au public, par les écrits et les paroles, que la tuberculose est rarement héréditaire ; quand cette notion sera acquise par tous, on ne se refusera plus à la déclaration des cas de tuberculose ; c'est l'idée d'hérédité encore si enracinée qui empêche actuellement ces déclarations. En revanche, il appartient aux pouvoirs de faire fréquemment désinfecter tous les locaux publics. De même, les grandes associations de prévoyance devraient imposer des désinfections périodiques à ceux qu'elles assistent. Il faudrait enfin créer des caisses de secours en faveur des familles des tuberculeux pauvres, caisses qui seraient alimentées par l'État, les départements, les communes, les dons des particuliers. Tels sont, d'après M. Ausset, les meilleurs moyens de combiner l'action des pouvoirs publics aux efforts de l'initiative privée, et d'arriver rapidement à d'importants résultats.

L'intervention de l'État, préconisée par M. Ausset, est encore admise par MM. Mennella, Rossi Doria et Kallivekos (d'Athènes). Le **projet de loi** de ce dernier auteur fait appel au concours des médecins et des pouvoirs publics, et comporte les dispositions suivantes :

1° Les médecins doivent interdire le mariage entre tuberculeux.

2° L'État doit émettre un projet de loi visant l'école, l'atelier, les administrations publiques et privées.

a. Les enfants des écoles seront examinés par un médecin spécial qui délivrera à chacun un livret de santé.

b. Les employés des administrations seront soigneusement visités et renvoyés s'ils sont tuberculeux.

c. On procédera à une inspection rigoureuse des prisons, de façon à isoler tous les sujets atteints de tuberculose.

d. Des mesures de désinfection seront prises dans les villes et dans les villages pour assainir le mobilier et les vêtements des malades.

e. La déclaration de la tuberculose est obligatoire.

f. Les cadavres des tuberculeux seront incinérés.

g. Il sera créé des sanatoriums populaires.

Les frais seront supportés par les contribuables, à l'aide d'impôts sur les frais médicaux, sur les salaires des ouvriers et sur la production de l'alcool.

Certaines de ces dispositions, d'ailleurs, sont actuellement appliquées en Italie.

Le comité romain de la Société italienne pour la lutte contre la tuberculose a obtenu que, dans les grandes administrations, les employés tuberculeux ne soient plus en contact, même passager, avec le public. Le ministre des finances a fait examiner soigneusement les ouvrières des manufactures de tabac et a renvoyé toutes celles atteintes de tuberculose. Le ministre de l'intérieur prépare un nouveau règlement sanitaire où toutes les questions relatives à la tuberculose sont longuement étudiées.

Parmi ces questions, l'une des plus importantes, la question de la **prophylaxie de la tuberculose dans les chemins de fer**, a été traitée avec une grande hauteur de vues par M. Sanarelli. Tout concourt à faire des wagons un centre

d'infection de premier ordre : le faible cubage d'air, la dessiccation prompte des crachats, la grande quantité de personnes — souvent tuberculeuses — qui s'y succèdent. Jusqu'à ces derniers temps, la tuberculose n'étant pas inscrite sur la liste des maladies contagieuses, les compagnies ne songeaient point à désinfecter leur matériel. Nous devons leur demander aujourd'hui de protéger les voyageurs, de les préserver de l'infection bacillaire, à l'aide des mesures suivantes, proposées par M. Sanarelli et adoptées par le Congrès :

Établissement de trois sortes de compartiments, un pour les voyageurs ordinaires, un pour les fumeurs et un pour les sujets non fumeurs qui crachent plus ou moins, ce dernier étant destiné aux phtisiques ; substitution du linoléum aux tapis et remplacement des étoffes recouvrant les banquettes et les dossiers par des tissus susceptibles d'être lavés ; suppression du chauffage à air chaud là où il existe encore, et usage des thermosiphons.

(*A suivre.*)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(11 MAI 1900)

Une longue et fort suggestive communication de M. Netter a occupé la presque totalité de la séance. Cette communication touche à deux points de l'histoire de la **méningite cérébro-spinale suppurée** : à la curabilité possible de la maladie et à l'utilité dans son traitement des bains chauds et des ponctions lombaires répétées.

La guérison de la méningite fut niée longtemps, et dès que l'on s'avisait d'en parler, on se heurtait à cette objection qu'il s'agissait en pareil cas de pseudo-méningite, de méningisme et non de méningite véritable.

Actuellement, le doute est impossible, puisque la ponction lombaire nous permet d'affirmer l'existence d'altérations organiques des méninges ; et l'on peut être assuré que toutes les formes de la méningite sont susceptibles de guérison, les inflammations simples aussi bien que les inflammations suppurées. Ce sont ces dernières dont s'occupe aujourd'hui M. Netter. Il a pu en observer 7 dans lesquelles la ponction lombaire a permis de retirer un liquide trouble laissant déposer un sédiment purulent jaune paille. L'examen microscopique a décelé la présence du diplococcus meningitidis de Weichselbaum. Chez tous ses malades, M. Netter a renouvelé les ponctions, parfois une seule fois, parfois deux et même jusqu'à dix. Le liquide retiré dans les ponctions ultérieures renferme habituellement beaucoup moins de microbes et quelquefois les cultures demeurent alors stériles. Le liquide est de moins en moins purulent. La guérison a été complète chez cinq malades. Un sixième présente encore de l'ankylose des deux articulations envahies au cours de la maladie. Le symptôme prédominant dans les sept cas rapportés a été la raideur de la nuque.

La guérison doit être attribuée avant tout à l'emploi systématique des bains chauds. Ceux-ci sont donnés à une température de 38 à 40 degrés, pendant une durée de vingt minutes à une demi-heure, et renouvelés nuit et jour toutes les trois ou quatre heures. D'après la statistique de M. Netter, la proportion des guérisons est de 63 p. 100.

M. Ménétrier rapporte une **observation de rage survenue malgré un traitement antirabique** peu de temps après ce traitement. La malade ne présenta comme symptômes que du spasme hydrophobique. Elle mourut dans une syncope.

MM. Mathieu et Roux rapportent **trois observations d'un type spécial de dyspepsie** survenue chez trois jeunes gens également surmenés. Ce syndrome était caractérisé par l'exagération de l'appétit, l'amaigrissement marqué, la dépression considérable des forces malgré l'abondance de l'alimentation, l'absence complète ou presque complète de phénomènes douloureux, l'hyperchlorhydrie, la stase alimentaire très minime avec hypersécrétion relativement abondante. C'est une simple variété de la maladie de Reichmann.

MM. Lenoir et Chauveau présentent les pièces anatomiques d'un **anévrysme de la portion ascendante de l'aorte** ouvert dans la veine cave supérieure.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement de la pneumonie franche au XVIIIe Congrès allemand de médecine interne.

Cette question, longuement étudiée dans deux rapports, a été en outre l'objet d'une discussion intéressante au Congrès qui vient de se terminer à Wiesbaden.

L'importance d'un traitement rationnel ressort, en effet, de la mortalité élevée de la pneumonie. On ne peut oublier que c'est l'affection des organes respiratoires qui, après la tuberculose, est le plus souvent mortelle.

Cette gravité provient, dans beaucoup de cas, du terrain même sur lequel évolue la maladie, et l'on sait que le diabète et le brightisme, la sénilité, la bronchite, l'emphysème, mais surtout l'alcoolisme modifient étrangement le pronostic de la pneumonie.

Un remède spécifique sera peut-être connu un jour. Mais, pour le moment, la question de la sérothérapie est encore à l'étude. Les travaux de Klemperer, Kruse, Pansini et Emmerich permettent seulement jusqu'ici d'affirmer que le sérum antipneumonique n'exerce aucune influence fâcheuse sur l'organisme.

Les rapports de MM. von Koranyi (de Buda-Pesth) et Pel (d'Amsterdam) montrent, qu'en attendant, le traitement de la pneumonie ne peut, et ne doit être que symptomatique. Les chances de guérison sont d'autant plus grandes qu'on aura moins cherché à influencer le cours régulier de l'affection par les remèdes dits *héroïques*.

De toutes façons, les soins *prophylactiques* ne doivent jamais être négligés. Ils porteront surtout sur la propreté de la bouche, du nez et du pharynx. La désinfection des crachats s'imposera complètement dans tous les cas.

Contre la fièvre M. von Koranyi recommande surtout la quinine, mais il emploie aussi volontiers le salicylate de soude, qui lui a donné de bons résultats.

Dans les formes asthéniques, il a toujours obtenu de bons effets des applications hydrothérapiques sous leurs différentes formes.

M. Pel diffère légèrement sur ce point. Il admet que des lavages réguliers de la peau avec l'eau froide sont agréables et salutaires, mais il estime que rien ne démontre le danger de l'hyperpyrexie de la pneumonie, qui est très courte. Aussi n'a-t-il jamais pu se décider à plonger dans l'eau froide les pneumoniques avec leur toux et leur dyspnée. Par contre, il attache une importance capitale à l'effet stimulant des affusions froides sur les nerfs cutanés et les centres bulbaires. M. Nothnagel (de Vienne) emploie toujours l'hydrothérapie sous toutes ses formes, enveloppements humides, bains froids et bains tièdes avec ablutions froides.

Contre la dyspnée, lorsqu'elle est très forte, lorsqu'elle s'accompagne de cyanose et de faiblesse du pouls, lorsqu'on constate les premiers signes de l'œdème pulmonaire, la sai

gnée est toujours indiquée. Dans certains cas même, elle pourrait, d'après M. Pel, sauver directement la vie du malade.

Les injections de sérum artificiel, combinées ou non avec la saignée, agissent favorablement sur l'ischémie du cœur et facilitent la diurèse en même temps que l'élimination des produits toxiques.

Pour *combattre la toux*, la poudre de Dower peut donner de bons résultats.

Pour faciliter l'*expectoration* l'iodure de potassium rend de grands services (Naunyn). On peut employer plus simplement l'eau chaude à l'intérieur, sous forme d'eaux minérales alcalines chaudes, qui agissent très favorablement surtout dans la bronchite et les catarrhes rebelles (Senator).

Contre la *douleur*, les applications chaudes ou froides et surtout les petites injections de morphine peuvent rendre d'inappréciables services.

Les formes atypiques nécessitent généralement l'emploi des *stimulants*.

L'alcool trouve ses indications dans bien des cas, mais il est surtout indispensable chez les alcooliques. Tout le monde est d'accord sur ce point. On ne doit pas l'administrer trop tôt, ni en trop grande quantité. Chez les jeunes gens il ne faut pas en donner trop; on peut en donner davantage aux gens plus âgés. M. Smith (de Marbach) fait observer cependant que l'alcool a pour effet de favoriser la dilatation cardiaque.

Outre des injections d'éther, M. Pel préconise le camphre comme le plus actif des excitants; il faut l'administrer tout d'abord à petites doses, que l'on peut augmenter selon la gravité du cas; on emploie de préférence une solution éthérée en injections hypodermiques.

Quant à la strychnine que l'on pourrait être tenté d'administrer pour relever la tension vasculaire, elle n'agit qu'à des doses convulsivantes, ce qui est un obstacle à son emploi [Pässler (de Leipzig)].

M. Schlültze (de Bonn) préfère le camphre et le café à l'alcool. Il estime que la digitale exige une grande prudence.

Enfin le repos au lit et une bonne alimentation constituent le meilleur moyen de combattre l'anémie consécutive à la pneumonie.

En somme, on le voit, rien de bien nouveau dans le traitement de la pneumonie, c'est d'ailleurs la caractéristique de beaucoup de congrès.

Les injections de sérum artificiel en psychiâtrie.

On sait que depuis longtemps un certain nombre d'auteurs, et en particulier M. Pierret (de Lyon), font jouer un grand rôle aux infections et intoxications dans la genèse des troubles mentaux. En prenant pour point de départ cette conception pathogénique, M. Jacquin, chef de clinique mentale à l'Université de Lyon, a eu l'idée d'essayer méthodiquement en psychiâtrie ces injections de sérum qui donnent de si merveilleux résultats dans la thérapeutique des maladies infectieuses.

Comme il nous le dit lui-même (1), son travail vient former le complément d'un article de M. Cullerre (2), publié pendant qu'il faisait lui-même ses recherches.

Avant ces travaux, l'utilité des injections de sérum dans certains troubles mentaux avait été seulement indiquée par MM. Chéron et de Fleury, Mairet et Virès, Toulouse, Régis, Chaslin et Séglas, Feuillade et tout récemment par M. Masbrenier.

Sans s'attarder longtemps sur le *manuel opératoire* qui est maintenant suffisamment connu de tous, M. Jacquin conseille cependant dans la pratique courante un procédé très simple et à la portée de tous; un trocart fin de l'appareil Potain, un tube en caoutchouc, un entonnoir de verre ou une seringue à hydrocèle préalablement désinfectée suffiront pour l'injection dans les régions riches en tissu cellulaire. La formule employée est celle dite de Hayem, qui est une dissolution de 7 grammes de sel ordinaire (sel de cuisine), dans un litre d'eau stérilisée.

Ce procédé est d'une application facile; nous retrouvons ici les mêmes *avantages* souvent signalés à propos des injections sous-cutanées de calomel.

Les pilules, les liquides, les cachets, etc., sont souvent refusés par les aliénés, et ces modes de traitement échappent à tout contrôle. Les injections sous-cutanées ne peuvent entraîner d'accident, elles constituent donc une méthode de choix chez les aliénés.

Quel que soit le *mode d'action* que l'on admette pour les injections de sérum, l'application ne change pas.

A la suite des injections de sérum artificiel aidées de lavements purgatifs, d'antiseptiques intestinaux, etc., l'urination devient normale, la constipation cesse, l'état général s'il était mauvais se modifie, la température tombe, les troubles mentaux disparaissent.

Les observations de M. Jacquin lui ont montré que le sérum agit plus par la quantité que par la qualité. Il fixe cette quantité entre 300 et 500 grammes et sauf quelques rares contre-indications déterminées par l'état du cœur ou du rein, les injections peuvent être prolongées impunément.

Elles sont *indiquées*, dans tous les cas où les troubles mentaux paraissent liés à des infections, à des auto-intoxications, c'est-à-dire à un empoisonnement de l'organisme et par suite du cerveau, soit par les microbes, soit par leurs produits de sécrétion, soit par des substances toxiques résultant de la formation exagérée ou de l'insuffisance d'élimination des poisons normaux.

Les folies des maladies aiguës infectieuses, délires fébriles, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, grippe, état puerpéral, psychoses post-opératoires sont autant d'indications.

De même la folie urémique, hépatique. M. Jacquin a également obtenu un succès dans l'épilepsie. Ce fait isolé mérite confirmation.

Chez les chroniques, on pourrait peut-être aussi avoir recours au sérum,

On le voit, cette méthode mérite d'être prise en considération, et d'être étudiée sérieusement avant d'occuper la place qu'elle semble mériter en thérapeutique mentale.

(1) *Ann. médico-psychol*,, 1900, nº 3.
(2) *Progrès méd.*, sept. 1899.

FORMULAIRE

Contre le masque de la grossesse.

Oxyde de zinc.............	0g20 centigr.
Précipité blanc............	0g10 —
Beurre de cacao........... } Huile de ricin............ }	10 grammes.
Essence de roses...........	x gouttes.

En onctions matin et soir sur le visage. (Lutaud.)

Pâte contre le psoriasis.

Acide chrysophanique..... } Acide salicylique.......... }	ââ 15 parties.
Oxyde blanc de zinc....... } Poudre d'amidon.......... }	ââ 25 —
Lanoline.................. } Vaseline.................. }	ââ 50 —

(Dubois-Havenith.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Guide pratique d'électrothérapie gynécologique, par M. Albert Weil. Préface de M. le professeur Gariel, membre de l'Académie de médecine (1).

L'électricité a fait de tels progrès dans le quart de siècle qui vient de s'écouler, que les praticiens qui ont terminé leurs études médicales, depuis un certain temps, n'ont sur cet agent de traitement que des notions vagues quand elles ne sont pas inexactes.

Il était utile de mettre à la portée des praticiens des renseignements précis et complets.

Le *Guide pratique d'électrothérapie gynécologique* de M. Weil décrit les diverses modalités de l'énergie électrique qu'on peut utiliser : la thérapeutique gynécologique, la technique minutieuse de leurs applications et la conduite à tenir dans chaque maladie en particulier ; il précise la valeur exacte du traitement électrique, les affections génitales des femmes dans lesquelles il constitue le traitement de choix, celles dans lesquelles il est tout à fait contre-indiqué.

Indiquer quels sont les cas où l'électrothérapie peut donner de bons résultats, comment il faut les traiter électriquement, avec quels appareils et surtout avec quelle technique — point fort important car bien des insuccès de l'électricité n'ont été dus qu'à une technique défectueuse — tel a été le but de ce guide.

Il se divise en deux parties. Dans la *première*, l'auteur expose les notions de physique indispensables aux médecins. Il montre que les modalités électriques utilisées en thérapeutique sont le courant continu, les courants faradiques, les courants galvano-faradiques, le courant alternatif sinusoïdal, le courant ondulatoire sinusoïdal, les courants de haute fréquence de M. d'Arsonval, les courants statiques, les courants statiques induits ; il expose en quoi consistent ces divers courants, comment on peut les obtenir, quels sont leurs effets sur l'organisme, en gynécologie en particulier, quelles en sont les diverses indications.

Dans la *deuxième partie*, M. Weil a repris toutes les maladies des organes génitaux de la femme pour lesquelles on peut employer le traitement électrique, soit comme méthode de choix, soit comme méthode d'attente avant l'intervention chirurgicale, soit comme pis-aller après l'échec d'interventions plus simples.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 21 au 26 mai 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 21 MAI, à une heure. — 5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Lannelongue, Delbet et Sébileau ; — (2e série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine et Gaucher ; — M. Lejars, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Poirier et Walther ; — (2e série) : MM. Delens, Tuffier et Legueu ; — (2e partie) : MM. Potain, Brissaud et Teissier ; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

MARDI 22 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Dieulafoy, Blanchard et Achard.

4e, *Faculté, salle n° 1* (1re série) : MM. Proust, Thoinot et Vaquez ; — *Petit amphithéâtre* (2e série) : MM. Grancher, Langlois et Dupré ; — M. Weiss, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Brun et Albarran ; — (2e série) : MM. Berger, Schwartz et Nélaton ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Charrin et Ménétrier ; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

MERCREDI 23 MAI, à une heure. — 4e, *Faculté, salle n° 1* : MM. Landouzy, Thoinot et Desgrez ; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Delens, Delbet et Legueu ; — (2e série) : MM. Lannelongue, Poirier et Mauclaire ; — M. Walther, suppléant.

VENDREDI 25 MAI, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Faculté, salles nos 2 et 3* : MM. Grancher, Joffroy et Heim.

4e, *Faculté, salle n° 1* (1re série) : MM. Pouchet, Gaucher et Wurtz ; — (2e série) : MM. Potain, Ch. Richet et Thoinot ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Lejars et Sébileau ; — (2e série) : MM. Jalaguier, Delbet et Broca (Aug.) ; — (2e partie) : MM. Hayem, Widal et Teissier ; — M. Déjerine, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 26 MAI, à une heure. — 4e, *Faculté salle n° 2* (1re série) : MM. Chantemesse, Chassevant et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Cornil, Pouchet et Langlois ; — M. Weiss, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Brun, Thiéry et Faure ; — (2e partie, 1re série) : MM. Dieulafoy, Roger et Ménétrier ; — (2e série) : MM. Joffroy, Raymond et Vaquez ; — M. Nélaton, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de province. — *Lyon.* — Un concours s'ouvrira le 19 novembre 1900, pour l'emploi de suppléant à la chaire de pharmacie et de matière médicale à l'École de médecine et de pharmacie de Grenoble.

L'École supérieure de pharmacie. — L'assemblée des professeurs s'est réunie la semaine dernière, afin de désigner le professeur qu'elle proposera au choix du ministre de l'instruction publique, comme directeur de l'École, en remplacement de M. Planchon, décédé.

Elle a désigné, comme nous l'avions fait pressentir, M. le professeur Guignard, directeur des travaux pratiques pour la micrographie.

Asiles d'aliénés. — Le concours pour l'adjuvat des asiles publics d'aliénés s'ouvrira :

1° Pour la première région (Lille et Nancy), à Lille (préfecture du Nord), le lundi 21 mai à neuf heures du matin.

2° Pour la deuxième région (Paris), à l'asile clinique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris, le lundi 28 mai à neuf heures du matin.

3° Pour la quatrième région (Montpellier, Bordeaux et Toulouse), à Montpellier (préfecture de l'Hérault), le lundi 28 mai à neuf heures du matin.

4° Pour la troisième région (Lyon), à Lyon (préfecture du Rhône), le mardi 5 juin à neuf heures du matin.

Les candidats admis à concourir devront être rendus exactement aux endroits, jours et heures indiqués par le présent avis.

Guerre. — Par décret du 8 mai 1900, la condition d'âge imposée aux docteurs en médecine admis à concourir pou rl'emploi de médecin stagiaire à l'École d'application du service de santé militaire est la suivante : avoir au moins eu vingt-huit ans au 1er janvier de l'année du concours.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Delaporte, désigné pour aller servir aux troupes à la Guyane, et M. Sarrat, officier du même grade embarqué sur le *Carnot*, sont autorisés à permuter.

M. le médecin principal Thémoin, du cadre de Lorient, est appelé à servir à la prévôté d'Indret, en remplacement de M. Jeaugeon.

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

M. le médecin de deuxième classe Ruelle, du cadre de Brest, est désigné pour aller remplacer au 5e régiment d'infanterie de marine, à Cherbourg, M. Daniel.

M. le médecin principal Geay de Couvalette, du cadre de Rochefort, est désigné pour remplacer au 5e régiment d'infanterie de marine, à Cherbourg, M. Clavel.

M. le médecin principal Sibaud, du 7e régiment d'infanterie de marine à Rochefort, passe, sur sa demande, au 4e régiment de garnison à Toulon, en remplacement de M. Rit.

M. Laugier, médecin de première classe au 11e d'infanterie de marine en Indo-Chine, vient d'être promu au grade de médecin principal.

— Ont été promus dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. Henry, médecin principal des colonies, en remplacement de M. Guérin, décédé.

Au grade de médecin principal des colonies. — M. Delrieu, médecin de première classe des colonies, en remplacement de M. Henry, promu.

Au grade de médecin de première classe. — M. Bresson, médecin de deuxième classe des colonies, en remplacement de M. Delrieu, promu.

La variole à Lyon. — Voici, d'après le *Lyon médical*, où en est l'épidémie de variole de Lyon.

Il est entré à l'hôpital des varioleux, du 16 février au 30 avril 1900, 308 varioleux qui ont fourni 66 décès.

Si, aux décès des malades hospitalisés, nous ajoutons ceux constatés à domicile, au nombre de 12, nous obtenons pour la période du 16 février au 30 avril, 78 décès, soit en chiffre rond une moyenne de 9 par semaine.

Additionnons ces 78 décès avec les 64 survenus du 24 juin 1899 au 15 février 1900, nous aurons une mortalité totale de 142 décès depuis le début de l'épidémie.

Voici la statistique des décès survenus à l'hôpital des varioleux par quinzaine pour la seconde période de l'épidémie : 16-28 février, 60 entrées, 17 morts ; 1-15 mars, 69 entrées, 13 morts ; 16-31 mars, 69 entrées, 16 morts ; 1-15 avril, 53 entrées, 11 morts ; 16-30 avril, 57 entrées, 9 morts. — Total : 308 entrées, 66 morts.

Depuis la semaine dernière la variole subit une augmentation très sérieuse. Il a été déclaré du 2 au 9 mai au bureau d'hygiène, 77 nouveaux cas, dont 44 sur la rive droite de la Saône. La mortalité variolique, qui était de 8 à 9 par semaine, y compris les décès des hospitalisés, depuis le 16 février, va dépasser ce chiffre en raison de la plus grande fréquence et de la gravité de la maladie, car la forme hémorragique est assez commune.

Cette nouvelle intensité engagera, nous l'espérons, les retardataires à recourir à la vaccination dont l'effet préservatif efficace est mis gratuitement à la portée de tous. On ne saurait trop le répéter, la petite vérole est la seule maladie évitable, et nos législateurs hésitent à inscrire l'obligation de la vaccine dans un projet de loi.

La peste. — L'apparition de la peste à Smyrne est officiellement confirmée. Le sultan a envoyé sur les lieux le docteur Nicolle, directeur de l'Institut bactériologique, et le docteur Collomi, président du conseil sanitaire.

Presque en même temps parvenait à Paris une dépêche de Constantinople démentant cette nouvelle. Quoi qu'il en soit, on doit maintenant surveiller étroitement nos ports de la Méditerranée.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Victor Jamin, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Le secret professionnel. — La chambre criminelle de la Cour de cassation a examiné le pourvoi formé par le procureur général à la Cour de Besançon contre l'arrêt de cette cour, qui, refusant de faire état du témoignage d'une sage-femme, dans une poursuite dirigée contre une fille Girard, prévenue de suppression de part, avait acquitté celle-ci.

La cour avait, en effet, jugé que ce témoignage avait été fait en violation du secret professionnel et que, dès lors, il devait être considéré comme nul et non avenu.

Le pourvoi du procureur général soulève donc cette question délicate.

La personne astreinte au secret professionnel est-elle tenue de le respecter, même en justice ?

M. le conseiller Boulloche et M. l'avocat général Feuilloley se sont successivement prononcés pour l'obligation absolue du silence ; ils ont donc conclu l'un et l'autre au rejet du pourvoi du procureur général à la cour de Besançon.

M. l'avocat général Feuilloley a insisté sur le caractère impératif du texte de l'article 378 du Code pénal, ainsi conçu :

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, *hors les cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs*, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de cent francs à cinq cents francs. »

Il a ajouté que l'obligation absolue de l'observation du secret professionnel résulte d'autant plus des termes de cet article qu'aujourd'hui il n'y a même plus de « cas où la loi oblige les dépositaires de secrets professionnels à se porter dénonciateurs ». En effet, cette exception, qui se référait aux articles 103 et suivants du Code pénal, a été effacée par la loi du 28 avril 1832 qui les a abrogés.

Divers arrêts de cassation, à la vérité, ont admis, surtout quand il s'agit de répondre à une interrogation en justice, la « discrétion facultative ». Mais il s'en faut que cette jurisprudence ait un caractère constant.

Un arrêt de la chambre criminelle de novembre 1885 a décidé que le médecin était tenu au secret professionnel et ne pouvait même pas en être relevé par la partie intéressée. Il a posé le principe de l'obligation du secret absolu, dans un intérêt d'ordre public.

La chambre civile de la Cour de cassation a, de son côté, par deux arrêts récents, dont le dernier est de mai 1899, appliqué ce principe.

Ces arrêts sont, d'ailleurs, conformes à la théorie soutenue par l'éminent criminaliste Faustin Hélie.

Il est d'avis, en effet, que si l'interpellation du magistrat enlève à la violation du secret professionnel le caractère délictueux qui, seul, pourrait permettre de frapper l'auteur de cette violation des peines prévues par la loi, celui-ci n'en manque pas moins au devoir professionnel. Dès lors, une déclaration ainsi faite ne peut être retenue. Elle doit être réputée inexistante.

L'analyse de tous ces textes et documents détermine l'avocat général à conclure énergiquement pour la consécration de la doctrine adoptée par la Cour de Besançon.

La chambre criminelle de la Cour de cassation a jugé, conformément aux conclusions du rapporteur, le conseiller Boulloche, et du ministère public, M. Feuilloley.

L'arrêt de la Cour suprême établit ce principe que l'obligation du secret professionnel, tel qu'il résulte de l'article 378 du Code pénal, est absolu, même en justice. (*Le Temps.*)

Hôpital Saint-Antoine. — *Radioscopie médicale.* — M. A. Béclère, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera, le dimanche 20 mai à 10 heures du matin et continuera les dimanches suivants à la même heure, dans la salle de conférences de l'hôpital, une nouvelle série de six conférences sur les premières notions de radiologie, indispensables à la pratique de la radioscopie et de la radiographie médicales.

Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Fistule vésico-vaginale opérée et guérie par la méthode du dédoublement, par M. Launay, chirurgien des hôpitaux de Paris. — Le Congrès de Naples pour la lutte contre la tuberculose (*fin*). — Séance de l'Académie de médecine. — Hygiène. Responsabilité des administrations dans la distribution aux populations urbaines des eaux contaminées. — Revue de la Presse. *Médecine* : Rapport des différentes formes cliniques du paludisme avec la morphologie de l'hématozoaire de Laveran ; — Sur un cas de polynévrite primitive simulant une polyarthrite ; — La mort par les courants électriques ; — *Chirurgie :* Traitement opératoire de la cirrhose du foie ; — *Laryngologie :* Le tubage en ville. — Chronique et nouvelles scientifiques.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE

OPÉRÉE ET GUÉRIE PAR LA MÉTHODE DU DÉDOUBLEMENT

Par M. P. Launay, chirurgien des hôpitaux.

Mme G..., quarante-deux ans. Aucun antécédent intéressant.

A eu trois accouchements. Au troisième, en avril 1899, l'accouchement est long et pénible, mais ne nécessite pas l'application du forceps, l'enfant vient mort. La malade est sondée par la sage-femme pendant huit jours, sans précautions spéciales d'asepsie ou d'antisepsie.

Dix jours après l'accouchement, la malade s'aperçoit que l'urine s'écoule par le vagin. L'urine contenait alors du pus et de l'albumine. Aucun traitement n'est tenté contre la fistule.

En août 1899, quatre mois après l'accouchement, la malade vient à Paris et entre à la Maison Dubois dans le service de M. Walther que je remplace.

L'état général est bon, la malade ne souffre pas, mais perd constamment ses urines par le vagin. Pas de température.

Les urines contiennent du pus et de l'albumine.

A l'examen du vagin, il est facile de découvrir une fistule vésico-vaginale située au fond du cul-de-sac antérieur et se prolongeant vers le cul-de-sac gauche. Elle est placée en avant de la lèvre antérieure du col utérin qui la borde, mais elle ne communique pas avec le col.

Le col présente une déchirure à gauche assez étendue, l'utérus et les annexes sont normaux.

La fistule large comme une pièce de deux francs n'est pas ronde mais ovale, allongée, obliquant vers la gauche, son extrémité gauche remontant très haut dans le cul-de-sac vaginal correspondant qui lui-même est adhérent et peu mobile.

Les bords cicatriciels sont peu épais, mais une bride résistante fixe et tend l'extrémité gauche de la fistule.

L'index entre très facilement dans l'orifice et rencontre un cathéter entré par l'urètre, la fistule siège au bas-fond de la vessie, mais est séparé, du col vésical par une bande de vessie assez large.

Pendant quelques jours la malade est mise au repos, et aux lavages vésicaux et vaginaux.

Le 12 août, la malade endormie et mise dans la position de la taille, je tends les parois vaginales à l'aide de larges valves et j'excise le bord cicatriciel de la fistule, ce qui est difficile à faire dans la portion gauche très élevée, non abaissable et pénible à atteindre. Puis j'incise, à droite et à gauche de la fistule, la muqueuse vaginale sur une étendue de 1 centimètre environ. Successivement alors je dédouble les bords de la fistule en avant et en arrière, entamant un peu le col utérin qui borde la fistule en arrière et passant à gauche au-dessus de la déchirure du col. Le dédoublement facile à faire à droite est très difficile à gauche, dans le cul-de-sac latéral du vagin, où la paroi est difficile à tendre avec les pinces érignes. Le décollement de la muqueuse vaginale est fait le plus largement possible, puis je place des fils d'argent, à l'aide de l'aiguille courbe de Reverdin, prenant le plus de tissus possible sans toucher à la paroi vésicale. Les sutures sont très difficiles à mettre dans l'extrémité gauche de l'orifice caché au fond du cul-de-sac et peu facile à étaler convenablement. Sonde à demeure dans la vessie, tamponnement du vagin à la gaze stérilisée.

Les suites opératoires sont simples, la malade ne souffre pas, urine régulièrement par sa sonde ; les tampons de gaze sont changés après quelques jours et le 24 août (douze jours après l'opération) les fils sont enlevés. Tous ont bien tenu. Pour savoir si un orifice ne persiste pas, j'injecte doucement dans la vessie et sans pression de l'eau bouillie colorée avec du permangate de potasse, rien ne sort par le vagin bien asséché et ouvert par les valves.

Tamponnement du vagin et maintien de la sonde à demeure. L'urine contient toujours du pus et est très odorante. On commence alors les lavages de la vessie pratiqués doucement, sans pression, avec de l'eau bouillie.

Quinze jours après l'opération la sonde vésicale est définitivement supprimée. Sous l'influence des lavages, l'urine devient plus claire et le pus moins abondant.

Au début la malade urine sans s'en rendre compte, mais peu à peu elle retient ses urines d'abord une heure, puis deux, puis n'urine plus que deux ou trois fois par jour au commencement de septembre.

Le 12 septembre (un mois après l'opération), je pratique

un nouvel examen à l'aide de l'eau colorée au permanganate. L'injection est poussée sans pression de façon à distendre la vessie et retenue dedans par compression de l'urètre sur la sonde. Rien ne sort par la cicatrice vaginale, la fistule est définitivement fermée.

La malade quitte la Maison Dubois au milieu de septembre, gardant ses urines pendant plusieurs heures consécutives. Les urines contiennent encore un peu de pus, et les lavages de la vessie sont continués.

En somme, guérison complète après une seule tentative, par le procédé de dédoublement appliqué à une fistule assez grande et élevée.

LE CONGRÈS DE NAPLES

POUR LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE (1)

Clinique et Thérapeutique.

III. Depuis que les maîtres de l'École française, et surtout le professeur Grancher, ont démontré que la tuberculose était la plus curable de toutes les maladies chroniques, la nécessité d'un diagnostic précoce s'est imposée à tous les esprits : M. Landouzy nous précise les **éléments de ce diagnostic** dans sa communication.

Bien qu'il ne faille négliger ni les symptômes de présomption fournis par l'habitus extérieur du sujet, ni les signes de probabilité, que donnent l'examen des urines et l'hématoscopie, c'est surtout à l'étude de la fièvre qu'il conviendra d'accorder une valeur décisive. De toutes les manifestations de l'infection bacillaire, la fièvre est en effet la plus précoce, comme la plus constante, mais il ne faut pas oublier qu'elle peut, parfois, au début, être presque latente. C'est dans ces cas que les injections de tuberculine permettront fréquemment de la mettre en évidence.

On peut encore, dans le même but, comparer la température du sujet immédiatement après une promenade assez longue faite dans l'après-midi, à celle que le malade présente à la suite d'une marche de même durée faite dans la matinée ; si les deux températures ne concordent pas; si la température du soir dépasse celle du matin, même d'une faible quantité, on pourra conclure, sans crainte d'erreur, à l'existence de la tuberculose.

Les précieuses facilités diagnostiques que procure au praticien l'emploi des méthodes actuelles lui confèrent une véritable magistrature de santé. Le tuberculeux a droit à toutes les vérités qu'on lui cachait naguère : il a droit à toute cette part de vérités qui travaillent à son salut et sauvegardent son entourage.

L'importance prépondérante du terrain dans la contagion, conduit à conseiller les procédés de puériculture et d'hominiculture pour que, demain, nous soyons réfractaires à la maladie et préparés à nous mieux défendre.

L'élevage des enfants appliqué suivant une méthode scientifique, l'éducation physique non plus tolérée, mais imposée, la tuberculose déclarée maladie obligatoire, la salubrité des habitations surveillée, l'alcoolisme dénoncé comme l'ennemi, l'assistance du tuberculeux et de sa famille organisée, l'instruction à tous ses degrés mise au service de la prophylaxie des maladies évitables, les lois protectrices de la santé, enfin, tels doivent être les objets des constantes préoccupations des familles et de l'État.

Ces préoccupations doivent mener : à modifier certains règlements visant le recrutement, les modes d'examen dans le conseil de revision et de réforme des armées ; à modifier les méthodes d'instruction et d'entraînement des recrues, puisque nous savons, que morbidité et mortalité d'armées sont fonction, moins de contamination militaire, que d'éclosion d'occultes tuberculoses, à la faveur des conditions de misère physiologique que peut traîner après elle la vie des jeunes soldats.

Il est d'autres magistratures de santé encore, que la précision du diagnostic met le médecin en demeure d'exercer, celles qu'impliquent les charges du médecin de famille moralement responsable de l'hygiène physique de chacun, aussi bien dans le choix d'un métier, d'une profession et d'une carrière que dans le choix d'une union.

Il faut que la *Minerva medica* préside aux mariages et les protège contre la tuberculose. Il faut que les familles soient averties que, dans le problème si délicat du mariage et de la tuberculose, il est d'autres questions que celle de la possibilité de contamination entre époux ; qu'il y a pour la descendance menace d'hériter de prédispositions tuberculeuses. Il faut enfin que, partout, on sache que tuberculose et syphilis sont facteurs de déchéances héréditaires. Tels sont brièvement énumérés, les avantages que comporte le diagnostic précoce de la tuberculose.

La communication de M. Landouzy vise surtout le diagnostic clinique de la bacillose : celle de MM. de Lannoïse et Girard s'adresse plus spécialement au diagnostic bactériologique, en indiquant une **nouvelle méthode pour la recherche du bacille de Koch dans les crachats des tuberculeux.**

MM. de Lannoïse et Girard emploient, pour solubiliser à froid le mucus bronchique et le pus, une solution aqueuse d'hypochlorite alcalin, telle que l'eau de Javel étendue de 2 à 3 fois son volume d'eau.

Le crachat est jeté dans environ dix fois son volume d'eau de Javel au tiers. Après avoir agité le récipient pendant quelques minutes on laisse les éléments mis en liberté déposer dans un verre conique pendant 24 heures, ou, mieux encore, on centrifuge tout le liquide dans un seul tube en plusieurs opérations et en décantant chaque fois ; on ne conserve finalement avec le dépôt que 2 à 3 cc. de liquide chloré.

Ce chlore est alors transformé en chlorure de sodium par l'addition de cinq à six gouttes de la solution de soude normale (40 gr. de soude par litre). Il est inutile de chauffer, la réaction est immédiate.

Le tube est rempli d'eau stérilisée et centrifugé une dernière fois. L'eau est décantée. Le dépôt est étalé sur des lamelles, séché, fixé, et coloré par les méthodes habituelles. Dans ce dépôt on peut rechercher les éléments histologiques des crachats. On les retrouve aussi dans des parcelles blanchâtres qui nagent dans la solution chlorée après la dissolution du mucus.

Au point de vue clinique, nous devons encore signaler les communications de MM. Maragliano, Sata et Boccardi : elles montrent, une fois de plus, les relations étroites qui unissent l'histopathologie et la clinique, et la nécessité de donner au traitement une base pathogénique.

M. Maragliano étudie dans son mémoire la **tuberculose devant la pathologie et la clinique.** On avait cru, au début, que du seul bacille de Koch relevaient toutes les lésions observées au cours de la tuberculose. Aujourd'hui, et après

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 565.

les travaux de Baccelli, de Babes et de l'auteur, on tend à considérer la phtisie comme le résultat d'une infection mixte due et au bacille de Koch et aux microbes pathogènes.

Cette **infection mixte** joue, d'après M. Sata, un rôle capital dans l'évolution de la tuberculose. Les complications les plus graves de la phtisie sont attribuables bien moins au bacille de Koch qu'aux microbes associés : la mort est, dans la plupart des cas, le résultat de l'infection mixte.

Cette infection peut survenir à toutes les périodes de la tuberculose. Ses symptômes caractéristiques sont : la fièvre atypique, l'expectoration abondante, l'inflammation pulmonaire plus ou moins intense. Elle relève le plus souvent du streptocoque, du staphylocoque, du pneumocoque, du bacille de Pfeiffer. Elle tient souvent sous sa dépendance la fièvre hectique et les lésions extra-pulmonaires; elle modifie lentement le processus tuberculeux. Il ne faut pas oublier enfin que ces microbes associés sont plus faciles à combattre que le bacille de Koch, et que c'est à leur disparition que sont dus les effets, parfois remarquables, de la cure climatérique.

Telles sont les manifestations cliniques de l'infection mixte. Il importerait encore de connaître la part de chacun des agents microbiens en présence, et particulièrement du bacille de Koch, dans la genèse des accidents constatés. A ce titre, la note que consacre M. Boccardi à l'étude de la **toxine tuberculeuse et de ses propriétés** présente le plus grand intérêt. En voici les principales conclusions.

La toxine tuberculeuse offre les réactions chimiques des nucléines. Injectée dans les veines, à doses assez considérables, elle détermine des thromboses étendues. A doses moindres, elle produit des thromboses capillaires, principalement dans le foie. A l'autopsie, le foie et le rein sont en pleine stéatose graisseuse.

L'injection intratrachéale de quantités très faibles de toxine détermine la production de nombreux foyers de pneumonie catarrhale. On trouve alors dans les alvéoles de nombreuses cellules blanches et quelques cellules géantes.

Ainsi donc la toxine tuberculeuse, introduite dans l'organisme, y provoque des phénomènes réactionnels variés. La **réaction du système nerveux sympathique** a été étudiée dans la communication de M. Papillon. Cette réaction (à la tuberculine) est loin d'être toujours univoque; à côté des cas où elle est suraiguë, évidente, il y en a d'autres, peut-être plus fréquents, où elle ne se manifeste que sur un organe, sur un appareil, et risque de passer complètement inaperçue.

Chaque sujet réagit à la tuberculine — tuberculine injectée ou tuberculine résorbée — suivant un mode particulier que déterminent ses prédispositions, héréditaires ou acquises : chacun a son point faible et réagit par ce point faible. Le lupique réagit par des modifications locales; un nodule pulmonaire ou articulaire s'entoure d'une zone de congestion, etc. Tel sujet à estomac prédisposé (hérédité, hygiène alimentaire) présentera le syndrome gastrique initial de la tuberculose; tel autre, de souche chloro-anémique ou prédisposé à l'anémie par une hygiène défectueuse, présentera, dès la période de germination, le type spécial de chloro-anémie prétuberculeuse. Un névropathe (héréditaire ou acquis) fera enfin de la neurasthénie prétuberculeuse.

Ce sont bien là des réactions dues au système nerveux sympathique, et leurs triples caractères de constance, d'évolution par stades et de précocité permettront de les préférer aux deux autres réactions — fébrile et phagocytaire — de la tuberculine dans le diagnostic de la période prétuberculeuse.

IV. Si nous laissons actuellement de côté la question des sanatoria, dont l'importance mérite une étude à part, on peut affirmer sans crainte que, des nombreuses communications relatives à la thérapeutique n'est pas encore sortie la médication spécifique de la tuberculose.

M. Coronedi préconise, pour le traitement des différentes formes de tuberculose, l'emploi d'**huiles grasses iodées.** Ces huiles, qui contiennent de 1 à 2 p. 100 d'iode, donneraient, paraît-il, d'excellents résultats.

La communication de M. C. Andrea (de Parme) concerne le **traitement des tuberculoses ganglionnaires par l'eau salée iodique**, et arrive aux conclusions suivantes : 1° le chirurgien ne doit opérer que lorsque la glande malade a acquis un volume considérable, a suppuré ou s'est caséifiée; 2° dans les autres cas, employer la cure iodique, avec injections d'eau salée iodique stérilisée. Continuer longtemps cette médication.

Après les huiles grasses et l'eau salée, voici maintenant l'**euphorbe**, que préconise M. Pénières. L'euphorbe agit comme stimulant de la circulation lymphatique. En provoquant un mouvement actif de désassimilation, de dénutrition locale, il s'oppose à la stagnation lymphatique, et par là même au développement des granulations tuberculeuses. Aussi, pourra-t-il être employé avec avantage dans certains cas de tuberculose locale, et, en particulier, dans les épididymites tuberculeuses.

La technique opératoire est la suivante : Injection de 1 à 3 centimètres cubes d'émulsion d'euphorbe, dosée à 1 quart de milligramme d'euphorbe par centimètre d'eau glycérinée; injections faites sous la peau au niveau de la tumeur, ou dans les abcès enkystés; injections répétées tous les huit à dix jours; traitement de lenteur, qu'il ne faut pas brusquer, facile à supporter, et qui n'exige pas le repos au lit.

La communication de M. Ruata nous ramène aux **inhalations continues**, faites avec un mélange d'alcool, de créosote et de chloroforme. Ces inhalations, employées avec prudence, donneraient de bons résultats.

Telles sont les formules proposées aux amateurs de médications nouvelles : pour notre part, nous avons la faiblesse d'avouer qu'aux huiles grasses iodées, aux inhalations continues, voire même à l'euphorbe, nous préférons de beaucoup la cure d'air en Normandie, ou encore un séjour hivernal dans nos stations de la côte d'azur. M. Brunon, dans sa communication sur la **cure libre en Normandie**, a dit l'influence heureuse du climat normand sur la tuberculose; M. Hérard de Bessé a rappelé, une fois de plus, que point n'était besoin d'aller chercher à l'étranger des stations hivernales pour nos tuberculeux, et que, sur la côte d'azur, la ville de Beaulieu joignait, à d'incontestables avantages hygiéniques, le charme d'une consonnance française.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(16 mai 1900)

M. Laborde a soumis une proposition qui a été adoptée à l'unanimité : il a proposé que l'Académie de médecine adresse à M. le ministre de la Guerre toutes ses félicitations pour la mesure qu'il vient de prendre en **interdisant les bois-**

sons alcooliques dans les casernes. On a rappelé avec raison que plusieurs commandants de corps, que le général Gallieni à Madagascar, n'avaient pas attendu l'ordre du ministre pour prendre cette sage mesure. Ils méritent donc également des félicitations de l'Académie. Mais ce ne sont là que des faits isolés, tandis que les conséquences de la circulaire ministérielle ont une autre importance. Il n'y a plus qu'à souhaiter que cette mesure, si sagement et si opportunément prescrite, soit aussi rigoureusement appliquée.

M. Lannelongue a présenté **deux jeunes monstres indiens** ; l'un est un garçon de huit ans qui porte sur son ventre un frère où plutôt un demi-frère, c'est-à-dire un tronçon de corps composé d'une colonne vertébrale partant du sternum, avec un dos, des bras, un semblant de bassin et des jambes. A la rigueur, on pourrait séparer cette partie du corps de l'enfant vivant sans lui faire courir un grand danger. Mais nous doutons fort que les parents consentent jamais à cette opération qui les priverait d'un gagne-pain trop facile. Nous nous souvenons avoir vu un fait analogue dans le service de Péan, à l'hôpital Saint-Louis, et nous voyons encore les protestations indignées des parents quand Péan leur fit la proposition de débarrasser leur enfant de la monstruosité qu'il portait. Ne voulait-il pas leur enlever le pain de la bouche !

M. A. Chipault présente un malade, atteint de **névralgie faciale**, guéri par la résection du ganglion cervical supérieur du sympathique.

On sait que, lorsque le traitement médical a échoué, ce qui n'arrive que trop souvent, le malade atteint de névralgie faciale se trouve en présence d'interventions chirurgicales peu encourageantes : les résections périphériques du trijumeau, sans danger, mais qui, le plus souvent, ne donnent que quelques mois de soulagement, et les résections du ganglion de Gasser, plus utiles, mais singulièrement difficiles puisque leur mortalité opératoire dépasse 25 p. 100. Or il semble, d'après leur pathogénie, souvent artério-scléreuse, d'après les lésions des vaisseaux du nerf qu'on y trouve, lésions limitées à la tunique interne et rappelant tout à fait celles qu'on obtient par l'irritation expérimentale des vaso-moteurs, enfin, d'après toute une série de leurs symptômes, d'ordre vaso-moteur, que les névralgies faciales soient une affection d'origine vaso-motrice. Rien ne serait dès lors plus logique que de les traiter par la résection du ganglion cervical supérieur du sympathique, qui fournit les vaso-moteurs, non seulement aux branches du trijumeau, mais encore à son ganglion gasserien et à ses noyaux encéphaliques, en somme, à la totalité du nerf en souffrance. C'est ce qu'a fait M. Jaboulay avec succès, dans un cas. C'est ce que, engagé par M. Abadie, M. Chipault a pratiqué chez un homme de soixante ans, atteint depuis trente-trois ans d'une forme extrêmement rebelle, grave et progressive de névralgie faciale, plus marquée sur le territoire du maxillaire supérieur. Tout avait été essayé sans succès, en particulier l'opium et le sulfate de quinine. Or, quarante-huit heures après l'opération, ce malade a cessé de souffrir ; il ne ressent plus qu'une insignifiante sensation de chaleur sur la gencive. Cette observation démontre tout au moins le bien-fondé de la théorie vaso-motrice de la névralgie faciale et l'intérêt de l'intervention qui en découle. En outre celle-ci, portant sur le cou et non sur la face, a l'avantage de ne laisser aucune cicatrice visible, elle n'entraîne point à sa suite les anesthésies qui gênent tant le malade, après les interventions sur le trijumeau, enfin elle est absolument sans dangers et sans inconvénients, si l'on s'en rapporte aux cinquante cas dans lesquels M. Chipault l'a déjà exécutée.

Les listes de présentation des candidats au titre d'associé national et de correspondant national de l'Académie ont été ainsi établies.

Candidats au titre d'associé national. — MM. Bondet (de Lyon), Andouard (de Nantes), Pierret (de Lyon), Morache (de Bordeaux), Henrot (de Reims) et Cazeneuve (de Lyon).

Candidats au titre de correspondant national. — En première ligne, M. Laroyenne (de Lyon) ; en deuxième ligne, M. Duret (de Lille) ; en troisième ligne et *ex æquo*, MM. Crivelli (de Melbourne), Gaulard (de Lille), Jeannel (de Toulouse) et Mouchet (de Sens).

Il n'était pas encore quatre heures et il n'y avait plus rien à l'ordre du jour.

HYGIÈNE

Responsabilité des administrations dans la distribution aux populations urbaines d'eaux contaminées.

Il y a quelque temps, cette question ayant été soulevée à la Société de médecine légale, par MM. Danet et Thoinot, une commission fut chargée de l'étudier spécialement. Dans la séance de lundi dernier, M. Lefuel, au nom de la commission, a lu un rapport qui peut se résumer ainsi :

Le but qu'on se propose d'atteindre, c'est d'établir effectivement la responsabilité du maire qui, d'après la loi du 5 avril 1884, a la charge de la police sanitaire dans sa commune. S'il manque aux droits et aux devoirs que lui donne la loi, il en doit porter la peine. La commission pense que ce principe et la sanction qu'il comporte peuvent facilement être inscrits dans le projet de loi sur la protection de la santé publique, actuellement soumis au Sénat.

De plus, la commission pense qu'il faut également viser les établissements publics et privés.

Voici donc les additions qu'elle propose d'introduire dans les articles 9 et 26 de la loi en préparation :

« Art. 9. — § 1. Le maire est chargé d'assurer la salubrité publique. Il reçoit les déclarations prescrites par l'article 5 et en contrôle l'exactitude.

§ 2. Dès qu'une épidémie se produit dans un hôtel ou dans un établissement public ou privé, le maître de l'hôtel ou le directeur de l'établissement, ou à leur défaut celui qui les remplace régulièrement, est obligé de signaler la situation au maire, qui sur-le-champ lui délivre un récépissé de sa communication.

§ 3. Le maire doit immédiatement faire part à l'administration supérieure de toute épidémie dont il constate l'existence ou dont il est avisé de quelque manière que ce soit... (Le reste, comme à l'article 9 du projet de loi.)

Art. 26. — Seront punis d'une amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, de 500 à 1000 francs : les maîtres d'hôtels, les directeurs d'établissement public ou privé, ou à leur défaut celui qui les remplace régulièrement ; les maires qui, en cas d'épidémie, ne se seront pas conformés aux obligations prévues aux paragraphes 2 et 3 de l'article 9 ; enfin tous ceux qui auront mis obstacle à l'accomplissement des devoirs des maires et des membres délégués des commissions sanitaires, en ce qui touche l'application de la présente loi. »

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Rapport des différentes formes cliniques du paludisme avec la morphologie de l'hématozoaire de Laveran. — M. X. Lewkowicz admet que les parasites de la fièvre tierce ou quarte ordinaire sont situés à l'intérieur des globules rouges, tandis que les parasites des fièvres à longs intervalles, corps en croissant (Halbmond) et jeunes parasites (Ringelchen), seraient extra-globulaires tout en appartenant à une même espèce. L'auteur est ainsi de l'avis de M. Laveran qui n'admet qu'une seule espèce de parasites; il croit seulement à l'existence de plusieurs variétés, du reste instables et pouvant se transformer les unes dans les autres.

Les observations de l'auteur l'ont conduit à penser que les corps en croissant se développent en vingt-deux jours; au bout de ce temps, ils donnent naissance à une génération nouvelle vraisemblablement par segmentation; l'accès de fièvre lié à ce travail de reproduction ne se reproduirait ainsi qu'à de longs intervalles, ainsi serait créé un type de fièvre particulier aux corps en croissant.

Les parasites des fièvres tierce ou quarte, donnant une génération nouvelle de parasites, tous les trois jours par exemple, détermineraient une fièvre dont les accès se répéteraient au bout d'un pareil laps de temps.

M. Lewkowicz base ces assertions sur une série de cas qui paraissent assez démonstratifs, à l'exception de deux cependant, dans lesquels les intervalles de fièvre furent de quinze jours, bien qu'on ait constaté dans le sang la présence de corps en croissant.

En revanche, l'auteur fait remarquer qu'il n'a jamais observé de fièvre à long intervalle dans les cas de fièvres tierces ou quartes bénignes, ni même dans les cas de fièvres tierces malignes quand le sang ne contenait pas de corps en croissant; on ne constate ces longs intervalles de fièvre que dans les cas de fièvre maligne où on les observe.

L'auteur admet que les moustiques servent d'agents de transmission, d'intermédiaires uniques entre un paludique qu'ils piquent et l'homme sain auquel ils inoculent la maladie; il fait remarquer que les cas de malaria primitifs, par opposition aux cas récidivés, se montrent dans les premiers jours de chaleur, au printemps; ce sont des cas de fièvre tierce bénigne; en été et en automne on observe aussi quelques cas de ce genre, mais ils ne sont pas nombreux et semblent plutôt en décroissance; M. Lewkowicz en conclut que les infections chroniques à corps en croissant qui persistent l'hiver peuvent seuls servir de matériel d'infection, leur parasite accomplissant sans doute quelque phase de son évolution dans le corps des moustiques pour se transformer en parasite de la fièvre tierce; d'où l'idée qu'il émet de traiter par la quinine les cas chroniques l'hiver pour prévenir l'épidémie de cas nouveaux au printemps ou de donner de la quinine pendant une ou deux semaines l'hiver aux populations qui habitent des pays de paludisme.

Il n'y aurait qu'à féliciter l'auteur de ses vues originales s'il avait su se borner à l'observation clinique ou à l'expérimentation animale, mais on ne saurait se montrer trop sévère pour les expérimentateurs qui, comme lui, ne craignent pas de faire servir les malades à des expériences du genre de celles que M. Lewkowicz relate sous la rubrique : cas 6.

Il s'agit d'un enfant hydrocéphale, âgé de cinq ans, auquel M. Lewkowicz inocula par la voie intra-veineuse 1 centimètre cube de sang provenant d'un malade atteint de fièvre tierce bénigne, mais porteur des formes parasitaires de la fièvre maligne. Ces parasites, qui sans doute ne trouvaient pas un terrain favorable chez ce malade en partie immunisé, manifestèrent au contraire leur vitalité entière sur le terrain vierge que leur fournit M. Lewkowicz. En effet, cinq jours après l'inoculation, l'enfant eut un accès particulièrement grave de fièvre tierce maligne, avec température de 41°5 et une quantité énorme de parasites; on dut le traiter énergiquement par la quinine pour l'en débarrasser.

Des expériences de ce genre devraient être justiciables des tribunaux; elles doivent en tous cas soulever la réprobation de tous ceux qui ont encore quelque idée de la conscience et du sens moral. (*Wiener Klin. Wochens.*, 1900, n°s 9 et 10.) P. V.

Sur un cas de polynévrite primitive simulant une polyarthrite, par M. A. Lupi. — Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, qui, après avoir été exposé au froid, fut pris de malaise et au bout d'une semaine présenta, avec de la fièvre, du gonflement douloureux des articulations, et des douleurs dans les extrémités à type névralgique. Les douleurs et le gonflement des articulations disparurent, tandis que persistaient la fièvre et l'accélération du pouls; puis après une défervescence régulière en lysis, le pouls augmenta rapidement (140 pulsations sans fièvre) et on constata une paraplégie flasque des membres supérieurs et inférieurs.

M. Lupi s'arrête au diagnostic de polynévrite, se basant sur les lésions du pneumogastrique (accélération du pouls sans troubles respiratoires), sur la réaction de dégénérescence et sur les douleurs qui existent sur le trajet des nerfs.

Cette forme de polynévrite est intéressante à retenir, car au premier abord on pourrait la confondre avec une affection articulaire. (*Il Morgagni*, n° 11, 1899.) L. G.

La mort par les courants électriques. — MM. Prevost et Batelli ont consacré un important mémoire à l'étude de cette question si intéressante et encore si controversée. Voici leurs conclusions :

1° Le cœur de l'homme, comme celui des animaux, est paralysé par un courant à basse tension;

2° La mort dans les accidents de l'industrie électrique ne peut être attribuée à l'arrêt de la circulation considéré comme cause immédiate; elle est due à la paralysie primitive du cœur;

3° Dans les courants à haute tension, quand les contacts sont intimes et que le cœur se trouve sur le trajet du courant électrique, il n'est pas paralysé; c'est dans ces cas que la respiration se rétablit, comme on l'a observé chez les condamnés à mort électrocutés en Amérique;

4° Dans l'industrie électrique, les contacts sont plus ou moins imparfaits; et les courants à haute tension, agissant alors comme ceux à basse tension, produisent la mort par paralysie du cœur;

5° La différence des résultats (mortels ou non), dans les graves accidents de l'industrie électrique, peuvent s'expliquer de deux façons : ou bien la durée du contact est trop brève pour provoquer la paralysie, ou bien celle-ci, chez l'homme, n'est pas toujours définitive. (*Revue méd. de la Suisse romande.*) [illegible]N.

CHIRURGIE

Traitement opératoire de la cirrhose du foie, par M. V. D. Chervinskii. — La malade, femme d'instituteur, âgée de trente-huit ans, de tempérament scrofuleux et de souche alcoolique, présente depuis quatre mois de l'ascite. Elle pèse 65 kilos, a des nausées, de la diarrhée; l'appétit est cependant assez bon. Le ventre mesure 98 centimètres de tour. Foie atrophié, non bosselé, à bord libre presque tranchant. Rate hypertrophiée. Artères un peu scléreuses. Le traitement médical ou antisyphilitique étant demeuré sans résultat, on se décide pour l'opération de Talma.

Le 27 octobre, le professeur Bobrovf fait une incision de 5 centimètres sur la ligne médiane et suture à la plaie le grand épiploon. Pendant la quinzaine qui suivit l'opération,

la malade sentit assez mal : son poids était de 59 kilos et le ventre se remit à enfler. On prescrit alors de l'arsenic, du fer, des toniques et la diète lactée. Le 31 décembre, le ventre commence à diminuer : amélioration progressive. Le 9 février 1900, la malade va très bien : selles régulières; l'épanchement ascitique est devenu insignifiant.

Dans la discussion, M. D. Titovf rappelle deux opérations semblables. Dans un cas, le malade mourut de péritonite. Dans le second, homme de vingt-sept ans, ayant tous les signés d'une cirrhose, on sutura au péritoine pariétal le grand épiploon et la rate. Le malade guérit et survécut trois mois, mais vers la fin il fallut le ponctionner onze fois, à cause de la reproduction de l'ascite. Titovf remarque encore que, chez l'opérée de Bobrovf, la circulation sous-tégumenteuse abdominale est peu développée : il est vrai que les veines sous-péritonéales peuvent l'être, ce qui serait suffisant. (Soc. thérap. de Moscou, 9 février 1900, et *Wratch*, 1900, n° 12, p. 370.)

LARYNGOLOGIE

Le tubage en ville. — Nous avons donné récemment (1) le résumé d'une statistique de M. J. Trumpp qui semblait attester la supériorité du tubage pratiqué en ville sur la trachéotomie, il paraît intéressant et utile de reparler de cette question à propos d'une statistique publiée par M. Slawyk [de Berlin (2)], de laquelle il ressort clairement que le tubage donne des résultats bien supérieurs à la trachéotomie.

M. Slawyk, dont la statistique hospitalière est basée sur un total de 702 cas, constate que le tubage donne 52 guérisons p. 100, tandis que la trachéotomie primitive ou secondaire n'en donne que 38 p. 100 environ, c'est-à-dire moins des deux tiers du chiffre de guérisons donné par l'intubation.

La supériorité du tubage hospitalier semble donc incontestable, mais comme les accidents mortels liés à son emploi dans la pratique urbaine résultant de détubation spontanée (10 cas) ou d'obstruction du tube (3 cas) sont assez rares, si l'on se fie à la statistique de M. Trumpp : 13 morts de ce fait sur 4066 intubations pratiquées en Amérique. Cette proportion de moins de 2 cas de mort p. 1000, ne modifiant que d'une façon insignifiante les chiffres comparés de mortalité consécutive à la trachéotomie et au tubage, l'emploi de ce dernier paraît devoir s'étendre à la clientèle de ville.

Les chiffres fournis par ces statistiques confirment les résultats annoncés par M. Jacques [de Marseille (3)] et par M. Castelain (4). Ces deux auteurs préconisent le tubage dans la clientèle privée : le second l'a pratiqué sur 42 enfants, sans observer un seul rejet du tube; il n'a jamais constaté d'obstruction. Le premier a pratiqué en ville 190 tubages; sur ce nombre, il n'a jamais constaté d'obstruction rapide et assez complète pour amener l'asphyxie et la mort en peu de temps; l'enfant ordinairement fait, en pareil cas, des efforts suffisants pour se débarrasser de ce tube qui le gêne; il faut même, en cas de suffocation grave et subite, faciliter ce résultat en recommandant de pencher l'enfant sur le bord du lit, la tête très basse. M. Galatti prescrit aussi d'asperger d'eau froide le petit malade. Le même auteur n'a constaté que cinq fois l'obstruction du tube dû au refoulement de la fausse membrane au moment de l'opération; il conseille d'oindre d'huile stérilisée le tube lors de son introduction pour faciliter le glissement et éviter cet accident; de l'avis des Américains, les tubes longs s'obstruent moins facilement que les courts, M. Jacques est également de cet avis; si l'obstruction se produit néanmoins par ce mécanisme, il faut conserver le fil qui tient le tube, faire prendre à l'enfant un peu de cognac ou de rhum pour provoquer une forte toux qui détachera la fausse membrane si elle était mobile (bruit de drapeau flottant), et la projettera dans la bouche à travers la canule, ou bien détuber de façon à entraîner la fausse membrane adhérente au tube, puis retuber. On n'enlèvera le fil que quand la respiration se fera régulièrement et sans bruit anormal, mais il faut l'enlever si l'on ne veut pas provoquer de détubation.

Le déplacement spontané du tube serait fréquent (20 p. 100 des cas); quand il n'a lieu que trente-six heures après l'intubation, la respiration se rétablit le plus souvent d'elle-même, sans qu'il soit besoin de retuber; s'il a lieu avant, la dyspnée reparaît lentement, de quatre à seize heures après, il faut alors réintuber. Dans un cas de détubation répétée, lors des quintes de toux, M. Jacques a évité une trachéotomie, en recommandant au père de l'enfant de placer son index sur la tête de l'appareil au moment des quintes. M. Castelain se sert toujours d'un tube supérieur au calibre du tube qu'on préconise généralement pour un enfant de l'âge de celui qu'il opère. Le frottement ainsi produit empêcherait le rejet du tube. M. Castelain change le tube tous les jours. M. Jacques se sert du tube d'O' Dwyer, modèle 1886.

Il est inutile d'insister sur la nécessité d'adjoindre la sérothérapie au tubage; elle en est un auxiliaire indispensable.

P. V.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 12 avril 1900, n° 43.
(2) *Centralbl. f. Chir.*, 1900, n° 14, p. 399.
(3) *Rev. des mal. de l'enf.*, 1899, C. R. in *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1899, n° 95, p. 1136.
(4) *Rev. hebd. de laryngol.*, 1899, p. 333.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

XIIIe Congrès international de médecine (Paris, 2-9 août 1900). — *Section d'otologie.* — 1. Les membres du Congrès qui désirent faire des communications, sont priés d'en envoyer le titre et le résumé (autant que possible en français) avant le 1er juin 1900.

2. Des appareils à projections seront à la disposition des auteurs de communications.

3. La demande d'adhésion doit être adressée au secrétariat général, 21, rue de l'École-de-Médecine, à Paris. Le montant de la cotisation (25 francs) doit être joint à cette demande.

4. Une réduction de 50 p. 100 est consentie par la plupart des Compagnies de chemins de fer et de transports maritimes.

La médaille des épidémies en Algérie. — Un récent décret réglemente les récompenses honorifiques qui peuvent être décernées par le président de la République, sur le rapport du ministre de l'Intérieur, à l'occasion des services rendus en Algérie pendant les épidémies, ou en matière d'hygiène publique.

Ces récompenses sont les suivantes : mention honorable, médaille de bronze, médaille d'argent, médaille de vermeil, médaille d'or.

La médaille est d'un module de 27 millimètres, avec bélière de même métal.

La médaille est suspendue à un ruban tricolore de 3 centimètres, dont les bandes sont verticales et égales entre elles. Pour la médaille d'or, le ruban porte une rosette tricolore du diamètre de 15 millimètres.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Fêtes de l'Ascension et de la Pentecôte.* — A l'occasion des fêtes de l'Ascension et de la Pentecôte, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir des 22 mai et 1er juin 1900 seront respectivement valables jusqu'aux derniers trains des journées des 29 mai et 7 juin.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 58. — SAMEDI 19 MAI 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 19 MAI 1900. — N° 58.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Revue générale. La pression artérielle et ses variations à l'état de santé et dans les maladies, par MM. G. Reynaud et D. Olmer, internes des hôpitaux de Marseille. — Séance de la Société de chirurgie. — Médecine pratique. Le traitement des cancers inopérables de l'utérus; — Le traitement électrique de la sciatique; — Traitement des pannus granuleux par le crayon au nitrate d'argent; — Les compresses d'alcool comme traitement du péritonisme et des coliques appendiculaires. — Thèses soutenues a la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

La pression artérielle et ses variations à l'état de santé et dans les maladies.

Par MM. G. Reynaud et D. Olmer, internes des hôpitaux de Marseille.

Déterminer les conditions générales de fonctionnement de l'appareil cardio-vasculaire dans les états pathologiques est un problème dont la solution intéresse à plus d'un titre le clinicien par les renseignements qu'il peut en déduire pour le diagnostic et pour le pronostic, et par les indications thérapeutiques qui en découlent. L'examen attentif du cœur, l'exploration du pouls fournissent des données dont on a depuis longtemps apprécié la valeur. Les variations pathologiques de la pression artérielle, c'est-à-dire de *la pression exercée par la masse sanguine contre les parois vasculaires*, ont fait depuis quelques années l'objet de nombreuses recherches; et l'on s'accorde à reconnaître aujourd'hui que l'importance de l'étude de la tension artérielle et de ses modifications est énorme; on voit de plus en plus au cours de son étude qu'elle comprend dans ses applications toute la pathologie [Huchard (1)].

Le jeu normal de la circulation nécessite en effet une harmonie parfaite entre tous les organes qui concourent à l'exercice de la fonction : l'on constate des modifications sensibles de la pression artérielle, dès que cet équilibre se trouve rompu, ce qui se produit dans la plupart des processus morbides, et d'une façon plus générale sous l'influence des multiples causes capables de déterminer des réactions cardio-vasculaires plus ou moins énergiques et durables.

La pression du sang dans les artères est la résultante de trois facteurs différents : la masse sanguine, la résistance des parois vasculaires, la puissance contractile du myocarde; elle est constamment soumise à la triple influence de causes mécaniques, toxiques et nerveuses, suivant la division adoptée par M. François-Franck (1). Mais ces divers éléments sont rarement isolés en clinique; ils s'entremêlent le plus souvent, soit pour additionner leurs effets, soit encore pour atténuer dans une certaine mesure des écarts nuisibles par l'intervention salutaire « des moyens de défense dont l'organisme dispose et de ceux qui sont à la disposition du clinicien ». Ces réserves faites, nous serons autorisés à nous appuyer à l'occasion sur ces données pathogéniques pour établir le plan de notre exposé.

Mais avant d'étudier les variations de la pression sanguine chez l'homme malade, il importe de préciser le taux de la tension chez l'homme sain et ses oscillations dans les divers états physiologiques; il importe aussi d'indiquer la valeur des nombreux procédés cliniques qui permettent d'apprécier les modifications de la pression artérielle.

Cette étude peut donc être divisée en trois chapitres :

1° Procédés qui permettent d'apprécier la pression artérielle en clinique.

2° La pression artérielle chez l'homme sain et ses oscillations dans les divers états physiologiques.

3° La pression artérielle dans les maladies. Hypertension et hypotension : causes qui les déterminent; conséquences morbides; valeur séméiologique et thérapeutique.

I

Procédés qui permettent d'apprécier la pression artérielle en clinique. — A. Le médecin peut être renseigné sur la valeur approximative de la pression artérielle sans instrumentation spéciale, par l'examen du malade, la recherche des signes cardiaques et artériels, des modifications quantitatives et qualitatives des urines. Les précieuses indications fournies par l'examen du cœur et par les caractères du pouls sont trop connues des cliniciens pour qu'il soit utile de les rappeler ici.

Nous devons cependant insister sur la valeur séméiologique de la *stabilité* et de l'*instabilité du pouls*, étudiée récemment par Huchard (2) et contrôlée par de nombreuses observations : à l'état normal, le nombre des pulsations augmente de 8 à 10, quand l'individu passe de la position couchée à la position debout; chez l'hypotendu, cette différence augmente; elle tend à disparaître et peut même présenter le type inverse chez l'hypertendu.

(1) Huchard. Soc. méd.-chir., 23 janv. 1899.

(1) François-Franck. Défense de l'organisme contre les variations anormales de la pression artérielle, *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 21 juillet 1896.

(2) Huchard. Soc. méd.-chir., 9 janv. 1899.

M. Jaccoud attache une grande importance à la *récurrence palmaire* qui devient imperceptible lorsque l'abaissement de la tension est très marqué.

M. Gautrelet (1) détermine d'une façon indirecte par *l'examen des urines* le taux approximatif de la pression artérielle : « Si le rapport du pourcentage du volume urinaire est supérieur au rapport des éléments fixes urinaires, on peut affirmer qu'il y a hypertension artérielle et la cause de cette hypertension est donnée par les rapports secondaires. »

Quant au *procédé des deux index* proposé par Gallois (2) pour constater l'existence de l'hypertension, il ne présente le plus souvent aucun avantage : comme le fait remarquer Huchard, il suffit d'appliquer son oreille sur le côté droit du sternum, et l'on entend un renforcement marqué du deuxième bruit quand la tension est augmentée dans la grande circulation.

B. Mais ce sont là des méthodes peu précises, parfois même infidèles : trop de facteurs entrent en jeu pour que l'on puisse se contenter d'une approximation souvent inexacte, et il est nécessaire de recourir à la mensuration d'autant plus que (pour la fièvre typhoïde par exemple où les modifications du pouls ont une valeur pronostique importante) les notions acquises ne concordent pas toujours avec la loi de M. Marey [Alezais et François (3)]. Il convient d'ajouter aussi que les résultats fournis par ces procédés sont souvent difficiles à interpréter, surtout lorsqu'on a intérêt à dépister une hypertension ou une hypotension précoces : c'est ainsi que MM. Gilbert et Castaigne ont pu constater un abaissement de la pression artérielle chez certains pneumoniques, alors que l'examen du cœur et l'exploration digitale du pouls donnaient des renseignements encore insuffisants.

Il est donc nécessaire, pour des recherches précises, d'utiliser l'un des nombreux instruments proposés pour la *mensuration de la tension intra-artérielle.* Décrire ces instruments, en préciser le mode d'emploi nous entraînerait à des développements qui ne sauraient trouver leur place ici (4). Après que le physiologiste Hales eut évalué le premier en 1774 la tension artérielle en centimètres, en mesurant à quelle hauteur le sang s'élève dans un tube de verre adapté à l'artère crurale d'un cheval, de nombreux appareils ont été construits et utilisés dans les laboratoires de physiologie expérimentale. Mais ces méthodes de mesure ne peuvent pas être employées chez l'homme. Le premier appareil clinique est celui que fit construire Von Basch en 1881, en s'appuyant sur le principe suivant : il est possible de mesurer la tension d'un courant liquide par l'effet nécessaire pour l'arrêter. C'est aussi sur ce principe que s'appuient le sphygmomanomètre de Potain, qui permet d'évaluer la pression en centimètres de mercure, et le sphygmomètre de Verdin, qui donne cette mesure en poids.

L'on a aussi adapté les sphygmographes à cette mesure ; mais les renseignements qu'ils fournissent sont insuffisants. Les appareils de Waldenburg et de Mosso sont assez compliqués et ne peuvent être utilisés dans la pratique courante.

(1) Gautrelet. Soc. méd.-chir., 23 janv. 1899.

(2) Gallois. *Bull. de thérap.*, Paris 1897, vol. III, p. 439.

(3) Alezais et François. La tension artérielle dans la fièvre typhoïde, *Revue de méd.*, févr. 1899.

(4) Voir à ce sujet les divers traités de physiologie; — Chéron. *Introduction à l'étude des lois générales de l'hypodermie physiologique et thérapeutique*, Paris 1893; — Huchard. *Traité des maladies du cœur et des vaisseaux*, 3e édit., 1899.

Il importe enfin d'indiquer la méthode récente de Hürthle [de Breslau (1)], d'une application un peu longue et délicate, mais qui donnerait, d'après Huchard, les résultats les plus exacts, et permet de plus l'inscription prolongée des variations de la pression.

Les appareils de Von Basch, de Potain et de Verdin sont en définitive ceux qui sont le plus souvent employés en clinique.

Causes d'erreur. — Mais quelle valeur convient-il d'attribuer aux divers sphygmomètres? Peut-on comparer entre eux les résultats obtenus au lit du malade à l'aide d'appareils différents et par une technique dissemblable, alors que l'on s'expose à des causes d'erreur multiples sur lesquelles nous devons maintenant insister?

Les erreurs d'interprétation peuvent tenir aux trois facteurs suivants :

1° *Au sujet chez lequel on pratique la recherche* ;
2° *A l'instrument employé* ;
3° *A l'opérateur*.

1° Sans tenir compte pour le moment des modifications plus ou moins sensibles qui résultent de la position du sujet, ou de certaines conditions physiologiques qu'il nous faudra préciser, il convient d'attacher une grande importance à la situation plus ou moins profonde de l'artère, à l'épaisseur de ses parois, à l'épaisseur et à la résistance des divers plans que l'on doit comprimer avant d'agir sur le vaisseau : chez un sujet gras, ayant un pannicule adipeux très développé, et chez un sujet maigre, dont la radiale bat d'une façon perceptible sous les téguments amincis, les résultats ne peuvent pas être comparables. D'après M. Potain (2), les écarts dépendant de cette cause ne semblent pas devoir dépasser 2 centimètres, sauf dans les cas exceptionnels d'infiltration du tissu cellulaire. M. Potain considère comme relativement négligeable l'influence de la rigidité plus ou moins grande des parois artérielles.

2° MM. G. Guillain et Vaschide (3) ont récemment comparé dans le laboratoire de M. François-Franck les divers sphygmomètres de Bloch (4), Von Basch, M. Marey, Waldenburg (5), Hill, Philadelphin, MM. Verdin, Potain. Ils estiment que ce dernier appareil est le plus pratique en clinique et donne les résultats les plus exacts, mais qu'il est aussi indispensable de vérifier les sphygmomètres, avant d'en faire usage, que les hématimètres ou l'objectif d'un microscope.

Aucun des instruments cliniques n'indique du reste la vraie tension intra-artérielle ; les chiffres qu'ils donnent sont en rapport avec les maxima de la pression, les pressions minima et intermédiaire n'exerçant qu'une influence insignifiante ; ces chiffres sont aussi toujours supérieurs aux maxima véritables : ils les dépassent d'une quantité qui, d'après Potain, ne doit pas excéder un centimètre de

(1) Hurthle. *Deuts. med. Wochens.*, Leipzig et Berlin, 1896, p. 574.

(2) Potain. Du sphygmomanomètre et de la pression artérielle chez l'homme, *Arch. de physiol.*, 1889, p. 556, et 1890, p. 300 et 681.

(3) G. Guillain et Vaschide. Soc. de biol., 20 janv. 1900.

(4) Bloch a fait ajouter un cadran au sphygmomètre de Verdin, ce qui rend la lecture plus facile, mais augmente les dimensions de l'appareil et diminue sa sensibilité (Chéron). Cet appareil, modifié par Verdin, peut rendre des services pour les démonstrations à distance.

(5) L'angiomètre proposé par le professeur Waldenburg (de Berlin) est, d'après MM. Lépine (*Revue mens.*, 1877) et Huchard (loc. cit.), un instrument beaucoup trop compliqué pour permettre une évaluation exacte.

mercure, avec son appareil. De plus, si on les compare avec les résultats fournis dans des cas exceptionnels par l'emploi des instruments utilisés dans les laboratoires de physiologie, sur des membres que l'on devait amputer, on est frappé par leur discordance : MM. Faivre et Albert ont trouvé l'un dans l'artère fémorale une tension égale à 120 millimètres de mercure ; l'autre dans l'humérale une pression de 115 à 120 millimètres.

Enfin, pour une même exploration, les divers appareils n'indiquent pas des chiffres analogues : le sphygmomanomètre de Potain paraît donner les résultats les plus élevés ; l'écart est surtout marqué avec le deuxième instrument de Von Basch : il peut être de 2 à 4 centimètres, d'après M. Chéron.

3° Les mensurations faites par des observateurs différents ne sont pas non plus comparables, car « il y a pour chacun un coefficient personnel qui peut varier de une ou deux divisions » [Milian (1)].

De même les pressions très basses ou très élevées sont souvent difficiles à mesurer d'une façon précise : dans le premier cas, le pouls est petit, à peine perceptible ; dans le second cas, l'on a de la peine à écraser l'artère, et l'effet nécessaire, surtout avec les appareils qui compriment l'artère par l'intermédiaire du doigt, rend l'interprétation beaucoup moins sensible.

Il faut enfin éviter de confondre le pouls du malade avec les battements qui se produisent parfois dans la pulpe du doigt qui pratique l'exploration ; et de continuer l'écrasement du vaisseau au delà du degré nécessaire, alors que les pulsations sensibles sont le fait de la récurrence (2).

On voit par cet exposé combien sont encore imparfaits les procédés de mensuration dont nous disposons en clinique. Sans doute la plupart des méthodes n'ont pas toute la rigueur scientifique désirable, ainsi que le font remarquer, d'une façon peut-être un peu exclusive, Tripier et Devic dans leur article du *Traité de pathologie générale* (3). Mais la constance de quelques résultats, et l'observation rigoureuse de certaines indications importantes nous permettent d'affirmer que nous pouvons dans une certaine mesure remédier à l'insuffisance de nos moyens d'investigation, à la condition de multiplier les recherches.

1° Les divers appareils n'indiquent pas le chiffre absolu de la pression artérielle pour un sujet donné ; ce chiffre est au contraire *toujours relatif* au sujet que l'on examine, à l'instrument dont on se sert, à l'opérateur qui pratique la recherche.

2° On devra indiquer dans les observations l'artère (en général la radiale) sur laquelle a porté l'exploration ; cette précaution n'est pas indifférente, puisque Marey a montré que la tension moyenne dans les artères va en décroissant à mesure que l'on observe un vaisseau plus éloigné du cœur (4).

3° On notera aussi l'appareil employé, qui aura été vérifié avant toute exploration, et qui sera constamment le même pour un malade et un expérimentateur donnés.

(1) Milian. La tension artérielle, *Presse méd.*, 26 avril 1899. — Dans l'appareil de M. Potain, chaque division correspond à 1 centimètre de mercure.

(2) Ce dernier inconvénient, du reste facile à éviter, n'existe pas si l'on emploie l'appareil de S. Riva-Roni (*Presse méd.*, 22 nov. 1899), à l'aide duquel l'on comprime l'humérale et l'on explore la radiale.

(3) Tripier et Devic. *Traité de pathologie générale* de Bouchard, t. IV, p. 351.

(4) Marey. *Physiologie médicale de la circulation du sang*, Paris 1863.

4° Le sujet examiné sera autant que possible placé dans des conditions identiques, pour que les résultats puissent être comparables.

5° On devra pratiquer plusieurs explorations chez le même sujet et prendre une moyenne. Du reste nous verrons que l'on a souvent intérêt à tracer un graphique, à *déterminer la courbe de la tension artérielle*, parallèlement aux courbes de la température, du pouls et de la respiration : les indications de cette courbe sont toujours d'une précision rigoureuse.

II

La pression artérielle chez l'homme sain et ses oscillations dans les divers états physiologiques. — Variabilité de la pression artérielle. Son taux moyen chez l'homme adulte. — Il est impossible, disait M. Marey, d'assigner à la tension moyenne d'une artère une valeur absolue, car cette tension varie d'un instant à l'autre avec la rapidité de la circulation périphérique. A l'état normal, chez un homme adulte, bien constitué, la pression oscille en moyenne entre 14 et demi et 20 et demi. Au point de vue clinique, l'on peut même retenir que la tension artérielle maxima prise au niveau de la radiale, au poignet, mesure de 16 à 18 centimètres de mercure (Potain, Chéron) et que ces chiffres sont à peu près constants à l'état physiologique, le cœur se contractant plus rapidement dès que la tension tend à s'abaisser (loi de Marey).

Influence de l'attitude. — En suspendant des chiens curarisés, la tête en bas, Zybulski (1) a noté une augmentation de la tension dans les artères de la moitié antérieure du corps ; en mettant l'animal successivement dans la position horizontale, puis verticale, la tête en haut, il a vu la tension dans les carotides redevenir normale. Schapiro (2) a constaté que, chez l'homme sain, dans la position horizontale, la pression intracardiaque et la pression artérielle sont supérieures à ce qu'elles sont dans la position verticale de 2 à 3 millimètres environ. Friedmann et Thomayer ont obtenu des résultats analogues. Albert (3), en adaptant le kymographion de Ludwig à l'artère tibiale antérieure de trois sujets dont il allait amputer la cuisse ou la jambe, est arrivé à des conclusions opposées, la pression augmentant de 15 millimètres de mercure en moyenne, lorsqu'il faisait asseoir ses malades. De même, Mosso (4) conclut que la pression sanguine est maxima dans la position verticale et minima dans la position horizontale.

Malgré ces divergences, une déduction pratique peut être retenue : il est indispensable en clinique, si l'on veut avoir des résultats comparables, de se placer constamment dans des conditions identiques.

Influence de la pression atmosphérique. — En laissant les sujets pendant vingt minutes dans l'air raréfié jusqu'à une demi-atmosphère, Lazarus et Schirmunski (5) ont constaté à l'aide des appareils de von Basch et de M. Marey un abaissement de pression de 2 à 3 centimètres de mercure.

Influence de la digestion, de la respiration. — La pression s'élève dans l'après-midi en rapport avec le repas, d'après Zadek (6). L'on admet plutôt que la tension s'abaisse un peu

(1) Zybulski. *Journ. hebd. de méd. et de chir. de St-Pétersbourg*, 1878, n° 11.

(2) Schapiro. *Centralbl. f. die med. Wissench.*, 1882, n° 9.

(3) Albert. *Wien. med. Jahrb.*, 1883, p. 249.

(4) Mosso. *Arch. ital. de biol.*, 1895, XXIII, p. 177.

(5) Lazarus et Schirmunski. *Zeits. f. klin. Med.*, 1883, p. 299.

(6) Zadek. *Zeits. f. klin. Med.*, 1882, Band 2, Helft. 3.

pendant la digestion, et qu'elle ne s'élève d'ordinaire qu'à la suite d'un repas trop copieux (Potain).

Les variations inverses de la pression intrathoracique, produites par l'inspiration et l'expiration, retentissent sur la pression intérieure des vaisseaux artériels et veineux contenus dans le thorax, et secondairement sur la pression du sang dans la grande circulation. Mais le phénomène est très complexe et peut varier avec l'intensité des mouvements respiratoires et l'espèce animale chez laquelle on expérimente (Ludwig, Vierordt, Einbrodt, Frédéricq). Ces oscillations ne présentent du reste aucun intérêt clinique.

Influence des excitations sensibles, des excitations cérébrales (1). — Toutes les excitations sensitives ou sensorielles mettent en jeu les centres vaso-moteurs, ainsi que l'ont montré Magendie, Cl. Bernard, Von Bezold, Ostroumoff, Heidenhaim et Grützner, Lewinski : la tension artérielle s'élève par son action réflexe, lorsque l'on excite un nerf sensible; elle peut cependant s'abaisser dans des conditions spéciales, si l'on choisit le froid comme excitant, ou un courant électrique de faible intensité (Knoll). L'origine du réflexe peut être dans une excitation des nerfs sensitifs des vaisseaux (Heger, Delezenne), ou dans une excitation sensorielle (Charpentier et Conty, Dogiel, François-Franck).

D'après ce que l'on sait des effets vasculaires de l'excitation des différentes parties de l'encéphale, on est également en droit d'admettre que les centres vaso-moteurs peuvent entrer en action d'une façon réflexe sous des influences parties de ces régions. C'est ce que prouvent les recherches de MM. Binet et Courtier, de M. Mosso, de MM. Binet et Sollier, de M. Gley, de MM. Binet et Vaschide (2). Kornfeld (3) s'est récemment occupé de l'influence du travail cérébral sur la pression sanguine. Dans le sommeil, la tension s'abaisse et cet abaissement est d'autant plus marqué qu'il y a eu précédemment excitation plus grande à l'état de veille. L'influence des rêves et de la profondeur du sommeil se fait nettement sentir. Les sensations agréables diminueraient la tension et les sensations désagréables l'augmenteraient d'une façon constante. Tout travail psychique produit une élévation, et cela d'autant plus que l'individu se comporte plus activement, met plus d'attention, d'énergie, de volonté à son acte. L'on est en droit de conclure avec M. Gley que le cerveau peut être le point de départ de réactions vasculaires importantes, de nature vaso-constrictive surtout.

Influence du travail musculaire, de l'effort, du surmenage physique et mental. — Un *travail musculaire* d'une durée de trois à cinq minutes amène chez les personnes saines une rapide élévation de la pression sanguine avec accélération du cœur; le retour à la normale se fait à l'état de repos au bout de vingt à trente minutes [Maximovitch et Rieder (4); Tangl et Zuntz (5)].

Pendant l'*effort* musculaire soutenu, il y a diminution de la pression artérielle et augmentation de la pression veineuse; quand l'effort cesse, il se produit, à la suite d'un afflux surabondant du sang au cœur droit et au poumon, un accroissement passager de la pression artérielle [Hallion et Comte (1), Bloch (2)].

Le *surmenage physique* élève la tension artérielle [Von Maximovitch et Rieder (3)]; il agit sans doute par l'auto-intoxication qu'il détermine : il y a en effet diminution de l'alcalinité du sang (Drouin), hypertoxicité du sérum (Roger, Mosso) et des urines.

L'auto-intoxication est probablement aussi la cause du *surmenage mental*, qui mérite pour cette raison d'être rappelé à côté du surmenage physique : ici encore, la désassimilation est exagérée et viciée, et l'hypertension est la conséquence, soit d'une action directe sur les centres vaso-constricteurs, soit d'une action réflexe, peut-être par l'intermédiaire des nerfs vaso-sensitifs d'Heger.

Influence du sexe, de l'âge. — La pression artérielle est en général un peu moins élevée chez la femme que chez l'homme; mais les variations sont surtout intéressantes à étudier chez la femme pendant la menstruation et pendant la grossesse : nous nous en occuperons dans les paragraphes suivants.

Dans le jeune âge, la pression est faible; c'est ce qu'avait constaté Waldenburg, avec l'appareil de Van Basch et avec son angiomètre : chez deux jeunes gens de quatorze ans et demi et seize ans et demi, la pression était de 11 et 11,9; chez une jeune fille de quinze ans et demi, pubère, elle égalait 15,3. Ces chiffres ont été critiqués par Homolle (4), qui les trouvait trop élevés. M. Huchard a constaté un accroissement notable à l'époque de la puberté. M. Potain a noté que la tension s'élève à mesure que l'on s'avance en âge : chez le vieillard, il faut toutefois tenir compte de la rigidité de la paroi artérielle, si fréquente, et cependant dans certains cas la pression a été trouvée abaissée, lorsque le sujet est affaibli. Chez la femme, la courbe présente une ascension sensible à l'époque de la ménopause (Huchard).

Nous pouvons relater ici les variations de la pression saguine *avant et après la naissance*. D'expériences sur les animaux, Cohnstein et Zuntz (5) concluent que la pression artérielle chez le fœtus baisse au moment de la première inspiration pour se relever au bout de quelques minutes; le jour suivant en général la pression n'est pas plus considérable qu'après la première inspiration.

Influence de la menstruation. — Van Ott (6) a entrepris en 1884 sur l'initiative d'Hegar des recherches sphygmographiques sur les modifications de la pression sanguine dans les artères pendant la menstruation : la pression diminue notablement et reste au-dessous de la moyenne pendant toute la durée des règles, pour reprendre ensuite sa hauteur primitive. M. Huchard a noté que, si la pression s'abaisse pendant le flux cataménial, elle est sensiblement élevée pendant sa période de préparation.

Influence de la grossesse et de l'accouchement. — L'hypertrophie du ventricule gauche et la pléthore sanguine de la deuxième moitié de la grossesse n'entraînent pas l'hypertension, ainsi que le pensaient à tort Lorain, Mahomed et Macdonald, Blot, Meybourg, Tarnier et MM. Budin, Porak. En se servant du sphygmomanomètre, Vinay (7) a trouvé la

(1) Voir à ce sujet : Gley. Les troubles vasculaires (physiologie pathologique), in *Traité de pathologie générale* de Bouchard, t. III, 2e partie.
(2) Binet et Vaschide. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 4 janv. 1897.
(3) Kornfeld. *Zeits. der R. R. techn. Hosch. in Brünn*, 1899.
(4) Maximovitch et Rieder. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1891, XLVI, p. 329.
(5) Tangl et Zuntz. *Arch. f. die ges. Phys.*, 1898, LXX, p. 544.

(1) Hallion et Comte. Soc. de biol., 1896, p. 903 et 976.
(2) Bloch. Soc. de biol., 1896, p. 905.
(3) Maximovitch et Rieder. Loc. cit.
(4) Homolle. *Rev. de méd.*, 1881.
(5) Cohnstein et Zuntz. *Berlin. klin. Wochens.*, 1886 no 43, p. 751.
(6) Van Ott. *Arch. f. Gyn.*, 1884, Band. XXII, Heft. 1.
(7) Vinay. *Maladies de la grossesse*, 1894.

pression normale chez les femmes à terme, sauf chez les albuminuriques. MM. Vaquez et Millet (1), Baranger, Sarafoff, Chapon arrivent aux mêmes conclusions (2).

Tout récemment, l'un de nous vient de recueillir dans le service du professeur Queirel 68 observations, qui seront ultérieurement publiées avec tous les développements qu'elles comportent. Les femmes ont été suivies régulièrement pendant les quinze derniers jours de la grossesse, et souvent pendant les deux ou trois derniers mois : la tension (prise avec le sphygmomètre de Verdin) a oscillé d'ordinaire autour de 15 centimètres; elle s'est quelquefois abaissée à 13 et à 12, sans aucun signe pathologique : cette hypotension a paru le plus souvent en rapport avec le volume du ventre, contrairement à l'opinion de Sarafoff.

Pendant le travail, la tension s'élève progressivement à 18, 19, 20, 22 et quelquefois davantage. Aussitôt après l'expulsion du fœtus jusqu'à l'expulsion du placenta, il se produit une hypotension brusque et progressive, en dehors de toute spoliation hémorragique : de 20 à 22, la pression s'abaisse à 14, 13, 12 au minimum : le chiffre le plus bas correspond au moment de la sortie du placenta. Lorsque l'utérus se contracte rapidement et qu'il ne survient aucune hémorragie, la tension remonte en moins de six heures à 15 et au-dessus; elle atteint fréquemment 17, 18, et ce chiffre se maintient en général pendant les jours suivants, pour s'abaisser à nouveau après le cinquième ou le sixième jour et redevenir définitivement normal.

Nous avons ainsi passé en revue, d'une façon succincte et en ne retenant que les faits, la plupart des influences susceptibles de faire varier la pression artérielle, en dehors de tout élément pathologique surajouté.

Si l'on voulait représenter schématiquement par un graphique les variations physiologiques de la tension sanguine, l'on aurait une courbe s'élevant progressivement jusqu'à la puberté ; à ce moment, ascension brusque transitoire, puis plateau légèrement incliné, l'ascension de la courbe étant surtout manifeste au déclin de la vie. Chez la femme, on observerait, de plus, des maxima correspondant aux menstruations, aux accouchements, à la ménopause. Sur un graphique plus complet, la courbe serait excessivement irrégulière, les minima répondant aux périodes de repos, de sommeil, de digestion ; les maxima étant en rapport avec le travail physique ou mental, l'effort, les émotions, les auto-intoxications passagères ; en outre, les variations provoquées par les mouvements respiratoires, et les oscillations dites de Traube-Hering viendraient encore compliquer la courbe.

Avant d'entreprendre l'étude des perturbations de la tension dans les maladies, nous devons indiquer l'action de certaines substances et de certaines méthodes thérapeutiques et donner un aperçu rapide des variations intéressantes qui se produisent sous l'influence de quelques sécrétions glandulaires et des divers extraits d'organes.

I. Médicaments et méthodes thérapeutiques qui relèvent la tension. — S'il est des procédés qui augmentent la tension et des procédés qui l'abaissent, l'action thérapeutique varie souvent suivant les doses (Huchard). Une chaleur modérée cause la dilatation des vaisseaux et abaisse la pression, une chaleur excessive l'élève; à faible dose, l'atropine amène l'hypertension et son antagoniste la muscarine, l'hypotension; des effets contraires sont obtenus, si ces substances sont employées à de hautes doses; l'*opium*, facteur ordinaire d'hypotension, élève parfois la pression au début.

A dose thérapeutique, la *digitale* élève la tension artérielle, en même temps qu'elle régularise les contractions cardiaques; la pression reste élevée pendant la période de ralentissement du cœur [elle varie de 17 à 21 centimètres (1)]; elle s'abaisse ensuite et tombe même au-dessous de la normale. Ces modifications sont indépendantes du nombre des battements du cœur [Kaufmann (2)].

La *caféine* à dose suffisante, le *strophantus*, à forte dose et à dose moyenne prolongée (Mairet, Combemale, Lépine), l'*ergot de seigle* (Holmes, E. Labbée, Gubler, Benard), le *muguet*, l'*adonis vernalis*, la *scille*, la *théobromine*, la *strychnine* sont à noter parmi les médicaments capables de relever la tension artérielle.

L'*ingestion de liquide* a une action analogue, et il ne s'agit pas seulement d'un phénomène mécanique, puisque les chiffres varient avec le liquide absorbé : l'augmentation est surtout marquée pour la bière; elle est de plus en plus faible pour le vin, le café, le thé, le cacao, l'eau (voir Maximovitch et Rieder).

L'*eau chaude* et les *bains chauds* augmentent la tension, sans doute d'une façon transitoire, pour faire place bientôt à une hypotension durable. L'accroissement est plus constant avec la *balnéothérapie froide*, bien que Howath ait constaté une chute considérable après avoir plongé des animaux à sang chaud dans l'eau froide : les excellents effets de la méthode de Brand dans la maladie hypotensive par excellence, la fièvre typhoïde, ne plaident guère en faveur de cette opinion.

Les *eaux sulfureuses* (Eaux-Bonnes, Cauterets, Barèges, Saint-Sauveur, Amélie-les-Bains, Vernet, Luchon, etc.) relèvent la tension artérielle, stimulent l'appétit, favorisent les digestions, et peuvent être indiquées dans certains cas de tuberculose apyrétique (Grancher et Barbier).

Les *grandes injections salées* sont nettement indiquées dans toutes les maladies qui s'accompagnent d'une hypotension manifeste : nous ne pouvons pas insister ici sur cette méthode thérapeutique qui constitue une médication spécifique dans tous les états pathologiques où l'hypotension devient un danger par sa persistance et son exagération.

II. Médicaments et méthodes thérapeutiques qui abaissent la tension. — Les *iodures alcalins* dilatent les vaisseaux et produisent une chute de la pression artérielle (Eloy) ; mais les effets ne sont pas identiques avec les iodures de potassium et de sodium, le premier entraînant au début une hypertension qui paraît due à l'action du radical potassium (G. Sée et Lapicque). Bien que Prevost et Binet aient soutenu que les iodures ingérés à faible dose ne pouvaient avoir une action réelle sur la pression sanguine, l'on admet qu'il se produit un abaissement véritable, au moins chez les sujets en état d'hypertension pathologique (Manquat).

Le *nitrite d'amyle*, la *trinitrine* diminuent aussi la tension sanguine et sont employés à ce titre dans l'angine de poi-

(1) Vaquez et Millet. Du cœur dans la grossesse normale, *Presse méd.*, 2 fév. 1898.
(2) Baranger, Sarafoff, Chapon. Th. de Paris, 1891.

(1) Lauzeral. *Action de quelques médicaments sur la tension artérielle*, Th. de Paris, 1893.
(2) Kaufmann. *Revue de méd.*, 1884, p. 381, cité par Manquat. *Traité de thérapeutique*, t. II, 4e édit., 1900.

trine (Huchard). Bien d'autres médicaments ont du reste une action hypotensive.

M. Huchard a récemment insisté sur le *massage abdominal*, aidé du massage général et du massage des muscles : l'on obtiendrait ainsi un abaissement de la pression sanguine, en diminuant la stase intra-abdominale, en favorisant les échanges, en facilitant l'élimination des substances toxiques productrices d'hypertension.

Action du chloroforme et de l'éther employés comme anesthésiques. — Sous l'influence du chloroforme, les petits vaisseaux se resserrent et l'hypertension est la règle : c'est le fait dominant pendant la période d'anesthésie chirurgicale, d'après Arloing. Cependant, dans des recherches inédites (1), l'un de nous a observé les variations de la tension chez deux femmes qui furent endormies en vue d'une exploration physique de l'abdomen, en dehors de toute intervention chirurgicale.

Avant l'anesthésie, le sphygmomètre de Verdin indiquait une tension voisine de 15; trois minutes après le début de la chloroformisation, alors que les femmes se trouvaient encore dans un état subconscient et que la résolution musculaire n'était pas complète, la tension était à 13-13 1/2; dès que l'anesthésie devenait plus parfaite, la tension s'abaissait à 12, 11 1/2, qui a été le chiffre minimum. Bien que le chloroforme n'ait été administré que pendant vingt minutes en moyenne, la pression ne s'est relevée que trois ou quatre heures après, progressivement.

L'éther dilate le réseau vasculaire, et par conséquent active la circulation périphérique (Arloing).

III. Action des sécrétions glandulaires et des extraits d'organes sur la pression artérielle (2). — *Urines.* — L'urée agit d'une façon complexe, ce qui explique les divergences des auteurs : il y a action vaso-dilatatrice locale, d'origine périphérique, et vaso-constriction d'origine nerveuse centrale; c'est le plus souvent ce dernier effet qui prédomine. En dehors des sels de potasse, qui sont en général producteurs d'hypertension, les effets vasculaires des divers corps contenus dans l'urine n'ont pas été étudiés : il en est de même pour la totalité des urines, qui n'a pas fait l'objet de recherches spéciales.

Sueur. — Arloing (3) a noté une chute de la pression sanguine, après injection de ce liquide; il estime que cette chute est d'origine mécanique et est en rapport avec une abondante exhalation séro-sanguinolente sur la muqueuse gastro-intestinale et avec l'asthénie cardiaque.

Bile. — La bilirubine et le glycocholate de soude abaissent la tension artérielle, ces faits nécessitent de nouvelles recherches.

Produits glandulaires spécifiques. — L'étude des variations de la pression vasculaire a éclairé d'un jour nouveau la physiologie des glandes à sécrétion interne; elle a permis une classification rationnelle de ces glandes, que M. Ch. Livon a divisées en deux grands groupes, suivant qu'elles fournissent des produits vaso-constricteurs ou vaso-dilatateurs. Nous ne pouvons insister ici sur les nombreuses recherches qui se sont succédé depuis quatre ou cinq ans, et nous devrons nous contenter d'indiquer brièvement les principaux résultats intéressants pour le médecin, à une époque où l'administration thérapeutique des produits glandulaires tend à recevoir une application raisonnée et scientifique.

(1) Travail du service de clinique obstétricale du professeur Queirel, à Marseille (janvier-mars 1900).

(2) On trouvera des développements complets dans le remarquable article de Gley (loc. cit.).

(3) Arloing. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1899, I, p. 268, cité par Gley (loc. cit.).

1. Les extraits de glande surrénale, de rein, d'hypophyse, de rate et de parotide amènent une élévation de la pression artérielle.

2. Les extraits de corps thyroïde, de thymus, de foie, de pancréas, d'ovaires, de testicules, de poumons, ont des propriétés vaso-dilatatrices et abaissent la tension.

3. Mais ces résultats ne sont pas tout à fait constants : c'est ainsi que M. Livon a vu l'extrait thyroïdien déterminer une élévation de pression; et que, contrairement à ce dernier auteur, MM. Olivier et Schäfer ont constaté une chute de la pression, sous l'influence des extraits parotidiens. Il est possible que certains organes aient, par leurs sécrétions, une double action et que le résultat final varie suivant la prédominance des divers éléments sécrétés (Livon). Peut-être aussi, y a-t-il lieu d'établir une distinction entre l'effet immédiat plus ou moins transitoire, et l'effet éloigné durable, et de faire intervenir la question de doses dont nous avons vu l'importance à propos de certains médicaments.

4. Ces recherches ne sont pas seulement intéressantes pour le physiologiste; elles peuvent être aussi utiles au médecin : elles permettront sans doute d'établir la nature de troubles cardio-vasculaires encore mal élucidés; elles ont déjà permis certaines applications thérapeutiques. C'est ainsi que les extraits de corps thyroïde ont pu être conseillés pour combattre l'hypertension, symptôme et peut-être cause d'artério-sclérose; Lancereaux et Paulesco (1) ont employé dans ce but l'iodothyrine (de Baumann) : nous avons nous-même pu constater, à l'aide de cette substance, un abaissement progressif et rapide de la tension artérielle, depuis 20-22, jusqu'à 14-13 1/2; mais la courbe se relève rapidement, dès que l'on interrompt le traitement.

III

La pression artérielle dans les maladies. — I. Syndromes d'hypertension et d'hypotension. — L'hypertension et l'hypotension artérielles sont des symptômes qui donnent comme la mesure du degré des troubles cardio-vasculaires dans les maladies. Mais ils ne présentent en clinique un véritable intérêt qu'à la condition d'être rapprochés d'une série de signes qui les accompagnent d'ordinaire. Ces groupements constituent des syndromes, dont les modifications du cœur, du pouls, des urines sont les principaux termes; nous allons rapidement les indiquer ici, sans nous inquiéter pour le moment de l'élément étiologique qui tiend ces syndromes sous sa dépendance et les marque d'une empreinte le plus souvent caractéristique.

1. *Syndrome d'hypertension.* — Le plus souvent pâles et décolorés, sujets aux refroidissements, aux syncopes, les malades sont en proie à des crises de dyspnée, qui trouvent parfois leur explication dans une lésion cardiaque, mais qui sont en général consécutives à une véritable intoxication transitoire d'origine alimentaire. Le pouls est fort, vibrant, le cœur souvent hypertrophié, le second bruit aortique accentué, les hémorragies faciles. Les mictions sont fréquentes et abondantes, et l'analyse des urines, l'examen

(1) Lancereaux et Paulesco. *Journ. de méd. interne*, 1er janv. 1899.

de la perméabilité rénale permettent d'établir les relations de l'hypertension avec une lésion rénale. Les troubles cérébraux sont constants : vertiges, céphalées, parfois même crises apoplectiformes consécutives à une hémorragie ou à une anémie transitoire par spasme artériel. Le malade se plaint encore de bourdonnements d'oreilles, de troubles de la vision. Il présente en définitive l'ensemble des petits signes du brightisme de Dieulafoy, mieux désignés petits accidents de l'artério-sclérose.

De ces symptômes, les uns sont d'origine mécanique et étroitement liés à l'hypertension : ce sont les modifications du pouls, l'hypertrophie du cœur, la polyurie sans perturbation quantitative notable des divers excreta; ce sont encore certains vertiges, certaines céphalées, quelques troubles de l'audition et de la vision. Quant aux hémorragies, l'expérimentation physiologique a montré que l'hypertension ne suffisait pas, que l'altération vasculaire était nécessaire : observant chez le chien, MM. Gréhant et Quinquand (Soc. de biol., 1885) ont dû employer des pressions 37 et 56 fois supérieures à la pression normale pour amener la rupture de la carotide.

Les autres symptômes sont d'origine toxique et par conséquent ne participent pas au syndrome : ils témoignent de miopragies multiples et reconnaissent en général les mêmes causes que l'hypertension.

2. *Syndrome d'hypotension.* — Il est souvent difficile de reconnaître dans le complexus symptomatique d'une infection ou d'une cirrhose avec ascite, pour citer des exemples, les signes dont le groupement établit un lien commun entre les maladies hypotensives les plus différentes. Hypotension, tachycardie, oligurie, tels sont les trois principaux termes du syndrome (Gilbert et Garnier); on les retrouvera plus ou moins marqués dans tous les états pathologiques s'accompagnant d'un abaissement suffisamment persistant de la pression artérielle.

II. Défense de l'organisme. Mécanismes de compensation. — Pour que les variations de la pression artérielle puissent être appréciables en clinique, et entraîner la série des manifestations dont l'ensemble constitue les syndromes que nous venons d'esquisser, deux conditions sont indispensables : *action prolongée* de la cause morbide ou *intensité suffisante* de l'agent pathogène, ce dernier élément faisant intervenir la *qualité* et la *dose*, dont nous avons eu l'occasion de signaler l'importance.

M. François-Franck (1) a en effet insisté sur les multiples moyens de défense dont l'organisme dispose contre les modifications passagères de la tension sanguine. Ces influences correctrices interviennent d'une façon efficace pour s'opposer à des excitations transitoires, ou prolongées, mais de faible intensité.

1° Le cœur se contracte d'autant plus rapidement qu'il a moins de peine à se vider (Marey). Le ralentissement du cœur peut se produire d'emblée, sous l'influence même des excitations sensitives qui tendent à élever la pression dans les artères; dans les cas ordinaires, cette influence correctrice ne se produit que secondairement, quand l'hypertension est déjà constituée (François-Franck). De même quand la tension s'abaisse, le cœur précipite ses contractions pour suppléer par le nombre des systoles à l'insuffisance de l'irrigation sanguine.

(1) François-Franck. Acad. de méd., 21 juillet 1896.

2° Quand la pression artérielle s'élève dans le système aortique, « les vaisseaux superficiels musculo-cutanés se relâchent activement, ouvrant ainsi une large voie de déversement au sang sous pression dans l'aorte; les vaisseaux pulmonaires, en se contractant, diminuent l'apport sanguin au cœur gauche; les vaisseaux portes hépatiques se resserrant également, l'afflux sanguin cardio-pulmonaire est restreint et le cœur droit ne souffre pas de la surchage que lui imposerait l'excès de résistance dans l'artère pulmonaire. »

Lorsque la pression sanguine s'abaisse, il est probable que des réactions analogues se produisent; mais ici les conditions sont bien différentes : les éléments nerveux « brutalement impressionnés » ne réagissent pas ou réagissent mal; le médecin doit intervenir pour provoquer la réaction correctrice, « tant par les moyens mécaniques en usage pour relever la pression artérielle, que par les procédés de stimulation nerveuse rationnelle capables de tirer les centres de leur engourdissement » (François-Franck).

3° Ainsi le système nerveux, par son intervention salutaire, tend constamment à corriger les modifications de la tension sanguine. Mais ces modifications entraînent elles-mêmes des phénomènes d'un autre ordre, dont la production contribue pour une part à régulariser les écarts de la pression artérielle. Les échanges qui se produisent constamment entre le sang et les plasmas interstitiels, en modifiant la masse sanguine, ont leur répercussion sur la tension. Cette interprétation trouve un appui précieux dans les recherches de Vinogradoff et de Chéron. En provoquant l'hypertension par obstacle périphérique, Vinogradoff (1) a constaté une augmentation du nombre des globules rouges; M. Chéron a observé de même, chez des sujets anémiques et neurasthéniques, une *hyperglobulie instantanée*, coïncidant avec l'élévation de la pression consécutive à l'injection de 5 à 10 centimètres cubes d'eau salée à 1 p. 100. Cette augmentation instantanée du nombre des globules rouges ne peut être, à notre avis, qu'apparente et nous semble en rapport avec une diminution de la masse sanguine, par transsudation du sérum dans les espaces interstitiels. Il y a donc là une nouvelle influence compensatrice, dont la constatation entraîne comme corollaire cette importante déduction : il importe de tenir compte du taux de la pression artérielle lorsque l'on pratique la numération des globules du sang.

(*A suivre.*)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(18 mai 1900)

La discussion impatiemment attendue, sur l'**asepsie dans les opérations**, a été reprise. M. Bazy est monté à la tribune en y déposant plusieurs lapins dont il nous racontera l'histoire tout à l'heure. Il émet tout d'abord ce principe sur lequel tous les chirurgiens aujourd'hui sont d'accord, à savoir que l'asepsie est le commencement de la chirurgie; qui dit chirurgie dit asepsie. Les moyens les plus propres à assurer cette asepsie, M. Bazy les admet tous et laisse à chacun le soin de s'en servir à sa guise, qu'il s'agisse de gants, de masques, de salles d'opération en verre, etc., mais ce que M. Bazy n'admet pas, c'est qu'on vienne dire qu'en dehors de tel ou tel de ces moyens il n'y a plus d'asepsie, partant

(1) Vinogradoff. Th. de l'Inst. impér. de méd. expér. de Saint-Pétersbourg, 1894.

pas de salut. Il s'applique donc à combattre certaines exagérations des propositions émises par son collègue, M. Quénu. Pour ce qui est des gants, il comprendrait à la rigueur l'emploi des gants en caoutchouc qui sont imperméables, mais il ne comprend plus les gants de fil qui ne lui semblent que gênants. Et puis ces gants, il est bien entendu qu'il faut en changer plusieurs fois dans le cours d'une même opéraiton. Quand en changera-t-on? Tout cela paraît à M. Bazy bien compliqué et bien inutile. Lavez-vous bien les mains, dit-il, et tout ira bien. N'a-t-on pas été jusqu'à dire qu'il serait logique de diviser les chirurgiens en deux camps, les septiques et les aseptiques? M. Bazy n'a pas de peine à démontrer combien cette hypothèse est exagérée.

L'asepsie telle que la voudrait M. Quénu nous ferait reculer de trente ans en arrière. Si l'on veut, en effet, s'en tenir exactement à tous les préparatifs de l'opération vraiment aseptique, il faut supprimer toute la chirurgie d'urgence et s'en tenir au taxis pour le traitement des hernies étranglées.

M. Bazy arrive au cas cité par M. Nélaton qu'il considère comme nul et non avenu; en effet, M. Nélaton mettait des gants pour panser sa malade suppurante et ce ne fut que quatre jours après qu'il fit la cure radicale de hernie qui fut suivie de mort. Ce fait semblerait tout au plus indiquer que les précautions les plus minutieuses et les plus exagérées ne servent à rien.

Un chirurgien vient de faire une besogne septique quelconque; il est appelé auprès d'une malade qui se meurt d'une hémorragie intra-abdominale. Devra-t-il laisser cette malade mourir sous prétexte qu'il risquerait de la tuer en lui ouvrant le ventre après avoir fait un pansement?

M. Bazy estime qu'il n'est pas si difficile de se laver les mains et de les rendre suffisamment aseptiques à l'aide des antiseptiques. Seulement il faut savoir se laver les mains et c'est ce qu'il ne cesse de répéter à ses élèves qui semblent d'ailleurs assez bien profiter de ses leçons puisque, récemment, un malade, sortant du service de M. Bazy, prétendait que ce service n'était composé que d'un « tas de petits gommeux qui ne faisaient que se laver les mains ».

Lavons-nous donc les mains et n'exagérons rien : les gants de M. Quénu, selon M. Bazy, ne tarderont pas à aller rejoindre le spray, la mackintosch et le protectives dont, il y a quelques années, il semblait qu'aucun chirurgien ne pût se passer.

Arrivons à nos lapins: M. Bazy a fait, avec un de ses internes, une série d'expériences sur ces lapins. Son interne se trempait les doigts dans les bouillons de culture les plus septiques, il ouvrait ensuite le ventre d'un lapin sans se laver les mains; il se lavait les mains et ouvrait le ventre d'un autre lapin. Le premier de ces lapins mourait, le second survivait et continuait à se porter très bien. Ce sont ces lapins, opérés de cette façon, que présente M. Bazy. Que conclure de tout cela? C'est, dit en terminant M. Bazy, qu'on peut cliniquement et expérimentalement se désinfecter les mains après une opération septique, et cela suffisamment pour pouvoir faire ensuite une opération aseptique. Les gants ne sont pas un article de foi.

Au début de la séance, nouvelle petite discussion sur **l'inondation péritonéale et les injections de sérum artificiel.** M. Reynier s'élève contre cette opinion, émise par M. Routier, que le sérum augmente la tension artérielle et, par ce fait, augmente les chances d'hémorragie; M. Reynier estime, au contraire, que les injections intraveineuses de sérum ont une action hémostatique des plus remarquables. Il cite plusieurs exemples et plusieurs faits à l'appui de cette opinion.

M. Delbet reconnaît que cette action hémostatique est très réelle, mais il ajoute que, si le sérum peut relever la tension artérielle quand elle est abaissée, il ne saurait l'élever audessus de la normale. M. Poirier ne croit pas qu'une injection, même intra-veineuse, de sérum, soit capable d'arrêter une hémorragie provenant de l'ovarienne.

M. Routier, aux expériences citées par M. Reynier, répond par le fait suivant : Il y a trois ans, il opéra un gros fibrome de l'utérus; l'opération avait été sanglante; on injecte 500 grammes de sérum dans les veines; malgré cela, il se produit une hémorragie qui nécessite la réouverture du ventre; quatre fois le même accident se reproduit, et quatre fois on ouvre le ventre de cette malheureuse; chaque fois on a injecté 500 grammes de sérum. Cette malade a d'ailleurs parfaitement guéri. Mais dira-t-on ici que le sérum a eu une action hémostatique?

Vient ensuite la discussion sur le **traitement de la tuberculose urinaire.** M. Albarran fait une intéressante communication sur ce sujet, et il arrive à cette conclusion qu'aussitôt qu'une tuberculose rénale est diagnostiquée, il faut intervenir chirurgicalement. Il ne peut exister de contre-indications à cette règle que du fait de l'état général ou du mauvais état de l'autre rein. Comment être fixé d'une façon certaine sur l'état de cet autre rein? Par le cathétérisme uretéral, nous répond M. Albarran, et il part de là pour faire une histoire complète du cathétérisme uretéral qu'il nous donne comme une pratique facile, utile, applicable à tous les cas et donnant une sécurité absolue.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement des cancers inopérables de l'utérus.

M. Czerny (de Heidelberg), revenant sur la question des cancers inopérables de l'utérus, rappelle (1) que la première indication est de calmer la douleur et de relever l'état général.

Le curetage constitue une bonne opération surtout, quand on le complète par la cautérisation soit au thermocautère soit par un agent chimique tel que le chlorure de zinc.

Après le curetage, on fait le tamponnement de la cavité utérine avec des bandelettes de gaze imbibées de chlorure de zinc en solution concentrée. Il faut prendre soin de bourrer le vagin, après l'avoir préalablement vaseliné, avec de la gaze imprégnée de bicarbonate de soude. Les douleurs provoquées par le caustique durent peu et les hémorragies ne tardent pas, en général, à disparaître. Contrairement à ce que l'on a pu dire, la chute des escares, n'amènerait pas d'hémorragie sérieuse.

Ce traitement doit être complété par le régime alimentaire qui doit être très abondant.

Le traitement électrique de la sciatique.

Trop souvent les procédés classiques échouent dans le traitement de la sciatique. Dans ces cas rebelles, l'électricité, maniée avec patience et discernement, peut donner d'excellents résultats.

Bien qu'il n'existe pas de règle absolue à ce sujet, M. Ch.

(1) XXIXe Congrès de la Soc. allem. de chir., avril 1900.

Dickson (de Toronto) a pu donner les indications suivantes au Congrès de l'Association américaine d'électrothérapie (1).

Une fois le diagnostic bien établi, lorsque l'affection en est encore à la période d'acuité, c'est au courant continu qu'il conviendra d'avoir recours. Une large électrode positive sera placée sur la région épigastrique et à demeure pendant que l'électrode négative petite sera appliquée pendant un temps court sur chaque point douloureux, en glissant de l'un à l'autre.

Le courant est élevé graduellement jusqu'à 5 milliampères, rarement jusqu'à 10; il est prudent de n'employer que de faibles doses et d'éviter de produire de la douleur; une sensation marquée de chaleur est tout ce qui doit être ressenti; l'électrode négative sera portée sur un autre point, si cette sensation de chaleur devient intolérable.

Quand tous les points ont été électrisés de la sorte, le pôle négatif sera attaché à une électrode fixe de grandes dimensions sur laquelle reposera le pied du côté malade; la petite électrode est alors reliée au pôle positif et appliquée sur chacun des points douloureux, comme il a été dit plus haut.

Dans les cas très sérieux, les applications seront journalières, mais habituellement trois séances par semaine seront suffisantes. Dans tous les cas, il n'est pas opportun de prolonger chaque séance au delà de vingt minutes.

Le but de cette manière d'agir est d'obtenir les effets analgésiques et absorbants de l'électricité.

Lorsque les symptômes les plus aigus ont cédé, mais que le mal persiste, des mesures plus énergiques doivent être prises, et il faut appeler à son aide l'électricité statique en tirant de longues étincelles positives tout le long du trajet douloureux, suivies d'effluves positifs, trois fois par semaine. L'électricité statique a un effet marqué sur la nutrition des tissus.

Lorsque la maladie est devenue chronique et qu'il existe des dégénérescences et de l'atrophie dans les muscles environnants, le courant induit sera employé avec avantage, de préférence avec une tension élevée, en application sur les muscles, qui bénéficieront en même temps de l'effet sédatif de haute tension.

Ces moyens, employés avec prudence et patience, seront souvent couronnés de succès.

Traitement des pannus granuleux par le crayon au nitrate d'argent.

M. Dujardin (de Lille) réhabilite, dans le *Journal des sciences médicales de Lille*, le traitement de l'ophtalmie granuleuse par le nitrate d'argent, traitement aujourd'hui presque abandonné, après l'abus qui en fut fait autrefois.

Son expérience personnelle lui permet d'affirmer que le nitrate d'argent est d'une efficacité absolue quand il s'agit de modifier une cornée couverte d'un pannus complet par suite de conjonctivite granuleuse.

L'inoculation blennorragique, l'emploi du jéquirity ne réussissent pas mieux que le crayon au nitrate d'argent. En revanche, ces procédés exposent à de nombreux et graves accidents et font souffrir davantage.

« Voici comment on procède : la paupière supérieure est renversée avec les doigts aussi complètement qu'on peut y arriver, pour bien découvrir le cul-de-sac où siègent d'habitude les plus grosses granulations. On passe alors légèrement le crayon transversalement, de manière à limiter la cautérisation à la conjonctive du cul-de-sac. On ne laisse pas retomber la paupière immédiatement, pour éviter le contact avec l'œil : au bout de quelques instants, lorsque l'escare est bien formée, on remet la paupière en place; aucun lavage, ni l'eau salée, ni à l'eau pure. En ne cautérisant que le cul-de-sac supérieur, il n'y a aucun danger d'escare sur la cornée, ce qui arriverait facilement si l'on passait le crayon sur toute la conjonctive tarsienne. Il est certain, en outre, qu'une cornée recouverte d'un épais pannus est en quelque sorte protégée contre les effets d'un caustique violent; on ne pourrait cautériser avec la même hardiesse une conjonctive granuleuse, quand la cornée est vierge de toute infiltration panniforme. »

La douleur très vive causée par le nitrate pur peut être atténuée par des attouchements préventifs à la cocaïne. C'est inutile le plus souvent. En effet, un des avantages appréciables du nitrate d'argent est la rareté des cautérisations qu'il exige, d'où économie de temps et d'argent.

Dans les pannus granuleux plus graves, M. Dujardin emploie un crayon *mitigé* de nitrate d'argent, avec une addition de nitrate de potasse, dans la proportion de 1 tiers à 2 tiers.

D'une façon générale les pannus invétérés, avec réaction inflammatoire modérée, seront les cas de choix où l'action du nitrate d'argent se montrera le plus efficace.

Les compresses d'alcool comme traitement du péritonisme et des coliques appendiculaires.

M. Sehrwald rapportait récemment (1) les heureux résultats qu'il avait obtenus, dans plusieurs cas de péritonite grave, en se servant de compresses d'alcool.

Chez un malade atteint de péritonite tuberculeuse, cet auteur a vu, en particulier, disparaître à deux reprises tous les accidents, douleur, vomissements, météorisme et diarrhée, très peu de temps après l'application des compresses.

Devant ce succès, vraiment encourageant, M. Sehrwald a eu l'idée d'appliquer ce traitement à plusieurs malades atteints d'appendicite. Dans tous ces cas, la maladie a évolué heureusement et les accidents n'ont pas tardé à disparaître.

Si ce procédé thérapeutique n'est pas très nouveau, il mérite au moins, par sa simplicité, d'être rappelé.

Il semble, en effet, que, dans les cas de péritonisme où il n'existe pas d'indications opératoires urgentes, la révulsion que produit l'alcool sur les téguments produise une dérivation salutaire.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

351. M. TERRAL. Étude sur l'étiologie et la pathogénie du rachitisme. — 352. M. COCHARD. Étude sur l'eau oxygénée et sur son emploi dans le traitement des pyodermites. — 353. M. MAINGUY. Quelques considérations sur les dysenteries de nos pays. — 354. M. NOURY. Étude clinique des hernies épigastriques et ombilicales. — 355. M. PINSAN. Du cathétérisme de l'urèthre chez les prostatiques. — 356. M. SCHELENGOWSKI. Contribution à l'étude clinique du cancer primitif pleuro-pulmonaire. — 357. M. LEMAIRE. Des endométrites hémorragiques ou hydro-hémorragiques des six premiers mois de grossesse. — 358. Mlle BAUDUIN. Septicémie des nourrissons; septicémie pneumococcique épidémique suraiguë. — 359. M. MORTUREUX. Des kyses hydatiques de la rate. — 360. M. VUILLIÈME. Rupture des collections enkystées de l'abdomen au cours du palper abdominal. — 361. M. LANDRON. Sur le traitement des rétro-déviations utérines par le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (procédé de Wylie). — 362. M. FÉLIX. Les rétrécissements tuberculeux de l'intestin grêle. Leur traitement. — 363. M. PORTAL. Contribution à l'étude des traitements des fractures par la suture osseuse précoce de certaines variétés. — 364. M. FRÉMONT. De quelques indications dans la grossesse extra-utérine. — 365. M. COHEN. Le traitement des lochies fétides par l'hypochlorite de soude (liqueur de Labarraque). — 366. M. BÉVALOT. Des parotidites au cours de la fièvre typhoïde. — 367. M. BIGART. Albumines de la cellule hépatique.

(1) Cf. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électrothérapie*, avril 1900.

(1) *Therap. Monatshefte*, mai 1900.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de province. — *Montpellier.* — M. Liard, directeur de l'Enseignement supérieur, a passé la semaine dernière à Montpellier où il a longuement visité les divers établissements universitaires. Un banquet lui a été offert par les professeurs des Facultés.

Marine. — M. Defressine, médecin de deuxième classe, vient d'être promu au grade de médecin de première classe, en remplacement de M. Laugier.

M. le médecin de deuxième classe Thirion, du cadre de Toulon, est désigné pour remplacer, au 7e régiment d'infanterie de marine à Rochefort, M. Brachet.

M. le médecin de deuxième classe Damian, du cadre de Toulon, est désigné pour embarquer sur la *Couronne* (École de canonage et de timonerie), en remplacement de M. Bartel.

M. le médecin de deuxième classe Condé, du cadre de Brest, est désigné pour remplacer au 15e régiment d'infanterie de marine, à Madagascar, M. Bérillet, qui sera affecté au cadre de Brest.

Guerre. — *Armement des médecins de réserve.* — D'après une circulaire récente, les médecins de la réserve et de l'armée territoriale qui ne sont pas pourvus, à leurs frais, d'armes réglementaires peuvent, sur leur demande, et sur l'autorisation des généraux commandant les corps d'armée, recevoir, à titre de prêt, un sabre de cavalerie, modèle 1882.

Les sabres modèle 1882, susceptibles d'être délivrés, sont de deux longueurs différentes et sont désignés respectivement par les dénominations suivantes :

Sabre de dragon modèle 1882 ;

Sabre de cavalerie légère modèle 1882.

Les médecins auxquels est attribué un sabre de ce modèle doivent indiquer, dans leur demande, quel est celui des deux types qui convient à leur taille.

Dans tous les cas la demande doit être faite par l'intéressé lui-même et contenir l'indication de son nom, de sa profession, de l'adresse à laquelle l'arme devra lui parvenir, et, en outre l'engagement de faire restituer l'arme à l'établissement d'artillerie livrancier, en cas de radiation des contrôles pour quelque motif que ce soit.

Ainsi établie, la demande est adressée au chef de corps ou de service.

Le directeur de l'établissement chargé de délivrer l'arme adresse à l'officier la facture de livraison en double expédition. Cette facture lui est renvoyée revêtue du récépissé du destinataire.

Les frais de transport des armes lors de la délivrance et de la réintégration sont supportés par l'État.

Les armes prêtées devont être réintégrées à l'établissement d'artillerie livrancier par les détenteurs ou leurs ayants-droit, sans ordre spécial, en cas de radiation des contrôles pour quelque motif que ce soit.

Prix Fillioux. — En conformité d'un legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix, d'égale valeur, à décerner l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les « maladies de l'oreille ».

Pour l'année 1900, un concours sera ouvert le mercredi 5 décembre en vue de l'attribution de deux prix de 750 francs chacun.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, bureau du service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le 15 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

CONDITIONS DU CONCOURS. — I. *Programme du concours.* — 1° Un mémoire, manuscrit et inédit, sur les « Maladies de l'oreille », le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomo-pathologique.

2° Une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il accorde au candidat vingt minutes pour examiner le malade, et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de :

Pour le mémoire..........................	30 points.
Pour l'épreuve clinique................	20 —

II. *Jury du concours.* — Le jury du concours est composé de cinq membres, tirés au sort, savoir :

Trois parmi les chefs de service d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants.

Un médecin et un chirurgien parmi les médecins et chirurgiens, chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires.

Legs. — Un généreux donateur, M. Crevat-Durand, de Fontainebleau, vient, entre autres dons, de laisser par testament 150 000 francs à l'Institut Pasteur; 400 000 francs à l'Œuvre des enfants tuberculeux d'Ormesson; 120 000 à la Société d'allaitement maternel ; 25 000 francs à la Croix-Rouge française ; 400 000 francs à la ville de Fontainebleau pour l'agrandissement de ses services hospitaliers, etc.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 19e semaine, 1 001 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente.

La fièvre typhoïde a causé 17 décès (au lieu de 18 la semaine précédente) ; la rougeole, 25 (la moyenne est 27); la scarlatine, 4; la coqueluche, 3 (la moyenne est de 9) et la diphtérie, 6 (la moyenne est de 8).

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 141 décès, au lieu de 119 pendant la semaine précédente et au lieu de 123 (moyenne ordinaire de la saison).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 47 décès, dont 37 sont dus à la congestion pulmonaire.

En outre, 11 décès ont été attribués à la grippe.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur Jules Chéron, médecin de Saint-Lazare, officier de la Légion d'honneur, décédé dans sa soixante-sixième année.

Notre confrère, après s'être fait une place distinguée dans les sciences naturelles, s'était entièrement consacré aux études gynécologiques. On se rappelle que dans la *Revue médico-chirurcale des maladies des femmes*, qu'il dirigea pendant si longtemps, il se fit un ardent défenseur des méthodes conservatrices, à une époque où les interventions chirurgicales tendaient à devenir trop à la mode.

Chéron, outre un certain nombre de travaux estimés, laisse un ouvrage qui restera : l'*Introduction à l'étude des lois de l'hypodermie.* C'est, en effet, à lui que l'on doit l'invention et la vulgarisation des injections hypodermiques de sérum à petite dose.

Très aimé de sa nombreuse clientèle et de tous ses amis, il laisse d'unanimes regrets. Nous adressons à son fils, notre collègue et ami, le docteur Henri Chéron, l'assurance de notre bien vive sympathie.

Les obsèques de M. Chéron auront lieu demain samedi, à dix heures et demie, en l'église Saint-Augustin.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE. — Endocardite et aortite aigues blennorragiques, par MM. L. Brodier, chef de clinique, et M. Laroche, interne des hôpitaux de Paris. — Notes de clinique thérapeutique. Sur la broncho-pneumonie chez les enfants, par M. C. Bacaloglu, interne à l'hôpital des Enfants-Malades. — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — Revue bibliographique. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelle scientifiques.

ENDOCARDITE ET AORTITE AIGUES BLENNORRAGIQUES

Par L. Brodier, chef de clinique,
et M. Laroche, interne des hôpitaux de Paris.

Si l'endocardite aiguë infectieuse grave, ulcéro-végétante, d'origine blennorragique, est connue depuis longtemps, il n'en est pas de même de la forme bénigne ou infectieuse atténuée de l'endocardite. Celle-ci se caractérise essentiellement, comme l'a montré M. le professeur Potain, par une modification du timbre des bruits du cœur; aussi, ne peut-on accepter sans réserves les observations publiées par Mac Donnel, où le diagnostic d'endocardite repose exclusivement sur l'apparition d'un souffle à la région précordiale (1). M. Potain a récemment attiré l'attention sur cette forme bénigne d'endocardite blennorragique et a signalé en même temps l'aortite comme une des conséquences possibles de la gonococcie (2), à propos d'une malade de son service, dont nous rapportons ici l'observation détaillée :

Observation I. — Hélène G..., âgée de dix-neuf ans, domestique, entre à l'hôpital le 10 novembre 1899, dans le service de M. le professeur Potain, salle Piorry, n° 21.

Ses antécédents héréditaires sont excellents. Elle est réglée depuis l'âge de quinze ans, toujours régulièrement, et n'a eu en particulier ni rhumatisme, ni angine.

Vers la fin d'octobre 1899, elle a eu un écoulement vaginal abondant, épais, de couleur blanc jaunâtre, sans douleur à la miction, et qui persiste encore aujourd'hui. Le 3 novembre elle est prise de frissons, de fièvre et d'une dysphagie intense, surtout pour les liquides et la salive, pendant quatre à cinq jours. Le 7 novembre apparaît une tuméfaction douloureuse du coude droit, la douleur envahit rapidement les autres articulations du membre supérieur, ce qui décide la malade à entrer à l'hôpital.

Actuellement, les arthropathies n'atteignent que le membre supérieur droit. L'épaule, le poignet, les articulations des phalanges sont douloureux; mais surtout le coude, qui est rouge et augmenté de volume. Le moindre mouvement réveille de vives douleurs. La dysphagie a disparu, la langue est saburrale, l'appétit est nul; on constate quelques vésicules d'herpès sur les lèvres. Température axillaire : 39 degrés. L'examen des organes génitaux ne révèle que la vaginite.

Les bruits du cœur sont clairs, bien frappés; il n'existe aucun bruit anormal.

Injections vaginales. Salicylate de soude, 4 grammes. Applications externes de salicylate de méthyle.

Les jours suivants, les douleurs s'atténuent et bientôt se localisent au coude. La température s'abaisse légèrement. Le cœur, examiné tous les jours avec soin, est normal.

18 novembre. Érythème rubéoliforme disséminé sur tout le corps. La température oscille autour de 39 degrés. Aucune articulation nouvelle n'est atteinte; le coude est toujours très douloureux. Les bruits du cœur sont normaux.

Salicylate de soude, 6 grammes. Sulfate de quinine, 0gr75. Pointes de feu sur le coude. Immobilisation du membre en demi-flexion dans une gouttière métallique.

20 novembre. L'érythème pâlit et tend à s'effacer. Le coude n'est plus rouge ni douloureux, le gonflement est moindre. Température : 37 degrés; souffle systolique léger et très doux, au niveau du deuxième espace intercostal gauche; les bruits du cœur sont normaux.

22 novembre. L'érythème a disparu. L'articulation présente encore une légère tuméfaction. Les bruits du cœur paraissent un peu moins clairs que les jours précédents. Température : 39 degrés matin et soir.

24 novembre. Température : 38°6 matin; 40 degrés soir. Pouls : 120. On ne constate aucune complication du côté du poumon, de la plèvre ou des articulations. Mais les bruits du cœur sont moins clairs, le second bruit en particulier est nettement assourdi au niveau de l'orifice aortique. Le souffle systolique de la région précordiale a disparu. Le cœur est très notablement augmenté de volume; sa pointe bat dans le sixième espace intercostal, mais n'est pas déviée vers la ligne axillaire. L'aorte déborde le sternum dans une étendue de 1 centimètre et demi. La surface de matité précordiale mesure 122 centimètres carrés (fig. 1). La sous-clavière

(1) Souplet. Th. inaug., Paris 1893. — M. Sée. *Le gonocoque*, Paris 1896.
(2) Potain. *Bull. méd.*, 13 déc 1900.

droite est élevée de 1 centimètre environ au-dessus de la clavicule.

On applique un vésicatoire sur la région précordiale. Salicylate de soude et sulfate de quinine.

25 novembre. Température : 39°4 matin ; 38°8 soir. La dilatation aortique est moins prononcée que la veille.

26 novembre. Température : 37°5 matin ; 38°5 soir. Pouls : 100. Pression artérielle : 7 centimètres et demi au niveau de la radiale.





FIG. 1. — 21 novembre. FIG. 2. — 26 novembre.
Diagramme de la surface de matité précordiale, au 1/4.

Le cœur a repris ses dimensions normales, sa pointe bat dans le quatrième espace intercostal. L'agrandissement de la crosse aortique a complètement disparu ; la matité aortique répond exactement au bord droit du sternum, la sous-clavière droite n'est plus élevée au-dessus de la clavicule. La surface de matité précordiale ne mesure plus que 71 centimètres carrés (fig. 2). Le second bruit aortique est toujours assourdi et présente un dédoublement physiologique. Le premier bruit est un peu sourd.

On supprime le sulfate de quinine. Salicylate de soude : 5 grammes.

28 novembre. Le second bruit présente les mêmes caractères que les jours précédents. Le premier bruit est éteint et un peu dur. Température : 39°5 matin. Pouls : 112. Pression artérielle : 8.

29 novembre. La malade accuse de la dyspnée. On constate une diminution de la sonorité et du murmure vésiculaire dans le tiers inférieur du côté droit de la poitrine en arrière. Les bruits du cœur ne sont pas modifiés. Température : 38°6 matin ; 40 degrés soir. Pouls : 112.

30 novembre. Le premier bruit du cœur est encore éteint et dur ; le second est toujours assourdi. L'écoulement vaginal est définitivement tari.

On applique un deuxième vésicatoire sur la région précordiale.

1er décembre. Le premier bruit du cœur n'est plus éteint, mais seulement dur. Le second bruit est beaucoup moins assourdi ; il est analogue à celui que produit, suivant la comparaison de Bouillaud, un tambour voilé d'un crêpe. La surface de matité précordiale demeure normale.

Tout phénomène inflammatoire a disparu du côté de l'articulation du coude, qu'on mobilise progressivement.

Température : 37°2 matin : 37°4 soir. Pouls : 84.

2 décembre. Le premier bruit mitral est redevenu normal ; le second bruit offre les mêmes caractères que la veille.

La sonorité est encore un peu diminuée à la base du poumon droit ; le murmure vésiculaire est normal en ce point.

Pouls : 108. Pression artérielle : 10.

Salicylate de soude : 3 grammes.

8 décembre. Le second bruit aortique est très dur, mais n'est plus sourd. Souffle mésosystolique de la région préventriculaire gauche.

La dureté du second bruit aortique s'atténue lentement et progressivement, de sorte que, lors du départ de la malade en convalescence le 22 janvier, ce bruit présente un timbre à peu près normal.

OBS. II. — Emile S..., matelassier, vingt-huit ans, entre le 10 novembre 1898 dans le service de M. le professeur Potain.

Il n'a jamais été malade, et n'appartient pas à une famille de rhumatisants, mais a contracté il y a deux mois une blennorragie qui n'est pas encore complètement guérie. Depuis douze jours, il accuse des douleurs articulaires qui se sont manifestées d'abord dans le poignet droit, puis ont envahi l'épaule droite, enfin les articulations de l'auriculaire et de l'index de la main gauche.

11 novembre. Pas de fièvre. On constate un écoulement urétral blanchâtre, séreux, peu abondant.

L'épaule droite est tuméfiée, sans rougeur, très douloureuse à la pression, surtout à la partie supérieure et à la partie antérieure. Tous les mouvements du membre correspondant s'exécutent aux dépens de l'omoplate. Le petit doigt et l'index de la main gauche sont tuméfiés, surtout au niveau des articulations phalango-phalanginiennes, dont les mouvements provoquent de vives souffrances.

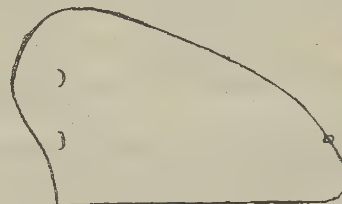


FIG. 3. — *Diagramme de la surface de matité précordiale (au 1/4).*

Le cœur est augmenté de volume. Le second bruit aortique est légèrement assourdi. La matité aortique s'étend à 22 millimètres au delà du bord droit du sternum (fig. 3). La sous-clavière droite est élevée de 2 centimètres environ au-dessus de la clavicule correspondante.

Salicylate d'étyle 3 grammes dans du julep. Applications locales de compresses imbibées de salicylate de méthyle.

12 novembre. La dilatation aortique ne s'est pas modifiée. Le second bruit aortique est plus sourd et plus éteint que la veille.

Vésicatoire sur la région préaortique.

13 novembre. La matité aortique ne déborde plus le sternum. La sous-clavière droite n'est plus surélevée. Le second bruit aortique n'a plus son caractère éteint, il est un peu dur.

Les jours suivants, la dureté du second bruit s'atténue rapidement ; elle a disparu quand le malade quitte l'hôpital, sur sa demande, le 17 novembre.

L'aortite peut donc se montrer au cours de la blennorragie comme au cours de la plupart des maladies infectieuses. Il est vraisemblable qu'elle s'accompagne le plus souvent d'endocardite des sigmoïdes correspondantes.

L'endocardite et l'aortite blennorragiques peuvent apparaître tardivement, de même que les arthropathies. Les modifications de volume de l'aorte sont parfois très rapides, ainsi que le prouvent les deux observations que nous avons relatées.

D'après M. le professeur Potain, les manifestations cardiaques qui coïncident avec le rhumatisme blennorragique paraissent justiciables du salicylate de soude, au même

titre que les formes aiguës de ce rhumatisme. L'application de révulsifs sur la paroi précordiale doit être aussi recommandée.

Ces complications cardio-aortiques non traitées peuvent être le point de départ d'une dilatation permanente de l'aorte et d'une lésion orificielle grave du cœur. Il est donc important de les reconnaître pour les combattre dès leur apparition; aussi faut-il examiner tous les jours avec soin le cœur des blennorragiques.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Sur la broncho-pneumonie chez les enfants.

Par C. Bacaloglu,
Interne à l'hôpital des Enfants-Malades.

La récente discussion à l'Académie de médecine, au sujet de la rougeole, a suffisamment mis en évidence l'importance des mesures prophylactiques que l'on doit prendre contre la plus terrible de ses complications, la broncho-pneumonie, pour qu'il soit superflu d'y revenir aujourd'hui.

Mais à côté de l'isolement qu'il est si nécessaire de réaliser, il existe des *soins hygiéniques*, dont le rôle préventif a une grande importance.

La broncho-pneumonie succède, en effet, le plus souvent, à une infection d'origine nasale, buccale ou pharyngée. Il est donc urgent de réaliser une antisepsie aussi complète que possible du naso-pharynx et de la bouche. C'est ici que les injections d'eau boriquée ou d'eau alcaline trouvent leurs indications.

Dans le coryza purulent de la scarlatine, on peut employer le mélange à parties égales d'eau oxygénée du commerce et d'une solution du bicarbonate de soude à 2 p. 100, que préconise M. Roger.

Pour ces lavages, on aura avantage à utiliser le procédé imaginé par notre collègue Le Lorier : il consiste à introduire dans une narine, de manière à la faire ressortir par la bouche, une sonde urétrale en caoutchouc rouge, n° 18 par exemple, perforée sur toute sa longueur d'une série de trous. On fait incliner la tête du malade, et il est ainsi facile d'irriguer complètement les fosses nasales, en réglant la force du jet.

Après l'irrigation, on introduit dans les narines un peu de vaseline contenant 3 p. 100 de résorcine et de menthol, par parties égales. On instille quelques gouttes d'huile mentholée :

Huile d'olives...............	40 grammes.
Menthol....................	1 —

et enduire ensuite l'entrée des narines avec un peu de vaseline boriquée.

La langue et les gencives seront nettoyées avec de petits tampons d'ouate hydrophile.

Enfin, pour entretenir une certaine humidité dans la chambre, surtout dans les formes dyspnéiques, il faut réaliser une vaporisation continuelle, au moyen d'une casserole remplie d'eau posée sur une lampe à alcool.

L'alimentation doit être surveillée de très près. M. Sevestre a insisté sur les broncho-pneumonies qui succèdent aux diarrhées infantiles. Le lait bouilli et surtout stérilisé, en fera la base (1 à 3 litres suivant l'âge), pur ou coupé d'eau bouillie, s'il y a intolérance gastrique.

Si l'alimentation buccale est impossible, on donnera des lavements alimentaires.

Lait tiède.............	60 à 100 grammes.
Jaune d'œuf...........	n° 1
Peptone sèche.........	10 grammes.

(Comby).

Telles sont les mesures hygiéniques que l'on doit toujours prendre.

Mais il faut se rappeler que la broncho-pneumonie peut survenir d'emblée, à la suite d'un simple rhume, d'une bronchite.

Le malade toussait depuis un certain temps, puis, à la suite d'un refroidissement, la toux devient plus fréquente, et la dyspnée s'accuse. A la place des râles sibilants et ronflants, l'auscultation fait percevoir des râles sous-crépitants, muqueux et quelquefois du souffle.

La broncho-pneumonie d'emblée est, on le sait, d'un pronostic moins grave que celui qui frappe l'organisme débilité d'un convalescent. Presque toujours fatal dans la diphtérie, le pronostic suit une échelle de gravité décroissante avec la rougeole et la coqueluche, bien qu'il reste toujours extrêmement sévère.

Les *indications thérapeutiques de la broncho-pneumonie* varient donc suivant les cas. La clinique nous montre, en effet, la complexité des formes morbides.

Prenons comme exemple la bronchopneumonie post-rubéolique. L'éruption a disparu, ou est en train de disparaître; les phénomènes de catarrhe oculo-nasal se sont amendés, la fièvre, la veille encore à 38°5 ou 39, tombe à 37, et tout fait espérer une convalescence prochaine. Mais le soir ou le lendemain la fièvre remonte à 39. Le pouls est à 140; la respiration est rapide, 40 par minute, le petit malade respire difficilement, et les battements des ailes du nez, le léger tirage abdominal témoignent de la dyspnée menaçante. On ausculte et on trouve à la base d'un ou des deux poumons des râles sous-crépitants fins.

Quelquefois une poussée congestive envahit le poumon tout entier et on entend un souffle étendu, mêle de râles sous-crépitants quand le malade tousse. Ici les moyens médicamenteux cèdent le pas aux moyens physiques. Il faut baigner l'enfant. Les bains froids suivant la méthode de Brand n'ont pas beaucoup de partisans en ce qui concerne la bronchopneumonie.

On donnera des bains tièdes sinapisés, à 35 degrés. On peut verser directement 250 grammes de farine de moutarde délayée dans de l'eau froide, dans la baignoire de l'enfant, on bien on enferme la farine de moutarde dans un sac de toile qu'on plonge d'abord dans de l'eau froide et ensuite dans l'eau du bain. On prescrit deux bains sinapisés, un le matin, un autre le soir; puis toutes les trois ou quatre heures, on donne des bains simples à 35 degrés. La durée du bain est variable ; pour le bain sinapisé, jusqu'à la rubéfaction de la peau ; pour les bains simples, dix minutes à un quart d'heure. L'enfant est enveloppé ensuite dans une couverture de laine et remis dans son lit.

On lui fait boire du lait pur ou coupé avec de l'eau de Vichy et on peut lui donner une potion alcoolique. M. Comby conseille de mesurer la dose d'alcool et de prescrire une potion contenant 10, 20, 30 grammes d'alcool pour vingt-quatre heures.

Rhum ou cognac...........	20 grammes.
Sirop de quinquina..........	30 —
Teinture de canelle.........	1 —
Eau distillée................	40 —

Par cuillerées à café d'heure en heure.

Ou bien :

Vin de Malaga...............	40 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger.....	20 —
Teinture de kola.............	2 —
Eau distillée................	40 —

Par cuillerées à dessert de deux en deux heures.

Mon maître, M. Moizard, prescrit de l'alcool et de l'acétate d'ammoniaque :

Julep gommeux.............	90 grammes.
Cognac......................	10 —
Acétate d'ammoniaque... }	*āā* 1g50 centigr.
Benzoate de soude....... }	

Une cuillerée à dessert toutes les heures ou toutes les deux heures.

Si le cœur faiblit, on injecte du sérum artificiel, et il ne faut pas craindre d'injecter des doses suffisantes (100 à 150 grammes.

Chlorure de sodium........	7 grammes.
Eau distillée..............	1000 —

On injecte 50 grammes le matin et le soir;

On porte ce liquide à la température de 38 à 40 degrés (bain-marie) avant de l'injecter.

Les injections sous-cutanées d'éther, de caféine, de spartéine seront utilisées avec succès.

Mais c'est la digitale qui exerce l'influence la plus décisive dans tous les cas où le cœur faiblit, les bruits deviennent sourds, le pouls petit et rapide :

Teinture de digitale......... (suivant l'âge).	v à xx gouttes
Sirop de fleurs d'oranger....	30 grammes.

Par cuillerées à café dans les vingt-quatre heures.

Ajoutons comme complément, que dans l'intervalle des bains il est bon d'envelopper les pieds du malade avec des bottes d'ouate; et que les inhalations d'oxygène seront souvent utiles dans les formes dyspnéiques.

Au point de vue de la révulsion cutanée on peut employer encore les ventouses sèches, et les cataplasmes de farine de lin, sinapisés. Nous repoussons les ventouses scarifiées et les vésicatoires qui peuvent être des sources d'infection par la suite, et dont les effets sont douteux, et au moins inférieurs à la révulsion produite par le bain sinapisé.

Nous n'avons pas parlé des enveloppements froids et du drap mouillé. Ce sont des moyens qu'on doit employer toutes les fois qu'on ne peut pas s'adresser au bain tiède. Les enveloppements froids se pratiquent avec une pièce de linge ou de tarlatane pliée en huit ou dix (assez épaisse). On la mouille dans l'eau froide, on l'exprime et on l'applique sur la poitrine de l'enfant. On enveloppe la compresse humide avec du taffetas gommé, et on répète ces applications froides toutes les deux ou trois heures. On voit tout de suite que la respiration devient plus ample, et on constate que le petit malade tousse et dégage un peu ses bronches.

Le drap mouillé est appliqué sur tout le corps, puis on enveloppe le malade dans une couverture de laine, à travers laquelle on le frictionne. On l'appliquera quatre à six fois dans les vingt-quatre heures.

Nous croyons ces moyens de réfrigération très bons, mais inférieurs au bain complet sinapisé, et au bain ordinaire tiède.

Les vomitifs ne sont utiles que dans les cas où l'enfant est robuste et il y a de l'encombrement bronchique. On prescrira dans ces cas particuliers de l'ipéca :

Sirop d'ipéca..................	30 grammes.
Poudre d'ipéca..............	0g30 centigr.

Par cuillerées à café de cinq en cinq minutes.

La convalescence de la broncho-pneumonie est longue; souvent la toux persiste longtemps, il y a fréquemment de l'adénopathie trachéo-bronchique et le bacille de Koch pourra ultérieurement trouver là un bon terrain. Il faut donc alimenter les enfants et conseiller l'huile de foie de morue en hiver, le sirop iodotannique en été, ou bien une préparation arsénicale :

Sirop de quinquina...... }	*āā* 100 grammes.
Sirop antiscorbutique ... }	
Arséniate de soude..........	0g05 centigr.

Une cuillerée à café matin et soir.

M. Comby conseille également l'eau de la Bourboule riche en arsenic, par quarts de verre, pendant dix ou quinze jours tous les mois.

Pendant l'été une cure minérale à la Bourboule, pour les lymphatiques; au Mont-Dore, pour ceux qui ont un catarrhe bronchique persistant, compléteront le traitement. Les eaux sulfureuses sont également très utiles (Luchon, Cauterets, Eaux-Bonnes, Allevard, Enghien, etc.).

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(18 mai 1900)

A propos d'une précédente communication de M. Gilbert sur la **cirrhose biliaire hypersplénomégalique**, M. Chauffard soulève une question de nosographie fort intéressante. Il croit que dans la cirrhose biliaire hypertrophique de Hanot, il y a des faits de différents ordres, mais que ces faits ne sauraient être dissociés qu'au nom de la pathogénie et de l'évolution clinique; la dénomination proposée par M. Gilbert pour le groupe qu'il veut individualiser, séduit peu M. Chauffard qui se demande fort judicieusement où finit la splénomégalie et où commence l'hypersplénomégalie. Si l'on refuse d'appliquer le même qualificatif à une rate de 1000 grammes et à une rate de 1900 grammes, pourquoi n'appellerait-on pas hyposplénomégalique une rate de 500 grammes?

M. Chauffard voit bien qu'il y a quelque chose de très particulier dans le fait rapporté par M. Gilbert, mais ce qu'il y a de si spécial doit tenir à l'évolution comparée des lésions hépatiques et spléniques, à leur chronologie relative, aux rapports de ces faits avec de très nombreux autres faits de pathologie hépatique. C'est pour cela qu'il y a un groupe naturel que l'on peut considérer comme des *hépatites d'origine splénique*.

Si l'on veut donc, d'après M. Chauffard, essayer de subdiviser en groupes distincts les cirrhoses hypertrophiques biliaires, d'après les rapports relatifs des lésions hépatiques et spléniques, on peut provisoirement concevoir trois catégories de faits :

a. Cas où le foie et la rate semblent pris simultanément à un degré sensiblement proportionnel; on peut les appeler, si on veut, *cirrhoses hypertrophiques biliaires splénomégaliques*.

b. Cas où la rate est nettement prise avant le foie, et à un plus haut degré, que l'on peut appeler *cirrhoses hypertrophiques biliaires métasplénomégaliques*.

c. Cas où la lésion hépatique précède, domine et semble commander la lésion splénique, on peut les appeler *cirrhoses hypertrophiques présplénomégaliques*.

Ce groupement schématique pourrait peut-être servir utilement à la revision et à la différenciation en groupes distincts des cirrhoses hypertrophiques biliaires.

MM. Launois et Lœper ont observé un fait curieux d'orchite **chez un homme convalescent d'une fièvre typhoïde moyenne et normale.** A propos de ce fait, les auteurs ont fait toute une série de recherches fort intéressantes.

Ils remarquèrent d'abord que le sérum du malade agglutinait le bacille qui provenait de son organisme, dans la proportion de 1 p. 100, tandis que l'agglutination était moins énergique (1 p. 50) en présence des bacilles dont on se servait pour le séro-diagnostic.

Ils virent encore que le liquide d'une hydrocèle concomitante était absolument stérile, mais agglutinait un bacille de provenance étrangère, dans des proportions égales à celles du sang. De plus, ils constatèrent que la diazo-réaction, qui avait existé pendant toute la durée de la maladie, diminua à mesure que la température se rapprochait de la normale, et réapparut au moment où l'orchite éclata, acquit à nouveau son intensité première, et disparut progressivement.

Enfin, l'examen du sang montra, pendant toute la durée de l'infection éberthienne, une leucocytose normale ou légèrement abaissée, et une surabondance de leucocytes mononucléaires dans le pus du foyer testiculaire.

MM. Fernet et Lacapère rapportent l'observation d'un homme atteint d'**ostéo-arthrite du poignet au décours d'une pneumonie.** Cette ostéo-arthrite s'est caractérisée au point de vue clinique, par de la douleur, de la tuméfaction et des craquements secs. La radiographie a montré que les extrémités osseuses, érodées et élargies, étaient réunies par des néoformations fibreuses. L'examen du liquide séreux contenu dans la tumeur décela la présence du pneumocoque à l'état pur.

M. Marie communique des faits qui semblent démontrer que, dans la **pneumonie**, on peut obtenir de bons résultats thérapeutiques par l'emploi de la levure de bière.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La thérapeutique par les agents physiques, hydrothérapie, électrothérapie, thermothérapie, frigothérapie, kinésithérapie, climatothérapie, thalassothérapie, etc. (1), par M. H. Guimbail.

La thérapeutique par les agents physiques tend chaque jour à étendre le cercle de son action. L'infidélité des médicaments et l'inconstance de leurs effets font que si la thérapeutique est riche en médicaments, elle est pauvre en médications curatives.

Les agents physiques doivent être de plus en plus employés comme préventifs et comme curatifs. Leur emploi méthodique est sans danger : ici la dose thérapeutique n'est pas limitrophe de la dose dangereuse, comme dans la médication par les agents chimiques.

Ici plus de substances dangereuses jetées irrévocablement dans l'organisme au hasard de conditions variables et dont l'effet ultérieur échappe totalement au contrôle du médecin, mais bien des applications externes qu'on peut doser et régler aisément à chaque moment avec une remarquable précision.

Dans une première partie, M. Guimbail aborde les questions de thérapeutique descriptive : considérations générales sur l'électrothérapie, courants polyphasés, courants de haute fréquence, franklinisation, bain hydro-électrique, hydrothérapie et frigothérapie, la lumière et ses effets physiologiques et thérapeutiques, le bain de lumière.

La deuxième partie est consacrée à la thérapeutique physiologique. M. Guimbail y étudie le mode d'action des agents physiques, sur l'organisme humain, l'excitation physique en physiologie et en thérapeutique, le processus intime de nutrition et les agents physiques, l'électrogénèse animale, les conducteurs électriques discontinus, enfin l'électro-esthésie.

La troisième partie, thérapeutique clinique, est l'exposé du traitement par les agents physiques des maladies auxquelles ils s'adressent plus spécialement : neurasthénie, cardiopathies, dyspepsies, maladies de l'intestin, chlorose, rhumatisme, dermatoses.

(1) Gr. in-8° de 568 p. Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Sémiologie et thérapeutique des maladies de l'estomac (1), par Henri Frenkel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. Préface par J. Teissier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux.

Depuis trente ans la pathologie de l'estomac a subi des transformations profondes : la nosologie en a été chargée, la symptomatologie s'est enrichie, le diagnostic a été perfectionné, la thérapeutique s'est enhardie. Tous ces progrès sont dus surtout à la création de nouvelles méthodes d'examen d'ordre physique, chimique et microscopique qui ont permis d'étudier sur l'homme la physiologie normale et pathologique de la digestion. De tels progrès ne se sont pas effectués sans donner lieu à d'innombrables publications, au milieu desquelles il est difficile de s'orienter.

Le praticien n'a pas le temps de remonter à toutes ses sources. Aussi M. Frenkel a-t-il fait une œuvre particulièrement utile en mettant à sa portée, avec une remarquable méthode, les procédés les plus savants comme les plus simples, qui lui permettront de s'orienter avec fruit au lit du malade. Ce n'est pas un mince mérite que d'avoir su condenser les innombrables notions récemment acquises et résumer non seulement les enseignements élémentaires des auteurs classiques, mais encore les monographies les plus nouvelles dont il a su tirer l'essence et les indications fondamentales. Voici le résumé des principaux chapitres :

Sémiologie. — Interrogatoire et examen objectif du malade. Méthodes d'examen basées sur l'emploi d'appareils physiques. Méthodes basées sur l'analyse chimique. Examen chimique du contenu stomacal. Examen de la motilité de l'estomac. Les gaz de l'estomac. Les liquides de rétention. Les symptômes du côté des autres organes et appareils.

Thérapeutique. — Le régime alimentaire. Les lavements alimentaires et l'alimentation par voie hypodermique. Les agents physiques (lavage, massage, électrothérapie, etc.). Le traitement médicamenteux (alcalins, acides, sels, amers, vomitifs, purgatifs, sédatifs, ferments, digestifs, etc.). Le traitement chirurgical.

Le livre de M. Frenkel est mieux qu'un résumé très au courant de toute la littérature actuelle. C'est, comme le dit le professeur Teissier dans sa préface, une œuvre personnelle et vécue où l'on sent que tout ce que l'auteur a écrit, il l'a vu, contrôlé et analysé avec une indiscutable compétence.

(1) In-16, 560 p., avec fig., cart. Prix : 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 28 MAI AU 2 JUIN 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 28 MAI, à une heure. — 3e (2e partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Potain, Gilles de la Tourette et Launois ; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Lannelongue, Delbet et Legueu ; — (2e série) : MM. Terrier, Lejars et Sébileau ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Déjerine et Teissier ; — Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Delens, Tuffier et Broca (Aug.) ; — (2e série) : MM. Mauclaire, Poirier et Walther ; — M. Rémy, suppléant.

MARDI 29 MAI, à une heure. — 3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Schwartz, Poirier et Bonnaire ; — (2e partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Hutinel, Charrin et Thiroloix.

1er de chirurgien-dentiste, *Petit amphithéâtre* : MM. Quénu, Thiéry et Langlois ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Brun et Faure ; — (2e série) : MM. Berger, Nélaton et Albarran ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Ménétrier et Achard ; — M. Thoinot, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Joffroy et Dupré ; — (2e série) : MM. Cornil, Debove et Vaquez ; ; — M. Roger, suppléant.

MERCREDI 30 MAI, à une heure. — 5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Kirmisson, Jalaguier et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Delens, Walther et Legueu ; — (2e partie) : MM. Fournier, Wurtz et Widal ; — M. Broca (Aug.), suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

JEUDI 31 MAI, à une heure. — 3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 3* (1re série) : MM. Budin, Poirier et Faure ; — *Faculté, salle n° 1* (2e série) : MM. Schwartz, Nélaton et Wallich ; — (2e partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Debove, Achard et Launois.

VENDREDI 1er JUIN, à une heure. — 4e, *Petit amphithéâtre* (1re série) : MM. Pouchet, Gaucher et Desgrez ; — *Grand amphithéâtre* (2e série) : MM. Ch. Richet, Landouzy et Thoinot ; — *Faculté, salle n° 1* (3e série) : MM. Brissaud, Hanriot et André.

1er de chirurgien-dentiste, *Faculté, salle n° 2* (1re série) : MM. Lannelongue, Gley et Sébileau ; — *Faculté, salle n° 3* (2e série) : MM. Rémy, Poirier et Retterer ; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Tillaux, Delbet et Broca (Aug.) ; — (2e partie, 1re série) : MM. Grancher, Déjerine et Widal ; — (2e série) : MM. Hayem, Potain et Teissier ; — M. Legueu, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 2 JUIN, à une heure. — 4e, *Petit amphithéâtre* (1re série) : MM. Pouchet, Ménétrier et Thiroloix ; — *Faculté, salle n° 1* (2e série) : MM. Chantemesse, André et Dupré ; — *Faculté, salle n° 3* (3e série) : MM. Hanriot, Langlois et Vaquez ; — (4e série) : MM. Debove, Roger et Chassevant.

1er de chirurgien-dentiste, *Faculté, salle n° 2* (1re série) : MM. Rémy, Quénu et Gley ; — *Grand amphithéâtre* (2e série) : MM. Brun, Thiéry et Retterer ; — M. Weiss, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — M. Vogelin, médecin-major de première classe à la direction du 19e corps d'armée, est désigné pour l'hôpital militaire du Dey, à Alger (provisoirement).

XIIIe Congrès international de médecine. — Le Comité exécutif français a l'honneur d'informer MM. les membres du XIIIe Congrès international de médecine que, pour pouvoir être inscrits au programme officiel du Congrès les titres des communications devront être reçus aux bureaux du Congrès, 21, rue de l'École-de-Médecine, Paris, avant le 1er juin, dernier délai.

Les adhésions seront reçues jusqu'au 15 juillet.

Pour se faire inscrire, envoyer sa carte de visite, l'indication de la section choisie, et un mandat-poste de 25 francs au docteur Duflocq, 21, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

— Le Comité exécutif a décidé qu'il n'y aurait pas de journal officiel du Congrès.

Pendant la durée du Congrès il sera publié chaque jour par les soins du secrétariat général un programme donnant toutes les indications afférentes pour la journée.

Un bureau de la presse sera organisé pour la presse française et étrangère du 30 juillet au 10 août.

D'ici là toutes les indications nécessaires seront fournies au secrétariat général du Congrès, 21, rue de l'École-de-Médecine.

La lutte contre la tuberculose. — Nous venons de recevoir le premier numéro de l'*Œuvre antituberculeuse*, bulletin trimestriel des sanatoriums populaires et des sociétés de bienfaisance fondés en France pour la lutte contre la tuberculose et l'assistance aux tuberculeux pauvres, publié sous la direction des docteurs Sersiron et Dumarest. Nous souhaitons la bienvenue à nos confrères, et nous espérons vivement que leur œuvre aura tout le succès qu'elle hérite.

Microbes et urinoirs publics. — Le docteur Orlandi vient de démontrer que dans les urinoirs publics à parois rugueuses, et dépourvues d'eau, les germes adhérant aux parois peuvent, par l'effet du jet de l'urine, être détachés, et avec les éclaboussures être lancés sur les vêtements de celui qui urine. Il examina à cet effet dix-huit urinoirs de Turin. A l'aide d'une petite seringue, il projetait de l'eau stérilisée simulant le jet de la miction, et recueillait les éclaboussures dans une capsule stérilisée. Il put, de la sorte, démontrer le détachement des parois de l'urinoir de nombreuses bactéries, appartenant à des espèces variées.

L'auteur admet donc la possibilité du transport des gonocoques par ce moyen. Voilà une source de la blennorragie qui n'a pas encore trouvé place dans les traités de vénéréologie. (*Lyon méd.*)

Saisissabilité du cheval et de la voiture du médecin. — Aux termes de l'article 592 du Code de procédure civile, les outils d'un artisan sont insaisissables parce qu'ils sont nécessaires aux occupations personnelles. En est-il de même du cheval et de la voiture du médecin? Le tribunal de Caen a résolu cette question par la négative.

« Attendu que M. X... demande au tribunal de déclarer insaisissables, conformément aux dispositions du n° 6 de l'article 592 C. pr. civ., le cheval, la voiture, les harnais et la couverture saisis en sa possession, par acte d'huissier ;

Mais, attendu que l'article 592 contient une dérogation au principe général qui veut que tous les biens d'un débiteur forment le gage de ses créanciers ; que ce texte ne saurait donc être étendu par analogie et que, pour en bénéficier, il faut rentrer limitativement dans les cas prévus ;

Qu'il n'en est pas ainsi en ce qui concerne M. X..., qu'en effet, celui-ci exerce la profession de médecin et ne saurait, par suite, être assimilé à « l'artisan » dont parle le texte ;

Qu'on ne peut de même faire rentrer dans l'expression « outil », employée par le législateur, le cheval et la voiture d'un médecin, quelle que puisse être, d'ailleurs, leur utilité pour lui ;

Par ces motifs, dit à tort la demande de M. X..., et le condamne aux dépens. »

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Defaucamberge (de Gien) ; Debuschère (de Bailleul) ; Louis, médecin-major de première classe en retraite, chevalier de la Légion d'honneur et du Mérite agricole, décédé à Roville (Meurthe-et-Moselle), son pays natal illustré par l'agronome Mathieu de Dombasle ; Valentin (de Sotteville-lès-Rouen).

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

Comment on défend ses enfants (la lutte contre leurs maladies), par Georges Petit, médecin du dispensaire de l'hôpital d'Ormesson (enfants tuberculeux), membre du conseil d'administration de la Société protectrice de l'Enfance, etc. Une broch. — Prix : 1 franc. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. La pression artérielle et ses variations à l'état de santé et dans les maladies (*fin*), par MM. G. REYNAUD et D. OLMER, internes des hôpitaux de Marseille. — A PROPOS D'UN CAS DE FIBROME CALCIFIÉ DE L'UTÉRUS, par M. Charles FOUQUET, interne provisoire. — SEANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. Quelle doit être la durée de l'immobilisation dans les phlébites? — La méthode de Cerny et les applications de bleu de méthylène dans le traitement de l'épithélioma de la paupière inférieure. — XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE (Paris, 2-9 août 1900). Communication officielle. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

La pression artérielle et ses variations à l'état de santé et dans les maladies (1).

Par MM. G. REYNAUD et D. OLMER, internes des hôpitaux de Marseille.

III. HYPERTENSION DANS LES MALADIES. — La pression sanguine peut s'élever : par accélération des contractions cardiaques; par augmentation de la quantité de sang envoyée dans les artères à chaque systole (renforcement du tonus du cœur); par resserrement des artères (Gley). Au point de vue clinique, l'hypertension peut être passagère; elle peut être permanente ou prolongée (Huchard).

1° L'*hypertension passagère* se produit le plus souvent sous des influences toxiques, qui provoquent le spasme vasculaire et une augmentation de pression consécutive à cette vaso-constriction réflexe.

Certains poisons introduits *accidentellement* dans l'économie accroissent la tension d'une façon notable. Nous avons vu que la thérapeutique utilisait cette propriété de certains médicaments. Mais dans l'intoxication par le plomb et par le tabac, l'hypertension joue un rôle important dans le tableau clinique par les accidents qu'elle peut provoquer. L'*intoxication saturnine* s'accompagne d'un rétrécissement considérable des vaisseaux, encore exagérée par l'adhérence des globules blancs aux parois vasculaires : l'hypertension qui en résulte est transitoire, mais peut devenir permanente dans l'intoxication chronique. Le *tabac*, après une diminution momentanée de la pression sanguine, produit un accroissement notable, capable de déterminer chez les sujets prédisposés une crise d'angor pectoris par astriction des coronaires (Huchard et Eloy).

Les poisons *formés dans l'économie* sont des facteurs très importants d'hypertension. Ce sont les produits de la vie cellulaire, comme dans le surmenage physique et mental : les émotions, la colère [Féré (1)] semblent agir par ce mécanisme; il en est sans doute ainsi pendant les accès d'anxiété des mélancoliques [Cramer (2)]. Ce sont plus souvent encore les substances toxiques élaborées aux dépens des matériaux de l'alimentation, alors, que, par suite d'altérations structurales ou fonctionnelles, la barrière hépatique ne suffit plus à les arrêter, le filtre rénal, à les éliminer. C'est à ce titre que les excès alimentaires produisent une hypertension passagère, sans gravité si elle est exceptionnelle chez un sujet bien portant, capable d'entraîner au contraire des accidents redoutables chez les malades en imminence d'intoxication.

Quelques rares *poisons microbiens* peuvent élever la pression artérielle. Encore cette hypertension est-elle le plus souvent légère et transitoire, ainsi que MM. Charrin et Gley (3) l'ont constaté pour les produits pyocyaniques, Guinard et Artaud (4) pour le bacillus heminecrobiophilus et la malléine. MM. Rodet et Courmont (5) ont trouvé des substances hypertensives dans des bouillons de culture ensemencés avec le staphylocoque pyogène.

2° L'*hypertension permanente* n'appartient pas exclusivement à la néphrite interstitielle, comme on l'a cru longtemps. Il importe de l'étudier dans ses rapports avec l'artério-sclérose, les néphrites, l'urémie, l'éclampsie puerpérale, certaines cardiopathies, la maladie de Basedow.

M. Huchard admet que, chez les arthritiques, les goutteux, les prédisposés par hérédité, le taux de la pression est en général élevé; s'il s'ajoute à ces causes prédisposantes l'action à dose lente et longtemps prolongée d'intoxications multiples, l'hypertension augmentera encore et sera la cause des altérations vasculaires de l'*artério-sclérose*. Sans discuter cette interprétation, constatons que l'hypertension à 19, 20, 21, 22, souvent davantage, est un signe constant, « un symptôme d'avertissement » de l'artério-sclérose : elle est consécutive à la diminution de la lumière des vaisseaux par sclérose ou par spasme réflexe et est exagérée par l'hypertrophie du cœur, dont l'hypertension avait été au début la cause déterminante.

En 1875, M. Potain a le premier reconnu l'importance de

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 581.

(1) FÉRÉ. Soc. de biol., 25 mai 1889.
(2) CRAMER. *Münch. med. Wochens.*, 1892, nos 6 et 7.
(3) CHARRIN et GLEY. *C. R. de l'Acad. des sc.*, juin 1893.
(4) GUINARD et ARTAUD. *Arch. de méd. expér. et d'anat. pathol.*, 1895, p. 388.
(5) RODET et COURMONT. *Rev. de méd.*, 1893, p. 81.

l'augmentation de la pression artérielle dans les *néphrites.* Cette augmentation est la règle dans les néphrites atrophiques avec bruit de galop; les sphygmomètres indiquent les chiffres les plus élevés : ils varient constamment entre 23 et 26, souvent davantage. L'hypertension est fréquente encore dans les néphrites chroniques diffuses; elle est exceptionnelle dans les néphrites aiguës, avec grands œdèmes, albuminurie abondante. Elle manque aussi d'ordinaire dans la néphrite des syphilitiques, et dans le rein amyloïde, où l'on observe plutôt un abaissement en rapport avec l'asthénie cardiaque et la cachexie (Bartels). Lewinsky a constaté une élévation consécutive aux interventions sur le rein : mais il s'agit d'un cas particulier de l'hypertension occasionnée par les excitations sensitives, quelle que soit leur origine.

A la période ultime des néphrites, le cœur se laisse dilater, la pression s'abaisse : l'hypotension peut aider à distinguer de l'*urémie* cette phase cardiaque des néphrites (Debove et Letulle). La courbe de la tension présente en effet une ascension marquée chez les urémiques [Von Ziemssen (1)].

Dans l'*éclampsie puerpérale*, la tension artérielle est augmentée même si le volume du pouls paraît petit [Ballantyne (2)]. MM. Vaquez et Nobécourt (3) ont également constaté que la tension s'élevait à 25, 26 et plus, pendant les accès; entre les accès, la courbe s'abaisse légèrement, mais ne revient à la normale que lorsque les accès ont disparu définitivement. De plus l'hypertension précède les crises et permet de prévoir leur apparition prochaine. Comme dans l'urémie, cette hypertension reconnaît pour cause une excitation vaso-constrictive par auto-intoxication.

L'on n'admet plus aujourd'hui l'existence d'une hypertrophie essentielle du cœur : l'hypertrophie est toujours secondaire à l'hypertension ou à des altérations valvulaires ou myocardiques. Aussi les *myocardites chroniques hypertrophiques* s'accompagnent-elles fréquemment d'hypertension : celle-ci peut dépendre exclusivement de l'hypertrophie du muscle cardiaque; elle reconnaît en général comme cause simultanée des lésions de sclérose artérielle. C'est encore l'hypertrophie du cœur qui permet de comprendre l'augmentation de la pression valvulaire dans l'*insuffisance aortique* d'origine endocarditique.

M. Huchard a montré que la tension s'élève dans le *goitre exophtalmique*, contrairement à l'opinion admise par la plupart des auteurs; la tension ne diminue qu'à la période de cachexie [Cazes (4)].

3° *Certains accidents* peuvent être déterminés par l'augmentation de la pression artérielle : ce sont des hémorragies, des crises d'angine de poitrine, des paroxysmes épileptiques; l'hypertension peut encore occasionner des lésions durables, comme les anévrysmes, et, d'après Huchard, l'artério-sclérose.

L'élévation de la pression artérielle joue un grand rôle dans les *hémorragies* les plus diverses, à la condition que son influence s'ajoute à une altération préalable des parois vasculaires.

Dans l'*angine de poitrine vraie*, la tension est toujours augmentée de façon permanente; une intoxication accidentelle entraîne le spasme des coronaires en même temps qu'une vaso-constriction généralisée.

(1) Von Ziemssen. LXVII[e] réunion des natural. et méd. allemands, Lübeck, 16 sept. 1895.

(2) Ballantyne. *Edinb. med. Journ.*, mai 1885, p. 1007.

(3) Vaquez et Nobécourt. Soc. méd. des hôpit., 21 janv. 1897.

(4) Cazes. Th. de Paris, 1891, n° 236.

Féré (1) a constaté avec l'appareil de M. Bloch une augmentation de pression notable pendant l'aura qui précède les *crises épileptiques*; cette augmentation se maintient pendant toute la période convulsive, puis elle tombe au-dessous de la normale, quand l'accès est terminé : l'hypertension paraît donc jouer un rôle dans la production des paroxysmes épileptiques.

Elle est en tous les cas un élément important dans l'étiologie des *anévrysmes* et particulièrement des anévrysmes aortiques [Paltauf, Botkine, Levaschew, Coats et Auld, White, Boinet (2)].

IV. Hypotension dans les maladies. — La pression sanguine peut s'abaisser : par relentissement des contractions cardiaques, par diminution de la quantité de sang envoyée dans les artères à chaque systole, par relâchement des artères (Gley). La dépression artérielle reconnaît des causes multiples, mécaniques, toxiques et nerveuses (François-Franck).

A. *Causes mécaniques.* — 1° *Hypotension par diminution de l'afflux du sang dans le système artériel.* — Les *spoliations hémorragiques*, les *déperditions abondantes de liquide* par l'intestin (purgations, diarrhées profuses, choléra), l'estomac (vomissements incoercibles), la peau (transpirations abondantes) et le rein diminuent la masse sanguine et provoquent une hypotension plus ou moins durable. C'est ainsi que, dans certains cas de choléra à la période algide, la masse du sang peut être réduite d'un quart environ, d'après Hayem.

Dans les *anémies*, quelle que soit leur nature, la pression sanguine est en général très abaissée (Chéron). Mais le mécanisme de cette hypotension n'est pas simple : dans la *chlorose* par exemple, l'auto-intoxication, les troubles nerveux, l'hypoplasie vasculaire et hématique paraissent ajouter leurs effets.

« La *compression des veines importantes* servant de collecteurs au liquide sanguin, telles que la veine porte et les veines caves, détermine la dépression artérielle en emmagasinant une masse considérable de sang en amont de l'obstacle et en diminuant à un degré exagéré l'alimentation cardio-pulmonaire et aortique » (François-Franck).

Les *épanchements abondants du péricarde* agissent par un procédé analogue : mais ici, la compression s'exerce directement sur le cœur, et en particulier sur les oreillettes; l'obstacle représente, comme le fait remarquer François-Franck, l'équivalent d'une compression qui s'exercerait simultanément sur toutes les veines afférentes à chacune des oreillettes.

Tout obstacle à la circulation pulmonaire élève la pression en amont, c'est-à-dire dans le cœur droit et les veines de la circulation générale, et la diminue en aval, c'est-à-dire dans le système aortique.

MM. Carrion et Hallion (3) ont récemment constaté un abaissement de la pression artérielle, après avoir provoqué par des injections salées des œdèmes pulmonaires chez les animaux. Dès 1876, Lichteim (4) avait attribué la diminution de la tension sanguine consécutive aux épanchements pleurétiques à la pression directe que l'exsudat exerce sur le cœur et au déplacement des gros troncs vasculaires qui

(1) Féré. Loc. cit.

(2) Voir Boinet. Anévrysmes de l'aorte, in *Traité de médecine et de thérapeutique*, 1899, t. VI.

(3) Carrion et Hallion. Soc. de biol., 1899.

(4) Lichteim. Berlin 1876.

s'y abouchent. En 1887, Rosenbach (1) avait conclu de ses expériences que la compression du poumon ne suffit pas à amener une chute de la pression vasculaire : il faut que l'écoulement du sang veineux dans le thorax subisse une gêne, qu'il attribue à une coudure de la veine-cave inférieure. Plus récemment, Hill, Bernard et Sequeiro (2) ont aussi observé qu'une augmentation de pression intra-thoracique accroît la pression veineuse et diminue la tension artérielle. Nous savons aujourd'hui que la compression intra-thoracique est le plus souvent insuffisante pour produire une dépression artérielle notable : les conditions mécaniques agissent comme cause adjuvante; la toxi-infection est ordinairement la cause déterminante. C'est ainsi que nous compnenons l'hypotension qui se produit dans certains cas de pleurésie avec épanchement (3), dans la pneumonie, dans la tuberculose pulmonaire chronique.

C'est encore en diminuant l'afflux du sang dans le système artériel que les *cirrhoses hépatiques avec ascite* amènent un abaissement de la pression artérielle [Gilbert et Garnier (4)]. « Quand l'oblitération des ramuscules veineux intra-hépatiques devient de plus en plus complète, les voies anastomotiques ne suffisent plus à assurer le retour du sang dans les veines caves; la pression augmente dans le système porte, le sérum sanguin transsude dans le péritoine et l'ascite apparaît. L'ascite s'est donc produite aux dépens du sang lui-même; la quantité de sang qui arrive au cœur à chaque diastole se trouve diminuée de la quantité de sérum qui a passé dans le péritoine. L'afflux sanguin au cœur et par suite au système artériel se trouve donc diminué. » Par un mécanisme encore indéterminé, l'action hypotensive de la glande hépatique, prouvée par l'expérimentation physiologique, mériterait peut-être d'être invoquée pour expliquer la genèse des variations de la tension dans les maladies du foie. M. Chauffard explique ainsi la dépression artérielle assez prononcée que l'on constate au cours des ictères infectieux (5).

On peut quelquefois observer une hypotension brusque, entraînant une syncope mortelle et survenant le matin, après le réveil, chez des vieillards atteints, sans doute, d'hypertrophie prostatique et qui vident leur vessie distendue; d'après Lander-Brunton, ces syncopes par anémie cérébrale résultent d'une décompression trop rapide des vaisseaux auparavant comprimés et d'un abaissement subit de la pression intra-abdominale.

2° *Hypotension par asthénie cardio-vasculaire.* — Dans l'*asystolie* qui est l'aboutissant ordinaire des lésions cardiaques, il y a augmentation de la pression veineuse et diminution anormale de la pression artérielle : le cœur ne suffit plus à sa tâche, il se laisse dilater; les artères se laissent aussi distendre, perdent leur tonicité et deviennent insuffisantes.

Dans les infections, l'asthénie cardiaque joue un grand rôle dans la production de l'hypotension : mais celle-ci ne doit pas être nécessairement considérée comme un signe de myocardite, comme on l'a dit; elle peut exister en dehors de toute altération cardiaque, et résulter d'un simple trouble toxique de l'innervation du cœur et plus souvent encore, sans que le cœur ait à intervenir, d'une vaso-dilatation par toxi-infection : nous retrouverons ces faits dans le paragraphe suivant.

(1) ROSENBACH. *Arch. f. Pathol. anat. und phys.*, 1887, CV, p. 215.
(2) HILL, BERNARD et SEQUEIRO. *Journ. of physiol.*, 1897, XXI, p. 147.
(3) REYNAUD et OLMER. Les variations de la tension artérielle dans la pleurésie, *Marseille méd.*, 15 nov. 1899.
(4) GILBERT et GARNIER. *Presse méd.*, 4 fév. 1899, n° 10, p. 57.
(5) CHAUFFARD. Recherches de physiologie pathologique dans l'ictère infectieux, *Semaine méd.*, 11 avril 1900, p. 119.

Dans les *affections mitrales*, surtout dans le rétrécissement, il y a hypertension dans la petite circulation et hypotension dans le système aortique. Mais l'hypotension est surtout marquée lorsque les malades sont en imminence d'asystolie.

B. *Influences toxiques.* — Tandis que les corps toxiques, prenant leur source dans l'alimentation ou formés dans l'organisme aux dépens de la vie cellulaire, augmentent d'une façon constante la pression artérielle, les produits microbiens sont, nous l'avons vu, des facteurs exceptionnels d'hypertension. L'hypotension joue au contraire un rôle important dans la plupart des maladies infectieuses, et sa recherche fournit souvent des indications précieuses pour le pronostic et le traitement. Certaines substances, introduites exceptionnellement dans l'organisme, produisent des effets semblables par leurs propriétés vaso-dilatatrices, que la thérapeutique sait utiliser : nous les avons suffisamment étudiées pour ne pas avoir à y revenir ici.

Plusieurs facteurs entrent en jeu pour contribuer à abaisser la pression artérielle dans les maladies infectieuses : la vaso-dilatation, les troubles cardiaques, les perturbations du système nerveux; ces influences nerveuses sont les plus importantes; elles interviennent dans la plupart des cas et permettent de comprendre le mécanisme de la dépression artérielle. Ce qu'il importe de retenir, c'est que l'hypotension donne le plus souvent la mesure du degré d'imprégnation de l'organisme par les toxines microbiennes.

Potain avait depuis longtemps signalé une diminution considérable de la tension artérielle dans les fièvres graves et en particulier dans la fièvre typhoïde. MM. Alezais et François (1) ont recueilli à ce point de vue 150 observations de dothiénentéries de gravité variable. En raison de leur irrégularité presque constante et des différences individuelles si notables qu'elles présentent, ils admettent que les variations de la pression artérielle chez le typhique sont un symptôme de second ordre, en corrélation avec la fréquence du pouls, mais d'une valeur clinique inférieure. Ces conclusions s'appuient sur deux remarques importantes. « D'une part, l'hypotension, quelquefois précoce, peut être très accusée, soit accidentellement, soit avec persistance, dans des cas de fièvre typhoïde de gravité moyenne, même dans des cas légers ou abortifs aboutissant tous à la guérison. D'autre part, des cas très graves, soit par complications pulmonaires ou nerveuses, soit par hémorragie intestinale, peuvent présenter jusqu'au dernier jour (quelle que soit l'influence qui la soutienne, car l'intervention thérapeutique doit être pour une bonne part dans ce résultat) une tension artérielle relativement suffisante. »

La *grippe*, dit Huchard, se rapproche de la dothiénentérie par sa tendance à l'hypotension.

La *toxine tuberculeuse* amène, disent MM. Grancher et Barbier, une dépression dans tous les actes nerveux qui commandent la vie de relation : hypotension artérielle, hypofonctions viscérales, stigmates psychiques et mentaux. Marfan avait observé un abaissement constant de la pression entre 10 et 15 chez les tuberculeux pulmonaires. M. Papillon (2) a montré que l'on pouvait appliquer ces données

(1) ALEZAIS et FRANÇOIS. *Rev. de méd.*, 10 fév. 1899.
(2) PAPILLON Th. de Paris, 1897.

au diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire, en particulier chez les chlorotiques, à la condition de les rapprocher des modifications de la capacité respiratoire, de la fréquence du pouls, de l'habitus extérieur des malades. MM. Arloing et Guinard (1) ont confirmé par l'expérimentation ces indications cliniques : ils ont trouvé, dans les bouillons de culture filtrés, des toxines hyperthermisantes, dépressives, vaso-dilatatrices, accélératrices du cœur dont elles affaiblissent les contractions.

Des recherches cliniques de Friedmann (2) dans la *diphtérie*, il résulte que si la tension ne tombe pas au-dessous de 9 centimètres chez les grands enfants (avec l'appareil de Von Basch) et au-dessous de 7,5 chez les petits, le pronostic reste bon; à 7,5, la situation est sérieuse; à 6,5 ou 6, le pronostic est presque toujours fatal. Dans les cas où la pression restait pendant plusieurs jours aux environs de 7, alors que les phénomènes locaux avaient disparu et que les malades étaient déjà en convalescence, on trouvait de l'abattement, de l'inappétence, des paralysies. Pössler et Romberg, MM. Enriquez et Hallion, Moulinier, F. Rolly se sont efforcés de déterminer le mécanisme de cette hypotension.

L'un de nous, en collaboration avec M. A. Cotte (3), a recherché la tension artérielle dans 126 cas de *variole*. Quelle que soit sa forme clinique, la variole s'accompagne d'une hypotension précoce, dont le degré et la durée sont proportionnés à la gravité de la maladie. L'hypotension maxima coïncide avec la période de suppuration; la courbe présente ensuite un véritable plateau, puis une ligne ascensionnelle vers la normale, chacune de ces étapes étant d'autant plus longue que l'infection a été plus intense. Lorsque l'hypotension s'installe aux environs de 11 centimètres dès les premiers jours, le pronostic doit être réservé, car on se trouve ordinairement en face d'une forme grave; quand le sphygmomètre marque 10, 9 et au-dessous, l'issue est presque toujours fatale à brève échéance.

En 1888, Kaufmann et Bary (4) avaient déjà constaté, en employant l'appareil de Von Basch, que la *pneumonie* s'accompagne fréquemment d'hypotension.

Le 1er juillet 1899, MM. Gilbert et Castaigne présentaient à la Société de biologie les résultats de 16 observations de pneumonie lobaire franche aiguë, dont 7 à issue fatale : « Dans les cas devant se terminer par la guérison, la tension reste à 10 ou au-dessus pendant toute la période d'état pour remonter plus ou moins vite pendant la convalescence, mais le pouls reste toujours assez longtemps instable. Dans les cas où la mort survient par asthénie cardio-vasculaire, l'hypotension est toujours précoce, et l'on trouve, dès les premiers jours au sphygmomanomètre des chiffres inférieurs à 9 (5). » A la séance du 29 juillet 1899, MM. François et G. Reynaud confirmaient en partie ces résultats, d'après 35 observations personnelles; mais ils ont signalé quelques résultats contradictoires, des malades profondément intoxiqués ayant succombé, malgré une hypertension variant entre 18 et 22.

C. *Influences nerveuses*. — La dépression artérielle qui s'observe à la suite des violentes et douloureuses irritations nerveuses, des commotions physiques ou morales, des grands traumatismes est un phénomène d'inhibition résultant de la suspension plus ou moins complète de l'action du cœur et de la disparition du tonus artériel (François-Franck).

M. Chéron rapproche avec raison de l'*état de shock* des opérés et des blessés la chute de la pression aortique qui s'observe à la suite des péritonites. Chez les opérés, il est souvent difficile de faire la part du choc et de la septicémie dans la production de la dépression artérielle.

Au point de vue pratique, un abaissement trop marqué de la pression artérielle paraît être d'un fâcheux pronostic. L'un de nous a suivi les variations de la tension chez cinq femmes qui venaient de subir une laparotomie pour des affections utéro-annexielles diverses : la pression s'abaissait à 9 ou 8 après une heure de chloroformisation, mais se relevait constamment dans un délai de quinze heures environ dans les cas favorables; deux fois seulement, la tension était à ce moment inférieure à 10 centimètres, en dehors de toute hémorragie, et les malades moururent en moins de deux jours.

Signalons ici l'hypotension constatée par Beard et Chéron chez les *neurasthéniques* et les *déprimés* : par l'emploi méthodique des injections de sérum, Chéron a obtenu un relèvement permanent de la tension artérielle, signe d'une amélioration durable.

V. Valeur séméiologique des variations de la pression artérielle. — Quelle valeur le clinicien est-il en droit d'attribuer aux variations de la pression artérielle? Indépendamment de leur intérêt au point de vue scientifique, ces variations peuvent fournir pratiquement des indications précieuses pour le diagnostic, le pronostic et le traitement, à la condition cependant de ne pas les envisager isolément, de ne pas établir des chiffres absolus, à la façon d'une barrière infranchissable, mais de les rapprocher avec soin des autres symptômes, qui fournissent les données indispensables pour la solution des problèmes cliniques. Au lit du malade, il est impossible, en s'appuyant sur les indications d'un sphygmomètre plus ou moins imparfait, en dehors de tout autre examen, de poser des lois ayant la précision rigoureuse d'un théorème de géométrie.

Ces réserves faites, la constatation d'une hypertension persistante pourra confirmer un diagnostic hésitant d'artério-sclérose ou de néphrite chronique; une chute de la courbe, chez un brightique, fera craindre la défaillance cardiaque de la période terminale. Un abaissement considérable de la pression artérielle est toujours d'un fâcheux pronostic dans les fièvres graves, car elle témoigne de l'asthénie cardio-vasculaire, d'une imprégnation profonde de l'organisme intoxiqué.

La pression intra-vasculaire est essentiellement variable; elle est à l'état de santé en équilibre instable, et donne en quelque sorte la mesure de l'activité de la nutrition, puisqu'elle réagit sous l'influence de la moindre perturbation de l'appareil cardio-vasculaire. C'est à rétablir cet équilibre par des moyens appropriés que le médecin doit appliquer ses efforts. Il le pourra souvent pour le plus grand bénéfice du malade, soit en provoquant les réactions défensives dont l'organisme est capable, soit en intervenant par une médication véritablement spécifique, si ces influences compensatrices font défaut.

Ces quelques considérations mettent bien en évidence l'intérêt que peut présenter pour le clinicien la recherche

(1) Arloing et Guinard. IVe Cong. de la tubercul., 1898.
(2) Friedmann. *Jahrb. der Kinderheilk.*, 1893.
(3) G. Reynaud et Cotte. Soc. de biol., 3 fév. 1900, et *Marseille méd.*, 15 mars 1900.
(4) Kaufmann et Bary. *Berlin. klin. Woch.*, 1898, nº 28, p. 557.
(5) Gilbert et Castaigne. *Journ. des prat.*, 9 déc. 1899.

de la tension artérielle et justifient pleinement cette phrase extraite du Traité de Huchard : « Cette étude s'impose à l'attention dans un grand nombre d'affections disparates, parce qu'elle est la clef de la pathologie cardiaque, la source féconde d'indications et de succès thérapeutiques. »

Indications bibliographiques complémentaires.

I. Instruments et méthodes cliniques. — Von Basch. *Med. Jahrb. Wien.*, 1876, p. 431. — Lépine. *Rev. mens. de méd. et de chir.*, Paris, 1877, p. 624. — Marey. *Physiol. expér.*, Paris, 1880, p. 253. — Von Basch. *Zeit. f. Klin. med.*, 1880, p. 79, et 1881, p. 502. — Ekkert. *Appareil de Basch*, Saint-Pétersbourg, 1882. — Euren. *Upsala Läkaref Forh*, 1890-91, p. 289. — Högerstedt. *St-Petersbourg med. Woch.*, 1894, p. 365. — Von Ziemssen. *Munch. med. Woch.*, 1894, p. 841. — Von Basch. *Wiener med. Blatt.*, 1894, p. 755, et *Wien. med. Press*, 1895, p. 135 et 154. — Kiesow. Appareil de Mosso, *Phil. Stud.*, Leipzig, 1895, p. 41. — Von Basch. *Wien. med. Woch.*, 1896, p. 617. — Maynier. *Zeit. f. biol.*, 1895, t. XXXIII, p. 178. — Von Frey. *Corresp. bl. f. Schweiz. Ærzte*, 1898, t. XXVIII, p. 369. — Grunbaum. *Proc. physiol. soc. London*, 1898, p. 399. — Tschlenoff, *Zeit. f. diatet. und phys. Therap.*, Leipzig, 1898, p. 232. — Magnus. Th. de Heildelberg, 1898.

II. Oscillations physiologiques. — Jolyet et Legerot. Pression artérielle chez les batraciens, les reptiles et les oiseaux, Soc. de biol., 1872, p. 131. — Frédéricq. Oscillation respiratoire chez le chien, *Bull. Acad. roy. des sc. de Belgique*, 1881, et *C. R. de l'Acad. des sc.*, Paris, 1882. — Pavloff. *Ejened. klin. gaz. St-Petersbouvg*, 1883. — Regeczy. *Arch. f. die ges. Physiol.*, t. XXXVI, p. 73. — Arendt. *An. Soc. méd. de Gand*, 1890, p. 11-21. — Colrat. *Lyon méd.*, 1893, p. 488. — Wertheimer. *Arch de physiol. norm. et pathol.*, 1895, p. 760. — Kovalevski. *Kasan*, 1895. — Hunt. The fall of blood-pressure resulting from the stimulation of afferent nerves, *Journ. de physiol.*, Cambridge, 1895, p. 381. — Pachon. *Journ. de physiol. et de pathol. générale*, Paris, 1899, p. 1130. — Morat et Doyon. *Traité de physiol.*, 1899, t. III, p. 132.

III. La pression artérielle dans les maladies. — Franz Riegel. Tension vasculaire pendant la fièvre, *Berlin. klin. Woch.*, 30 août 1880. — Wetzel. Pression sanguine dans la fièvre, *Zeit. f. Klin. med.*, 1882, t. V, p. 328. — Rossbach. Hypertension et néphrite interstitielle, *Berlin. klin. Woch.*, 1885, n° 3, p. 33. — Frédéricq. Action physiologique des soustractions sanguines, *Mém. com. Acad. méd. de Belgique*, 1886. — Munck et Senator. Pression sanguine et sécrétion urinaire, *Arch. f. Path. anat. und physiol.*, 1888, t. CXIV. — Foxwell. Tension artérielle élevée, *The Lancet*, Londres, 25 juin 1892. — Haushalter et Prautois, *Gaz. hebd.*, Paris, 22 avril 1892. — Hallion et Comte, Réflexes vaso-moteurs dans les anesthésies de cause organique, *Arch. de physiol.*, 1895, 5e série, t. VII. — Broadbent. Causes et conséquences de l'excès de la tension artérielle, *Brit. med. Journ.*, 1883, p. 357, et Assoc. méd. brit. d'Édimbourg, 27 juillet 1898. — Oliver. The clinical aspect of art. pressure, *Edinb. med. Journ.*, 1898. — Mlle Dobrynine. *Du syndrome d'hypotension dans la cirrhose atrophique avec ascite*, Th. de Paris, 4 av. 1900. — Rongier. *Contribution à l'étude de la tension artérielle dans la pneumonie*, Th. de Paris, 9 mai 1900.

A PROPOS D'UN CAS DE FIBROME CALCIFIÉ DE L'UTÉRUS

Par M. Charles Fouquet, interne provisoire.

Le 20 avril 1900, nous présentions à la Société anatomique un cas de fibrome utérin calcifié sous-péritonéal sans pédicule.

Il s'agissait d'une femme de quatre-vingt-trois ans, entrée le 20 novembre 1899 à la Salpêtrière, dans le service de M. Charpentier, pour démence sénile. Le 25 mars 1900, elle mourait d'hémorragie cérébrale. Nous connaissons peu les antécédents de cette femme ; nous savons toutefois qu'elle était mariée et avait eu un enfant.

A l'autopsie, du côté du cerveau nous trouvâmes un épanchement sanguin au niveau de la circonvolution frontale ascendante du côté gauche. Dans l'abdomen, derrière l'utérus, nous vîmes une tumeur volumineuse, remplissant presque tout le petit bassin, comprimant en avant la vessie et l'utérus contre la symphyse pubienne, en arrière le rectum.

L'utérus mesure 11 centimètres de l'orifice du col au fond. La tumeur mesure en hauteur 15 centimètres, en largeur 10 centimètres, en épaisseur 7 centimètres, son poids est de 790 grammes.

L'adhérence à l'utérus est très lâche, en aucun point il n'y a trace de pédicule.

A l'intérieur de l'utérus dont les parois sont très amincies on trouve des végétations polypoïdes en franges. En outre, l'incision de quelques noyaux durs montre l'existence de quatre petits fibromes sous-muqueux nettement encapsulés, du volume d'une noisette.

Quant à la tumeur, sa consistance au palper est très dure, surtout dans sa moitié inférieure.

La section, qui nécessite l'emploi de la scie, montre que la tumeur se compose de deux parties : l'une supérieure purement fibreuse, l'autre inférieure tout à fait calcifiée.

Une enveloppe résistante recouvre toute la tumeur, adhérente à la portion fibreuse, décorticable au niveau de la partie calcifiée.

L'examen histologique de la pièce fut confiée à M. André Claisse, chef de laboratoire du service de M. Segond.

La coupe des petits fibromes pariétaux donne l'aspect habituel des fibromes.

La tumeur extra-utérine ne présente pas d'éléments osseux, il y a une simple infiltration calcaire dans la portion indurée. La coupe des portions non calcifiées montre des plaques à contour irrégulier, vaguement fibrillaire, à noyaux rares, des bandes de cellules nucléées, petites, allongées.

Il n'existe pas de vaisseaux.

Nous terminions notre communication en montrant que cette tumeur ne pouvait être qu'un fibrome utérin, qui s'était extériorisé, avait perdu son pédicule, et s'était enfin calcifié. La présence d'autres noyaux fibromateux sous-muqueux et interstitiels confirmait ce diagnostic et permettait de rejeter l'idée de tumeur aborigène du ligament large, cas très rare puisque Bilfinger (1) en 1887 n'en avait encore trouvé que 13 cas dans la littérature médicale.

Il nous a paru intéressant, a propos de ce cas, d'étudier l'histoire de ces tumeurs fibro-calcaires et leur mode de formation.

La calcification des fibromes n'est pas très fréquente ; il en est fait mention dans presque tous les traités de gynécologie comme d'un mode de dégénérescence possible du fibrome à côté des dégénérescences cartilagineuse, carcinomateuse, fibreuse, œdémateuse et sarcomateuse.

Au point de vue historique, Hippocrate semble être le premier médecin qui ait observé des tumeurs calcifiées de l'utérus. Cet auteur (2) cite le cas d'une servante thessalienne, âgée de soixante ans, qui dans sa jeunesse, avait éprouvé de vives douleurs à chaque coït. Sans jamais avoir été enceinte elle fut prise un jour, après avoir mangé beau-

(1) Bilfinger. Dissert. inaug., Wurtzbourg 1887.
(2) Hippocrate. *Épidémies*, livre V, édit. Kühn, vol. III, p. 559.

coup de poireaux (πράσα), de très violentes coliques, et sentit en se levant quelque chose de rugueux à l'orifice utérin. Une autre femme avait déjà délivré cette fille, tombée en syncope, d'une pierre rugueuse ressemblant à un peson de fuseau.

Les anciens auteurs citent des cas analogues, mais ils n'en connaissaient pas la véritable origine. Ils en faisaient des calculs utérins, des pierres utérines, « lapides in utero nati. »

Pour eux, l'utérus, comme la vessie, le rein, la vésicule, pouvait contenir des calculs. Ces pierres se formaient dans la cavité utérine et y restaient libres.

Il faut arriver à Meckel (1) en 1818, pour voir cette conception abandonnée. Meckel professa que ces prétendus calculs, d'abord en connexion avec l'utérus, ne devenaient libres que plus tard. Rob-Lee (2) a confirmé ce qu'avançait Meckel en donnant un exposé précis des faits et en réunissant ces productions sous le nom de tumeurs fibro-calcaires.

Plus tard, d'autres auteurs en rapportent des cas. En 1840, Arnott (3) cite un cas où un fibrome calcifié de 50 livres causa la mort d'une vieille femme, en déchirant l'intestin dans une chute. Michel Morus (4) compta trente-deux noyaux calcaires dans une tumeur fibreuse. Louis (5), Trumet (6) dans sa thèse, Ashwell (7), Lenherdt (8) en citent d'autres exemples. Dans le cas de Lenherdt, quatre tumeurs s'étaient ossifiées; la femme avait soixante-dix-huit ans.

Plus récemment, outre les traités de gynécologie, qui réservent quelques mots à ce mode particulier de dégénérescence, il faut citer le cas de Mordret [du Mans (9)], qui trouva dans l'utérus d'une fille de soixante-dix-huit ans un fibromyome ovoïde, rempli de crétifications intérieures et entouré d'une couche calcaire épaisse dont la division nécessita la scie; les cas de Usphur (10), de Briggs (11), de J. T. Everett (12), cités par Pozzi dans son *Traité de gynécologie*. Everett rapporte 33 cas de calcification de fibromes, dont un lui est personnel et fut enlevé par laparo-élythrotomie. En 1895, M. Costes (13) consacre sa thèse à ce sujet. En 1898, M. Guibé (14) présentait à la Société anatomique un cas de fibrome calcifié. La même année, MM. Meslay et Hyenne (15) faisaient l'étude des dégénérescences des fibro-myomes. Enfin, il y a quelques mois, M. Bernard (16) faisait la présentation d'une pièce semblable.

La dégénérescence calcaire ne se rencontre qu'à un âge avancé, rarement avant soixante ans. Lumpe (17), pourtant, cite un cas chez une femme de quarante-quatre ans. Gaubius (18) communiqua, à la Société de Haarlem, un autre cas

(1) Meckel. *Handb. der path. Anat.*, Leipzig 1818, t. II, 2, p. 248.
(2) Rob-Lee. *Med.-chir. Transact.*, vol. XIX, p. 96.
(3) Arnott. *Med.-chir. Transact.*, 1840, vol. XXIII.
(4) M. Morus. Cité par Virchow, *Pathologie des tumeurs*, t. III.
(5) Louis. *Mém. de l'Acad. de chir.*, 1753, t. II, p. 120.
(6) Trumet. *Tumeurs de l'utérus*, Th. de Paris, 1851, p. 76.
(7) Ashwell. *Gaz. hebd.*, 1854, p. 410.
(8) Lenherdt. *Monats. f. Geb.*, 1869, t. XXXIII, p. 241.
(9) Mordret. *Ann. de gynécol.*, t. XI, p. 135.
(10) Usphur. *Amer. Journ. of Obst.*, 1879, vol. XIV, p. 108.
(11) Briggs. *Id.*, 1879, vol. XX, p. 103.
(12) Everett. *Id.*, 1879, vol. XII, p. 700.
(13) Costes. Th. de Paris, 1895.
(14) Guibé. Soc. anat., 1898, p. 561.
(15) Meslay et Hyenne. *Ann. de gynéc.*, 1898, t. L, p. 1. — Hyenne. Th. de Paris, 1898.
(16) H. Bernard. Soc. anat., 1899, p. 198.
(17) Lumpe. *Gaz. hebd.*, 1860, p. 716.
(18) Gaubius. Cité dans *Compend. de méd. prat.*, t. II, p. 24.

chez une femme de vingt-huit ans. C'est surtout dans les fibromes pédiculés et sous-séreux qu'on la rencontre.

Le mode de transformation des fibromes en tumeurs fibro-calcaires a été bien décrit par Virchow (1). Il y a d'abord induration, puis crétification. Courty, dans son *Traité des maladies de l'utérus*, montre que cette crétification peut se faire soit en coque périphérique, mode rare; soit en noyaux multiples isolés, soit en totalité par réunion, le plus souvent, des noyaux primitifs. Cruveilhier regarde la crétification comme une sorte d'atrophie, qui paraît justifiée par cette remarque, déjà faite par Louis (2), que les transformations graisseuses des fibres musculaires et les transformations calcaires des fibromes ont lieu surtout après la ménopause.

Dans leur mémoire, MM. Meslay et Hyenne (3) insistent sur la disparition des vaisseaux. Ils font remarquer que c'est probablement autour des capillaires que commencent les dépôts calcaires. Ceux-ci étranglent les vaisseaux, et la dégénérescence calcaire serait probablement due, pour ces auteurs, à la diminution de la circulation. Cette hypothèse est rendue très vraisemblable par ce fait que la dégénérescence calcaire se rencontre surtout à un âge très avancé, dans les tumeurs anciennes, souvent pédiculées, c'est-à-dire dans des tumeurs dont la circulation sanguine est peu active.

Quant à la structure de ces tumeurs, tous les auteurs modernes semblent d'accord pour rejeter l'hypothèse ancienne d'ossification véritable. Déjà Virchow l'admettait « sans l'avoir jamais vue »; de Synéty, dans son *Traité de gynécologie*, dit ne pas connaître une seule observation histologique concluante en faveur de cette opinion.

L'analyse chimique montre que ces tumeurs sont formées de matières minérales, carbonate, sulfate, phosphate de chaux; l'action d'un acide fort détermine la production de bulles gazeuses.

L'évolution est celle de tous les fibromes en général. Tantôt les fibromes calcifiés sont expulsés par l'utérus en fragments ou en totalité, ce qui avait fait croire à l'existence de calculs utérins [cas d'Hippocrate, de Rob-Lee, de Simpson (4), de Schenk (5)]. Tantôt elle perfore un organe voisin, rectum, vagin [cas de Lebert (6)], voire même la paroi abdominale antérieure [cas de Loir (7)].

Mais, le plus souvent, ce sont des trouvailles d'autopsie.

Quand ces tumeurs sont diagnostiquées et qu'elles ne déterminent pas d'accidents graves, le chirurgien n'intervient pas, étant donné l'âge avancé de ces malades. Pourtant, l'intervention est quelquefois jugée nécessaire. Louis avait même proposé un instrument spécial. Ce sont des ciseaux à lames dont le tranchant est en dehors. Introduit dans l'orifice du col, les ciseaux, dont on écartait les lames, divisaient les parois utérines et préparaient ainsi une voie plus large au corps étranger. Si l'hémorragie était forte, Louis proposait, comme moyen mécanique et styptique, d'enfoncer un citron dépouillé de son écorce dans le vagin, jusqu'au col de la matrice.

Il faut donc, comme nous le montre l'examen de ces

(1) Virchow. Loc. cit., p. 377.
(2) Louis. Concrét. calcul. de la matrice, *Acad. de chir.*, vol. I.
(3) Meslay et Hyenne. Loc. cit.
(4) Simpson. *Obstet. mem.*, vol. I, p. 135.
(5) Schenk. *Observ. méd.-chir. rar.*, 1665, p. 649, livre IV.
(6) Lebert. *Traité d'anatomie pathologique*, t. I, p. 166.
(7) Loir. Cité par Arau. *Maladies de l'utérus*, p. 835.

fibromes calcifiés, abandonner l'idée de tumeurs vraiment ossifiées, et les termes de pierres utérines, de fibromes ossifiés, doivent faire place à celui de tumeurs fibro-calcaires, employé déjà par Rob-Lee.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(22 MAI 1900)

M. Blanchard a analysé un travail fort intéressant de M. Patrik Manson, directeur de l'école tropicale de Londres, sur la **filaire du sang**. Ce travail et les préparations microscopiques qui l'accompagnent jettent un jour tout nouveau sur la façon dont les larves de la filaire pénètrent dans le corps humain.

La femelle du moustique pique l'homme endormi et se gorge du sang périphérique. Si l'homme piqué est atteint de filariose, son sang périphérique renferme l'embryon de la filaire, qui est ainsi introduit dans l'estomac du moustique. Là, l'embryon se débarrasse de la membrane ovulaire qui l'enveloppe et devient libre; il traverse ensuite l'estomac du moustique et pénètre dans la masse musculaire thoracique. Il se loge dans le sens des fibres, ne s'enkyste pas et ne produit aucune irritation de voisinage. Cependant, il grandit, grossit, si bien qu'au bout de quinze jours la larve atteint un développement considérable.

Ces faits étaient déjà connus et on pensait que les larves de filaires étaient mises en liberté lors de la chute dans l'eau des femelles des moustiques et que l'homme en buvant cette eau contractait ainsi la filariose.

Les préparations de M. Manson démontrent que les larves de la filaire pénètrent dans le corps humain par une tout autre voie. Au quinzième jour environ, quand la larve a atteint son développement, le tissu musculaire ambiant du thorax du moustique se raréfie, et elle se met en marche. On la voit ainsi arriver au cou, à la tête, gagner le tissu conjonctival sous-buccal, et s'entasser dans la trompe.

Comme bon nombre de femelles de moustique ne se contentent pas d'une seule succion de sang humain, on comprend très bien que, lorsqu'elles récidivent, elles introduisent les larves de filaire dans la peau de l'homme. Celles-ci arrivent à l'état adulte au point inoculé, s'y accouplent ultérieurement et le cycle recommence.

Le moustique qui intervient dans la genèse du paludisme est un anopheles; celui qui transporte la filaire est un culex, le culex ciliaris.

L'importance de ces faits n'échappera à personne et le rôle du moustique dans la propagation de la filariose, à peine entrevu hier, se trouve aujourd'hui pleinement démontré.

M. Pinard présente des radiographies du squelette *entier* prises chez la femme vivante, et qui permettent de se rendre un compte exact des déformations du bassin.

M. Sapelier vient enfin confirmer ses premières conclusions sur le sérum antialcoolique.

MM. Bondet (de Lyon) et Andouard (de Nantes) sont élus associés nationaux.

MM. Laroyenne (de Lyon) et Duret (de Lille) sont élus correspondants nationaux.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(23 MAI 1900)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur **l'asepsie**. M. Rochard, tout en félicitant M. Quénu des louables efforts qu'il fait pour se rapprocher le plus possible de la perfection en matière d'asepsie, estime qu'il a dépassé le but. Laissant de côté les questions de séparation des services, de division des chirurgiens en septiques et aseptiques, question sur laquelle il y aurait beaucoup à dire, M. Rochard veut surtout s'arrêter à la question de la désinfection des mains. Sans doute, il n'est pas possible d'arriver jamais à la certitude absolue de rendre complètement aseptiques les mains du chirurgien, pas plus que le revêtement cutané des malades. A la rigueur, M. Rochard accepterait les gants en ne les employant que pour des opérations ne demandant pas un toucher délicat. Mais ces gants eux-mêmes nous donnent-ils une grande sécurité? Les gants de caoutchouc peuvent se crever; ils donnent lieu en outre à une transpiration exagérée des mains qui peut à son tour devenir un danger. M. Rochard estime avec MM. Bazy, Routier, qu'on peut se désinfecter les mains assez, pour ne pas faire courir un réel danger à un malade qu'on opère. Si celui-ci vient à mourir après une intervention grave, il faut reconnaître que ce ne sont pas le plus souvent les mains du chirurgien qu'il faut accuser de cette mort, mais bien d'autres causes inhérentes au malade lui-même.

Revenant sur la question de la fréquentation des amphithéâtres de dissection qu'il a déjà soulevée, M. Rochard estime que cette fréquentation est incompatible avec la pratique journalière des opérations sur le vivant.

M. Terrier a pris la parole après M. Rochard : il était intéressant d'entendre, dans cette discussion, la voix autorisée de M. le professeur Terrier qui, comme on sait, a été un des plus ardents propagateurs de l'asepsie en France. Cette intéressante question, soulevée par M. Quénu, n'est pas nouvelle, dit-il, elle est née dans le laboratoire et il y a longtemps que, pour sa part, M. Terrier s'en occupe; il demande donc qu'on laisse de côté toute question de priorité et il veut s'en tenir à faire connaître sa pratique. Il remonte au temps, déjà assez éloigné, où il abandonna peu à peu les moyens antiseptiques qu'avait introduits en France M. Lucas-Championnière à son retour d'un voyage en Angleterre, pour adopter de plus en plus les moyens purement aseptiques. Quelques chirurgiens sont restés antiseptiques, d'autres se sont appliqués à devenir aseptiques; mais est-il possible d'abandonner complètement tous les moyens antiseptiques et de s'en tenir uniquement aux moyens aseptiques? M. Terrier reconnaît qu'en matière de chirurgie pratique, il n'est pas possible d'arriver à l'asepsie du laboratoire.

Il reconnaît qu'il faut aussi, dans une certaine mesure, compter un peu sur les globules blancs et la phagocytose des malades qu'on opère. Quoi qu'il en soit, M. Terrier rappelle l'évolution qu'il a suivie et, abandonnant de plus en plus les antiseptiques, il est arrivé peu à peu à ne plus guère se servir que d'eau stérilisée et encore pas toujours stérilisée comme il le faudrait. Malgré cela, opérant actuellement à la Pitié, dans un milieu qui laisse fortement à désirer M. Terrier, sur 73 grandes opérations, a eu 71 succès.

Comme tous ses collègues, il reconnaît que la partie la plus difficile de l'asepsie est la désinfection des mains du chirurgien et de la peau des malades. Le premier soin du chirurgien doit être surtout de s'appliquer à s'infecter le moins possible les mains et il déclare bien hautement qu'il ne confierait jamais l'ouverture de son propre péritoine à un chirurgien ayant fait le matin ou la veille une autopsie.

Arrivant aux expériences de M. Bazy sur les lapins, M. Terrier déclare que ces expériences, si intéressantes

qu'elles soient, ne lui paraissent pas absolument démonstratives, en ce sens qu'il existe de grandes différences entre le péritoine d'un lapin ou d'un chat et le péritoine d'un homme ou même d'un cheval. M. Terrier rappelle les expériences qu'il a faites sur la contamination des mains, en la révélant par l'application de la main sur la gélatine. Il a démontré qu'alors même qu'on arriverait à se rendre les mains aseptiques au début d'une opération, elles cessent de l'être à la fin, ainsi que le prouvent les cultures qui se produisent sur la gélatine quand on y applique les mains à la fin de l'opération. Il faut aussi compter avec la transpiration des mains, transpiration qui, chez certains chirurgiens, se produit d'autant plus que l'opération marche moins bien. Or cette transpiration peut être septique.

Voyons quelle est la pratique de M. Terrier : tout d'abord il s'efforce de ne pas faire, autant que possible, dans la même séance, des opérations septiques et des opérations aseptiques; il se nettoie les mains très souvent au cours d'une opération et se les essuie chaque fois avec une compresse aseptique; M. Terrier attache beaucoup d'importance à cet essuiement des mains. Il ne voit pas la nécessité des gants et les considère plutôt comme gênants, surtout les gants de fil. M. Terrier comprend et admet très bien que d'autres s'en servent; mais quant à lui, il ne s'en sert pas.

Il est une question sur laquelle M. Terrier se sépare nettement de quelques-uns de ses collègues : les mains d'un chirurgien qui fait des opérations septiques et des opérations aseptiques peuvent-elles être lavées suffisamment pour qu'il puisse, sans danger pour les malades, faire une opération aseptique après en avoir fait une septique? Oui, répondent à cela MM. Bazy, Routier; non, répond M. Terrier; et, sauf dans des cas d'une urgence exceptionnelle, où il faut opérer immédiatement pour sauver un malade qui se meurt, un chirurgien qui doit pratiquer une opération aseptique doit, avant tout, s'appliquer à ne pas se contaminer les mains. Ce doit être là le souci constant du chirurgien vraiment aseptique. C'est ainsi que, récemment, M. Terrier, faisant une pleurotomie pour une pleurésie purulente, s'est appliqué à pratiquer cette opération sans se souiller les mains. Il ne cesse donc de recommander à ses élèves d'éviter toujours de mettre leurs mains dans le pus quand ils ouvrent un abcès.

Enfin, dans son service, M. Terrier a divisé ses élèves en deux escouades, l'une préposée aux opérations aseptiques, l'autre préposée aux opérations septiques.

Tout cela est très bien, mais nous sommes loin du chirurgien qui, en toutes circonstances, ne veut avoir qu'un seul aide. Que dira aussi, à la lecture de cette discussion, le médecin de campagne qui souvent est mis en demeure d'opérer d'urgence, sans aides compétents, avec des moyens d'asepsie ou même d'antisepsie presque nuls? Qui osera jamais accuser ce chirurgien d'agir contre sa conscience quand il opère ainsi? Et pourtant, c'est ce qu'on pourrait être tenté de faire en entendant émettre certaines opinions au cours de cette discussion.

Une autre discussion se poursuit en ce moment à la Société de chirurgie sur la **tuberculose urinaire.** M. Tuffier répond à M. Albarran. Il y a près de dix ans que M. Tuffier a fait sa première néphrectomie pour un rein tuberculeux; depuis ce temps, il est devenu de plus en plus interventionniste. L'intérêt principal de cette question réside dans le diagnostic et l'indication opératoire. Le diagnostic est facile dans un bon nombre de cas; cependant, au moment où on peut le faire, les lésions sont déjà assez considérables. Or, le cathétérisme uretéral doit-il être employé dans ces cas? est-il si nécessaire pour constater l'intégrité de l'autre rein? M. Tuffier ne le pense pas; il n'y a pas eu recours. Il a pratiqué 9 néphrotomies lombaires pour tuberculose rénale; il a eu 9 guérisons opératoires; il a pratiqué 7 néphrectomies et il a eu 3 guérisons, 2 fistules et 2 décès. Dans aucun de ces cas, il n'a eu recours au cathétérisme uretéral auquel il n'accorde pas la valeur mathématique que lui prête M. Albarran. Il faut d'abord avoir les urines des vingt-quatre heures, or, il ne croit pas qu'il soit inoffensif de laisser une sonde dans l'uretère pendant vingt-quatre heures.

Quand on trouve de l'urine normale dans la vessie, on peut en conclure que le rein du côté opposé est sain. En somme, non seulement le cathétérisme uretéral paraît à M. Tuffier inutile dans la plupart des cas, mais il pourrait aussi, selon lui, devenir dangereux. Il conseille donc de n'y avoir recours que dans des cas tout à fait exceptionnels et alors seulement qu'il se trouve très indiqué par de graves soupçons sur l'état de l'autre rein.

Au point de vue des indications opératoires, M. Tuffier déclare devenir un peu réactionnaire et admettre qu'un rein tuberculeux peut ne pas être toujours très nuisible aux malades qui en sont porteurs.

Dans les cas de néphrite tuberculeuse à marche rapide, l'autre rein restant sain, M. Tuffier fait la néphrectomie d'emblée. Quand il y a pyélonéphrite tuberculeuse, il fait d'abord la néphrotomie, quitte à faire secondairement la néphrectomie.

Pour ce qui est de l'uretère, quand il est dilaté, M. Tuffier, après la néphrectomie, fait aussi l'uretérectomie aussi totale que possible; quand, au contraire, l'uretère est rétréci, sclérosé, rétracté, il se contente de le lier et l'abandonne dans la cavité abdominale.

Signalons deux rapports, l'un de M. Lejars, sur une observation relative à un cas de vaginalite chronique, avec grosse hydrocèle monoloculaire, kyste du cordon, traité par la dissection des poches avec conservation du testicule; l'autre de M. Monod, sur deux observations adressées par M. Giroux (d'Aurillac), la première ayant trait à un corps étranger du vagin, un bouchon de liège dont l'extraction présenta quelques difficultés; l'autre à un kyste volumineux du ligament large, compliqué d'un fibrome pédiculé de l'utérus. Les deux tumeurs furent enlevées par la laparotomie et la malade a bien guéri. M. Monod rapproche de ce fait plusieurs cas qui lui sont personnels, et il arrive à cette conclusion qu'aujourd'hui la plupart des chirurgiens enlèvent les deux tumeurs, tandis qu'autrefois ils étaient plus disposés à laisser le fibrome en place et à se contenter d'enlever le kyste.

A la fin de la séance, M. Jalaguier a présenté plusieurs enfants pottiques porteurs de corsets en celluloïd rendu ininflammable. Ces corsets sont légers et maintiennent très bien.

MÉDECINE PRATIQUE

Quelle doit être la durée de l'immobilisation dans les phlébites?

Les auteurs classiques, tout en étant d'accord sur la nécessité d'immobiliser pendant une longue période à la suite des phlébites, manquent de précision quand il s'agit de déter-

miner la durée utile de l'immobilisation destinée à prévenir l'embolie pulmonaire.

Aucune question n'est cependant plus importante, car s'il peut y avoir à redouter des embolies très tardives en mobilisant hâtivement, l'expérience a montré, et M. Pinard a insisté sur ce point, que l'immobilisation prolongée outre mesure « impose au malade une gêne et même une souffrance inutiles et l'expose à la production de raideurs péri-articulaires et même d'ankylose, d'atrophies musculaires étendues, d'œdème chronique et de troubles trophiques cutanés, qui exigeront ensuite un traitement long et compliqué ».

M. Mérigot de Treigny vient de consacrer à ce sujet dans le *Journal des praticiens* une intéressante étude dans laquelle il cherche à préciser les éléments qui permettent au médecin de fixer cette durée.

Les données anatomo-pathologiques montrent que « l'étendue de l'inflammation veineuse proprement dite, son intensité, le degré de virulence des agents pathogènes n'ont pas grande influence sur la fréquence et la gravité de l'embolie. Celle-ci est une conséquence mécanique et toujours possible de l'arrêt circulatoire ».

On sait qu'elle est possible même lorsque la phlébite est très légère, même lorsqu'elle passe inaperçue. Aussi, lorsqu'un malade se trouve dans des conditions où il peut être exposé à une phlébite, le médecin doit-il, à la moindre élévation de température inexpliquée, explorer soigneusement le système veineux du malade et imposer le repos au lit absolu, à plus forte raison quand apparaissent des douleurs mêmes vagues, et de l'œdème malléolaire.

Il est difficile de trouver une base d'appréciation exacte dans les dates qui nous sont données par les différents auteurs.

Schmitt, dans sa thèse sur la phlébite rhumatismale, relate des observations où les malades purent se lever sans complication dès le vingtième jour, mais considérant ces cas comme particulièrement heureux il fixe la durée de l'immobilisation à deux mois. D'autre part on a vu des accidents survenir au bout de quarante, cinquante jours et même soixante jours (Vaquez). On a même vu l'embolie se produire au bout de trois mois (Thirial cité par Trousseau).

« En résumé, dans une phlébite à poussées successives, chaque coagulation nouvelle qui se forme, demande à peu près le même temps pour se fixer et la durée de l'immobilisation ne doit être calculée qu'à partir de la dernière rechute. Il en résulte, nécessairement, l'obligation de surveiller de près l'évolution de la maladie, pour surprendre toute extension même légère du processus inflammatoire. La marche de la température peut être considérée comme un guide assez sûr, chaque étape nouvelle étant indiquée par une élévation qui se maintient au moins quelques jours. La persistance de la douleur et surtout sa réapparition, après qu'elle a cessé, sa localisation sur une région nouvelle sont des signes dont il faut tenir grand compte. Chez un malade ayant une jambe atteinte, des douleurs persistantes dans le bas ventre annoncent souvent quelques jours à l'avance l'extension à l'autre membre. Si la phlébite a envahi les veines superficielles de la cuisse, on pourra voir la douleur et le gonflement gagner de proche en proche le côté opposé par les anastomoses médianes (Berger). Même avec peu de douleurs, une extension brusque et persistante de l'œdème indique une nouvelle coagulation. Enfin, tant que la marche envahissante de la maladie n'est pas arrêtée, l'état général n'est pas complètement satisfaisant, le sommeil reste imparfait et l'appétit languissant. On constate, au contraire, une amélioration franche, quand la maladie entre dans la période de réparation. »

En somme, M. Mérigot de Treigny estime que le temps de l'immobilisation nécessaire peut être fixé à six semaines, terme moyen, à deux mois du maximum, à partir de la dernière rechute. Il est à noter que cette estimation correspond sensiblement aux formules de M. Pinard, de MM. Ribemont et Lepage : 30 et 40 jours après la cessation de la fièvre.

Cette limite de 6 à 8 semaines est-elle toujours suffisante? Non. Dans les cas où, à un moment quelconque de l'évolution de la phlébite, on aura constaté des signes capables de faire seulement soupçonner une petite embolie, tels que : apparition soudaine de gêne respiratoire, point de côté, frissonnement ou malaise mal défini du côté de la poitrine, dans les cas surtout où l'embolie aura été certaine, nous croyons que la prudence exige une nouvelle période d'immobilisation d'au moins six semaines à partir du jour de l'accident. Si cette prolongation peut être excessive, la gravité du danger suffit à justifier une prudence même exagérée. Les embolies, en effet, se répètent souvent à intervalles plus ou moins rapprochés et des accidents très peu importants, en apparence, peuvent être les signes avant-coureurs des complications les plus redoutables.

Le malade, une fois autorisé à se lever, ne devra accomplir cet acte qu'avec les plus grandes précautions et, autant que possible, sa première tentative sera faite sous la surveillance du médecin. Les régions atteintes auront été, au préalable, recouvertes d'un tissu souple et élastique, capable d'exercer une compression modérée et méthodique. Pendant les premiers jours, les mouvements brusques et la flexion exagérée de certaines jointures, telles que la hanche et le genou, seront évités. Enfin, on n'apportera pas trop de hâte à traiter les raideurs péri-articulaires, les amyotrophies et l'œdème persistant. »

Bien que la mobilisation soit recommandée par un certoin nombre d'auteurs, M. Dagron, entre autres, dès la chute de la fièvre, le fait de Thirial, cité plus haut, nous montre qu'on doit toujours être extrêmement prudent, et que même à longue échéance on peut toujours craindre une rechute et une embolie.

La méthode de Cerny et les applications de bleu de méthyléne dans le traitement de l'épithélioma de la paupière inférieure.

M. A. Leprince (de Bourges) a appliqué la méthode de Cerny et Trunecek combinée avec des attouchements au bleu de méthylène dans trois cas d'épithélioma de la paupière inférieure.

Le résultat thérapeutique a été complet, et s'il est évident que le traitement médical par l'acide arsénieux et le bleu de méthylène, ne saurait être appliqué à tous les cas et être érigé en méthode générale, ces succès ne doivent pas moins être rapportés.

Voici, d'après le *Montpellier médical*, comment procède M. Leprince.

Le traitement consiste en attouchements de la tumeur avec la solution d'acide arsénieux à 1 pour 120. Pour modérer les douleurs causées par l'application, on ajoute à la solution 1 gramme d'orthoforme.

Acide arsénieux		1 gramme
Orthoforme		1 —
Alcool	} *ââ*	60 —
Eau distillée	}	

Les applications sont faites matin et soir pendant quinze jours.

Le traitement est complété par des attouchements répétés deux fois par jour avec la solution suivante :

Bleu de méthylène 6B. ch. pur.	0g10
Eau distillée	10 grammes

Les observations rapportées par M. Leprince sont très intéressantes en ce sens qu'elles montrent le bien que l'on peut retirer de l'application du traitement arsénié et méthylé à l'épithélioma des paupières, chez des malades pu-

sillanimes, d'abord, et même quand l'affection a fait des progrès envahissants.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

PARIS, 2-9 AOUT 1900

Communication officielle.

Organisation des logements pendant le Congrès. — Le comité exécutif du XIIIe Congrès international de médecine a l'honneur de porter à la connaissance des membres du Congrès que les dispositions suivantes ont été prises pour assurer leur logement pendant leur séjour à Paris.

Étant donné l'affluence énorme d'étrangers pendant l'Exposition, les membres du Congrès sont invités à se mettre *immédiatement* en rapport *direct* et *personnel* avec l'une des agences qui se sont chargées de les loger.

Faute de cette précaution, nous ne pouvons pas garantir que les congressistes trouveront à s'installer convenablement et à des prix modérés.

Nous donnons ci-après la liste des Agences, leur adresse et un résumé des conditions qu'elles offrent.

AGENCE DESROCHES (rue du Faubourg-Montmartre, 21, Paris). — Cette agence se charge de recevoir les membres du Congrès à la gare, de les conduire à domicile et de leur donner, dès l'arrivée, tous les renseignements indispensables.

Prix. — La première journée, comprenant la conduite en voiture, avec bagages, de la gare ou de secrétariat du Congrès sera de 20 francs ; les jours suivants, 10 francs ; la dernière journée, comprenant la conduite à la gare avec bagages, 15 francs.

Dans les prix ci-dessus sont compris, en plus du transport gare-hôtel et retour : chambre, éclairage, service, premier déjeuner.

Fixer à l'avance le jour de l'arrivée et envoyer le prix de la *première journée*.

AGENCE DES VOYAGES PRATIQUES (9, rue de Rome, Paris). — Cette agence offre les mêmes avantages que la précédente pour la réception des congressistes ; elle organisera en outre un service d'omnibus et de bagages.

Prix. — A. A tous les congressistes à partir de 6 fr. 50 par jour et par personne.

B. Pour un certain nombre (2 000 personnes) le logement à 5 fr. 50 par jour et par personne ; pour 1 000 personnes, le logement à 4 francs par jour et par personne ; pour 500 personnes, en dortoirs, 3 fr. 50 et 3 francs par jour et par personne.

Dans les quartiers en contact avec le siège du Congrès ou autre, au gré de chacun.

C. De petits appartements meublés comprenant 3 pièces et plus à partir de 270 francs par mois.

Un grand nombre de petits hôtels particuliers pourront être aménagés pour recevoir les personnes en famille qui séjourneront un certain temps à Paris.

Écrire au moins un mois à l'avance.

AGENCE DES VOYAGES MODERNES (rue de l'Échelle, 1, Paris). — *Prix.* — 1° Des chambres confortables, à partir de 6 francs par jour (service et éclairage compris).

2° La chambre et la pension depuis 15 francs par jour ; la pension comprenant : le petit déjeuner du matin, le déjeuner à la fourchette, le dîner de table d'hôte (vin compris aux deux repas).

3° Des appartements meublés, dont le prix variera suivant le nombre de chambres, l'étage, la situation dans Paris.

Écrire aussitôt que possible.

AGENCE LUBIN (boulevard Haussmann, 36, Paris). — *Prix.* — Une chambre à un lit pour une personne, 12 francs ; une chambre à deux lits ou à un grand lit pour deux personnes, 20 francs ; service et éclairage compris (bon confortable).

Cette agence exige que le prix de séjour soit versé à l'avance au Crédit lyonnais ; elle avait en outre demandé que les engagements fussent pris fin janvier 1900.

Écrire à titre d'essai.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DES VOYAGES DUCHEMIN (20, rue de Grammont, Paris). — *Prix.* — Les prix des logements avec les repas varient de 140 à 180 francs la semaine ; ceux des logements, sans repas, sauf le petit déjeuner du matin, de 70 à 120 francs, suivant le confort et le luxe demandés.

Cette agence, de même que la précédente, avait demandé d'être fixée avant le 1er février sur le nombre des congressistes qu'elle aurait à loger et sur leurs desiderata ; elle demandait, en outre, que le quart du prix de séjour fût versé à cette date.

Néanmoins, comme pour l'agence précédente, on peut écrire à titre d'essai.

LITS DANS LES LYCÉES DE PARIS. — Par suite d'une décision gracieuse du ministre de l'Instruction publique, le vice-recteur de l'Académie de Paris a pu mettre, pour la durée du Congrès, à la disposition des congressistes venus isolément, sans leur famille, 800 lits en dortoirs dans les divers lycées de Paris situés aux environs du siège du Congrès.

Conditions. — 5 fr. 50 pour le lit, le petit déjeuner du matin et le service.

Pour les lits dans les lycées, écrire, 21, rue de l'École-de-Médecine, bureaux du Congrès.

PERMANENCE PENDANT LE CONGRÈS. — Le Comité des logements établira une permanence aux bureaux du Congrès, 21, rue de l'École-de-Médecine, où les membres du Congrès recevront toutes les indications qu'ils désireraient au sujet des logements.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de province. — *Marseille.* — A la suite des concours qui viennent de se terminer, M. le docteur Chassy a été nommé chef de clinique médicale, M. le docteur Bartoli, chef de clinique chirurgicale.

Académie des sciences. — Nous sommes heureux d'annoncer l'élection à l'Académie des sciences du docteur Johannès Chatin, professeur à la Faculté des sciences, membre de l'Académie de médecine. Le nouveau membre de l'Institut est le fils du vénéré professeur Chatin, membre de l'Académie de médecine, membre et ancien président de l'Académie des sciences.

Muséum d'histoire naturelle. — Les professeurs du Muséum viennent d'établir la liste de présentation pour la nomination du successeur de M. Milne-Edwards, directeur du Muséum, récemment décédé. Ils ont présenté en première ligne le professeur Perrier, en seconde ligne le professeur Bureau.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 20e semaine, 1030 décès, chiffre voisin de celui de la semaine précédente (1 001).

La fièvre typhoïde a causé 12 décès, chiffre inférieur à celui des semaines précédentes

La rougeole a causé 26 décès (la moyenne est 27) ; la scarlatine, 3 ; la coqueluche, 9 (chiffre identique à la moyenne) ; la diphtérie, 7 (la moyenne est de 8).

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 127 décès, au lieu de 141 pendant la semaine précédente et au lieu de 123 (moyenne ordinaire de la saison).

Deux décès sont encore attribués à la grippe.

Épidémie. — On écrit de Nogent-le-Rotrou qu'une épidémie de fièvre typhoïde sévit en ce moment au bataillon du 115e d'infanterie détaché dans cette ville. Un soldat aurait succombé ; plusieurs sont en traitement à l'hôpital.

Le choléra. — Le secrétaire d'État pour les Indes a reçu une dépêche du vice-roi annonçant que le choléra exerce de grands ravages à Bombay et dans plusieurs provinces. Néanmoins, de

nombreuses averses ont un peu détrempé la terre et renouvelé les provisions d'eau potable.

Le total des malheureux qui vivent uniquement des secours du gouvernement s'élève actuellement à 5,607,000. Rien qu'à Bombay, il y en a 1,235,000.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort inattendue de M. le docteur Cunin, maire de Haroué (Meurthe-et-Moselle), décédé à Nancy. Amateur des belles-lettres, il étudia surtout la linguistique lorraine et le patois messin. Il a fourn de l'antique *Chan Heurlin*, cette œuvre si originale et si vivante, une belle traduction en vers français, élégante et souple, qui conserve au vieux poème messin toute sa pittoresque saveur ; — et celle de MM. d'Echérac (de Paris) ; Jouanno, médecin-major au 62e de ligne.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — QUE FAUT-IL PENSER DES SANATORIA ? — NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE. Hygiène alimentaire du diabète sucré. Le pain du diabétique, par M. GUIHAL, interne des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MÉDECINE PRATIQUE. Traitement spécifique de la fièvre typhoïde; — La pilocarpine dans le traitement des otites moyennes non suppurées chroniques. — FORMULAIRE. Pour l'administration de l'huile d'olive; — Suppositoire contre la prostatite chronique; — Sirop iodotanique phosphaté. — LA VARIOLE A LYON. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

QUE FAUT-IL PENSER DES SANATORIA?

La question du *traitement de la tuberculose par les sanatoria* reste à l'ordre du jour. Hautement préconisée par la plupart des spécialistes, cette méthode thérapeutique a été, dans ces temps, l'objet de critiques ardentes et passionnées. Le moment semble donc venu d'en analyser impartialement les avantages et les inconvénients, d'en préciser la valeur réelle, et d'arriver ainsi à quelques conclusions pratiques.

Les *avantages* sont tels, pour M. Ausset (1), qu'il n'y a pas de comparaison possible entre un traitement fait à domicile et celui appliqué au sanatorium et que, autant on a de chances d'échouer dans le premier cas, autant on en a de réussir dans le second. Ces avantages peuvent être ainsi énumérés.

Tout d'abord le tuberculeux est soumis à l'influence bienfaisante d'un air pur constamment renouvelé. Cette *cure d'air libre*, si recommandée par tous les phtisiologues, est peut-être, de toutes les médications, la plus difficile à obtenir en dehors du sanatorium. « Je ne sais rien de plus hideusement fétide, disait Peter, que la chambre à coucher d'un tuberculeux riche. C'est un endroit soigneusement clos, où il est interdit à l'air d'entrer, comme à l'espérance ; bourrelets aux portes, bourrelets aux fenêtres, épais rideaux enveloppant le lit, où le malheureux phtisique mijote à l'étuvé dans sa moiteur et dans son air vingt fois respiré, vingt fois souillé déjà par le contact de ses poumons altérés. » Il est souvent malaisé, dit à ce sujet M. Ausset, de faire comprendre aux familles qu'une fenêtre doit toujours rester ouverte, nuit et jour, quelque temps qu'il fasse. En été, au printemps, on écoutera volontiers le médecin, mais, en hiver, il faudra lutter énergiquement pour obtenir du malade et des parents que les fenêtres restent constamment ouvertes. Le médecin aura beau multiplier ses recommandations, user de toute son influence, on l'écoutera, on sera même disposé à lui obéir, mais, dès qu'il sera parti, on s'empressera de violer ses prescriptions. L'aérothérapie continue n'est donc possible, sauf de très rares exceptions, que dans les sanatoria dont elle constitue ainsi un précieux avantage.

(1) Congr. de Naples, avril 1900.

Les mêmes considérations s'appliquent, point pour point, à la *cure de repos*. Il est extrêmement difficile à un tuberculeux, vivant de la vie ordinaire, de se soustraire à toute fatigue physique ou morale, d'observer un absolu repos de corps et d'esprit tout le temps nécessaire à sa guérison. Et cependant « le repos est indispensable pour empêcher les poussées congestives, les accès de fièvre que l'exercice provoque si souvent chez les tuberculeux, pour éviter toute fatigue du cœur, pour faciliter les digestions, pour ménager les forces du malade qui doivent toutes être consacrées à la guérison (1) ». Il faudra donc, dans la plupart des cas, recourir à la sévère discipline du sanatorium pour assurer la cure de repos dans toute sa rigueur.

Il ne faudrait pas croire toutefois qu'il s'agisse d'un repos forcé, d'un repos absolu. L'exercice modéré constitue un adjuvant précieux dans le traitement de la phtisie, à condition que l'on observe les précautions suivantes (2) : d'une manière générale, ne jamais marcher jusqu'à la fatigue ; aller toujours à pas lents, avec des arrêts fréquents, sans s'asseoir; ne jamais marcher s'il y a de la fièvre, abréger les promenades par les temps humides, éviter les longues ascensions. En somme, et comme le dit excellemment M. Daremberg (3), les tuberculeux, même ceux qui ont l'apparence de la guérison, ne doivent pas se fatiguer : s'ils marchent quatre à cinq heures par jour, ils éprouvent des rechutes, des hémoptysies, des congestions broncho-pulmonaires quelquefois mortelles. L'exercice des tuberculeux doit donc être l'objet d'une attentive surveillance qui n'est guère possible que dans les sanatoria.

La *cure d'alimentation* n'est également faite d'une manière scientifique qu'au sanatorium. L'alimentation des tuberculeux est en effet un des problèmes les plus complexes et les plus délicats qu'ait à résoudre le phtisio-thérapeute. Tout d'abord l'appétit d'un phtisique ne donne guère d'indication ni sur la qualité ni sur la quantité des aliments qu'il peut digérer. On peut même dire que le pouvoir digestif d'un

(1) KUSS. *Bull. méd.*, 1900, n° 32.
(2) KNOPF. *Les sanatoria*, p. 321, Paris, Carré et Naud, 1900.
(3) DAREMBERG. *Traitement de la phtisie*, in collect. Charcot-Debove.

phtisique est beaucoup plus grand que son appétit ne le ferait croire (1). Il faut donc surveiller soigneusement l'alimentation du phtisique, ne tolérer que les mets qui se digèrent aisément, et encore choisir parmi ces derniers ceux qui conviennent plus particulièrement à l'estomac de chaque malade (2).

De plus, ces aliments devront être donnés à heures fixes et à petite quantité. Parfois même, pour les faire ingérer, le médecin devra user de toute son ingéniosité, de tous les subterfuges, « car le secret de la guérison est de savoir combattre la misère physiologique (3). » Toutes ces règles diététiques, si importantes, sont d'une exécution bien difficile dans les conditions ordinaires de la vie : dans les sanatoria, au contraire, elles sont facilement acceptées des malades.

Les *résultats* que l'on observe dans les sanatoria tendent habituellement à prouver l'excellence de la méthode suivie. La fièvre tombe au bout d'un temps variable, ou du moins diminue dans de notables proportions, et avec elles les sueurs nocturnes, si pénibles pour le malade. Les troubles digestifs s'amendent. Sous l'influence combinée du repos et de l'aérothérapie continue, l'appétit devient meilleur : beaucoup de malades peuvent alors être soumis aux bienfaits de la suralimentation, les fonctions cutanées se régularisent, les infections secondaires disparaissent. Le moral des patients participe, enfin, à cette amélioration générale, et retentit à son tour sur la nutrition de l'organisme. Le malade s'intéresse aux progrès de sa guérison, suit mieux les prescriptions du médecin, se remet à prendre confiance dans l'avenir (4).

Tels sont, en quelques mots, les résultats thérapeutiques obtenus dans les sanatoria, où tout est spécialement construit en vue de la lutte contre la tuberculose, et où le malade est placé sous la surveillance continuelle du médecin. Mais il y a plus : non seulement les malades sortent le plus souvent avec une santé améliorée, mais encore plus instruits et mieux armés pour la lutte (5). Les phtisiques qui sortent du sanatorium ont contracté en effet des habitudes hygiéniques qu'ils conserveront et tâcheront même de faire adopter par leur entourage : ils contribueront ainsi, dans une large mesure, à la lutte contre la tuberculose, en propageant la notion d'infectiosité des crachats. Les sanatoria seraient donc indispensables, et ne présenteraient que des avantages (Ausset).

Tous les auteurs ne se sont pas encore ralliés à cette formule, et l'on a parfois reproché aux sanatoria de constituer un centre d'infection pour les malades eux-mêmes, pour les infirmiers et le voisinage. Or, des recherches nombreuses ont montré que cette objection était sans valeur. Au cours de ses visites dans les sanatoria, M. Knopf (6) n'a pu relever qu'un seul cas où une infirmière est devenue tuberculeuse. Encore faut-il ajouter que cette jeune fille avait déjà perdu par la phtisie un membre de sa famille, et qu'elle était peut-être contaminée avant d'entrer au sanatorium. A Falkenstein, pendant une période de dix ans, 225 personnes ont séjourné au sanatorium pour tenir compagnie aux malades : beaucoup d'entre elles ont passé six mois et plus dans l'établissement avec leurs amis malades. Dans aucun cas, on n'a observé d'infection tuberculeuse. Il est tel autre sanatorium où, depuis dix ans, aucun des nombreux employés de l'établissement n'a été atteint de phtisie pulmonaire. Au Brampton-hospital à Londres (hôpital spécialement destiné aux tuberculeux), le docteur Williams n'a noté, pendant de longues années, que 3 ou 4 cas de contagion parmi le personnel de l'hôpital. On peut donc affirmer que, dans un sanatorium bien tenu, il y a peu de danger pour les infirmiers, les médecins et autres membres de cet établissement.

Les craintes d'infection du voisinage sont tout aussi illusoires. A Gœbersdorf, où existent trois grands sanatoria ayant hébergé plus de 25000 tuberculeux depuis quarante ans, la mortalité des habitants du village n'a jamais dépassé la moyenne ordinaire. Il en est de même à Falkenstein, où la mortalité par tuberculose, qui était de 18,9 p. 100 avant la création du sanatorium, est maintenant de 11,9 p. 100. Les sanatoria ne sont donc nullement dangereux pour les villages voisins.

Ils feraient peut-être courir plus de périls à la vertu de leurs hôtes. Cette objection a été souvent formulée, et ici même (1), en termes que nous voulons rappeler :

« L'oisiveté est la mère de tous les vices, a dit le proverbe, et la tuberculose n'éteint pas les penchants. Elle les exagère même, a-t-on dit. Mettons qu'ils persistent. La vie en commun, absolument inactive, dans un voisinage prolongé, répété chaque jour et parfois séduisant, n'amène-t-elle pas quelquefois des tentations trop fortes? On m'a du moins affirmé que ces chutes étaient fréquentes... »

Cet argument a sa valeur. Et cependant, il n'est nullement prouvé que les tuberculeux soignés en dehors des sanatoria soient plus... sages que les autres, et l'on peut même se demander si les conditions d'indépendance dans lesquelles ils vivent ne multiplient pas pour eux les occasions dangereuses. Quoi qu'il en soit, nous pensons que l'objection n'est pas de celles qui portent à une cause le coup décisif, et nous en arrivons à une dernière critique, qui semble de beaucoup la plus grave de toutes celles qui ont été formulées contre les sanatoria.

Cette critique consiste à dénier toute valeur aux résultats des statistiques relatives aux sanatoria, à dire que là, plus encore qu'ailleurs, « bien des causes viennent altérer dans leur signification et dénaturer dans leur portée les résultats des statistiques loyalement et consciencieusement établies (2), » et que, par suite, il est à peu près impossible de se faire une idée exacte de la valeur réelle des sanatoria. De ces causes, les principales ont été exposées avec beaucoup de force dans l'article de M. Küss, que nous avons déjà cité.

Tout d'abord, certains tuberculeux quittent le sanatorium avant d'être complètement guéris; d'autres, partis guéris ou à peu près, oubliant bientôt les recommandations reçues font des rechutes graves. De plus, dans certains sanatoria, on accepte des phtisiques atteints de lésions déjà si avancées, que leur guérison est absolument impossible. Autant de malades dont les décès viennent assombrir les statistiques, sans que le sanatorium puisse être rendu responsable de ces insuccès.

Inversement, il arrive, à l'heure actuelle, dans certains

(1) Knopf. Loc. cit., p. 314.
(2) Courtois-Suffit. *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 175.
(3) Grancher. *Maladies de l'appareil circulatoire.*
(4) Kuss. Loc. cit.
(5) Ausset. Loc. cit.
(6) Knopf. Loc. cit., p. 129 et 199.

(1) *Gaz. des hôp.*, 1899, nº 130.
(2) Kuss. Loc. cit.

pays et particulièrement en Allemagne, que l'on n'accepte dans les sanatoria que les tuberculeux à la première période. Grâce aux excellentes conditions hygiéniques auxquelles ils sont soumis, ces malades sont rapidement remis sur pied et vont grossir, peut-être à tort, les listes des guéris.

Sur ces listes figurent encore des malades atteints de tuberculose spontanément curable, des malades non tuberculeux, mais simplement suspects, et même des malades qui n'ont fini de se guérir que chez eux. Ajoutons, enfin, que les directeurs de sanatorium acceptent l'hypothèse de guérison avec une facilité extrême, que ne justifie pas toujours l'examen clinique, et l'on comprendra alors la très naturelle méfiance que témoignent certains auteurs pour les résultats des statistiques relatives aux sanatoria.

Il importe cependant de se garder de toute exagération : les résultats des statistiques ont souvent été supérieurs aux résultats des sanatoria, le fait est incontestable, mais il n'en est pas moins vrai que les sanatoria ont constitué, sur toutes les méthodes thérapeutiques anciennes, un immense progrès. La nature si spéciale des soins qui y sont donnés, la réunion, en eux, de tous les éléments de guérison en imposent l'emploi à tous les tuberculeux, pauvres ou riches, et font des sanatoria une nécessité sociale dont devra bientôt se préoccuper le législateur.

J. B.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hygiène alimentaire du diabète sucré. Le pain du diabétique.

Par M. Guihal, interne des hôpitaux.

Supprimer ou tout au moins diminuer dans de larges proportions l'apport des substances amylacées dans l'alimentation habituelle du diabétique, est devenu une sorte d'axiome thérapeutique. Or, c'est le pain qui, en France du moins, fournit à l'organisme la majorité des hydrates de carbone nécessaires aux échanges nutritifs. Sa teneur en matières amylacées est relativement considérable, puisqu'elle est estimée à 60 grammes p. 100 par Mayet, et à 47 grammes par Moleschott (cité par Pouchet). D'autre part, l'Européen consomme en moyenne 500 grammes d'hydrates de carbone par vingt-quatre heures (Pettenkofer et Voit), et, d'après Ch. Richet, le Parisien dépense dans le même temps 520 grammes de pain, qui lui apportent ainsi environ la moitié des hydrates de carbone dont il a besoin. La suppression du pain dans le régime alimentaire du diabétique sucré semble donc, de prime abord, s'imposer à l'esprit du médecin.

Cette abstention complète de pain est de règle au cours d'un *régime d'épreuve*, au début de la maladie, alors que rien ne fait craindre l'auto-intoxication et l'acétonémie, alors, surtout, qu'il importe d'être renseigné sur la diminution ou la disparition consécutives du glucose urinaire et de formuler un pronostic. Pratiquement, ce régime d'épreuve, régime sarco-adipeux exclusif, ne peut guère durer qu'une dizaine de jours. Bientôt moins de rigueur deviendra nécessaire; et la question du pain se posera nettement.

Il s'agit maintenant d'un régime alimentaire, qui se prolonge pendant de longues années, et l'on ne peut songer à priver complètement le diabétique de matières amylacées : les inconvénients d'une telle pratique semblent, à l'heure actuelle, être admis par tous. Le problème consiste donc à diminuer le plus possible la quantité de substances ternaires ingérées sous forme de pain. Deux solutions se présentent ; l'une, la plus simple, et cependant la dernière adoptée par les auteurs, se contente de limiter rigoureusement la quantité de pain permise au diabétique ; l'autre, la première en date, remplace le pain par diverses préparations d'aspect et de goût analogues, mais de composition différente.

Ces *succédanés du pain* devront remplir deux conditions principales : donner autant que possible au malade l'illusion du pain, et cependant ne renfermer que peu de matières amylacées. Or, ce sont là deux choses difficiles à concilier ; aussi, la liste de ces succédanés s'allonge-t-elle de jour en jour. Nous les passerons très rapidement en revue.

Le plus ancien est le *pain de gluten*, préconisé par Bouchardat. Le gluten, albuminoïde végétale du grain de froment, obtenue par lavage continu et malaxation d'une pâte farineuse, constitue la base de cette préparation. Mais pour offrir au diabétique un aliment acceptable, l'on se trouve obligé d'ajouter au gluten une certaine quantité de farine, de beurre, de levure. Le résultat est facile à prévoir : le pain offert à la consommation journalière du malade contiendra beaucoup plus de gluten (44,9 p. 100) que le pain ordinaire (7 p. 100, Boussingault); mais en revanche, il contiendra presque autant d'amidon (30 à 40 p. 100). Boussingault fait remarquer que 73 grammes de pain de froment ne contiennent pas plus d'hydrates de carbone que 100 gr. de pain de gluten. Il n'y aurait que demi mal si l'usage de ce pain de gluten pouvait se prolonger longtemps; mais le malade s'en lasse bien vite : « Ce pain s'insalive difficilement, se digère mal, et enfin irrite facilement les gencives souvent altérées du diabétique » (Dreyfus-Brisac). On conçoit facilement qu'après avoir eu de chauds partisans, le pain de gluten se trouve un peu délaissé à l'heure actuelle. Les *pains* fabriqués avec la farine de *sarrasin* et de *soja hispida* contiennent de 40 à 70 p. 100 de substances ternaires et ne peuvent être conseillés.

D'autres préparations contiennent réellement très peu d'hydrates de carbone. Le *pain d'amandes* (de Pavy), additionné ou non de saccharine (Leyden), ne contient guère que des matières grasses et azotées; mais il est cher et indigeste. Le *pain de son*, (de Camplin) [2 p. 100 d'amidon], peu agréable au goût, renferme une grande quantité d'acide oxalique qui le rend nuisible aux oxaluriques. Un dernier succédané est défendu par Ebstein ; il est peu connu en France, et les divers auteurs le citent sans commentaires : c'est le *pain d'aleurone* (de Hundhausen). L'aleurone est une albuminoïde végétale qui apparaît dans toutes les graines après la maturité et lors de la dessiccation et constitue la réserve azotée destinée à l'alimentation plastique de l'embryon. Les pains à base d'aleurone contiendraient moins d'amidon (7 p. 100) que le pain de Gluten, et l'usage prolongé en serait possible.

On revient maintenant à l'usage limité du pain ordinaire : Dujardin-Beaumetz, Lecorché, A. Robin, Dreyfus-Brisac, Proust et Mathieu s'accordent sur ce point. Mais les deux parties constituantes du pain, la mie et la croûte, ont chacune leurs partisans. La mie contient 47,29 p. 100 de féculents (*Dictionnaire des falsifications*) ; la croûte en renferme 66,46 p. 100. Cependant Dujardin-Beaumetz, Lecorché, Dreyfus-Brisac conseillent l'usage de la croûte, estimant que le diabétique est moins enclin à abuser de la croûte que de la mie, surtout s'il a les gencives altérées. Les partisans de la mie, A. Robin, Germain Sée, Proust et Mathieu, s'appuient sur sa moindre richesse en amidon et pensent,

contrairement aux précédents, que l'on se rassasie plus facilement de mie que de croûte. Que conclure, si ce n'est que le médecin devra tenir compte avant tout des goûts de son malade, et qu'une règle unique ne peut être formulée?

Même impossibilité en ce qui concerne la quantité de pain à prescrire. D'une manière générale on peut dire que la prescription oscille entre 25 et 100 grammes de mie (Proust et Mathieu) entre 40 et 80 grammes de croûte (Dujardin-Beaumetz et Lecorché). Mais cette quantité variera nécessairement suivant le malade, et chez un même malade suivant les diverses étapes morbides. Le régime alimentaire habituel étant établi après le régime d'épreuve, l'on devra avant tout essayer de ne pas compromettre les résultats déjà obtenus. Le régime d'épreuve avait fait disparaître la glycosurie ou bien l'avait réduite au minimum individuel; tous les efforts tendront au maintien du *statu quo*, et les variations de la glycosurie devront être suivies avec soin: cela seul permettra, pour un cas donné, de déterminer par tâtonnements la quantité de pain à prescrire dans le régime alimentaire habituel.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(25 MAI 1900)

Au début de la séance, M. Netter lit une très intéressante observation de **méningite cérébro-spinale à forme prolongée**, à lui adressée par le docteur Billet (de Constantine). Il faut relever dans ce cas la longue durée de la maladie (soixante jours), l'existence d'une leucocytose considérable portant surtout sur les leucocytes polynucléaires, la présence du diplococcus intra-cellulaire de Weichselbaum révélé par l'examen bactériologique. « Cette observation, ajoute M. Netter, démontre l'existence de la méningite à Constantine. J'ai eu l'occasion d'en voir des cas à Lille et à Dreux. Les journaux politiques ont fait mention d'une épidémie assez violente dans une caserne d'Arras. J'ai obtenu, par M. d'Astros, des renseignements au sujet d'une véritable petite épidémie qui sévit en ce moment à Marseille, et dont MM. d'Astros et Engelhardt ont fait, les premiers, mention au Conseil médical des Bouches-du-Rhône. »

On voit donc que la méningite cérébro-spinale tend à se répandre en France.

L'an dernier, dans un très important mémoire, MM. Variot et Chicotot avaient étudié les **résultats que peut fournir la radioscopie des organes thoraciques**. A propos de l'examen du cœur, ils disaient: « Rien ne peut faire supposer, jusqu'à présent, qu'on pourra distinguer dans l'ombre radioscopique du cœur les modifications des valvules elles-mêmes. *Mais pour l'appréciation du volume même de cet organe*, la radioscopie est plus précise et plus commode que la percussion, parce qu'elle n'exige aucune virtuosité spéciale. » Les recherches poursuivies depuis cette époque ont pleinement confirmé ces premières assertions, et MM. Variot et Chicotot montrent à la Société les instruments qui leur permettent de pratiquer, avec une très grande approximation, la mensuration du cœur.

Cette communication amène M. le professeur Potain à dire ce qu'il pense de ce nouveau procédé d'examen du cœur. Pour lui, c'est évidemment une méthode précieuse, mais qui ne saurait détruire complètement les méthodes d'examen plus anciennes et classiques; d'abord parce que malades et appareils sont difficiles à transporter; ensuite parce que le maniement de ces appareils est délicat, et que de ce fait les erreurs d'interprétation sont possibles. M. Potain a souvent vu venir à lui des malades porteurs de radiographies indiquant soit des hypertrophies du cœur, soit des anévrysmes. Au résumé, ces malades n'avaient rien. On conçoit dès lors où peut entraîner cette méthode entre des mains inexpérimentées... ou peu délicates! Et puis, la mensuration du cœur au millimètre est-elle indispensable? En somme, M. Potain dit textuellement « que la radioscopie lui a donné une extrême confiance dans la percussion ».

C'est parfaitement exact, réplique fort judicieusement M. Variot, et l'on ne doit considérer la radioscopie que comme un moyen complémentaire dans les cas douteux. Il n'en est pas moins vrai que si par la radioscopie on commet, on peut commettre des erreurs d'iuterprétation, comme celles que vient de signaler M. Potain, on peut aussi relever de grosses erreurs de diagnostic. Témoin le cas suivant: M. Variot a vu un jeune homme, à qui un des maîtres de la médecine, après l'avoir longuement examiné, avait délivré un certificat sur papier timbré avec le diagnostic d'hypertrophie du cœur. Or ce jeune homme avait, comme beaucoup de névropathes, de l'éréthisme cardiaque, mais par la mensuration on put se convaincre que le cœur était de dimensions absolument normales. D'où l'utilité non douteuse de la nouvelle méthode d'examen.

Les récentes observations de M. Chauffard sur le **groupement des diverses cirrhoses hypertrophiques biliaires** a amené MM. Gilbert et Fournier à préciser, dans un fort important mémoire, dont nous ne pouvons donner que les principales conclusions, leurs idées à ce sujet. Pour eux il faut placer dans le groupe des cirrhoses biliaires, à côté du type décrit par Hanot sous le nom de cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, une modalité caractérisée principalement, au premier examen, par un ictère chronique et une hypersplénomégalie.

Il ne s'agit pas ici d'une splénopathie primitive, mais d'une hépato-splénopathie, consécutive, sans doute, à une infection ascendante des voies biliaires. Elle diffère des cirrhoses hépatiques d'origine splénique, de la maladie de Banti, par l'absence, dans son évolution, d'une première phase purement splénique, par l'importance des phénomènes hépato-biliaires, par la systématisation des lésions — cirrhose biliaire ici, la cirrhose veineuse.

Elle s'éloigne du type de cirrhose hypertrophique de Hanot essentiellement par la prédominance d'une splénomégalie considérable et la faiblesse de l'hypertrophie hépatique, par l'aspect splénopathique qu'elle revêt. Mais elle se rapproche de la cirrhose de Hanot par l'analogie et la systématisation des lésions et par le mécanisme même de leur production. Les différences entre ces deux types très voisins sont affaire de terrain.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement spécifique de la fièvre typhoïde.

M. Miller, en dehors des précautions hygiéniques et diététiques, ainsi que du traitement hydrothérapique classique, recommande, comme prescription interne, l'emploi de la teinture d'iode et de l'acide phénique d'après la formule suivante que rapporte la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*:

Teinture d'iode..........	} *ââ*	x gouttes
Acide phénique..........		
Eau distillée............	} *ââ*	60 grammes.
Sirop simple............		

Une cuillerée à café dans un peu d'eau froide toutes les deux heures (adultes).

Par ce mode d'administration, le patient, sous une forme agréable au goût, absorbe environ le tiers d'une goutte de chaque médicament, par cuillerée de potion, et les intervalles sont réglés de manière à obtenir le maximum d'action thérapeutique. La fièvre décline rapidement, les selles moins fréquentes, changent de caractère, la transpiration se modifie, l'agitation disparaît et le malade apaisé s'endort tranquillement. Dans certains cas, les résultats ont été tout à fait remarquables.

L'auteur a employé cette méthode pendant dix ans, sans avoir jamais enregistré, dit-il, un seul décès; sur 500 cas traités, les deux seuls décès survenus pendant le traitement sont dus à des lésions organiques tout à fait indépendantes de la maladie infectieuse. Sans partager la confiance de M. Miller, nous pensons que son traitement mérite au moins d'être essayé.

La pilocarpine dans le traitement des otites moyennes non suppurées chroniques.

M. Mac Cuen Smith a obtenu de très bons résultats par l'emploi dans les otites moyennes chroniques du chlorhydrate de pilocarpine à doses suffisantes pour provoquer une sudation abondante. On peut y associer la strychnine, afin d'éviter une action fâcheuse sur le cœur. Il est bon de commencer par une dose de 3 ou 4 milligrammes, de l'augmenter progressivement jusqu'à production d'une sudation profuse. La dose de 1 centigramme ordinairement y suffit. Ce traitement soulage les malades et fait disparaître les bruits dont ils sont constamment tourmentés.

Si l'on ne fait pas usage de strychnine avant d'administrer l'injection, du whisky à la dose de 5 grammes dans de l'eau chaude sera un bon stimulant et aidera à provoquer la sudation. A défaut de whisky, on pourra, pour faciliter la production de la diaphorèse, faire prendre au malade un ou deux verres d'eau glacée, immédiatement avant la pilocarpine. En plus de ces moyens, on frictionnera le corps avec une éponge trempée dans l'eau froide pour obtenir l'effet complet du médicament.

Un cas observé (1) par l'auteur montre la remarquable tolérance pour la pilocarpine — 0,025 milligrammes ayant été nécessaire pour déterminer une sudation abondante. Toutefois, dans la grande majorité des cas, 1 centigramme suffit amplement pour produire la diaphorèse.

FORMULAIRE

Pour l'administration de l'huile d'olive.

Menthol..................	0g25 centigr.
Cognac....................	15 grammes.

Mêlez avec deux jaunes d'œufs.

Ajoutez ensuite :

Huile d'olive..............	100 grammes.

(*Gazz. degli osped.*)

Suppositoires contre la prostatite chronique.
(A. Freudenberg.)

Sulfo-ichtyyolate d'ammonium......	0g30 à 0g75
Beurre de cacao....................	3g50

Mêlez. — Pour un suppositoire. Faites 20 suppositoires semblables. Introduire dans le rectum 2 ou 3 suppositoires par jour.

Il suffit généralement de deux suppositoires par jour, introduits l'un le matin, après l'évacuation alvine, l'autre au coucher. Un troisième suppositoire n'est nécessaire que si le malade a encore une selle dans le courant de la journée.

L'emploi de ces suppositoires amènerait rapidement la disparition de tous les symptômes dont se plaignent les malades atteints de prostatite chronique (douleurs à la défécation, sensation de pesanteur au périnée, troubles de la miction), ainsi que de la tuméfaction et de l'induration de la prostate.

Sirop iodotanique phosphaté.

Iode......................	1 gramme
Extrait de ratanhia.........	4 —
Alcool à 90 degrés..........	15 —
Sirop de cerises............	400 —

F. s. a. et ajoutez la solution suivante :

Phosphate monocalcique...	} *ââ* 10 grammes
Eau distillée.............	

Mêlez et complétez le volume de 500 centimètres cubes avec du sirop de cerises. (Soc. pharmacol.)

LA VARIOLE A LYON

L'épidémie de variole continue ses progrès à Lyon : du 16 au 23 mai, 42 cas ont été déclarés au bureau d'hygiène. On ne saurait donc trop louer M. le professeur Lortet de son heureuse initiative dans la dernière séance de la Société de médecine de Lyon.

« Le devoir de la Société de médecine, a-t-il dit, est de lutter contre la variole. Depuis quelques semaines la préfecture avait l'ordre de rassurer la population. On ne pratique plus de vaccination. Aussi, la variole a repris sa recrudescence sur la rive gauche du Rhône et au quartier de l'industrie sur la Saône. Il y a eu 70 entrées dans les hôpitaux, les 9/10 non vaccinés et même jamais une seule fois. Dans la même maison, il y a eu 27 cas de variole, il s'agissait d'un restaurateur atteint avec sa femme et les autres se sont contaminés là.

Dans une autre maison on a jeté les hardes d'un varioleux et treize cas de variole ont éclaté. Dans une autre maison, un locataire étant mort le samedi de variole hémorragique, son cadavre fut laissé jusqu'au mardi matin, d'où éclosion d'une épidémie. Il est donc urgent que la Société de médecine agisse vis-à-vis des pouvoirs publics. Paris n'a aucune inquiétude tant qu'il n'est pas infecté. Les Chambres ont été saisies d'une loi sur la vaccination et la revaccination.

Voici ce qui se passe à Vaise dans le quartier de l'industrie. Il y a là une école où MM. Roux et Pic ont voulu pratiquer des vaccinations. Les parents ont protesté. Aussi l'épidémie va continuer et depuis un an elle ne fait que croître.

Les revaccinations sont importantes; d'après les chiffres de M. Brouardel, on trouve en France 35 personnes qui meurent par an de variole sur 100000; en Allemagne, 0,4 (la revaccination y est obligatoire); en Autriche, 54, et en Suisse, 0,8 (la revaccination n'est pas obligatoire dans ces deux pays).

Après l'année terrible, il y avait en France 12000 cas de variole par an, et en Allemagne 110 seulement. En 1868-1869, l'Académie a discuté sur l'utilité de la revaccination. Pendant la guerre de 1870, il est mort 33000 hommes de variole dans l'armée. Si on avait actuellement une guerre, les hommes n'étant pas revaccinés, ce chiffre serait atteint de nouveau.

L'île de Porto-Rico était dévastée par la variole, les Amé-

(1) *New-Orleans med. and. surg. Journ.*, 1900, et *Rev. hebd. de laryng. de Bordeaux.*

ricains l'ont conquise, ont obligé les habitants à se vacciner et la variole a disparu.

La Société de médecine, devant ces faits, ne peut-elle pas émettre ce vœu?

1° Considérant que depuis un an que la variole sévit à Lyon, les mesures d'isolement et de désinfection prises par la préfecture et le conseil d'hygiène ont été insuffisantes;

2° Considérant que la vaccination et la revaccination obligatoires, comme en Allemagne et en Amérique, sont le seul procédé efficace pour mettre fin à cette maladie honteuse pour un pays civilisé;

3° Considérant que, d'autre part, dans certaines écoles, les parents refusent de laisser vacciner leurs enfants;

Emet le vœu que le Comité consultatif d'hygiène de France veuille bien agir auprès des pouvoirs publics pour hâter la promulgation de la loi de la vaccination et la revaccination obligatoire que la France attend depuis vingt-cinq ans. »

M. Lépine ayant demandé qu'on ajoute à ce vœu le considérant suivant : « La vaccination animale est absolument sans danger, » le vœu et l'article surajouté par M. Lépine ont été adoptés à l'unanimité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 4 AU 9 JUIN 1900)

Examens de doctorat.

MARDI 5 JUIN, à une heure. — 4e, *Faculté, salle n° 1* : MM. Proust, Chantemesse et Thoinot; — M. Chassevant, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Debove et Thiroloix; — (2e série) : MM. Raymond, Charrin et Teissier; — M. Vaquez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Nélaton et Faure; — (2e série) : MM. Brun, Quénu et Albarran; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Cornil et Ménétrier; — M. Thiéry, suppléant.

MERCREDI 6 JUIN, à une heure. — 4e, *Faculté, salle n° 1* : MM. Landouzy, Hanriot et Thoinot; — M. Retterer, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Jalaguier et Delbet; — (2e série) : MM. Delens, Kirmisson et Walther; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Widal; — M. Sébileau, suppléant.

JEUDI 7 JUIN, à une heure. — 4e, *Petit amphithéâtre* (1re série) : MM. Proust, Raymond et André; — *Grand amphithéâtre* (2e série) : MM. Pouchet, Widal et Langlois; — *Faculté, salle n° 1* (3e série) : MM. Grancher, Wurtz et Desgrez; — M. Achard, suppléant.

VENDREDI 8 JUIN, à une heure. — 4e, *Petit amphithéâtre* : Ch. Richet, Pouchet et Thoinot; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Tuffier, Broca Broca (Aug.) et Legueu; — (2e série) : MM. Hayem, Déjerine et Widal; — M. Walther, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Lannelongue, Poirier et Lejars; — (2e série) : MM. Potain, Grancher et Wurtz; — (2e partie) : MM. Landouzy, Brissaud et Teissier; — M. Jalaguier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 9 JUIN, à une heure. — 4e *Faculté, salle n° 3* (1re série) : MM. Debove, Pouchet et Thiroloix; — *Faculté, salle n° 1* (2e série) : MM. Chantemesse, Gley et Dupré; — M. Weiss, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Nélaton, Albarran et Faure; — (2e partie, 1re série) : Cornil, Achard et Vaquez; — (2e série) : MM. Joffroy, Raymond et Roger; — M. Schwartz, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich; — M. André, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours des hôpitaux (médecine). — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Bruhl, Renault, Soupault, Fernand Bezançon, Gouget et Macaigne.

Académie des sciences. — Voici la composition des commissions nommées pour divers prix intéressant les sciences médicales pour les concours de 1900 :

PRIX GODARD. — MM. Guyon, Bouchard, Lannelongue, Potain, Brouardel.

PRIX PARKIN. — MM. Bouchard, d'Arsonval, Brouardel, Potain, Duclaux, Guyon.

PRIX BELLION. — MM. Bouchard, Potain, Guyon, Brouardel, Lannelongue.

PRIX MÈGE. — MM. Bouchard, Guyon, Potain, Lannelongue, Marey.

PRIX DUSGATE. — MM. Bouchard, Potain, Brouardel, Lannelongue, Marey.

PRIX LALLEMAND. — MM. Bouchard, Marey, Ranvier, Potain, d'Arsonval.

PRIX DU BARON LARREY. — MM. Lannelongue, Guyon, Bouchard, Brouardel, Potain.

PRIX MONTYON (physiologie expérimentale). — MM. Marey, d'Arsonval, Chauveau, Bouchard, Van Tieghem.

PRIX POURAT. — MM. Marey, Bouchard, d'Arsonval, Chauveau, Brouardel.

PRIX MARTIN-DAMOURETTE. — MM. Bouchard, Marey, d'Arsonval, Potain, Chauveau, Guyon.

Les médecins dans le Jury de l'Exposition universelle de 1900. — Par décret du président de la République, en date du 15 mai dernier, sont nommés membres du Jury de l'Exposition universelle de 1900, ceux de nos confrères dont les noms suivent (les numéros placés entre parenthèses sont ceux des différentes classes du Jury) :

MM. le professeur Berger, professeur à la Faculté de médecine (16); les docteurs Bornet, de l'Institut (III); professeur Brouardel, de l'Institut (III); Brousse, conseiller municipal (III); Dubois, député (54); Galippe, dentiste des hôpitaux (16); Hartmann, professeur agrégé à la Faculté de médecine (16); Heim, professeur agrégé à la Faculté de médecine (41); Henneguy, professeur au collège de France (42); Labadie-Lagrave, médecin des hôpitaux (16); professeur Le Dentu, de l'Académie de médecine (16); professeur Marey, de l'Institut (12); Martin, du Comité consultatif d'hygiène (III); professeur Pinard, de l'Académie de médecine (16); Pozzi, de l'Académie de médecine (16); docteur Proust, de l'Académie de médecine (III); Regnard, de l'Académie de médecine (5); Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur (III); Roussel, de l'Institut (112); Tuffier, professeur agrégé à la Faculté de médecine (16); Villejean, député, professeur agrégé à la Faculté de médecine (III); Calmette, directeur de l'Institut Pasteur, à Lille (III); professeur Heckel, professeur à la Faculté des sciences de Marseille (41).

Un précurseur de Pasteur. — Hier a été inauguré, à Arcachon, sous la présidence du professeur Lannelongue, un monument destiné à rappeler la mémoire d'un modeste praticien de cette région, le docteur Jean Hameau, qui, dès 1834, dans un mémoire sur les *virus*, s'est montré un véritable précurseur de Pasteur.

L'hygiène des marchés. — Au mois de mars dernier, sur la demande du préfet de police, le conseil d'hygiène du département de la Seine avait nommé une commission chargée d'étudier l'hygiène des marchés alimentaires couverts ou découverts.

M. Vallin vient, au nom de cette commission, de déposer son rapport, dont voici les conclusions principales :

« 1° La plupart des marchés fixes ou couverts de Paris ne répondent plus aux nécessités de l'hygiène moderne. Leur type doit être complètement transformé. Ils manquent d'espace, d'air, d'eau et de lumière...

2° Bien construits et bien aménagés, ils sont cependant le meilleur moyen d'assurer l'approvisionnement et la vente des denrées alimentaires sans inconvénients pour l'hygiène urbaine.

3° Les marchés volants ne devraient être établis que dans des quartiers périphériques à population peu condensée, sur les voies très larges, jamais sur les trottoirs contigus aux maisons d'habitation. »

Suivent de nombreuses indications relatives aux conditions d'établissement de ces marchés volants, au bon entretien de leur sol, au fréquent nettoyage des ruisseaux avoisinants et du matériel même du marché, etc...

Ces conclusions du rapport de M. Vallin seront discutées à la prochaine réunion du conseil d'hygiène.

Les conducteurs d'automobile. — Un jugement récent vient de décider que les mécaniciens-chauffeurs doivent être assimilés à des domestiques et que comme tels, en cas de renvoi, ils ont droit à leurs huit jours, et non à une indemnité en tant qu'employés.

Hôpital Andral. — *Maladies de l'estomac.* — MM. Albert Mathieu, M. Soupault et J.-Ch. Roux commenceront, le 18 juin 1900, un cours complet sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac.

Les élèves seront exercés aux manipulations nécessaires pour la détermination du chimisme gastrique, par M. Laboulais, pharmacien de première classe, ancien interne des hôpitaux.

Ce cours sera complet en un mois. — Le prix de l'inscription est de 100 francs. — Le nombre des inscriptions est limité.

S'adresser au laboratoire de l'hôpital Andral, 35, rue des Tournelles.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

LE SAMEDI 23 JUIN 1900

à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des articles de *pansement*, *gazes* et *cotons antiseptiques*, *mackintosh*, *protective*, etc., nécessaires au service des établissements de cette administration pendant un an, à partir du 1er juillet 1900.

Ces fournitures sont évaluées approximativement :

1er et 2e lots. *Gazes iodoformées et au salol*, 48250 fr. par lot.

3e et 4e lots. *Coton au salol et boriqué, mackintosh, protective, lint boriqué*, 18310 fr. par lot.

5e et 6e lots. *Coton hydrophile*, 35000 kilog. par lot.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de ladite Administration, avenue Victoria, n° 3, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

N° 62. — JEUDI 31 MAI 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 31 MAI 1900. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Résection du cæcum et de l'appendice étranglés et sphacélés dans une hernie crurale; suture en trois plans; guérison, par M. Albert Jacomet, interne des hôpitaux de Paris. — Séance de l'Académie de médecine. — Revue de la Presse. *Médecine* : Le cœur dans la grippe; — Les érythèmes rubéoliformes et scarlatiniformes au cours de la dothiénentérie; — La sensibilité oculaire à la pression dans le tabes; — Traitement du noma. — *Gynécologie :* Traitement de l'endométrite. — Voyages d'études médicales. — Chronique et nouvelles scientifiques.

RÉSECTION DU CÆCUM ET DE L'APPENDICE

ÉTRANGLÉS ET SPHACÉLÉS DANS UNE HERNIE CRURALE; SUTURE EN TROIS PLANS; GUÉRISON

Par M. Albert Jacomet, interne des hôpitaux de Paris.

Un chirurgien bien aidé, disposant des instruments nécessaires et du matériel voulu, doit, en présence d'une gangrène herniaire de l'intestin, faire l'entérectomie et la suture intestinale lorsque l'état de son malade le permet et que la septicémie coli-bacillaire n'est pas trop avancée. L'anus contre nature, pis-aller thérapeutique, doit être réservé aux cas contraires.

J'ai eu la bonne chance de trouver réalisées toutes les conditions précédentes pendant une garde, dans le service de mon maître M. Schwartz, à l'hôpital Cochin.

Voici, au complet, l'observation de ma malade :

La nommée Félicie D..., blanchisseuse, âgée de soixante-trois ans, entre à l'hôpital Cochin, salle Richet n° 3, le 20 octobre 1899 à cinq heures du soir. Elle raconte qu'elle est soignée depuis dimanche dermier 15 octobre pour une hernie étranglée, lui a dit son médecin. Elle vient de vomir avant de monter dans la voiture d'ambulance; ses vomissements ne sont pas particulièrement fétides et ne présentent pas les caractères des vomissements fécaloïdes. Elle est allée à la selle à trois heures de l'après-midi. Le pouls est à 90. La température de 38°5. L'état général n'est pas très altéré.

En découvrant la malade on aperçoit dans la région crurale une tuméfaction du volume d'un gros poing. A ce niveau la peau est rouge, le doigt laisse son empreinte, il y a de l'infiltration autour de la tumeur; la percussion donne de la sonorité.

L'interrogatoire nous apprend que la malade porte, dans la région crurale, une petite grosseur du volume d'un œuf de pigeon depuis une trentaine d'années.

Cette hernie s'était produite au moment d'un accouchement, elle était peu douloureuse, ne rentrait jamais complètement mais ne donna lieu qu'une fois, il y a huit ans, à quelques malaises avec vomissements. Jamais le port d'un bandage n'a été institué.

Le jeudi 12 octobre, il y a donc huit jours, en soulevant un panier de linge, la malade sentit une douleur accompagnée d'un craquement dans sa hernie; celle-ci augmenta brusquement de volume. Souffrant un peu depuis lors, elle continua néanmoins son travail le vendredi et le samedi, Dans la journée du dimanche elle fut obligée de s'arrêter et elle fut prise de vomissements.

Son médecin appelé appliqua des cataplasmes et de l'onguent mercuriel sur la hernie. La douleur augmenta progressivement et tous les signes d'un phlegmon se développèrent. Les selles restèrent néanmoins régulières, quotidiennes.

Le 20 octobre, la malade entre dans cet état à l'hôpital. Le diagnostic d'accidents herniaires étant bien net, je l'opère dès son arrivée avec l'aide de mon ami et collègue Judet.

L'incision de la hernie crurale.

La peau et le tissu cellulaire sont infiltrés et œdématiés.

Ouverture du sac qui est adhérent aux couches sous-jacentes. Il sort du pus et des gaz très fétides.

Le sac est débridé largement et nous nous trouvons alors en présence d'une portion de l'intestin largement sphacélée et perforée à son point culminant. De nombreux oxyures sortent par la perforation intestinale. A côté de cette anse se trouve l'extrémité de l'appendice vermiculaire étranglée et sphacélée, facilement reconnaissable.

Lavage au sublimé tiède.

Le collet du sac, agent de l'étranglement, est largement débridé.

L'intestin hernié est attiré au dehors et nous reconnaissons le cæcum, pincé par son fond; le reste de l'appendice est facilement amené au dehors.

Résection, au niveau de son insertion cæcale, de tout l'appendice dont la partie herniée est fortement adhérente au sac. Le moignon appendiculaire est traité par l'enfouissement dans le cæcum.

Ensuite, en présence de cette hernie du fond du cæcum, nous nous décidons à faire la résection de la portion étranglée. La valvuve iléo-cæcale est située juste au-dessus des limites de l'infiltration gangréneuse. Elle n'est pas altérée. Le cæcum a glissé dans cette hernie surtout par sa paroi externe et notre section devra empiéter un peu obliquement sur cette paroi. Bref, en faisant cette résection intestinale, nous n'avons pas à craindre un rétrécissement de la région iléo-

cæcale, le cours des matières ne sera sûrement pas interrompu.

Nous appliquons deux clamps garnis de tubes en caoutchouc au-dessus des parties à réséquer pour empêcher la sortie du contenu de l'intestin, et nous pratiquons la section au-dessous de ces clamps, en tissu sain, mais non loin cependant des parties malades, pour éviter de toucher à la valvule iléo-cæcale ou de nous approcher par trop d'elle.

Nous faisons une suture en trois plans de la paroi intestinale à la soie fine, un plan muco-muqueux, un deuxième musculo-séreux et un troisième séro-séreux à la Lembert.

Les clamps sont alors enlevés.

Nettoyage minutieux de la ligne de suture avec une solution faible et chaude de sublimé.

Le tout est rentré dans l'abdomen par l'anneau crural. Par cet anneau, nous introduisons un gros drain en caoutchouc dont l'extrémité porte sur la suture intestinale.

Le sac est réséqué.

La plaie infectée est laissée largement ouverte.

Les suites opératoires furent bonnes.

Le soir de l'opération, à dix heures, la malade avait 38°5. de température, 96 pulsations à la minute, pas de vomissements, quelques nausées. Piqûre de morphine, glace sur le ventre, diète absolue.

Le lendemain elle rend des gaz par l'anus. Elle a un peu de congestion des deux bases. L'état local est très satisfaisant. Un très léger suintement se produit par le drain.

Une selle se produit le 24 octobre, j'enlève le drain ce jour-là.

A partir de ce moment la température et le pouls reviennent à la normale. Et la malade reste jusqu'à la guérison de sa plaie. Celle-ci bourgeonne bien et guérit par seconde intention sous des pansements répétés.

Vingt jours après l'opération, la guérison est absolue, les fonctions intestinales parfaites et la malade sort absolument guérie.

L'observation que nous venons d'exposer nous a paru intéressante à divers titres.

Une grande partie de notre succès opératoire est due, il est bon d'y insister, à ce fait que notre malade ne présentait pas d'occlusion intestinale. La valvuve iléo-cæcale n'étant pas prise dans l'étranglement, le cours des matières n'était pas interrompu. Nous n'avons pas eu à lutter avec les phénomènes d'intoxication herniaire et l'état général nous permit de faire une intervention assez longue, mais radicale dans ses effets.

Malgré le nettoyage soigneux au sublimé tiède de toute la région et de l'anse à rentrer, malgré le drainage, nous n'étions pas sans appréhension sur une infection péritonéale possible ; l'intervention ayant été pratiquée parmi les oxyures, dans un phlegmon-pyostercoral. L'observation montre qu'il ne se produisit pas l'ombre d'un accident de cette nature. Le drain fut enlevé au quatrième jour, il n'avait rien donné jusque-là. La plaie se cicatrisa avec une grande rapidité par bourgeonnement et tous les phénomènes phlegmoneux de la région crurale disparurent dès le lendemain de l'intervention.

Si nous n'étions pas intervenus chez cette malade, il est prodable, qu'en l'absence d'occlusion intestinale son phlegmon se fût ouvert spontanément. Une fistule du fond du cæcum en eût été la conséquence ; exactement comme si nous nous étions borné à inciser son sac. Pour la faire bénéficier de l'intervention il fallait donc réséquer les parties malades et réduire en drainant, bien entendu. C'est le raisonnement qui nous guida dans notre manière de faire.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(29 mai 1900)

Est-ce la faute du beau temps ou de l'Exposition? Il serait difficile de le dire. Toujours est-il que la salle de la rue des Saints-Pères était vide ou presque, hier soir à partir de quatre heures, et c'est grand dommage, car nous avons entendu de très intéressantes communications.

Au nom de la commission du paludisme, M. Laveran lit une instruction pour la **prophylaxie du paludisme**, qui énumère d'une façon complète les mesures à prendre pour réaliser cette prophylaxie.

M. Pinard, à l'occasion d'un travail de M. Mouchet (de Sens), sur **deux cas d'irréductibilité de l'utérus gravide en rétroversion**, lit un rapport d'où il conclut qu'à l'heure actuelle, le traitement de la rétroversion de l'utérus gravide paraît devoir être résumé ainsi : Au début provoquer la libre évacuation de la vessie et du rectum ; le plus souvent, la réduction se produit spontanément.

La rétroversion persistant, il faut pratiquer la réduction manuelle par le vagin, avec ou sans anesthésie. Si l'on échoue, l'introduction d'un ballon, gonflé et laissé à demeure dans le rectum, est la seule intervention instrumentale qui doive être tentée.

La rétroversion se montrant irréductible, le seul traitement rationnel et utile est la laparotomie ou cœliotomie, qui permettra de détruire les adhérences, s'il y a lieu, et d'enlever les tumeurs, et, en tout cas, de pratiquer la réduction directe.

En cas de signes permettant de diagnostiquer la gangrène de la muqueuse vésicale, il faudrait pratiquer ensuite la taille vésicale.

M. Ch. Monod lit un rapport sur la méthode de M. Ducroquet pour la **réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche**.

Très intéressante la communication que M. Metchnikoff, en son nom et en celui de M. Besredka, son préparateur, vient de faire sur l'**action des faibles doses d'hémolysine humaine** sur les hématies et l'hémoglobine.

Il y a des maladies dont on ne connaît pas encore la cause et contre lesquelles on est bien embarrassé pour lutter avec efficacité. M. Metchnikoff s'est demandé si on ne pourrait pas agir en augmentant la résistance des tissus des malades, en stimulant l'activité des éléments spécifiques chargés de la défense de l'organisme?

On sait que le sérum sanguin de certains animaux est toxique pour les globules rouges des autres animaux.

On a trouvé ainsi des sérums toxiques pour les spermatozoïdes, les leucocytes, les épithéliums vibratiles.

Dans le même but, M. Metchnikoff a injecté du sang humain défibriné à une chèvre qui lui a fourni un sérum ayant la propriété de dissoudre rapidement les globules rouges de l'homme. Ce sérum a été essayé dans le service de M. Hallopeau, à l'hôpital Saint-Louis, sur plusieurs lépreux qui ont bien voulu se prêter à l'expérience.

Après plusieurs mois d'essai, convaincu de l'innocuité de ce sérum, M. Metchnikoff a injecté 5 à 7 centimètres cubes de sérum à deux lépreux.

Après une courte période d'abaissement du nombre des globules rouges et du chiffre de l'hémoglobine, ces deux sérums ont produit une suractivité de l'hématopoïèse, peu durable chez le premier lépreux, plus durable chez le second.

On fit alors une deuxième injection chez le premier lépreux dont l'hémoglobine augmenta considérablement et dépassa la normale. Chez les deux lépreux, l'état général s'améliora et les douleurs diminuèrent.

Expérience intéressante qui mérite d'être poursuivie et appuyée de nouveaux faits.

M. Tuffier présente trois malades qui ont subi, l'un la néphrectomie, l'autre une laparotomie, le troisième une amputation de jambe, après anesthésie par l'**injection dans la cavité arachnoïdienne spinale** d'un centigramme de chlorhydrate de cocaïne (voir *Gaz. des hôp.*, 1899, nº 134, p. 1267).

M. Valude vient ensuite entretenir l'Académie des **opérations sur l'orbite** par la voie temporale; il a eu l'occasion d'intervenir trois fois sur l'orbite par la voie temporale (méthode de Krönlein). Cette opération, classique en Allemagne, n'avait pas encore été pratiquée en France, elle a pour but d'aller à la recherche des néoplasmes de l'orbite en laissant en place le globe oculaire. L'opération s'exécute de la manière suivante : une incision courbe à convexité antérieure, comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, est conduite en suivant à peu près les contours de la fosse temporale. A sa partie antérieure, qui forme la convexité du lambeau, l'incision doit être tangente au bord externe de l'orbite qui est mis à nu, puis elle s'infléchit en arrière en suivant l'arcade zygomatique.

L'incision du lambeau achevée, on glisse dans l'orbite un détache-tendon plat, entre l'os et le périoste, de façon à isoler celui-ci sur toute l'étendue de la paroi externe de l'orbite. Le troisième temps consiste à mobiliser l'os malaire. Pour cela, on pratique deux incisions qui se rejoignent dans la fente sphéno-maxillaire en circonscrivant un triangle osseux adhérent au lambeau cutané.

Ce triangle osseux détaché est luxé en dehors, récliné avec un écarteur, et, dès lors, le fond de la cavité orbitaire est largement accessible.

L'ablation du néoplasme terminée, le lambeau osseux est rabattu à sa place, où il est suffisamment fixé par les points de suture de la peau. La guérison est très rapide.

M. de la Mallerée (de Varennes) a appliqué au traitement de la grippe les **vapeurs d'aldéhyde formique** obtenues dans des salles d'isolement, où les malades restaient pendant quarante-huit heures. Sous l'influence de ces inhalations la toux disparut de suite ; elle revenait quand l'air n'était plus suffisamment chargé de vapeurs formiques. La fièvre tombait au plus tard après douze heures de traitement. Après ces quarante-huit heures on ne trouvait plus dans les crachats que quelques Pfeiffer isolés, et presque aucun microbe pathogène.

Après les quarante-huit heures, les malades étaient placés dans une seconde salle d'isolement, mais sans aldéhyde formique, et après cette seconde étape ils reprenaient leurs occupations ordinaires.

L'auteur n'a constaté ni rechute, ni aucun accident consécutif.

Les malades qui ont refusé de se soumettre à ce traitement ont vu leur état rester stationnaire, et dans leur gorge se multipliaient soit le staphylocoque, soit le streptocoque, soit les deux.

M. Suarez de Mendoza (de Paris) vient enfin faire connaître un nouveau procédé sûr et rapide pour pratiquer **l'ouverture totale ou partielle des cavités de l'oreille moyenne.** Pour cela, il emploie une fraise actionnée par un moteur de White, qui présente de grands avantages au point de vue pratique.

MM. Moraché (de Bordeaux) et Pierret (de Lyon) sont élus associés nationaux de l'Académie de médecine.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Le cœur dans la grippe. (M. Saundby.) — Les troubles cardiaques de l'influenza peuvent être fonctionnels ou organiques. Les troubles fonctionnels consistent en modifications dans le nombre et dans le rythme des pulsations. La bradycardie est plus fréquente que la tachycardie et s'accompagne souvent d'irrégularités, de faux pas. Les conditions physiologiques, la fatigue, le surmenage, les troubles digestifs peuvent faire subir de grandes variations à la pression artérielle. La température est fréquemment au-dessous de la normale. Ces troubles fonctionnels atteignent leur maximum chez la femme.

Dans un second groupe prennent place les affections organiques caractérisées. La plus commune est, d'après M. Saundby, la dilatation du ventricule gauche, avec insuffisance orificielle, dyspnée, œdème malléolaire, etc. Ces troubles organiques peuvent être la conséquence de troubles fonctionnels. En effet, des modifications persistantes dans l'action des ganglions cardiaques peuvent à la longue réagir sur la fibre musculaire et déterminer probablement une myocardite subaiguë. Si, dans des cas favorables, ces lésions guérissent, il n'en est pas moins certain que, dans d'autres circonstances, elles ne font que précéder la dégénérescence graisseuse. Cliniquement, le cœur dilaté atteint parfois la ligne axillaire antérieure, l'auscultation révèle un souffle d'insuffisance valvulaire, parfois même une accentuation du deuxième bruit pulmonaire. D'après M. Saundby, cette forme atteint presque exclusivement le sexe masculin.

Ces cas sont toujours sérieux, principalement à cause de la tendance aux rechutes. Dans les cas de troubles fonctionnels, l'auteur s'applique à surveiller l'état des viscères abdominaux et il administre à faibles doses le fer et l'arsenic. Lorsqu'il y a tachycardie persistante, la digitale rend de grands services. (*Birmingh. med. Rev.*, nov. 1899.)

A. H.

Les érythèmes rubéoliforme et scarlatiniforme au cours de la dothiénentérie. — M. Remlinger, continuant ses intéressantes recherches sur la fièvre typhoïde, que nous avons eu à différentes reprises l'occasion de citer, vient de consacrer un nouveau travail à l'étude des manifestations cutanées de la dothiénentérie, et en particulier à l'érythème rubéoliforme et à l'érythème scarlatiniforme.

L'*érythème scarlatiniforme*, est, nous dit-il, le plus rare, mais son pronostic est très sérieux.

Il se montre dans deux circonstances différentes : 1º en pleine période d'état d'une dothiénentérie hypertoxique; l'éruption persiste jusqu'à la mort qu'elle précède seulement d'un jour ou deux; 2º pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde de gravité quelconque. Il se produit alors une desquamation qui commence déjà à se manifester alors que l'éruption n'est pas encore terminée; la mort survient tardivement par cachexie ou au milieu d'accidents convulsifs.

Beaucoup plus fréquent est l'*érythème rubéoliforme*, et il importe de décrire séparément un *érythème de la période d'état* et un *érythème de la défervescence*.

L'*érythème de la période d'état* s'accompagne de phénomènes généraux : élévation de température, vomissements, diarrhée, facies spécial qui en imposent d'autant plus pour une infection secondaire, que la porte d'entrée paraît s'en trouver parfois au niveau de lésions buccales ou péri-buccales. Il a une prédilection marquée pour les membres où il prédomine au niveau des jointures. La face est presque toujours prise, le tronc est atteint d'une façon discrète. Moins grave que celui de l'érythème scarlatineux, le pronostic de cette variété d'érythème morbilliforme est cependant sérieux.

L'éruption peut être extrêmement fugace et elle ne paraît avoir aucune influence sur l'évolution de la maladie; mais, d'autres fois, elle précède de peu la mort jusqu'à laquelle elle se prolonge et qu'elle semble, jusqu'à un certain point, annoncer.

L'*érythème de la défervescence* est, par contre, d'un pronostic, non seulement bénin, mais encore favorable. Si l'érythème précédent donne l'impression d'une infection secondaire, celui-ci paraît dû plutôt à l'action sur la peau d'un produit érythrogène accidentellement sécrété par le bacille d'Eberth. Il ne s'accompagne pas, en effet, de phénomènes généraux. Tout au plus son apparition coïncide-t-elle, dans quelques cas, avec une légère élévation de température. Cette ascension est toujours de peu de durée. La température baisse pendant que l'éruption pâlit et elle atteint la normale quand l'exanthème disparaît. Très rarement, l'érythème rubéoliforme apparaît au milieu même de la convalescence. Ces érythèmes tardifs paraissent comporter le même pronostic bénin que les érythèmes de la défervescence. Les uns et les autres ont une prédilection marquée pour la face antérieure du thorax et de l'abdomen, les aines, les aisselles. Ils laissent, en général, indemnes les extrémités des membres.

Au moment où disparaissent ces érythèmes morbilliformes, les téguments prennent fréquemment un aspect truité, cuivré, qui rappelle beaucoup celui de certaines syphilides. Dans ces cas l'éruption se termine d'ordinaire par une desquamation furfuracée.

Notons enfin que l'un des caractères les plus curieux des érythèmes soit rubéoliformes, soit scarlatiniformes, c'est leur épidémicité et leur contagiosité. N.

La sensibilité oculaire à la pression dans le tabes. M. Le Merle (de Bordeaux). — Si chez un sujet sain on comprime le globe oculaire on fait naître dans l'intérieur de l'œil une douleur aiguë, *sui generis*, bientôt intolérable. Chez certains tabétiques confirmés, au contraire, semblable manœuvre n'amène aucune sensation douloureuse. La sensibilité oculaire à la pression est abolie, et cette abolition constitue l'analgésie *oculaire à la pression*.

M. Le Merle (de Bordeaux), en reprenant, dans sa thèse, cette question qui avait déjà été l'objet de recherches de la part de MM. Abadie et Rocher, en étudie la valeur séméiologique.

La sensation *sui generis* ainsi obtenue n'est cependant pas abolie chez tous les tabétiques. Elle peut rester normale. Elle peut, de même, être considérablement augmentée : il y a alors *hyperalgésie oculaire à la pression*. Mais ces cas d'hyperalgésie sont encore trop peu nombreux pour qu'il nous soit permis d'en faire ici l'étude. Nous nous bornerons donc à étudier l'analgésie oculaire.

L'analgésie oculaire peut être complète ou incomplète. Dans ce dernier cas, on dit qu'il y a hypoalgésie. L'hypoalgésie peut être légère, difficile à apprécier, mais elle peut aussi être très marquée. Entre la sensation normale et l'analgésie complète, il y a tous les degrés. Mais, d'une façon générale et pour la commodité du discours, nous entendrons, nous aussi, par analgésie oculaire « toutes les variations en moins de la sensibilité oculaire à la pression ».

L'analgésie peut être *unilatérale*, affecter indifféremment l'un ou l'autre œil. Elle peut aussi être *bilatérale*. Elle ne se présente pas forcément au même degré dans les deux globes oculaires. Il peut y avoir concurremment d'un côté une conservation intégrale des sensations normales, et de l'autre de l'hypoalgésie ou même de l'analgésie complète. De même l'analgésie complète d'un œil n'est quelquefois accompagnée que d'hypoalgésie plus ou moins marquée de l'autre.

Il est difficile de fixer les conditions d'âge, de sexe, de durée de la maladie, etc., qui aient quelque rapport avec ce phénomène. Mais M. Le Merle attire particulièrement l'attention sur deux points. Il a recherché d'abord dans quel rapport les diverses analgésies pouvaient se rencontrer chez les tabétiques. Or il a vu que les analgésies testiculaires et mammaires se rencontrent dans les deux tiers des cas environ. L'analgésie oculaire prend place entre ces deux groupes, plus fréquente que les secondes, mais moins souvent observée que les premières. D'ailleurs, en ce qui concerne les analgésies déjà connues, les rapports précédents sont à peu près ceux signalés déjà par les divers auteurs. Les troubles des sensibilités spéciales sont, on le voit, très fréquents dans le tabes. Aussi n'est on pas étonné de voir les différentes analgésies se mêler entre elles et former des groupements qui échappent à toute description. Chacune d'elles en particulier se montre rarement seul.

Un second point est relatif à l'état de l'œil chez les tabétiques atteints de cette complication; or, il ne semble pas que l'analgésie oculaire soit plus fréquente chez les malades qui ont présenté quelque altération de l'œil, paralysies, signes d'Argyll-Robertson, etc. Il faut ajouter, d'ailleurs, que l'analgésie oculaire n'appartient pas en propre au tabes. On la retrouve dans quelques maladies locales, où elle est mal étudiée, ou pas du tout. Elle se rencontre dans des affections d'ordre plus général, telles que l'hystérie; elle affecte alors les mêmes caractères que dans le tabes.

Il s'agit, en somme, d'un phénomène intéressant qui vient s'ajouter à la symptomatologie déjà si riche de cette maladie. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 mai 1900.) N.

Traitement du noma. — M. Schweitzer recommande beaucoup le mode de traitement suivant du noma. On commence par enlever, à l'aide de la curette tranchante, tout le tissu gangréné; puis l'ulcération ensuite lavée avec de l'eau boriquée ou avec du permanganate de potasse (solution à 1 p. 1000 chaude) et saupoudrée et frictionnée avec de la poudre d'iodoforme; un pansement sec est ensuite appliqué. S'il est impossible d'enlever avec la curette tout le tissu mort, on applique, au lieu du pansement sec, un pansement avec de la gaze trempée dans du permanganate de potasse. Si la nécrose continue les jours suivants, on répète le grattage de l'ulcération. Les lavages sont faits deux fois par jour et les frictions iodoformées une fois par jour.

L'auteur a traité d'après cette méthode, six enfants chez lesquels le noma s'était développé à la suite de la rougeole; sur ces six cas, cinq se sont terminés favorablement, dans le sixième la mort est survenue par suite de septicémie. Ces résultats semblent donc assez encourageants et méritent d'attirer l'attention sur le mode de traitement recommandé par M. Schweitzer. (*Wratch*, n° 14, 1er avril 1900.) S. B.

GYNÉCOLOGIE

Traitement de l'endométrite. — M. Rouffart rapporte à deux causes les insuccès du curetage. La première cause, c'est que le chirurgien oublie souvent qu'il doit, au moment du curetage, soigner toutes les parties infectées et ne pas se

borner à l'abrasion de la muqueuse utérine. Il faut soigner en même temps les bartholinites, les péri-urétrites, les folliculites, les inflammations des glandes du col. Dans la gonorrée, l'inflammation vaginale est d'un traitement facile; mais toutes les localisations du gonocoque que nous venons d'indiquer sont au contraire d'une stérilisation difficile. Si ces parties malades ne sont pas soignées, il reste à côté d'une plaie vive tout ce qu'il faut pour l'infecter, et les récidives doivent fatalement se produire. Les récidives sont aussi souvent le fait du mari, dont la gonorrée guérit aussi très difficilement.

La deuxième cause des insuccès dans l'opération du curetage, c'est que les malades se lassent facilement de revenir chez le gynécologue, et qu'elles ne font pas assez longtemps un traitement antiseptique. Tant que la plaie existe dans l'utérus, c'est-à-dire pendant cinq à six semaines, il faut faire journellement des injections avec du chlorure de zinc, du nitrate d'argent, de l'acide phénique, et c'est au prix de ces soins minutieux que l'on obtiendra la guérison. Même après les règles, qui arrivent généralement vers la sixième semaine, il faudrait faire quelques injections chaudes. Le moment le plus favorable au curetage est six à huit jours après les règles. La nouvelle menstruation vient alors environ cinq semaines après l'opération. Quand avant cinq semaines il survient des hémorragies, elles sont souvent dues à une petite infection et indiquent un curetage mal fait ou mal soigné. (Soc. belge d'obst. et de gyn., 17 fév. 1900.)

VOYAGES D'ÉTUDES MÉDICALES

EAUX MINÉRALES, STATIONS MARITIMES ET CLIMATÉRIQUES, SANATORIUMS DE FRANCE

Voyage de 1900 aux stations du Sud-Ouest, Haute-Garonne, Hautes-Pyrénées, Basses-Pyrénées, Landes, Gironde : Luchon, Capvern, Bagnères-de-Bigorre, Argelès, Barèges, Saint-Sauveur, Cauterets, Pau, Saint-Christau, Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes, Salies-de-Béarn, Biarritz, Cambo, Hendaye (sanatorium), Dax, Arcachon. — *Du 2 au 15 septembre 1900.*

Comité de patronage. — Président : M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine. — Vice-président : M. Landouzy, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris; membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Laënnec. — Membres du comité : MM. Cornil, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, sénateur de l'Allier; Durand-Fardel (Ray.), secrétaire général de la Société d'hydrologie; Fournier, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis; Gilbert, agrégé de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Broussais; Huchard, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Necker; Lannelongue, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades; Monod, conseiller d'État, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'Intérieur, membre de l'Académie de médecine; Proust, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général des services sanitaires, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu.

Secrétaire général et organisateur de ces voyages : Dr Carron de la Carrière, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique adjoint de la Faculté de médecine de Paris, 2, rue Lincoln, Paris.

But des voyages d'études médicales. — Ces voyages d'études médicales sont organisés dans le but de faciliter, aux médecins ainsi qu'aux étudiants français et étrangers, la visite et la connaissance pratique des stations thermales et climatériques de France.

Les connaissances indispensables pour juger de l'indication des Eaux minérales, et pour les prescrire, se réduisent à quelques données peu nombreuses, mais bien précises, données qui sont faites autant de leur composition, de leur thermalité, de leur mode d'administration que des applications que la tradition clinique nous a appris à en faire, dans les maladies générales, dans les états diathésiques, dans les affections viscérales et les localisations muqueuses, cutanées ou articulaires. Rien ne vaut, pour saisir et retenir les applications particulières de chacune de ces stations, comme de voir sur place et sa clientèle et son agencement, et l'outillage dont elle dispose. Rien ne vaut pour le médecin qui ordonnance une Eau minérale, comme d'avoir vu, de ses yeux vu, son anatomie et sa physiologie, si on peut ainsi parler : en cela, comme en toute autre matière, rien ne vaut la leçon de choses.

Voyage de 1900. — Le voyage de cette année, comme celui de l'an dernier aux stations du Centre et de l'Auvergne, est placé sous la direction scientifique du docteur Landouzy, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, qui fera sur place des conférences sur la médication hydrominérale, ses indications et ses applications (1).

Sont seuls admis à ce voyage, les médecins français et étrangers, les étudiants en médecine. Les femmes des médecins peuvent accompagner leur mari, mais, le chiffre des adhérents à ce voyage étant limité, elles ne seront admises que dans la limite des places laissées disponibles par les inscriptions des médecins seuls.

Conditions du voyage. — I. Luchon est la première station prise comme point de concentration de tous les voyageurs. Chacun arrivera isolément en gare de Luchon.

Pour arriver à la gare de Luchon (Compagnie du Midi), les Compagnies de chemins de fer accordent une réduction de moitié prix à tous les médecins et étudiants en médecine, quel que soit le point de la France d'où ils partent. Pour recevoir, en temps voulu, ce billet de faveur, il est nécessaire d'indiquer très exactement, en s'inscrivant, la gare de départ, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français. Toutes les Compagnies de chemins de fer — à l'exception de la Compagnie du Midi — accordent la même réduction aux femmes des médecins.

II. De Luchon à Arcachon, les voyageurs visiteront, en groupe, les stations suivantes : Luchon, Capvern, Bagnères-de-Bigorre, Argelès, Barèges, Saint-Sauveur, Cauterets, Pau, Saint-Christau, Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes, Salies-de-Béarn, Biarritz, Cambo, Hendaye (sanatorium), Dax, Arcachon.

Prix à forfait, 300 francs par personne, payable en s'inscrivant. Ce prix comprend tous les frais du voyage; depuis le moment de l'arrivée en gare de Luchon (dans la journée du dimanche 2 septembre), jusqu'au moment où les voyageurs se sépareront à Arcachon (le samedi 15 septembre dans la soirée, ou le dimanche matin 16 septembre, au gré de chacun) : trajets en chemin de fer, excursions en voiture, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Dans ce prix est compté le dîner et le coucher à Arcachon, le samedi 15, ainsi que le petit déjeuner le lendemain matin dimanche 16 septembre.

La Compagnie du chemin de fer du Midi, sur le réseau de laquelle a lieu le parcours du voyage, n'a consenti aucune réduction pour les femmes de médecins; aussi la souscription des dames est fixée à 350 francs.

---

(1) Carron de la Carrière. *Compte rendu du voyage de 1899 aux stations du Centre et de l'Auvergne :* Néris, La Bourboule, Mont-Dore, Saint-Nectaire, Royat, Durtol (sanatorium), Châtel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré, Pougues. In-8o 172 p., Carré et Naud, éditeurs. Prix : 4 francs.

III. Arcachon est la dernière station où les voyageurs se sépareront pour retourner chacun isolément chez soi.

Pour retourner d'Arcachon à son lieu de résidence, qui a été son point de départ, chaque médecin ou étudiant en médecine bénéficiera, comme à l'aller, en venant à Luchon, de la réduction de moitié prix sur les chemins de fer. Semblable réduction est accordée aux femmes de médecins par toutes les Compagnies de chemins de fer, à l'exception de la Compagnie du Midi.

En raison de la courte durée du voyage et des trajets importants en voiture, les voyageurs sont priés de réduire leurs bagages au strict nécessaire et de n'emporter qu'une valise d'un maniement facile.

Les Compagnies de chemins de fer, en accordaut d'une façon tout à fait exceptionnelle aux adhérents de ce voyage, la faveur de rejoindre isolément, avec des billets à demi-place, la première station de la tournée, Luchon, ont expressément spécifié qu'on s'y rendrait sans arrêt et par la voie la plus directe. Il en est de même pour le retour au lieu de résidence, en quittant la dernière station, Arcachon.

Dans le cas où, pour un motif quelconque, le voyage n'aurait pas lieu, les personnes inscrites ne pourront prétendre qu'au remboursement des sommes versées.

Pour s'inscrire, envoyer : 1° son adhésion au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris; nom et adresse lisiblement écrits; 2° sa souscription — 300 francs — et l'indication de la gare d'où l'on partira, à M. l'administrateur délégué des Voyages économiques, 17, faubourg Montmartre, Paris.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 août 1900, terme de rigueur.

Programme. — *Dimanche*, 2 *septembre* 1900. — Arrivée à Luchon, où a lieu la concentration de tous les adhérents à ce voyage, pour visiter ensuite, en groupe, les autres stations.

Rendez-vous est donné à la gare de Luchon (Compagnie du Midi). Chaque voyageur y arrivera isolément avec réduction de moitié prix sur tous les chemins de fer.

Un représentant des Voyages économiques sera sur le quai de la gare, à l'arrivée de tous les trains, pour guider les arrivants.

Dîner et coucher aux hôtels Bonnemaison et Sacaron.

Lundi, 3 *septembre*. — Visite de Luchon.

Mardi, 4 *septembre*. — Vers six heures du matin, départ de Luchon, en chemin de fer, pour Capvern. Visite. Déjeuner.

Vers midi et demi, départ de Capvern, en chemin de fer, pour Arreau.

Vers deux heures, départ d'Arreau, en voiture, pour Bagnères-de-Bigorre par le col d'Aspin (1497 mètres), et la vallée de Campan.

Dîner et coucher à Bagnères-de-Bigorre aux hôtels de Paris, Frascati, de France, Beauséjour, de Londres et d'Angleterre.

Mercredi, 5 *septembre*. — Visite de Bagnères-de-Bigorre.

Vers six heures du soir, départ en chemin de fer pour Lourdes. Dîner et coucher à Lourdes, hôtel de la Grotte.

Jeudi, 6 *septembre*. — Le matin, vers six heures, départ de Lourdes, en chemin de fer, pour Argelès. Visite d'Argelès.

Vers neuf heures du matin, départ d'Argelès, en chemin de fer, pour Pierrefitte. De Pierrefitte à Barèges, en voiture.

A midi et demi, déjeuner à Barèges. Visite de Barèges.

A quatre heures, départ de Barèges, en voiture, pour Saint-Sauveur. Visite de Saint-Sauveur. Dîner et coucher à Saint-Sauveur, hôtels Pinta et de Paris.

Vendredi, 7 *septembre*. — Départ vers six heures du matin, de Saint-Sauveur, en voiture, pour Gavarnie. Excursion du Cirque de Gavarnie.

Vers trois heures, départ en voiture de Gavarnie pour Pierrefitte; en tramway électrique, de Pierrefitte à Cauterets.

Dîner et coucher à Cauterets, hôtel d'Angleterre.

Samedi, 8 *septembre*. — Visite de Cauterets.

Après le dîner, départ pour Pierrefitte, en tramway électrique; puis en chemin de fer de Pierrefitte à Pau.

Coucher à Pau, hôtel Gassion.

Dimanche, 9 *septembre*. — Le matin, visite de Pau.

Après déjeuner, vers une heure et demie, départ en chemin de fer de Pau pour Oloron; puis en voiture d'Oloron à Saint-Christau. Visite de Saint-Christau.

Retour à Pau, vers neuf heures du soir, dîner et coucher hôtel Gassion.

Lundi, 10 *septembre*. — Départ de Pau, en chemin de fer, vers six heures quarante du matin, pour Laruns; en voiture, de Laruns aux Eaux-Bonnes. Visite des Eaux-Bonnes.

Vers deux heures, départ, en voiture, pour Eaux-Chaudes. Visite.

Retour à Pau vers sept heures et demie du soir. Dîner et coucher hôtel Gassion.

Mardi, 11 *septembre*. — Départ de Pau vers six heures et demie du matin, en chemin de fer, pour Salies-de-Béarn. Visite de Salies.

Vers midi et demi départ, en chemin de fer, de Salies pour Bayonne; en tramway de Bayonne à Biarritz.

Arrivée à Biarritz vers trois heures. Dîner et coucher aux hôtels Victoria, Continental, Angleterre, Grand-Hôtel.

Mercredi, 12 *septembre*. — Le matin, visite de Biarritz.

Après déjeuner, départ pour Cambo. Visite.

Retour, dîner et coucher à Biarritz.

Jeudi, 13 *septembre*. — Départ de Biarritz vers sept heures du matin, en chemin de fer, pour Hendaye. Visite du sanatorium.

Après déjeuner promenade dans Fontarabie.

Vers cinq heures du soir départ, en chemin de fer, pour Dax. Dîner et coucher à Dax, hôtel de l'Europe et hôtel Richelieu.

Vendredi, 14 *septembre*. — Visite de Dax.

Vers cinq heures du soir départ, en chemin de fer, pour Arcachon.

Dîner et coucher aux hôtels de la Forêt et d'Angleterre, des Pins et Continental.

Samedi, 15 *septembre*. — Visite d'Arcachon, dernière station de la tournée.

Les voyageurs ont le choix, ou partir le jour même d'Arcachon pour rentrer chez eux, ou rester dîner et coucher à Arcachon pour en partir le lendemain.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de province. — *Toulouse*. — M. le professeur Labéda, ancien doyen, est nommé doyen honoraire.

Écoles de médecine. — *Clermont*. — M. Mally est chargé d'un cours de physique.

Limoges. — M. Garraud est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux physiques et chimiques.

Ier Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale (23-28 juillet 1900). — Le comité du Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale a l'honneur d'informer le corps médical que la lettre d'invitation au Congrès, grâce à laquelle chaque congressiste pourra obtenir, sur les chemins de fer français, une remise de 50 p. 100, est adressée en ce moment à tous les adhérents.

Le comité rappelle que cette réduction ne peut être accordée qu'aux adhérents, qui auront versé leur cotisation avant le 20 juin 1900.

Ce n'est qu'à partir du 15 juillet, que le trésorier pourra mettre à la disposition des adhérents la carte de membre du Congrès, qui donne droit à l'entrée, non seulement aux séances du Congrès, mais encore à l'Exposition universelle pendant toute la session.

C'est également à cette époque que pourront être remis les rapports imprimés auxquels ont droit les membres titulaires ainsi que le programme officiel du Congrès.

La carte de membre, le programme et les rapports imprimés pourront être retirés aux bureaux du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain, du 15 au 23 juillet; toutefois le trésorier pourra

faire parvenir par la poste ces diverses pièces à cette même époque, à la condition que l'on veuille bien lui faire savoir d'ici là à quelle adresse elles pourront être envoyées.

Conférence d'externat. — MM. Raymond, Bonneau et Paul Bouchet, internes des hôpitaux, commenceront prochainement une conférence privée d'externat, à raison de deux séances par semaine. — Pour tous renseignements, s'adresser ou écrire à M. Bouchet, interne à la Salpêtrière.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 63. — SAMEDI 2 JUIN 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 2 JUIN 1900. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE. — Revue générale. Des infections ombilicales chez le nouveau-né, par M. Audion, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Séance de la Société de chirurgie. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Des infections ombilicales chez le nouveau-né.

Par M. P. Audion, ancien interne des hôpitaux.

I

Généralités. — Que faut-il comprendre dans le cadre des infections ombilicales chez le nouveau-né?

Les anciens traités de pathologie infantile rangeaient sous ce titre un certain nombre de tableaux plus ou moins disparates : le bourgeonnement, la blennorrée de l'ombilic, le fungus, le phlegmon ombilical, l'érysipèle, l'inflammation ulcéro-gangréneuse de l'ombilic, le tétanos des nouveau-nés puis l'artérite et la phlébite ombilicales, que l'on ne connaissait que comme des complications des états morbides précédents, susceptibles de conduire rapidement le nouveau-né à la septicémie, mais incapables d'apparaître d'une façon primitive et d'avoir isolément une existence propre.

Aujourd'hui l'attention ayant été attirée sur l'appareil ombilical, et sur le travail dont il est le siège dans toutes ses parties aussitôt après la naissance, la plaie ombilicale, sans perdre de son importance au point de vue de ses infections, n'est plus l'unique objet d'étude : nous distinguons les infections du cordon, celles de la plaie, et celles des vaisseaux ombilicaux, intra-abdominaux : elles peuvent se compliquer les unes les autres, mais aussi chacune d'elles peut se présenter isolément et être primitive, ceci avec une fréquence d'ailleurs respectivement très inégale.

Nous éliminerons du cadre de cette revue les contaminations du fœtus in utero (syphilis, tuberculose, pneumonie) qui se produisent cependant par la voie ombilicale, mais se rattachent plutôt à l'étude du passage des microbes au travers du placenta et à la transmission des virus et des toxines de la mère au fœtus, enfin qui peuvent se produire aussi bien pendant le cours de la grossesse et s'accompagner d'un accouchement prématuré que pendant les derniers jours qui précèdent la naissance : ce genre d'infection de l'enfant par la voie ombilicale ne nous occuperait ici que dans les cas où l'un des trois vaisseaux ou une partie quelconque de l'appareil ombilical, porterait la trace, même microscopique, du passage des microbes, sous la forme d'une lésion locale permettant d'établir qu'il y ait eu, à proprement parler, infection ombilicale.

II

Historique. — α. Signalés par Hippocrate, puis par nombre d'auteurs ensuite, A. Paré, Mauriceau, Amilton (d'Edimbourg), Underwood, Gardien, Baroin, Nœgelé, les infections ombilicales ne furent groupées pour la première fois que par Martin (de Lyon) en 1830 dans son travail sur la « Diathèse inflammatoire des nouveau-nés ». A cette étude qui s'attache plus particulièrement aux formes graves de l'infection ombilicale, correspond d'autre part à peu près à la même époque, un mémoire de Billard (1826) sur la chute du cordon, et sur ces quelques anomalies de la cicatrisation ombilicale, qui représentent aujourd'hui pour nous des formes bénignes de l'infection.

β. Avec Bouchut (1845), Moreau, Hugenberger, Paul Dubois Danyau, Masson, l'attention est attirée, par une série de travaux, sur l'influence considérable que la puerpéralité (fièvre puerpérale) a sur le développement des maladies du nouveau-né, et surtout de la péritonite. En Allemagne Schilder et Hueter (1845 et 1851) participent à ce mouvement d'idées, mais c'est Lorain en 1855, qui dans son admirable thèse de Paris donne en quelque sorte la conclusion de tous ces ouvrages en affirmant que la fièvre puerpérale maternelle et la péritonite du fœtus et du nouveau-né, avec ou sans érysipèle, phlébite ombilicale, méningite, pleurésie, sont des manifestations variées d'un même état morbide : « La naissance est une limite que ne respecte pas la maladie, le nouveau-né meurt des suites de naissance comme sa mère peut mourir des suites de couches. »

Cependant l'étude détaillée des différentes formes de l'infection ombilicale épidémique se poursuit rapidement, après Lorain. Cet auteur avait décrit la péritonite puerpérale du nouveau-né, sans toutefois lui reconnaître son étiologie véritable, l'infection par la voie ombilicale, et bien que plusieurs de ses observations rapportassent l'histoire de phlébites ombilicales nettement caractérisées. Notta décrivit l'artérite ombilicale, Meynet l'érysipèle et l'ulcère, Bergeron la gangrène de l'ombilic; enfin Quinquaud condensa tous ces travaux dans sa thèse de 1872, sur le puerpérisme infectieux chez la femme et chez le nouveau-né.

γ. L'avènement de l'antisepsie rendit rapidement rares ces formes graves et meurtrières de l'infection ombilicale et per-

mit d'en préciser les caractères épidémiques (Maygrier, Bar).

La possibilité d'une infection ombilicale chez le nouveau-né, indépendante de toute infection puerpérale maternelle, épidémique ou isolée, devint une notion couramment admise en même temps que faisaient leur apparition les découvertes bactériologiques.

Enfin les anomalies légères de la cicatrisation ombilicale que Billard avait autrefois entrevues devinrent plus distinctes. Le premier travail d'ensemble tendant à classer les infections ombilicales est celui de Runge (1881-1885) qui distingue les infections ombilicales proprement dites de ce qu'il appelle les *guérisons retardées* mais les articles, les monographies et les statistiques se multiptient ensuite, accompagnées presque toujours de la proposition d'un mode de pansement nouveau pour l'ombilic, ou d'un procédé d'écrasement ou même d'amputation du cordon; Allard Daléas, Baginsky, Cobilovici, Eröss, Duke, Ohm, Cohn, Lambert, Dickinson, Chevé, Skene, Flagg, tant en France qu'en Allemagne et en Amérique, ont écrit sur ce sujet et étudié les infections ombilicales.

δ. Aujourd'hui grâce à ces travaux et aussi à la suite des examens microscopiques d'ombilics normaux et pathologiques, qui ont été faits dans ces dernières années (Bidone, Kockel), l'étude des infections ombilicales est devenue plus méthodique. Les faits pathologiques vont peu à peu être classés suivant la partie de l'appareil ombilicale à laquelle ils se rattachent et peut-être aussi suivant les microbes qui les produisent, la diminution du nombre des cas graves en même temps que les recherches anatomo-pathologiques microscopiques ont permis aux observateurs de mieux étudier les cas réputés bénins et d'en surprendre les conséquences éloignées, des complications tardives, qui autrefois passaient inaperçues et surtout n'étaient pas rattachées à leur origine réelle, l'inflammation ombilicale initiale ayant été trop légère et trop lointaine.

III

Pathogénie. — Comment se fait l'infection ombilicale? Quels sont les organes qui reçoivent les premières atteintes microbiennes, et quelles sont les voies par lesquelles les microbes envahissent ensuite l'organisme?

L'APPAREIL OMBILICAL PRÉSENTE TROIS PARTIES après la naissance :

α. *Le cordon* réduit à l'état de moignon;

β. *La plaie ombilicale* : sillon d'élimination, puis surface de cicatrisation formée de bourgeons charnus.

γ. *Les vaisseaux ombilicaux*, sectionnés puis liés dans des conditions d'asepsie souvent défectueuses, au moment de l'accouchement, exposés ensuite à l'infection par le processus d'élimination du cordon puis de fermeture de l'ombilic, dont l'un les ouvre une seconde fois et l'autre ne les oblitère souvent que très tard.

Ces trois parties sont accessibles à l'infection d'une façon primitive; mais l'une, le cordon, est caduque et entre rapidement en voie de momification, les deux autres sont constituées par des tissus vivants et destinés à vivre, ou plutôt par des tissus qui, présentant une activité cellulaire considérable du fait des modifications dont ils sont le siège normalement après la naissance, sont pour cela même dangereusement exposés à devenir une proie facile pour les micro-organismes.

D'autre part Lambert et quelques auteurs distinguent avec raison DEUX ESPÈCES D'INFECTION OMBILICALE.

α. *L'infection saprophytique* qui atteindra plus fréquemment le cordon, transformera en gangrène humide la momification normale, et pourra d'ailleurs, ou bien avoir un retentissement direct sur les autres organes ombilicaux, ou bien constituer un véritable appel pour des germes pathogènes à l'égard de la plaie ombilicale ou de l'endothélium des vaisseaux;

β. *L'infection pathogène* qui attaquera plus directement les tissus irritants, c'est-à-dire la surface de cicatrisation, les artères et la veine.

A. Trois catégories de faits pathologiques résulteront de ces invasions microbiennes diverses, suivant la partie de l'appareil ombilical atteinte :

1° L'INFECTION DU CORDON, soit primitive, soit secondaire à une autre infection ombilicale : I. *Putréfaction* avec ou sans complications ombilicales véritables; II. Certains *processus d'organisation du cordon* à la suite desquels le moignon de la tige funiculaire persiste jusqu'à l'amputation chirurgicale, sans présenter aucune trace de sillon d'élimination à sa base; la cause de ces phénomènes très rares pouvant être attribuée, suivant les auteurs, soit à une infection (pathogène?) du cordon, soit à une véritable anomalie (dégénération fibreuse) indépendante de toute action microbienne (quelques auteurs ont même accusé l'emploi des antiseptiques de la produire) [Dorland].

2° L'INFECTION DE LA PLAIE OMBILICALE, soit primitive, soit consécutive à la putréfaction du cordon, soit pathogène, soit saprophytique. Elle atteint les bourgeons charnus, la peau qui environne circulairement l'ombilic, le tissu cellulaire sous-jacent à la peau et aux bourgeons charnus de cicatrisation : I. *Retards de la chute, blennorragie, ulcération simple, granulome*; II. *Fungus, ulcère, gangrène de l'ombilic, érysipèle, phlegmon ombilical, lymphangite péri-ombilicale.*

3° L'INFECTION DES VAISSEAUX OMBILICAUX soit primitive, soit secondaire à une infection du cordon, ou du tissu cellulaire d'élimination et de cicatrisation; elle peut survenir : 1. *Aussitôt après la naissance* : les microbes apportés par les ciseaux ou les mains du médecin ou de la sage-femme seraient déposés, au moment de la section du cordon, au niveau de l'orifice béant des vaisseaux, et peut-être aspirés dans la cavité de la veine par les premiers efforts d'inspiration (Fischl, Morris) [septicémies mortelles en deux, trois jours (Lorain), cinq jours (Bar et Rénon), avec ou sans phlébite ombilicale]; 2. *Pendant l'élimination du cordon*; quand les vaisseaux sont ouverts par le processus ulcératif, ils peuvent être contaminés par des microbes pathogènes situés au niveau du sillon ou apportés du dehors, et devenir le siège d'endartérites, d'endophlébites primitives ou secondaires; ces lésions seront plus fréquentes dans les cas de retards de la chute du cordon et de la cicatrisation ombilicale; 3. *Après la chute du cordon* : si, par suite d'une anomalie de la cicatrisation souvent consécutive à une infection légère de la plaie ombilicale, les vaisseaux tardent plus ou moins à s'oblitérer après que le cordon est tombé, il peut se produire un envahissement de la cavité vasculaire par des microbes plus ou moins nombreux. Peut-être cette infection est-elle favorisée par un certain degré de paralysie des parois musculaires des vaisseaux qui maintiendrait leur béance; cette paralysie que l'on peut placer avec Ohm sous la dépendance d'une infection légère voisine (ulcération ombilicale et péri-artérite consécutive), serait comparable à celle du muscle utérin que l'on observe dans les cas d'infection

de la muqueuse sous-jacente; 4. L'*hémorragie ombilicale* semble avoir souvent une origine septicémique, et relever dans ce cas directement d'une infection de l'un des gros vaisseaux ombilicaux (Gevaert et Charron, Van Cott, Vanmack, Boissard).

B. LES VOIES DE PROPAGATION DE L'INFECTION OMBILICALE, par l'intermédiaire desquelles ces différentes formes se compliquent mutuellement et s'accompagnent de phénomènes septicémiques plus ou moins graves, sont la voie lymphatique et la voie sanguine.

α. Les *vaisseaux lymphatiques* du bourrelet cutané qui sert de base au sillon d'élimination, sont, mieux que tous autres vaisseaux, aptes à favoriser la pénétration des germes morbides, disent Runge, Bouffe de Saint-Blaise, Audebert. Ils versent ensuite ces germes dans les vaisseaux sanguins et produisent ainsi la septicémie. C'est encore par les vaisseaux lymphatiques, que les microbes contenus dans le cul-de-sac des glandes sudoripares et sébacées, pénétreront suivant Escherich dans l'épaisseur du tissu cellulaire. Enfin reconnaissent aussi une pathogénie lymphatique, la périphlébite et la péri-artérite, à la suite desquelles se produisent les phlébites et les artérites ombilicales facteurs de septicémie chez le nouveau-né, consécutivement aux affections ombilicales superficielles; et la péritonite consécutive à une infection superficielle de l'ombilic avec lymphangite péri-ombilicale mais sans phlébite ni artérite.

β. Les *vaisseaux sanguins* sont cependant susceptibles de s'infecter directement et l'artérite ou la phlébite peuvent apparaître sans lésion préalable du tissu conjonctif péri-artériel ou péri-veineux.

De ce foyer primitif l'infection se propagera à l'organisme entier par la voie sanguine; c'est ainsi que l'on observera des localisations microbiennes viscérales éloignées, ou une septicémie aiguë en coïncidence avec une phlébite ou une artérite ombilicale méconnue, et en l'absence de toute inflammation visible de l'ombilic, permettant d'invoquer une voie de propagation lymphatique. Enfin c'est aussi la voie sanguine que suit l'infection, quand elle se produit in utero, ou immédiatement après la naissance au moment où quelqu'un fait la section du cordon avec des ciseaux chargés de germes septiques.

Loin de nier la pénétration de l'agent infectieux par l'extrémité sectionnée des vaisseaux ombilicaux (Bouffe de Saint-Blaise), nous croyons donc que les vaisseaux ombilicaux jouent un très grand rôle dans la pathogénie des infections ombilicales.

IV

Etiologie. — α. FRÉQUENCE ET CAUSES PRÉDISPOSANTES. — Nous avons déjà dit un mot des variations qu'ont présentées dans leur fréquence les différentes infections ombilicales.

A. *Autrefois* et pendant les deux premiers tiers de ce siècle on observait des *épidémies terribles* d'ULCÈRE, de PHLEGMON, de GANGRÈNE de l'ombilic, épidémies dont la coïncidence avec les épidémies de fièvre puerpérale maternelle avait frappé Bouchut puis fit l'objet de la thèse de Lorain; pendant ces périodes néfastes, les chiffres statistiques étaient par exemple ceux-ci, que nous donne Meynet dans sa thèse, en trois mois, en 1856, à Lyon, à la crèche de la Charité, 53 enfants furent atteints sur 213 nés vivants (1/4); 36 moururent, 17 guérirent : 2 morts sur 3 malades.

Ces infections ombilicales graves occupaient toute l'attention des médecins et des accoucheurs, et les INFECTIONS LÉGÈRES passaient inaperçues ou même étaient si nombreuses qu'elles étaient considérées comme le processus normal de cicatrisation : Lorain après Billard et Velpeau ne décrit-il pas la réunion par seconde intention, « inflammation adhésive » des lèvres opposées de la cupule venues au contact, et excoriées par la suppuration, comme le mode de guérison normal de l'ombilic du nouveau-né?

Cependant, *dans l'intervalle des épidémies*, les ombilics se cicatrisaient souvent sans inflammation manifeste, et la première statistique des *anomalies légères de la guérison ombilicale* nous vient de Billard; elle date de 1826; sur 86 enfants observés, Billard trouva 26 fois seulement les traces évidentes d'un travail inflammatoire sur le contour du bourrelet ombilical : soit dans un peu plus d'un tiers des cas; aucun enfant ne mourut, 17 eurent de la rougeur de l'ombilic sans suppuration, 9 eurent, outre la rougeur, de la suppuration et de la tuméfaction ombilicale.

B. *Aujourd'hui*, *les épidémies d'affections ombilicales graves* s'observent encore, mais sont plus rares, atteignent moins d'enfants à la fois, et ne présentent pas la même physionomie clinique : c'est ainsi que l'ulcère, la gangrène, le phlegmon ombilical ne s'observent plus tels que nous les ont décrits Meynet, Bergeron, Bouchut; nous voyons, au contraire, encore des épidémies d'*érysipèle* de l'ombilic, de *lymphangite* péri-ombilicale, d'*ulcération* ombilicale; les enfants succombent encore malheureusement en trop grand nombre dans ces cas, et à l'autopsie, on trouve fréquemment une artérite en une phlébite ombilicale.

A la Maternité, dans le service de notre maître M. Porak, du 1er avril 1898 au 1er avril 1899, sur 2 948 accouchements, il y eut 20 accidents sérieux de la cicatrisation ombilicale : presque tous survinrent lors d'une épidémie de lymphangite péri-ombilicale qui sévit du 3 décembre 1898 au 25 février 1899, et qui enleva cinq enfants en un mois et demi. Un sixième enfant mourut d'infection ombilicale le 4 avril. D'une façon très générale les enfants chétifs et d'un faible poids *semblent prédisposés à ces infections ombilicales graves* : la majorité des enfants morts dans cette épidémie de la Maternité étaient d'un poids inférieur à 3k200.

En dehors de ces épidémies, et à côté des accidents locaux graves et spéciaux qu'elles produisent, on observe aujourd'hui toute une série d'INFLAMMATIONS OMBILICALES LÉGÈRES, D'ANOMALIES DE LA CICATRISATION en apparence bénignes, qui souvent guérissent, mais quelquefois aussi sont l'origine de septicémies mortelles. Quelle en est la *fréquence*? et quelles en sont les *causes prédisposantes*?

Nous avons montré, par les quelques chiffres tirés de la statistique du service d'accouchement de la Maternité, que ces accidents légers sont rares dans cet hôpital, chez les enfants nés à terme et bien développés.

Eröss, au contraire, en 1891, donnait le résultat de ses recherches sur la cicatrisation ombilicale chez 1 000 nouveau-nés, en l'espace d'un an et demi : il trouvait une anomalie de la dessiccation ou de la séparation du cordon ou de la cicatrisation de l'ombilic dans 68 p. 100 des cas, et des phénomènes fébriles 22 fois sur 100.

Grosz, en 1894, n'observe une marche normale des phénomènes ombilicaux après la naissance que chez 21 p. 100 des sujets. Parmi les anomalies, la *putréfaction* du cordon est la plus fréquente.

Lambert, en 1896, ayant observé 147 enfants nouveau-nés, nota la *fièvre* pendant les premiers jours de la vie dans 65 p. 100 des cas, des *granulations humides* après la chute du

cordon chez 47 enfants, un *retard de la cicatrisation* 36 fois.

La *fréquence* de ces anomalies semble donc être relativement considérable. Cependant il ne faut pas attribuer à ces statistiques une valeur absolue, car elles devraient, pour donner une idée exacte des faits, tenir compte du poids et du terme des enfants : en effet, quelques auteurs ont avancé que la chute du cordon se faisait plus rapidement chez les débiles, les prématurés et chez les syphiliques héréditaires; la plupart s'accordent à dire qu'elle est au contraire retardée chez ces enfants [Depaul, Bastard]. Quant à la cicatrisation de la plaie ombilicale, il nous semble, d'après ce que nous avons pu observer dans le service des débiles de la Maternité, chez notre maître, M. Porak, qu'elle se fait plus tardivement chez ces mêmes sujets que chez les enfants normaux. La débilité congénitale des prématurés constituerait donc une *prédisposition* aux infections ombilicales, ces enfants conservant plus longtemps que les autres une plaie ouverte à la surface de l'abdomen. Des statistiques ultérieures vérifieront peut-être cette hypothèse.

D'autre part, des examens microscopiques nous ont convaincu que, chez ces nouveau-nés débiles, les vaisseaux ombilicaux restent en communication avec l'extérieur, souvent très longtemps après la naissance (dix et douze jours), par défaut de cicatrisation de leur orifice de section.

On voit alors que, non seulement ces enfants seraient prédisposés à l'infection ombilicale superficielle par suite de la persistance probablement tardive de la plaie ombilicale chez eux, mais encore qu'ils seraient éminemment exposés aussi aux complications vasculaires, viscérales, septicémiques, mortelles, de ces infections superficielles, par suite d'une disposition anatomique de ces vaisseaux anormale et qui leur est particulière. Quelques chiffres recueillis dans une statistique du service des débiles de la Maternité, donneront une idée de la fréquence et de la gravité des infections ombilicales chez les enfants atteints de débilité congénitale : pendant le mois de janvier 1900, furent apportés de la ville et de tous les hôpitaux, au pavillon des débiles, 67 enfants; leur poids a oscillé entre 1 100 et 2 430 grammes ; sur ces 67 enfants, 16 ont eu des accidents ombilicaux :

Rougeur péri-ombilicale, 1 *cas*; 1 mort de broncho-pneumonie.

Putréfaction du cordon, 1 *cas*; mort de péritonite.

Suintement sanguin, 3 *cas*; guéris.

Bourgeon charnu saignant, 1 *cas*; mort avec congestion pulmonaire et hépatique.

Suintement purulent, 5 *cas*; 1 mort de broncho-pneumonie.

β. Causes occasionnelles. — Elles appartiennent au *milieu* où le nouveau-né se trouve placé : si sa mère est atteinte de fièvre puerpérale, il sera plus exposé à quelque complication ombilicale que si les suites de couches étaient normales; l'infection aura pour véhicules, alors, le linge, les mains de la garde et du médecin, ou de la mère, les objets de pansement; si la mère est saine, les germes septiques peuvent être apportés à l'enfant d'une malade étrangère par les personnes qui l'approchent; enfin, il peut être contaminé par un bain malpropre, par une petite plaie infectée (panaris) que présente au doigt la nourrice ou la mère.

Dans les asiles d'enfants trouvés, les infections ombilicales sont plus fréquentes que dans les maternités : Epstein, en 1888, estime à 36 p. 100 du total des décès, à l'asile des Enfants Trouvés de Prague, la mortalité par infection ombilicale; Miller (de Moscou) trouve qu'elle oscille entre 15 p. 100 et 40 p. 100 dans l'établissement semblable de cette ville.

Hermes, au contraire, en 1895, accuse seulement 2,6 p. 100 de mortalité générale, pour les nouveau-nés à la clinique d'Abegg, et 0,5 p. 100 de mortalité par infection ombilicale. Le manque de soins pendant les premiers moments de la vie, les nombreuses causes de contamination auxquelles les enfants abandonnés ont été exposés, avant leur hospitalisation, rendent compte de cette différence.

γ. Causes réelles. — Ce sont les *microbes* : ontre le streptocoque de l'érysipèle, on trouve les microbes les plus variés dans le sillon d'elimination ou dans la cupule des ombilics infectés : sarcina lutea, bacillus subtilis, staphylococcus aureus, citreus, albus (Scholmogoroff); bacterium coli d'Escherich (Cobilovici); diplocoques et entérocoques (?). La virulence et le nombre bien plus que l'espèce de ces microorganismes intéressent le clinicien, exception doit être faite pour le streptocoque; ajoutons aussi que la plus dangereuse de leurs localisations primitives est l'endothélium des vaisseaux ombilicaux.

V

Symptomatologie. — Les infections ombilicales donnent lieu à un ensemble de symptômes qui leur sont communs à toutes, et s'accompagnent d'autre part de phénomènes cliniques qui sont particuliers à chacune d'elles.

α. Symptomatologie générale. — Les signes communs à toutes les infections ombilicales ont été récemment réunis par Lambert : ils ne sont pas constants dans leur ensemble, un ou deux pouvant faire défaut dans certains cas, mais ils doivent être recherchés. Ce sont :

La *fièvre* qui suit une marche irrégulière, et sert plutôt de signe révélateur par son apparition que de guide par sa courbe, pour apprécier le degré de gravité de l'infection : elle apparaît ou bien pendant les quatre premiers jours de la vie, ou bien plus tard, ou bien couvre entièrement de sa courbe irrégulière la première quinzaine.

Les *phénomènes gastro-intestinaux* sont surtout remarquables par leur ténacité : ils se prolongent souvent au delà de la guérison des lésions ombilicales. Ce sont des selles muqueuses, vertes, pendant la période aiguë, quelquefois des vomissements, puis des selles mal digérées, grasses, blanchâtres, témoignant d'une altération intestinale et de troubles hépatiques.

L'*ictère* qui, à moins de se présenter avec une extrême intensité, n'a que peu de valeur diagnostique, au point de vue de l'infection ombilicale. Il a revêtu cependant une forme grave et caractéristique dans quelques cas de phlébite ombilicale.

L'*éruption* a été décrite par Lambert comme une sorte de pemphigus, épidémique, fébrile, dont les bulles avaient un diamètre de un quart de pouce à un pouce et demi. Elles contenaient du sérum sanguin coloré légèrement par du sang. Elles occupaient le cou et la face, le tronc, mais ne présentaient nulle part cette localisation aux extrémités qui est caractéristique du pemphigus syphilitique. Ahlfeld signale d'autre part un pemphigus infectieux péri-ombilical, débutant par des vésicules miliaires le troisième ou le quatrième jour. Enfin, MM. Le Gendre et Varnier ont observé dans un cas d'infection ombilicale un érythème généralisé hyperpyrétique.

Lambert ajoute à ces signes la *perte de poids*, à laquelle il attache une grande importance diagnostique, considérant

une chute prolongée et excessive de la courbe comme caractéristique d'une infection sérieuse. Cependant, M. le professeur Budin a signalé récemment une ascension continue de cette courbe pendant toute l'évolution d'une infection ombilicale chez des enfants qui ont guéri, et même une augmentation brusque et considérable du poids vingt-quatre ou quarante-huit heures avant la mort, chez des enfants atteints d'affection ombilicale grave; Durante avait déjà signalé antérieurement ces phénomènes, qui empêchent de considérer la perte de poids comme un signe fidèle de l'infection ombilicale.

Quant au *retard de la chute du cordon*, il ne figure pas dans la liste de Lambert. Il ne peut pas en effet être considéré comme un signe valable de l'infection ombilicale en général, il manque dans nombre de cas graves, et, quand il existe, il n'est qu'une conséquence de cette infection même et le plus souvent de la putréfaction du cordon, primitive ou secondaire.

Enfin l'*œdème sus-pubien* est souvent un signe avant-coureur d'une complication quelconque de la cicatrisation du nombril, mais souvent aussi on l'observe chez des enfants bien portants, à titre de phénomène tout à fait isolé et indépendant, encore inexplicable.

β. Symptomes particuliers aux diverses formes de l'infection ombilicale.

Les formes de l'infection ombilicale avaient été divisées, par Runge, en *infections proprement dites* et *guérisons retardées*. Doktor distinguait de même les infections et les processus troublés de cicatrisation; Dickinson décrit séparément la *cicatrisation retardée*, qui n'est pas nécessairement de nature infectieuse, la *cicatrisation anormale* et l'*umbilical sepsis*. La tendance générale des auteurs est cependant aujourd'hui d'attribuer une *origine infectieuse à toutes les anomalies*, graves ou légères, de la cicatrisation ombilicale, et cette opinion s'appuie sans doute sur l'impossibilité où on se trouve de réaliser l'asepsie complète d'une plaie ombilicale, même dans les cas les plus normaux. La division d'Eröss, en anomalies avant la séparation du cordon et anomalies après cette séparation, ne répond pas non plus à la réalité des faits, car la chute du cordon est un mauvais point de repère, qui est souvent déplacé lui-même par l'infection et d'autre part les maladies de l'ombilic qui semblent apparaître après la chute du cordon ont souvent débuté avant ce phénomène : les formes les plus graves d'infection ombilicale commençant en général avant le détachement du moignon funiculaire (Runge).

Nous décrirons donc les infections ombilicales méthodiquement, appareil par appareil, et nous distinguerons : 1° les *infections du cordon*, 2° les *infections du tissu conjonctif et des bourgeons charnus* de la *plaie d'élimination* et de *cicatrisation*, 3° les *infections de la peau*, *du tissu cellulaire sous-jacent* et des *lymphatiques* péri-ombilicaux, 4° les *infections des vaisseaux sanguins*.

1° *Infection du cordon*. — Elles sont de nature saprophytique, et caractérisées par la putréfaction du moignon ombilical.

La putréfaction du cordon peut être primitive, elle peut apparaître secondairement à une suppuration du sillon d'élimination. Très fréquente d'après les statistiques d'Eröss (1891) [147 cas sur 1 000 enfants], de Grosz (1894) [57 p. 100] elle est devenue de plus en plus rare aujourd'hui, la gangrène humide primitive du cordon se manifeste surtout par des signes physiques : *l'aspect particulier de l'organe*, qui est grisâtre, mou, humide, et *sa fétidité*. La putréfaction apparaît soit le deuxième, soit le troisième ou le quatrième jour, et se prolonge jusqu'à la chute du cordon. Celle-ci est retardée, et, dans bien des cas, la chute tardive du moignon ombilical ne reconnaît pas d'autre cause qu'un léger degré de putréfaction du cordon. Cependant la fièvre accompagne le plus souvent cet accident, et Cohn attribue à une saprémie due à la putréfaction du cordon, la fièvre des premiers jours, si commune dans les asiles d'enfants trouvés.

Les pansements antiseptiques humides, puis secs, ont en général facilement raison de ce genre d'infection qui, abandonnée à elle-même, expose l'enfant à de graves complications, soit par suite de l'exaltation de la virulence des microbes pathogènes constamment situés au niveau du sillon d'élimination et de leur pénétration dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques, soit à la suite de l'envahissement des tissus vivants par les microbes de la putréfaction; les conséquences de ces auto-infections de voisinage seraient le fungus, la suppuration du sillon d'élimination, la lymphangite péri-ombilicale, l'ulcère, la phlébite, l'artérite ombilicale, d'une part, la gangrène avec toutes ses conséquences et telle que nous l'a décrite Bergeron d'autre part.

2° *Infections du tissu conjonctif de la plaie ombilicale*. — Elles sont nombreuses et de gravité très variable : citons le tétanos, l'ulcération simple, la blennorrée, le bourgeon charnu, le fungus.

Le *tétanos* des nouveau-nés ou trismus neo-natorum, dû à l'inoculation du bacille de Nicolaïer au niveau de la plaie ombilicale, peut reconnaître aussi un autre point d'origine : une plaie quelconque de la surface cutanée, une circoncision par exemple; mais la plaie du nombril en est la porte d'entrée la plus fréquente comme en témoigne la coexistence d'une artérite ou d'une phlébite ombilicale avec les contractures douloureuses, dans les quatre cinquièmes des cas de tétanos suivant Burmenter, dans tous les cas d'après Runge (1893). D'ailleurs la pénétration des bacilles de Nicolaïer dans l'organisme peut se faire aussi bien avant qu'après la chute du cordon : l'apparition du trismus ayant eu lieu le plus souvent, d'après la statistique de Hartigan (1884) du quatrième au sixième jour après la naissance, dans les faits observés par Baginsky dans la deuxième semaine, d'après les statistiques de Finkler et Papiewski du cinquième au septième jour après la chute du cordon. Le tableau clinique rappelle de tous points le tétanos des adultes; la mort est la terminaison habituelle de la maladie en deux, trois, quatre jours, rarement plus.

L'*ulcération simple*, de Depaul, la *blennorrée* de Baginsky et Furth, l'omphalite catarrhale sont caractérisées par l'infection légère par des microbes banals, par le streptocoque quelquefois, du sillon d'élimination du cordon, et surtout de la plaie de cicatrisation : cette infection légère a pour conséquence souvent une lenteur anormale de l'élimination de l'escare, toujours un suintement séro-purulent plus ou moins abondant et qui persiste quelquefois très longtemps avec la chute du cordon (blennorrée ombilicale, lochies ombilicales de Lorain), le plus souvent aussi un retard de la cicatrisation, de la guérison du nombril (ulcération simple, sans participation de la peau, guérison retardée de Runge); enfin un défaut de rétraction des vaisseaux ombilicaux accompagne quelquefois ces phénomènes, et a pour conséquence l'affleurement de la surface rosée plus ou moins large et d'apparence muqueuse de l'ulcération,

au niveau de la paroi abdominale; quand au contraire la rétraction s'accomplit normalement, la surface suintante dont les dimensions sont en général plus petites (d'un grain de mil à une lentille), est profondément enfouie au fond de la cupule et on ne peut la voir qu'en déplissant la peau, le suintement blennorréique constitue alors le seul symptôme de l'affection. Ce suintement peut d'ailleurs être franchement purulent ou strié de sang, persister une semaine, deux semaines après la chute du cordon, et même davantage. Cette ulcération a une allure chronique et ne réagit pas à l'entour d'elle, dit Depaul, mais un état aigu peut succéder à cet état de torpeur et les complications de lymphangite péri-ombilicale, de phlébite, d'artérite ombilicales sont toujours imminentes, tant que la cicatrisation de la petite plaie n'a pas été obtenue.

Le *bourgeonnement de l'ombilic*, petit bourgeon charnu, *granulome*, est une légère exubérance du bourgeonnement normal de l'ombilic ; probablement infectieuse, réactionnelle pour ainsi dire, cette exubérance semble être un état intermédiaire entre la cicatrisation normale et le fungus ; Dugès, Nélaton, Depaul, Baginsky en ont donné successivement de bonnes descriptions : le granulome apparaît soit à la chute du cordon, soit plus tard vers le huitième-dixième jour (Depaul) ; il peut être saillant à la surface de l'abdomen s'il n'y a que peu de rétraction des vaisseaux, il peut être caché au fond de la cupule. Gros comme un grain de mil, un pois, il peut être pédiculé, et s'implante souvent au niveau de l'orifice de section de l'un des vaisseaux ombilicaux ; précédé le plus souvent par un retard de la chute du cordon, il est le siège d'un suintement séro-purulent et peut être l'origine de la blennorrée de Baginsky ; il n'a aucune tendance à disparaître spontanément et on voit souvent apporter dans les hôpitaux d'enfants, à la consultation, des enfants d'un mois et quelquefois plus, porteurs d'un granulome ombilical.

Le *fungus*, bourgeonnement souvent considérable, antérieur à la chute du cordon (car le moignon funiculaire pend quelquefois fétide, grisâtre, putréfié, à la partie inférieure de la tumeur), est en effet fréquemment en rapport avec la putréfaction du cordon. Le volume du fungus peut dépasser celui d'une cerise; sa surface est rouge, saignante, mais quelquefois en partie épidermisée ; recouverte en général d'un exsudat fétide, la tumeur est rattachée à l'abdomen par une portion rétrécie, qu'entoure un sillon, au fond duquel se fait la continuité de la peau et de la surface bourgeonnante. Abandonnée à elle-même, cette affection menace la vie de l'enfant, car elle est la cause de résorptions putrides ou septiques et l'origine d'une véritable saprémie; mais, antiseptiquement traitée, elle guérit en général facilement, le fungus s'affaisse, se recouvre d'épiderme, et il persiste seulement après la cicatrisation un ombilic plus ou moins saillant.

3° *Les infections de la peau, du tissu cellulaire sous-jacent et des lymphatiques péri-ombilicaux.* — L'érysipèle ombilical, des nouveau-nés est la manifestation la plus fréquente de l'infection streptococcique chez le nouveau-né. Il peut apparaître dès la naissance, du deuxième au troisième jour, quelquefois beaucoup plus tard (quinzième jour). Trousseau a montré que l'ombilic n'est pas souvent le premier point atteint, mais que l'érysipèle débute plutôt par le pénil, d'où il gagne dès les lendemain le scrotum ou la vulve qui se tuméfient et s'indurent. Peut-être cependant le début se fait-il par l'ombilic même, mais, l'érysipèle des nouveau-nés étant essentiellement mobile, ambulant, la région ombilicale est-elle très vite abandonnée par lui? Quoi qu'il en soit, on observe une rougeur vive, luisante, de la peau, avec dureté et résistance du tissu cellulaire sous-jacent, au niveau des parties atteintes. Le bourrelet périphérique, caractéristique chez l'adulte, manque quelquefois chez le nouveau-né, ou le plus souvent est moins saillant. De l'ombilic et des organes génitaux externes l'érysipèle gagne rapidement les cuisses et tout le membre inférieur, et d'autre part les fesses, le dos, le thorax, la face, tant est grande la tendance envahissante et ambulante de la maladie. Les régions primitivement envahies pâlissent et quelquefois desquament légèrement au bout de quelques jours.

Dès le premier jour l'état général de l'enfant est altéré : un abattement profond interrompu de cris plaintifs est bientôt suivi de fièvre et d'agitation; mais la fièvre n'est pas vive et ne s'accompagne pas d'une élévation notable de la température dès le début, elle n'atteint que plus tard 39, 41 degrés.

La mort est la terminaison habituelle, aujourd'hui aussi bien que du temps où Trousseau écrivait sa magistrale description clinique de cette maladie ; l'enfant succombe en général du cinquième au septième jour, non sans avoir présenté la veille ou le jour même une amélioration apparente notable, têtant bien et paraissant vigoureux. Quand la guérison survient, c'est grâce à ce que s'établit une réaction phagocytaire intense qui amène la production d'abcès sous-cutanés : ces collections purulentes situées, soit sous la région ombilicale (Fualdès), soit en un point quelconque, de la surface du corps, se succèdent quelquefois pendant quatre à six semaines ; mais bien traitées, ellesguérissent et l'enfant peut se rétablir. Ce mode de guérison n'est pas habituel, car la caractéristique anatomo-pathologique de l'érysipèle du nouveau-né est au contraire, comme l'a montré Achalme, l'absence de réaction phagocytaire ; au microscope on trouve des streptocoques dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané, dans l'épaisseur des travées conjonctives qui séparent les uns des autres les lobules graisseux, dans la gaine lymphatique vasculaire qui entoure les vaisseaux sanguins, dans l'intérieur des lymphatiques, où ils forment comme des ébauches de bouchons, mais il n'y a pas accumulation de leucocytes dans ces troncs, il n'y a pas non plus trace de réaction organique caractérisée par une prolifération cellulaire ou un envahissement de leucocytes, ce qui s'accorde bien avec l'absence de leucocytose dans les gros troncs lymphatiques.

L'érysipèle ombilical du nouveau-né est susceptible de complications également mortelles : gangrène de la paroi abdominale, des lèvres et du scrotum, phlébite ombilicale, hépatite infectieuse avec ictère, épanchements purulents des grandes séreuses : plèvre, péricarde, péritoine ; dans les cas particuliers où la mort est due à la péritonite, celle-ci peut être le résultat elle-même de la transmission des streptocoques de la surface cutanée à la séreuse par les lymphatiques de la région ombilicale; elle peut aussi être la conséquence d'une phlébite ou d'une artérite ombilicale.

L'*omphalite* de Runge et de Baginsky, le *phlegmon de l'ombilic* de Bouchut, la *gangrène* de Bergeron, l'*ulcère* de Meynet, l'*inflammation ulcéro-gangréneuse* de l'ombilic de Depaul, devenus très rare de nos jours, ne nous arrêteront pas lomgtemps.

Pouvant succéder encore aujourd'hui à l'érysipèle, à une lymphangite simple, à une infection saprophytique du

cordon ou de la plaie ombilicale, ces affections donnaient lieu autrefois à des épidémies meurtrières, dont chacune revêtait plus particulièrement l'une ou l'autre de ces diverses formes. Baginsky a décrit sous le nom d'omphalite les trois modalités cliniques principales qu'il avait observées, et sa description répond assez bien à tous les cas : omphalite phlegmoneuse, omphalite diphtéritique, omphalite gangréneuse.

L'*omphalite phlegmoneuse* est notre *lymphangite péri-ombilicale grave*, celle que nous observons encore aujourd'hui, soit au début d'un phlegmon de l'ombilic, avant la formation du pus, soit isolément. Elle apparaît, dit Baginsky, quelques jours après la chute du cordon, l'infiltration est dure et douloureuse, la région ombilicale est rouge, luisante, soulevée en cône, à son sommet l'ombilic est mal cicatrisé, ou même ulcéré, il y a des phénomènes gastro-intestinaux, de l'hyperthermie, l'enfant se tient dans son berceau les cuisses fléchies, la respiration est surtout thoracique supérieure. Les complications vasculaires, gangréneuses et septicémiques sont fréquentes. Mais la guérison survient souvent par simple régression de l'inflammation à la suite d'un traitement approprié. Enfin un abcès peut se former sous la région ombilicale et l'évacuation se faire à l'extérieur soit à travers une ouverture spontanée, soit à la faveur d'une incision chirurgicale.

L'*omphalite diphtéritique* de Baginsky et son *omphalite croupale* sont l'ulcère de l'ombilic; la première étant une ulcération grave avec inflammation interstitielle et profonde des tissus, isolement d'une escare superficielle, forme pouvant aboutir à une nécrose plus ou moins étendue et à l'omphalite gangréneuse ; la seconde étant une ulcération superficielle et peu étendue, recouverte à sa surface d'exsudats fibrineux. Quand l'escare ou les exsudats ont été enlevés ou sont tombés, il reste, suivant les cas, une ulcération superficielle ou un ulcère plus ou moins profond. L'affection s'accompagne de fièvre et d'agitation avec refus de nourriture, mais elle peut guérir, s'il ne se forme pas d'abcès profond, s'il ne se développe pas de complication vasculaire ni de péritonite.

L'*omphalite gangréneuse* enfin correspond à la description de l'inflammation ulcéro-gangréneuse de l'ombilic de Depaul et à la gangrène de l'ombilic de Meynet. C'est cet auteur qui en a donné la meilleure description : « Lors des épidémies, le plus souvent le deuxième, troisième, quatrième jour après la naissance, le cordon étant encore adhérent, quelquefois après la chute du cordon vers le cinquième jour, rarement après le huitième, on voyait survenir à la région ombilicale une rougeur de plus en plus foncée, disparaissant sous le doigt et formant un cercle autour de l'ombilic ; en même temps une tuméfaction énorme et assez circonscrite : le bourrelet cutané qui entoure la base du cordon s'ulcérait consécutivement, ses bords se renversaient en dehors, l'ulcération gagnait en profondeur et en étendue. Sa surface se recouvrait d'une fausse membrane d'un blanc grisâtre, pultacée. Le plus souvent elle sécrétait une sanie purulente épaisse et fétide. » Meynet décrit ensuite les progrès de la gangrène, les phlyctènes séro-sanguinolentes et les ulcérations qui leur font suite. L'état général s'altérait rapidement quand la mort n'était pas survenu au bout de trente-six, quarante-huit heures. La guérison a cependant été observée avec production de cicatrices difformes, enfin Ohm, dans sa thèse (Berlin 1896), rapporte des cas, qui ne lui sont pas personnels, où la gangrène a été assez étendue pour amener l'adhérence d'une anse intestinale à la paroi abdominale, et l'ouverture de cette anse à l'extérieur consécutivement à la chute de l'escare; la mort survint au bout de quelques semaines.

Aujourd'hui, outre les lymphangites péri-ombilicales graves que Baginsky appelait omphalites phlegmoneuses, nous observons des *lymphangites légères*, dont la fixité, l'absence de fièvre, la rougeur plus estompée sur ses bords et dépourvue de bourrelet, les distinguent de l'érysipèle. Ces lymphangites péri-ombilicales sont cependant souvent redoutables : la mort peut survenir par septicémie, phlébite ombilicale, endocardite aiguë (nous en avons observé un cas à la Maternité).

Citons aussi la réaction lymphangitique précoce (troisième jour de la vie), qui accompagne souvent la putréfaction du cordon et les petits accidents de la cicatrisation, dont nous avons parlé, et qui doit être étroitement traitée.

Quant aux *ulcérations* intéressant la peau et le tissu cellulaire, elles s'observent aujourd'hui encore mais avec des dimensions relativement restreintes (diamètre d'une pièce de 5 fr. par exemple), elles sont peu profondes, s'entourent d'une phlegmasie péri-ombilicale limitée mais souvent intense et mettant un mois, deux mois à guérir, l'enfant continuant d'ailleurs souvent à augmenter de poids.

Consécutivement aux retards de la cicatrisation et aux petites ulcérations simples on observe quelquefois, chez les enfants débiles ou prématurés, une *petite collection purulente sous-jacente à la surface de cicatrisation*, du volume d'un grain de chènevis à un noyau de cerise ; ce petit abcès communique avec l'extérieur par un petit trajet fistuleux, il persiste souvent plusieurs jours, se vide mal et sécréte un peu de liquide séro-purulent, mais, si on presse la région ombilicale entre deux doigts, on en fait sourdre souvent une goutte de pus louable, assez épais ; ces petits abcès guérissent quelquefois, du moins en apparence, et les enfants sont perdus de vue, mais nous en avons retrouvé, dans d'autres cas, sur la table d'autopsie ; ils étaient nettement limités à la région ombilicale, occupaient le tissu cellulaire profond de la cicatrice, sous l'anneau; dans un cas, il nous a semblé que cet abcès pourrait bien être situé dans la tunique adventice commune aux deux artères ombilicales et déshabitée par les tuniques moyenne et interne conformément aux descriptions de Robin.

L'allure généralement torpide de ces petits abcès les fait souvent méconnaître, mais leur voisinage immédiat avec le péritoine et les vaisseaux ombilicaux les rend très redoutables; ce n'est que par l'examen microscopique systématique que l'on arrivera à préciser leurs caractères anatomiques.

4° *Les infections des vaisseaux ombilicaux.* — Ce sont la phlébite et l'artérite ombilicale, que les auteurs ont toujours considérées comme consécutives à l'inflammation ombilicale superficielle, et dont elles constituent des complications, et qui suivant Runge, Ohm, etc., dériveraient toujours, au point de vue pathogénique, d'une péri-phlébite ou d'une péri-artérite, stade intermédiaire nécessaire entre elles et l'omphalite. Nous avons rapporté dans notre thèse inaugurale quelques observations capables de mettre en doute ces assertions, et qui nous permettent d'affirmer l'existence d'artérites et de phlébites ombilicales primitives, l'infection pouvant se propager directement de la plaie ombilicale à la tunique interne des vaisseaux, sans que les lymphatiques et le tissu cellulaire péri-vasculaires

participent à l'inflammation. Dans un cas même, l'infection de la plaie ombilicale a été si légère qu'elle est passée inaperçue, et les microbes ont d'emblée atteint la veine ombilicale, causant une phlébite et une septicémie avec méningite suppurée.

Suivant Runge, la fréquence de l'artérite est beaucoup plus considérable que celle de la phlébite. Fürth a observé l'une ou l'autre, surtout chez des enfants malingres ou déjà infectés, et chez ceux dont les mères étaient atteintes de fièvre puerpérale. Runge a rencontré l'artérite dans des cas où l'ombilic n'était pas même enflammé ; d'autres fois même il était complètement cicatrisé. Cohn, enfin, constata une phlébite ombilicale, à l'autopsie d'un enfant mort d'un érysipèle généralisé, et dont l'ombilic était complètement cicatrisé : l'érysipèle avait débuté au pied gauche et n'avait envahi la paroi abdominale que tardivement.

Les symptômes de ces affections sont vagues, de l'aveu de tous les auteurs : l'ictère intense, considéré comme un signe constant de la phlébite, par Widerhofer, manque souvent, l'hémorragie fait aussi souvent défaut dans l'artérite et peut se produire en dehors d'elle. Hennig a signalé un phénomène particulier de rétraction de l'ouraque et de tout le triangle compris entre les artères ombilicales, qui prendraient une teinte jaunâtre comme un signe de l'artérite ombilicale : aucun de ses compatriotes n'a contrôlé ce symptôme. Néanmoins, le groupe des symptômes communs aux infections ombilicales, signalés par Lambert, existe généralement au complet dans l'artérite comme dans la phlébite. Ces maladies ont une durée variable et bien difficile à fixer, car on ignore le plus souvent leur début, parfois leur existence, toujours leur guérison, laquelle, quoi qu'en ait dit Cohn, paraît bien difficile à affirmer. La mortalité la plus élevée correspond au huitième jour (Runge); mais Lambert a trouvé l'artérite chez deux enfants (dont le cordon était d'ailleurs encore adhérent) qui moururent au vingtième jour, et nous avons observé aussi, à l'autopsie d'un nouveau-né qui avait succombé à l'âge de trente-cinq jours, une artérite ombilicale bilatérale (l'enfant n'ayant du reste jamais rien présenté d'anormal du côté de l'ombilic). Le mécanisme de la mort est la septicémie, avec ou sans localisations purulentes, septicémie qui souvent revêt une allure traînante et peut même se manifester seulement à longue échéance (six semaines, deux mois), par la production de foyers d'ostéomyélite dont l'évolution entraîne la mort de l'enfant (Allard).

A l'autopsie des enfants morts d'artérite ou de phlébite, on trouve les lésions communes à l'inflammation de tous les gros vaisseaux : œdème ou infiltration purulente du tissu cellulaire péri-veineux ou péri-artériel, épaississement des parois, béance du vaisseau par arrêt de la rétraction normale, suppuration du caillot qui est devenu diffluent et est environné quelquefois de pus libre. Dans quelques cas à évolution rapide, la béance du vaisseau, l'épaississement de ses parois, l'adhérence d'un caillot souvent très petit, en un point limité de l'endothélium, la paroi interne de la veine étant partout ailleurs lisse, sont les seuls symptômes : nous avons observé une phlébite ombilicale de ce genre en coïncidence avec une méningite suppurée.

L'*hémorragie ombilicale tardive*, souvent due à l'hémophilie, à la syphilis héréditaire, à une sorte de prédisposition familiale héréditaire (en dehors même de la syphilis), a souvent une origine septicémique : c'est l'opinion de MM. Boissard, Charon et Gévaert, Démelin qui en ont observé des cas dans lesquels l'écoulement sanguin était en rapport avec une phlébite ou une artérite ombilicales. L'omphalorragie peut donc être mise au nombre des complications possibles des infections ombilicales, variété infection des vaisseaux.

L'*ictère d'origine infectieuse*, chez le nouveau-né, dans bien des cas, est aussi sous la dépendance d'une infection ombilicale. MM. Lesage et Démelin lui reconnaissent deux portes d'entrée : voie digestive, voie ombilicale, cette dernière étant réservée aux cas où l'ombilic a présenté une inflammation visible, et à ceux où la mère a été atteinte d'infection puerpérale. Or, Goislard admet la possibilité d'une porte d'entrée située au niveau des voies respiratoires du nouveau-né; nous pensons, pour notre part, que l'infection hépatique qui produit ces ictères est bien plus souvent qu'on ne le croit généralement d'origine ombilicale : l'infection ascendante partie de l'ombilic pouvant donner lieu au syndrome de l'ictère, aussi bien qu'à un abcès sous-hépatique, ou intra-hépatique : nous avons trouvé plusieurs fois une phlébite ou une artérite ombilicale à l'autopsie d'enfants qui n'avaient présenté aucune manifestation infectieuse apparente du côté de l'ombilic; dans d'autres cas, où l'enfant avait eu pendant la vie, une petite anomalie de la cicatrisation, ou une suppuration ombilicale de courte durée, le foie était gros, congestionné, certainement malade, ou bien il y avait une cuillerée à café de liquide citrin dans le péricarde, avec quelquefois même quelques traces d'infection endocardique; ou bien les lésions de la broncho-pneumonie; enfin quelquefois, à la suite de troubles ombilicaux légers, on voit des enfants mourir après avoir présenté pendant plusieurs semaines des troubles intestinaux dont la cause échappe; il semble que tous ces faits puissent être groupés, et qu'à côté de la septicémie aiguë d'origine ombilicale, avec ou sans phlébite ou artérite, comme depuis Bouchut, Lorain, etc., il existe toute une série de septicémies subaiguës ou chroniques, d'infections généralisées à évolution lente mais mortelle, parties d'une infection de la plaie ombilicale ou d'un point d'endophlébite ou d'entartérite, qui souvent passe inaperçu, et dont la voie de propagation serait la voie sanguine. Cette hypothèse est en contradiction formelle avec l'opinion de Rudolf Fischl (de Prague), qui n'admet comme indiscutable la septicémie ombilicale que dans les cas d'abcès hépatique, de phlébite suppurée, de péritonite, et pour qui l'infection ombilicale est aujourd'hui un mode d'infection rare : c'est à l'anatomie pathologique microscopique que l'on doit s'adresser avant de trancher la question.

VI

Diagnostic. — Le diagnostic de ces septicémies d'origine ombilicale, dans les cas où l'inflammation locale initiale est passée inaperçue est, en effet, à peu près impossible, quant à présent, du vivant de l'enfant, comme l'est aussi, de l'aveu de tous les auteurs, et dans la majorité des circonstances, le diagnostic de l'artérite et de la phlébite ombilicales.

De même le tétanos chez le nouveau-né peut avoir plusieurs origines, et la porte d'entrée ombilicale ne peut pas toujours être formellement affirmée. Mais il importe de le distinguer des autres affections pouvant s'accompagner de convulsions et de contractures et qui ne sont pas dues au bacille de Nicolaïer : l'éclampsie des nouveau-nés, par exemple, qui est caractérisée par un coma continu, interrompu seulement par des crises épileptiformes qui cessent

quelque temps avant la mort. La méningite spinale, dans laquelle le trismus manque, les bras sont dans la flexion, la pression localisée au niveau des apophyses épineuses du cou et du dos est douloureuse.

L'érysipèle ombilical pourra faire penser à l'eczéma rubrum, à l'urticaire pigmentée, à l'érythème simple, mais étant donné le siège de la rougeur, sa mobilité, la dureté des téguments, la fièvre, l'hésitation ne devra pas être de longue durée. C'est surtout avec la lymphangite péri-ombilicale, le phlegmon de l'ombilic que la confusion pourrait avoir lieu : mais, comme le fait remarquer L. Rénon, entre ces affections il n'y a qu'une différence de degré, ressortissant d'une part au terrain et de l'autre à une variation de la virulence du streptocoque : la pathogénie est la même, enfin le diagnostic importe peu dans l'espèce, car le traitement à opposer à ces trois affections est sensiblement le même.

Les infections ombilicales bénignes sont souvent aussi d'un diagnostic épineux : la blennorrée, dans les cas où la rétraction des vaisseaux rend la plaie ombilicale invisible, peut faire penser à la persistance d'une partie du canal de l'ouraque dans sa portion toute supérieure, et à la présence d'un petit infundibulum ouracal à parois ulcérées et suintantes. Le temps jugera la question ainsi qu'une antisepsie minutieuse et quelques cautérisations légères.

Le bourgeon charnu peut avoir dans certains cas un caractère spécial, au lieu des proliférations conjonctives ordinaires, il peut être constitué par ce que le professeur Lannelongue a appelé une tumeur adénoïde diverticulaire; ces petites tumeurs, dont le volume varie d'un grain de chènevis à un grain de cassis, sont formées d'un tissu qui rappelle la muqueuse intestinale et leur pédicule contient des vaisseaux plus volumineux que celui des granulomes : le diagnostic de ces tumeurs avec le granulome simple est à peu près impossible à faire, et, dans le doute, il sera préférable de cautériser un granulome et non de l'exciser, afin d'éviter une hémorragie ennuyeuse.

VII

Traitement. — Le traitement des infections puerpérales doit être prophylactique et curatif.

Le *traitement curatif* est efficace pour les infections du cordon, celles du tissu cellulaire des bourgeons charnus, de la plaie ombilicale, celles de la peau et du tissu cellulo-adipeux sous-jacent; l'antisepsie, par des pansements humides ou secs, des lavages et des cautérisations, des bains de sublimé, aura raison des cas guérissables, et pourra prévenir, dans une certaine mesure, le passage des microbes dans les gros troncs lymphatiques et surtout dans les vaisseaux sanguins; mais si ces voies de propagation sont envahies, et en particulier, dans l'érysipèle, elles le sont rapidement et d'une façon à peu près infaillible, alors le traitement local devient pour ainsi dire impuissant; la thérapeutique doit surtout avoir pour but de soutenir les forces de l'enfant, de l'alimenter, d'abaisser sa température, de façon à faciliter la lutte de l'organisme contre l'infection. Inutile d'ajouter, après ce que nous venons de dire, que le traitement des infections des vaisseaux ombilicaux est à peu près illusoire, bien que Cohn ait publié un cas de phlébite ombilicale guérie.

Le *traitement prophylactique* des infections ombilicales est une question à l'ordre du jour : les modes de pansement les plus variés ont été employés, humides, secs, avec ou sans poudre, pour le cordon et pour l'ombilic après la chute de l'escare; les procédés d'amputation du cordon, d'écrasement, de ligature, ont été multipliés et essayés. Ce n'est point ici le lieu de discuter la valeur ni des uns, ni des autres, ni d'apprécier l'opportunité des bains : les auteurs les plus dignes de foi différant d'avis sur ce point et obtenant par leur pratique différente des résultats semblablement bons.

La prophylaxie de l'infection d'un organe, quel qu'il soit, consiste à tenter l'asepsie de cet organe dans la mesure où elle peut être réalisée : le moignon ombilical désséché ne s'infecte plus que rarement, d'autre part la plaie ombilicale est le siège, d'une façon à peu près inévitable, d'une flore microbienne plus ou moins riche, même dans les cas les plus normaux; le pansement doit donc être non seulement aseptique, mais antiseptique, dans le but d'empêcher ces microbes de pulluler et de pénétrer plus profondément dans l'économie, en un mot dans le but de les mettre hors d'état de nuire.

VIII

Pronostic. — L'attention du médecin doit être, en effet, toujours fixée sur la possibilité d'une septicémie consécutive à l'envahissement des vaisseaux lymphatiques et sanguins, béants au niveau de l'ombilic, par les microbes, hôtes habituels de la plaie du nombril et de toute la surface cutanée du corps; car c'est l'infection des vaisseaux ombilicaux qui domine le pronostic : *le grand danger des infections ombilicales, ce sont les vaisseaux sanguins*, c'est la septicémie; dans l'érysipèle par exemple, l'absence de défense phagocytaire, qui caractérise l'érysipèle du nouveau-né, favorise au plus haut point l'infection sanguine, si fréquente dans tous les cas (L. Rénon). Or nous savons que l'époque exacte où la guérison de l'ombilic est parfaite est extrêmement variable et dépend probablement du terme, du poids de l'enfant, enfin de certaines dispositions individuelles; d'autre part, on n'est pas encore fixé sur le moment où les vaisseaux ombilicaux sont définitivement oblitérés, et cette oblitération se produit avant la cicatrisation de la plaie. Il est donc, quant à présent, bien difficile d'envisager dans son ensemble le pronostic des infections ombilicales : car un accident léger de la cicatrisation, par exemple une blennorrée, un bourgeon, une ulcération simple, n'aura aucune conséquence pour un enfant bien constitué, dont les vaisseaux ombilicaux sont oblitérés par un bouchon conjonctif déjà un peu ancien ou par un caillot complètement organisé, mais le même accident pourra mener directement à la septicémie un petit débile, dont la veine et les artères communiquent encore avec l'extérieur par un pertuis plus ou moins large (nous avons constaté ce fait anormal sur les coupes microscopiques de deux ombilics âgés de douze jours).

En l'absence de données solides pour établir un pronostic des infections d'une part, et fixer l'époque où les précautions antiseptiques sont devenues inutiles dans les cas normaux, d'autre part, l'indication prophylactique que la raison impose est de pratiquer ces précautions très longtemps, et au delà même du moment où, suivant toutes prévisions, l'ombilic doit être guéri.

Bibliographie. — R. Fischl. In *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher, t. I, chap. : Des infections septicémiques. — Mauriceau. *Des maladies des femmes accouchées et de celles des enfants nouveau-nés*, Paris 1740, t. I, p. 464, ch. xxiii. — Billard. *Arch. gén. de méd.*, 1824, t. II. — Bouchut. *Maladies des nouveau-nés*, Paris 1862. — Robin. *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1860, t. XXIV, p. 391. — Lorain. Th. de Paris, 1855. — Notta (de Lisieux). *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1855. — Meynet.

Th. de Paris, 1857. — BERGERON. *Id.*, 1866. — QUINQUAUD. *Id.*, 1872. — R. MERCIER (de Tours). *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 13 juillet 1898. — MAYGRIER. Th. d'agrég., 1883. — BAR. *Id.*, 1883. — ALLARD. Th. de Paris, 1889-1890. — BAGINSKY. *Traité des maladies des enfants*, trad. Guinon, 1892. — COBILOVICI. Th. de Paris, 1892-1893. — ERÖSS. Anal. in *Revue de Hayem*, 1893, t. XLI. — DUKE. *Med. Presse and circular*, january 3d 1898. — OHM. Th. de Berlin, 1896. — COHN. *Therap. Monats.*, 1896, t. X, p. 130. — LAMBERT. *New-York med. News*, t. LXX, p. 557. — DICKINSON. *Amer. Journ. of obstet.*, july 1899. — CHEVÉ. Th. de Paris, 1899. — SKENE. *New-York med. Journ.*, february 18th 1899. — FLAGG. *Med. News*, 1897, t. LXXI, p. 215. — BIDONE. *Ann. di obstet. e gynecol.*, Milano 1898. — KOCKEL. *Zeiglers's Beitr. z. Pathol. anat. und z. allg. Path.*, Iéna 1898, t. XXIV, n° 2. — DORLAND. *Philad. polycl.*, 19 juin 1897. — BAR et RÉNON. *Bull. de la Soc. de biol.*, 18 mai et 29 juin 1895. — GEVAERT. *La Clinique de Bruxelles*, 14 mai 1896. — NAUMACK. *Med. Rec. New-York*, t. XLVIII, p. 191. — BOISSARD. Soc. obst. de France, in *L'Obstétrique*, 15 mai 1899. — BOUFFE DE SAINT-BLAISE. *Revue prat. d'obst. et de pédiat.*, avril 1895. — AUDEBERT. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 6 mai 1897. — VELPEAU. *Anatomie chirurgicale*, 1837, t. II. — BASTARD. Th. de Paris, 1897. — DEPAUL. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. NOUVEAU-NÉ, Paris 1879. — PORAK. Th. de Paris, 1878, et Soc. d'obst. de Paris, mai 1899. — SCHWAAB. *Médecine mod.*, 13 mai 1896. — PAQUY. In *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher, art. INFECTIONS OMBILICALES. — MILON. Th. de Paris, 1896-1897. — HERMES. Anal. in *Revue des mal. de l'enf.*, avril 1896, p. 214. — BUDIN. *Semaine méd.*, 17 août 1895, et *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, avril 1900. — BLANC et WEIL. *Bull. de la Soc. anat.*, mai 1899. — RIBEMONT. Th. d'agrég., 1880. — L. RÉNON. In *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher, t. I, chap. TÉTANOS, ÉRYSIPÈLE. — MARFAN. *Arch. de tocol.*, juin 1895. — NÉLATON. *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. IV, p. 528. — TROUSSEAU. *Cliniques médicales*. — GOISLARD. Th. de Paris, 1900. — DEMELIN. *Revue obstét. internat.*, 1897, nos 104 et 105. — LESAGE et DEMELIN. *Revue de méd.*, 1890. — LE GENDRE et VARNIER. *Ann. de gyn. et d'obst.*, juillet 1899, p. 13. — CHAMBRELENT et SABRAZÈS. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1893, n° 5.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(30 MAI 1900)

C'est la question de l'**asepsie** et de l'usage **des gants** pendant l'acte opératoire qui fait les frais de la plus grande partie de la séance. Le chirurgien doit-il opérer main gantée ou main nue? Tel est le problème.

Aujourd'hui la tribune est occupée par les partisans de la main nue. M. Reynier plaint ces pauvres malades suppurants, abandonnés et dédaignés par le chirurgien ganté, et il se demande ce qu'il adviendra d'eux si la doctrine soutenue par M. Quénu devient article de foi. Les expériences qu'il a faites lui ont démontré que les tubes et les plaques de gélatine cultivent même après leur simple exposition à l'air contaminé des salles d'opérations. Les gants soi disant aseptiques sont donc aussi septiques que les mains. Pour lui, l'asepsie est une utopie, un idéal irréalisable. Aussi reste-t-il fidèle à la méthode mixte qui combine l'asepsie à l'antisepsie, et il utilise le permanganate de potasse, le bisulfite de soude et surtout le sublimé, qu'il considère comme le roi des antiseptiques.

Avec M. Delbet la discussion est serrée de plus près, et après son brillant réquisitoire, il semble difficile aux chirurgiens gantés de se relever des coups droits qu'il leur a portés. Tout d'abord il démontre scientifiquement que le lavage bien compris des mains suffit pour les rendre complètement et bactériologiquement aseptiques. Voici des expériences concluantes.

Dans une première série de faits, M. Delbet s'est frotté énergiquement les mains dans un liquide rendu septique par l'adjonction de quatre tubes de cultures virulentes des microbes aérobies les plus fréquents, le staphylocoque blanc et doré, le streptocoque et le coli-bacille.

L'impression de ses mains sur une plaque de Piétri, donna, après cette contamination expérimentale, une culture rapide et extrêmement virulente. Or, après savonnage et brossage des mains, les échantillons d'épiderme pris par M. Widal, soit dans les espaces interdigitaux, soit dans la sertissure des ongles, soit sous le rebord de l'ongle, répartis dans douze tubes de culture, n'ont donné lieu à aucune pullulation microbienne.

Une deuxième expérience a été faite avec les microbes anaérobies, et en particulier avec le vibrion septique — ces cultures étaient très toxiques, d'une odeur nauséabonde — même résultat négatif.

Or, pour obtenir ce résultat, il se lave les mains soigneusement et consciencieusement dans peu d'eau et avec beaucoup de savon. Il prend de l'eau très chaude, qui dégraisse mieux, favorise la transpiration, c'est-à-dire l'exode des microbes hors des culs-de-sac glandulaires; puis, il fait succéder à ce brossage à l'eau savonneuse, un brossage à l'alcool absolu, qu'il cesse lorsque l'immersion de ses mains dans l'eau stérilisée lui a démontré que le liquide mouillait uniformément et complètement la surface de son épiderme. A ce moment, ses mains sont décapées, et pour ainsi dire dégantées de leur épiderme. Le chirurgien a fait peau neuve, il est prêt pour l'acte opératoire, eût-il fait quelques minutes avant une opération essentiellement septique et infectante.

Après les preuves expérimentales, les preuves cliniques. M. Quénu invite les chirurgiens à fournir leur statistique. M. Delbet apporte la sienne, elle est inférieure en mortalité à celle qu'a fournie M. Quénu. C'est la contre-épreuve clinique, elle est décisive.

M. Delbet se demande ironiquement comment M. Tuffier a pu s'appliquer l'épithète de chirurgien « sale » parce que, pendant de longues années, il a pratiqué le toucher vaginal ou rectal sans recouvrir son doigt d'une enveloppe protectrice. Il se demande, non sans raison, qnel est l'ouvrier, l'artiste, le ciseleur, le pianiste qui consentirait à couvrir sa main d'un gant pour exécuter sa tâche. Le chirurgien, artisan d'une autre sorte, agit moins bien et plus lentement lorsqu'il a émoussé le sens du toucher par une interposition de tissu étranger entre lui et le foyer opératoire. Il allonge à tel point la durée opératoire que M. Quénu a remarqué qu'à la fin d'une opération longue la surface des gants devenait septique.

M. Delbet craint que l'usage des gants encourage les chirurgiens à négliger peu à peu le lavage normal de leurs mains. Ce serait un désastre. Puis, en terminant, il se demande comment le chirurgien ganté met son premier gant, sans le toucher avec son autre main? Or, ou cette main ne peut être rendue aseptique par le lavage et elle contamine le gant, ou bien elle peut être suffisamment aseptique, et le gant est inutile! Cruel dilemme!

La discussion continuera dans les prochaines séances, mais dès maintenant l'on peut prévoir que les partisans de la main gantée seront en minorité à la Société de chirurgie.

Signalons la réplique de M. Albarran à M. Tuffier sur le **cathétérisme des uretères dans la tuberculose rénale**.

Enfin, la séance se termine par une série de présentations de malades, véritables leçons de choses, qui sont les délices des habitués du mercredi.

M. Quénu montre un malade à qui il a enlevé une récidive d'un **sarcome parotidien**, opéré dix ans avant par M. Ricard, à l'hôpital Saint-Antoine. Une discussion très savante s'engage avec M. Berger sur la nature endothéliale de ces

tumeurs. C'est là un point bien obscur encore. Le fait qui se dégage de la présentation, c'est qu'on peut opérer avec fruit et conserver la vie à des malades atteints de ces tumeurs malignes, qu'on considère comme devant toujours récidiver d'une façon précoce.

M. Picqué présente deux malades à qui il a pratiqué la **cholécystectomie** pour une fistule biliaire, après avoir vainement tenté de faire l'abouchement de la fistule dans l'estomac. Ces résultats sont très beaux, sans doute, mais M. Ricard fait remarquer qu'ils doivent être la règle. Et pour lui, à moins d'oblitération du cholédoque, il ne voit pas l'indication à la création d'une anastomose entre la vésicule et une portion quelconque du tube digestif. Deux fois, l'année dernière, il a dû faire cette cholécystectomie pour fistule biliaire et la résection totale de la vésicule, complétée par la décortication en collerette du canal cystique, lui a donné deux résultats rapides et complets, alors même que la bile qui s'écoulait par la fistule était manifestement septique.

M. Picqué montre une **varice ampullaire de la saphène à son embouchure**, qu'il a réséquée.

M. Kirmisson présente un instrument destiné à faire pénétrer des vapeurs médicamenteuses dans les trajets fistuleux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 21e semaine, 937 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente et inférieur aussi à la moyenne ordinaire des semaines de mai (955). L'état sanitaire est donc très satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 13 décès, chiffre analogue à celui de la semaine précédente (12).

La rougeole (28 décès), chiffre très voisin de la moyenne (27) est toujours et partout assez fréquente au printemps; les autres maladies zymotiques (scarlatine, 2 décès; la coqueluche, 3; la diphtérie, seulement 4) présentent des chiffres sensiblement inférieurs à la moyenne de la saison.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 118 décès, au lieu de 127 pendant la semaine précédente et au lieu de 123, moyenne ordinaire de la saison.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — DE LA GENÈSE DES CONCEPTIONS DÉLIRANTES ET DES HALLUCINATIONS DANS LE DÉLIRE SYSTÉMATISÉ, par M. E. MARANDON DE MONTYEL, médecin en chef de Ville-Évrard. — A PROPOS DE TUBERCULOSE RÉNALE, par M. ALBARRAN, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris. — DE L'INCISION PRÉRECTALE DES ABCÈS APPENDICULAIRES, par M. DELANGLADE, chirurgien des hôpitaux de Marseille. — SEANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine* : Un signe précoce de la rougeole; — Kyste hydatique de la plèvre; — évolution latente; — Cicatrices exubérantes consécutives au corset; — *Voies urinaires* : Rétention d'urine traitée par les injections intra-urétrales de cocaïne; — *Thérapeutique :* Des injections sous-cutanées ferrugineuses. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 6 juin 1900.

Avec les chaleurs, l'étude des modifications à apporter aux concours de médecine revient périodiquement sur l'eau. L'administration de l'Assistance publique vient d'être saisie d'une pétition d'un certain nombre de candidats à l'internat (150 environ) demandant à ce que le concours fût changé de date et reporté en mai au lieu d'octobre. De la sorte, disent ingénûment les signataires, le concours sera terminé au moment des vacances et alors tous, juges et candidats, heureux ou malheureux, pourront aller profiter d'un repos si bien gagné. Seuls, les malades retenus à l'hôpital qui par leur pneumonie, qui par leur fracture, ne pourront se livrer aux charmes de la promenade à bicyclette.

La pétition des cent cinquante nous paraît, de ce seul fait, mort-née. La Société de chirurgie a gravement nommé une commission qui doit délibérer sur ce point et nous apporter ce soir sa réponse devant la docte assemblée.

Un juge du dernier concours — celui des vitriolés — a remarqué que des candidats abusaient de l'abréviation, du style télégraphique et que leur copie était en réalité lisible pour eux seuls. Le moindre hyéroglyphe représentait à leurs yeux toute une phrase, dont la teneur ne pouvait être vérifiée ni par l'externe chargé du contrôle, ni, après lecture, par le jury. De graves débats eurent même lieu parmi les juges de ce trop célèbre concours et l'un des candidats, qui devint lauréat, fut accusé d'avoir légèrement truqué sa copie. Ce candidat fut dénoncé un peu tardivement par le « gendarme » comme ayant donné libre carrière à son imagination pendant la lecture d'une illisible copie. L'accusé fut appelé à relire sa copie devant le jury. Il s'en tira tant bien que mal, plutôt bien que mal, car après très vive discussion, nos juges, véritables experts en calligraphie, déclarèrent, par quatre voix, que l'écriture était absolument illisible; mais la majorité, formée des cinq autres, affirma que la copie était d'une admirable calligraphie, et le malheureux externe dénonciateur fut houspillé de la bonne façon. Il est à croire que la digestion de cette petite séance du concours est restée pénible pour les quatre experts mécontents, car l'un d'entre eux vient de soulever, devant la Société de chirurgie, la question de l'anonymat de la question écrite de l'internat. La question écrite serait lue au jury par un « lecteur » spécialement appointé à cet effet. Chaque copie serait numérotée et des points seraient attribués à ce numéro pour lequel le voile épais de l'anonyme ne serait soulevé qu'après la cote.

La modification nous paraît bien difficile et il y aura toujours des écritures péniblement déchiffrables pour d'autres que pour leur auteur. Leur lecture faite par le lecteur officiel sera longue, pénible, hachée, impossible à suivre. Ce candidat, non calligraphe, ne sera jamais interne, eût-il toutes les autres qualités requises. Peut-être serait-il plus simple d'augmenter d'une heure la durée de la composition écrite et d'interdire d'une façon absolue l'usage de toute abréviation et de tout signe conventionnel.

Si l'idée de l'anonymat est adoptée, il faudra prévenir d'avance les candidats pour que nombre d'entre eux retournent sur les bancs reprendre des leçons d'écriture. Peut-être, tout bien pesé, serait-ce leur rendre, pour l'avenir, un certain service.

DE LA GENÈSE DES CONCEPTIONS DÉLIRANTES

ET DES HALLUCINATIONS DANS LE DÉLIRE SYSTÉMATISÉ

Par M. E. MARANDON DE MONTYEL, médecin en chef de Ville-Evrard.

Un médecin et un philosophe, le docteur Vigouroux et M. Decasse, viennent d'unir leurs efforts pour établir dans un tout récent mémoire la genèse des conceptions délirantes et des hallucinations dans le délire systématisé. Peut-être eussent-ils bien fait auparavant de démontrer l'existence de ce délire en tant que variété mentale distincte, car cette existence fut contestée par Ball et son école et aujourd'hui encore on trouve des aliénistes qui nient le bien fondé de la synthèse de M. Magnan. Quoi qu'il en soit, les deux jeunes auteurs défendent une thèse que nous allons résumer en puisant dans leur travail avec d'autant plus de plaisir que nous l'avons nous-même défendue il y a douze ans, en 1888, à la Société médico-psychologique, lors de la mémorable discussion sur le délire chronique. Que disent MM. Vigouroux et Decasse?

I

L'étude du délire systématisé montre et prouve qu'à côté de la systématisation logique, l'intelligence, il peut se développer chez le même individu une systématisation organique, inconsciente, involontaire et bien plus profonde que la première. En effet, le délire systématisé se montre à nous comme un trouble vital qui se traduit d'abord et essentiellement dans la cœnesthésie par la douleur, l'anxiété et la défiance. Les troubles sensoriels ne sont que secondaires; ils sont consécutifs au délire, produits par lui. Ils constituent un délire des sens qu'entraîne à la suite le délire proprement intellectuel. Les hallucinations dans le délire systématisé sont donc plutôt des interprétations erronées; en tout cas elles ont une origine intellectuelle et centrale. Le délire systématisé n'est pas inventé de toutes pièces, comme un roman d'imagination; il exploite certaines données fournies d'ordinaire par la cœnesthésie, réelles ou hallucinatoires. Ces états de conscience sourds, mais puissants, dirigent et soutiennent tout le reste. Ils donnent au délire sinon sa couleur qui est accessoire, du moins sa charpente qui est essentielle. Suivant la nature des troubles cœnesthésiques le délire est mélancolique, hypocondriaque, ambitieux, ou de persécution. Donc l'interprétation intellectuelle est secondaire. Elle se surajoute au délire; elle le précise, soit; elle le consolide, ils l'accordent; mais elle ne le constitue pas. Ce qui le constitue c'est un ton émotionnel maladif; ce sont des sensations générales exaltées ou déprimées, toujours perverties.

Les auteurs examinent ensuite comment se comportent dans le délire systématisé les facteurs essentiels de la personnalité. La cœnesthésie est toujours la première atteinte. Le délire débute par un changement de caractère. Un afflux de sensations, insolites et troubles, émanant de diverses parties du corps, monte à la conscience. Le moi ne se reconnaît plus, tout lui paraît changé : les choses et lui-même. Il tâche de se ressaisir, d'accorder ce qu'il se sent être maintenant avec ce qu'il était autrefois : il n'y parvient pas. L'état nouveau ne pouvant être systématisé avec la conscience générale devient le point de départ d'une systématisation nouvelle. Telle est la genèse invariable du délire. La cœnesthésie est le facteur capital.

Frappés avant tout de la fréquence et de la gravité des hallucinations sensorielles dans le délire de la persécution, plusieurs ont négligé d'étudier l'état de la cœnesthésie dans ce délire. Pourtant il est le facteur capital, le *primum movens*, la cause génératrice toujours en acte, le principe explicatif qui rend compte de tout, et auquel il faut toujours revenir. Le délirant chronique ressemblait avant le délire aux autres hommes. Mais aussitôt que le délire l'a saisi, son caractère a changé. Il ne vit plus que pour lui, il ne s'intéresse qu'à lui. Le moi occupe dans ses préoccupations une place exorbitante. La passion le mène et la raison suit. Donc ici, visiblement, entre l'émotivité morbide et le délire il y a une relation de cause à effet. Le désordre de la cœnesthésie entraîne le désordre des diverses facultés psychiques et, peu à peu, de la personnalité tout entière.

A propos des hallucinations auditives, constantes comme on sait dans la folie systématique, MM. Vigouroux et Decasse sont tout aussi affirmatifs. Ils ne disent pas avec certains aliénistes que, dans le délire systématisé, l'hallucination parfois précède; mais au contraire, toujours et dans tous les cas, elle est préparée, amenée, suscitée par le délire; elle est un effet et non pas une cause; elle vient comme une conséquence après les premières. Pour eux les centres corticaux de l'idéation sont seuls responsables de ces troubles hallucinatoires et si un centre sensoriel est mis en branle, c'est toujours à leur suite, par l'impulsion qu'ils lui donnent et non par l'effet de sa spontanéité propre.

Enfin ces messieurs terminent en déclarant que le délire systématisé se présente comme une monstruosité, un scandale, un défi à la raison, tant qu'on n'admet pas d'autre systématisation possible que celle accomplie par le moi sciemment et avec réflexion. Mais si l'on reconnaît qu'il y a une systématisation, une finalité, une logique, une initiative inconscientes dont le moi conscient n'est lui-même qu'un produit, alors tout devient clair et le délire systématisé avec les étranges phénomènes qu'il présente de dédoublement de la pensée n'a plus rien qui étonne. Donc ils admettent la possibilité d'une liaison logique, d'un groupement d'idées correct, d'une synthèse intellectuelle, en dehors de la conscience du moi.

II

Cette analyse, composée des parties essentielles de ce très intéressant mémoire, des phrases typiques qui en résument les pensées, donnera, je l'espère, une exacte idée du travail de M. Vigouroux et de M. Decasse.

Or, sauf sur un point, capital je le reconnais, toutes les opinions fondamentales que je viens de résumer ont été émises et défendues par nous, en 1888, à la Société médico-psychologique. Le point sur lequel je diffère d'avis a une importance considérable : en effet, tandis que M. Vigouroux et M. Decasse considèrent, avec l'immense majorité des aliénistes, le délire systématisé comme un état nouveau, tandis que pour eux — et ils le disent en termes formels — l'aliéné avant sa maladie était comme tout le monde, à mon avis, au contraire, le délire systématique n'est que le développement du caractère antérieur du sujet, l'épanouissement complet d'un état mental qui date de la naissance, ainsi que l'ont soutenu quelques spécialistes allemands et italiens à propos de la *paranoia*. Mais en dehors de ce point, tout ce qu'ont écrit M. Vigouroux et M. Decasse est exact et conforme à ce que j'ai dit en 1888.

Je suis fort heureux que ces messieurs se soient rencontrés avec moi, car j'y vois la preuve du bien fondé de nos communes appréciations. Je demanderai en conséquence qu'on veuille bien me permettre de reproduire mon argumentation d'il y a douze ans, d'autant plus que le temps a affermi ma conviction loin de l'ébranler. Mais peut-être est-il bon auparavant pour la clarté du sujet de rappeler en quelques lignes en quoi consiste le délire systématisé tel qu'il découle de la synthèse de M. Magnan.

III

Le délirant systématique passe par quatre états psychiques divers qui constituent les quatre périodes du délire systématisé. Tout d'abord le sujet est inquiet, méfiant, il croit qu'on l'espionne et qu'on le persécute, il se figure qu'on s'occupe de lui et qu'on lui veut du mal. Il est dans un état de malaise physico-psychique croissant. A ce premier stade, le plus court des quatre, succède le second que caractérisent des hallucinations, hallucinations de l'ouïe toujours, de la sensibilité générale souvent, plus rarement du goût et de l'odorat, jamais de la vue dans les cas purs de tout mélange. Alors se systématise un délire de persécution de cou-

leur variable selon les temps, les milieux et les individus, mais ayant une base identique : l'état morbide de l'émotivité à la première période. Et le malade reste ainsi des années et des années, même sa vie entière, car il arrive parfois que l'évolution du délire chronique s'arrête à cette seconde phase, comme on voit dans certains cas le tabes se cristalliser à la phase préataxique et ne jamais aboutir à l'incoordination des mouvements. Mais d'ordinaire après un laps de temps plus ou moins long, plutôt plus que moins, une transformation mégalomaniaque se produit, des conceptions et des hallucinations ambitieuses se manifestent et tout en restant persécuté le sujet devient mégalomane. Et de nouveau les années s'écoulent sans que l'esprit succombe sous les assauts répétés de tous ces troubles de l'intelligence, de la cœnesthésie et des sensations. J'avais dernièrement dans mon service un vieillard de soixante-six ans chez lequel la maladie avait débuté à vingt-deux ans; à vingt-trois ans étaient apparues les hallucinations de l'ouïe avec la systématisation de persécution et seulement trente-deux ans après, à cinquante-cinq ans, le délire ambitieux qui datait par conséquent de onze ans quand j'ai observé le malade. Eh bien! malgré ces quarante-trois ans de folie et l'âge avancé, ce délirant systématique avait une intelligence et une activité psychique à faire envie à un homme dans la force de l'âge et en pleine santé intellectuelle. C'est le cas le plus habituel. Pourtant il arrive parfois à quelques rares délirants chroniques de verser dans une quatrième période et de présenter à la fin de leur carrière un certain degré d'affaiblissement intellectuel, caractérisé moins par la perte de la mémoire, comme dans les autres démences, que par une faiblesse de jugement et un défaut d'association dans les idées.

Et la raison reste confondue de voir un tel aliéné, après des années aussi longues d'un délire aussi intense et progressif, conserver, en dehors de la sphère délirante, toute sa lucidité d'esprit, toute la sûreté de son jugement. Le délire systématisé, disent M. Vigouroux et M. Decasse, est un délire *partiel*, pour tout le reste le malade paraît sain, parle et se conduit raisonnablement; sur un seul point le désordre de ses facultés éclate; dans la règle le délire systématisé s'établit sur un ordre de questions, limité et bien défini, s'y cantonne et n'en sort pas. Mais, ajoutent avec raison ces deux auteurs, c'est un délire partiel, ce n'est pas un délire *local*; il suppose au contraire la mise en exercice non d'une seule fonction du cerveau mais de toutes; il s'établit par la complicité des différentes facultés mentales; il n'y en a pas une qui, en ce qui touche au délire, ne se trouve atteinte et faussée, et ils concluent en disant que le délire systématisé est général dans sa source et partiel dans ses manifestations.

Comment donc naissent et se développent chez ces aliénés d'un genre si particulier les conceptions délirantes et les hallucinations? Quelle est la genèse de leur délire psycho-sensoriel? Nous avons vu plus haut comment M. Vigouroux et M. Decasse répondent à ces questions. Voici maintenant comment nous y avons répondu en 1888.

IV

Dans le délire chronique les *perversions sensorielles* n'apparaissent qu'à la seconde période, *précédées d'une première d'inquiétude et de soupçon; les hallucinations naissent de cette perturbation, partant sont toujours secondaires*. Plus brutales, plus impérieuses, elles ont pour grande fonction d'apporter la conviction que le seul trouble émotif ne suffit pas toujours à déterminer, car l'esprit humain se méfie souvent des sentiments, tandis qu'il a toute confiance dans la sensation. *Partout donc, à l'origine, se retrouve une modification de l'émotivité.*

L'apparition des conceptions mégalomaniaques dans le cours du délire des persécutions étonne et confond. D'où viennent-elles et pourquoi viennent-elles? Foville les expliqua par la déduction logique, explication qui eut tout d'abord un immense succès, puis on se rendit compte que l'aliéné, ainsi que l'a remarqué M. Christian, ne raisonne que très exceptionnellement son délire, qu'il le subit et le subit passivement. Ensuite, on rapporta des observations où la mégalomanie était due à des hallucinations de l'ouïe éclatant à l'improviste, ou à une circonstance fortuite ; puis on vit des délirants par persécution se coucher lypémaniaques et se lever mégalomanes, tout comme le circulaire qui dans l'espace d'une nuit, de dépressif devient expansif, comparaison de M. Falret, qui a résumé ces divers modes d'apparition et a affirmé dans certains cas le passage brusque d'une période à l'autre, malgré les sages réserves de M. Garnier.

L'état normal sera notre fil d'Ariane pour sortir de ce dédale. Ce sera l'éternel honneur de l'école associationniste anglaise d'avoir démontré que la genèse spontanée d'une idée est aussi impossible que la genèse spontanée d'un germe, et que tout phénomène psychique, quel qu'il soit, procède toujours d'un antécédent et est toujours suivi d'un conséquent. Or, il est admis en pathologie générale que la maladie, dépourvue de toute puissance créatrice, enraye, exagère ou perturbe simplement les actes physiologiques. Les maladies mentales, manifestations de lésions cérébrales, n'échappent pas à cette loi générale. Si donc il est faux qu'à l'état normal, et j'en suis convaincu, une idée éclate soudain dans l'esprit sans être le produit de toute une longue incubation antérieure, de toute une longue suite d'autres idées, il est faux que dans le délire chronique les conceptions délirantes de grandeur puissent apparaître brusquement. M. Garnier a eu donc mille fois raison d'objecter à M. Falret que cette apparition subite de la mégalomanie ne s'expliquait pas, que nécessairement elle supposait un travail préparateur plus ou moins caché, plus ou moins dissimulé.

Quel est ce travail préparateur indispensable? C'est le procédé de Foville, mais pas du tout avec la rigueur syllogistique et consciente qu'il a indiquée et qui fut la cause du discrédit dans lequel ce procédé est tombé. Il n'y a pas beaucoup de persécutés, s'il y en a, qui se mettent en face de leurs persécutions, les raisonnent et concluent de leurs tourments qu'ils sont d'illustres personnages. Ces malades, si tel était le mécanisme générateur, s'identifieraient-ils, comme ils le font, avec des conceptions délirantes qui seraient le simple résultat d'un raisonnement? Se passionneraient-ils pour elles au point de ne pas les laisser discuter, de tout y ramener et d'y conformer tous leurs actes? Mais, il est de vérité vulgaire en psychologie que l'idée n'est pas un mobile d'action, les deux seuls étant la sensation et l'émotivité. Aussi contrairement à ce qui serait désirable, l'esprit humain est ainsi constitué qu'il laisse discuter facilement ses convictions basées sur la logique et, avec peine, celles qui ont racine dans ces deux terrains. Toutes les fois dès lors que nous verrons un homme aliéné ou sain d'esprit, puisque, je le répète, la maladie ne crée rien, ne pas permettre qu'on touche à son idée, et tel est le cas du délirant chronique, soyons certains que cette idée a une autre ori-

gine qu'un simple syllogisme. Donc les particularités cliniques de la troisième période du délire chronique ne permettent pas d'accepter l'explication de Foville, du moins dans les conditions indiquées par lui. Et puis ce serait un exemple unique, en pathologie mentale, d'une conception délirante naissant d'un raisonnement. En effet les facultés intellectuelles proprement dites semblent passibles des seuls troubles : exaltation ou affaiblissement; elles ne se perturbent pas, aussi ne rencontre-t-on jamais une conception délirante dans un esprit par ailleurs sain, on n'y pourra rencontrer que des idées fixes, encore seulement chez les simples d'esprit. Cette constatation milite encore contre l'explication exclusivement syllogistique. Mais si la conception délirante n'est jamais l'expression exclusive d'un raisonnement, elle est, en dernière analyse, le jugement de l'esprit sur un état anormal de l'émotivité, son interprétation de cet état anormal. L'aliéné qui se dit inspiré s'est senti d'abord inspiré, puis a jugé qu'il l'était. On objectera que beaucoup de conceptions délirantes sont dues à des hallucinations, que tel se déclare prophète ou damné, parce qu'il entend une voix surnaturelle qui le proclame élu ou reprouvé.

Tout délirant chronique, hanté ou non d'hallucinations ambitieuses, du moment qu'il a des conceptions délirantes de grandeur, a dû de toute nécessité, à un moment donné de l'évolution de son délire, avoir un trouble mégalomaniaque de l'émotivité qui a engendré ces secondes conceptions et les hallucinations, comme le trouble dépressif du début avait engendré les premières. Nous sommes ainsi conduit à nous demander pourquoi et comment ce trouble prend naissance.

Pourquoi il prend naissance? Impossible de le comprendre sans le caractère antérieur; car, d'ordinaire, le malheur ne rend pas fier et les victimes ne se croient pas les plus forts. Sans nul doute, tous les observateurs ont été à même de noter les rapports étroits qui existent entre le délire des malades dont nous nous occupons et leur caractère avant la maladie, rapports si étroits que le premier n'est pour ainsi dire que l'exagération du second; car si, à sa période d'apogée, celui-là se résume en ces deux termes : délire des persécutions et délire des grandeurs, celui-ci se résume en ces deux mots : méfiance et orgueil. A des degrés inégaux, selon les périodes, il est vrai de dire que ces deux sentiments existent d'un bout à l'autre de la maladie; aussi suis-je avec Cotard quand il signale que bien avant les idées de grandeur nettement formulées, les persécutés sont déjà orgueilleux, quelques-uns même dès les premières phases de la maladie.

Jusqu'ici, on s'est trop peu occupé de l'état psychique de ces malades avant l'éclosion de la vésanie. Camuset a bien parlé de certains aliénés, sombres, méfiants, jaloux souvent dès l'enfance et arrivant pour ainsi dire au délire par l'exagération des défectuosités de leur caractère; mais il avait en vue les persécutés persécuteurs de M. Falret, qui ne sont jamais hallucinés ni mégalomanes. Pourtant, dans leurs écrits, le professeur Ball, M. Falret, M. Ritti ont insisté sur le caractère sombre, méfiant, des persécutés. Mon attention, il y a quelques années, a été attirée de ce côté, surtout par les travaux allemands et italiens sur la *paranioa*, travaux dont notre distingué collègue, M. Séglas, a donné une revue complète, en 1887, dans les *Archives de neurologie*. Depuis lors, je me suis efforcé de rechercher minutieusement le caractère de mes malades, et cette recherche minutieuse m'a conduit à cette conclusion de M. Falret que le délire des persécutions n'est pas le sort réservé aux caractères actifs, téméraires, entreprenants et audacieux. Je crois qu'avec des renseignements précis — c'est du moins ce qui découle de mon observation — on établirait comme loi générale que le délirant chronique montre, dès son âge le plus tendre, des dispositions psychiques d'où sortira son délire.

Cette constatation a une importance capitale, car elle fournit la clef de la genèse et de l'évolution du délire chronique. Il serait faux, en effet, de croire que la méfiance seule du caractère est la génératrice des conceptions délirantes de persécution, et l'orgueil seul le générateur des conceptions délirantes de grandeur; la vérité est, si je puis ainsi dire, qu'ils se fécondent l'un l'autre. M. Briand a remarqué que l'idée de persécution implique déjà par elle-même une idée de supériorité. Remarque très juste ; pour se croire persécuté, il faut sans doute être méfiant, mais en plus orgueilleux. Je résumerai ma pensée en disant que du caractère antérieur, beaucoup de méfiance et un peu d'orgueil sont au fond de la seconde période, tandis que beaucoup d'orgueil et un peu de méfiance sont au fond de la troisième.

Quand, à la phase intermédiaire, le délire de persécution est constitué; il domine la scène, mais il ne l'occupe pas tout entière; il sera seul à se manifester peut-être, mais qu'on pousse l'interrogatoire, et les réponses du sujet apprendront que, pour être devenu lypémaniaque, il n'en est pas moins resté orgueilleux. C'est ce sentiment orgueil qui, subissant l'action du délire des persécutions, tous les deux réagissant l'un sur l'autre, se fécondant l'un l'autre, ainsi que je me suis hasardé déjà à le dire, va lentement, sournoisement, par un travail parfois conscient, *mais le plus souvent inconscient*, se développer, grandir, amener l'esprit enfin à une modalité telle qu'il suffira d'une circonstance fortuite, d'un mot entendu ou de la lecture d'un fait-divers pour déterminer une explosion de conceptions délirantes de grandeur, *explosion qui semblera spontanée alors qu'elle aura été préparée et amenée par un travail psychique antérieur de plusieurs années*. On comprend dès lors pourquoi j'ai avancé que Foville avait tort et raison, tort quand il prétendait que l'aliéné se mettait en face de son délire, le raisonnait et en tirait des conclusions à l'instar d'un docteur en philosophie; raison quand il enseignait que la mélagomanie se déduisait du délire des persécutions, car au fond du procédé que j'indique se retrouve le syllogisme, mais un syllogisme dont les prémisses, au lieu d'être fournies à l'esprit par un raisonnement aride, le sont par *un état sans cesse croissant de l'émotivité*, l'orgueil puisant des forces dans les persécutions, comme la foi des martyrs de toutes les religions se fortifie par les supplices, et c'est précisément à cause *de cette base émotive* que le malade s'incarne dans ses nouvelles conceptions mégalomaniaques, comme il s'incarnait dans les premières conceptions lypémaniaques, *filles, elles aussi, de l'émotivité malade, de l'émotivité soupçonneuse et inquiète du début;* qu'il défend contre tous celles-là, comme il défendait celle-ci. Il pourra survenir que le délirant chronique n'aura jamais une conscience bien nette du travail qui s'élabore dans son esprit; qu'il arrivera, pour ainsi dire sans s'en apercevoir, à se croire un grand personnage, et, quand il entendra une voix hallucinatoire le lui crier, il la croira, racontera cette origine sensorielle sans se douter que cette voix *n'est que l'écho d'une métamorphose lente de son émotivité*. Mais, aujourd'hui, qui ignore que *la vie inconsciente de l'esprit est souvent, dans certains cas et chez certaines personnes, la plus importante des deux?* Souvenons-nous du délicieux sonnet de Sully-

Prud'homme : « La félure de l'âme marche comme celle du verre. »

V

On voit donc qu'au fond les idées fondamentales du mémoire de M. Vigouroux et de M. Decasse sont précisément celles que j'ai émises et défendues en 1888 à la Société médico-psychologique. Ces messieurs se servent, il est vrai, du mot *cœnesthésie*, tandis que j'emploie le terme *émotivité*, mais chacun sait que les états émotionnels découlent des états cœnesthésiques, et que seuls ces derniers engendrent les émotions : qui dit donc troubles de l'émotivité dit par là même troubles de la cœnesthésie. Par conséquent, si eux et nous nous différons d'opinion sur le mode du début, s'ils considèrent le mal comme un état nouveau du moi, tandis qu'il n'apparaît comme une exagération du moi habituel, nous sommes d'accord sur les autres points : un trouble cœnesthésique douloureux engendre un état morbide dépressif de l'émotivité, d'où naît un délire lypémaniaque de persécution qui engendre à son tour des troubles sensoriels pénibles, lesquels sont par conséquent toujours secondaires; puis avec le temps, par une cérébration en très grande partie inconsciente, le délire se systématise et se transforme, et la transformation délirante opérée amène des hallucinations mégalomaniaques, tout comme le délire lypémaniaque du début avait engendré des troubles sensoriels de persécution.

C'est ce que je pensais en 1888, c'est ce que je pense encore aujourd'hui, car douze années d'observation, comme je l'ai déclaré plus haut, ont affermi ma conviction, loin de l'ébranler.

A PROPOS DE TUBERCULOSE RÉNALE (1)

Par M. Albarran,
Agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Avant d'entrer dans la discussion des faits, je ferai remarquer qu'après avoir soutenu jusqu'en 1899 que la tuberculose rénale était une affection dont le traitement devait être essentiellement médical, M. Tuffier se range maintenant à ce que j'ai soutenu depuis 1896 et qu'il accepte l'intervention précoce.

M. Tuffier accepte le cathétérisme urétéral dans la tuberculose rénale, exception faite des cas où, un uretère étant oblitéré, l'autre rein déverse seul son urine dans la vessie et des pyonéphroses tuberculeuses à grande fièvre. Ces deux contre-indications, si elles existaient, sont tellement exceptionnelles, la première surtout, qu'elles n'existent guère en clinique.

D'ailleurs, mon honorable contradicteur reconnaît l'utilité du cathétérisme urétéral toutes les fois qu'on a des doutes sur le rein supposé sain; or, ces doutes existent toujours et dans les cas qui paraissent les plus évidents, on peut commettre de grossières erreurs. Je puis ajouter une nouvelle observation à celles que je vous ai données : il s'agit d'une jeune femme de vingt-cinq ans que j'ai examinée cette semaine avec le professeur Jacques Reverdin; toujours les douleurs ont siégé à gauche; à l'examen, le rein gauche était augmenté de volume et douloureux, le rein droit présentait son volume normal et n'était point douloureux à la pression. Par le cathétérisme urétéral, la sonde restant en place un quart d'heure, j'ai recueilli dans le rein droit de l'urine fortement purulente et contenant de nombreux cylindres : les lésions étaient doubles, et déjà graves des deux côtés.

Aussi bien pour l'examen cryoscopique que pour les autres recherches portant sur l'urine, il suffit de laisser la sonde uréterale de quelques minutes à une ou deux heures : on peut, au point de vue pratique, avoir une quantité d'urine suffisante de chaque rein, secrétée pendant le même espace de temps et qui suffit aux analyses. C'est une erreur de croire, avec M. Tuffier, que la sonde doit être laissée pendant vingt-quatre heures.

En réalité si, sans y réussir, M. Tuffier essaye de trouver des contre-indications au cathétérisme urétéral dans la tuberculose rénale, c'est que, n'ayant guère pu juger par lui-même, il craint que l'exploration soit dangereuse, pas trop, pourtant, puisqu'il l'accepte dans certains cas. Notre collègue nous a parlé de deux malades aggravées par le cathétérisme; je connais ces malades, je les ai vues sans aucune modification avant et après le cathétérisme, d'autres chirurgiens les ont vues et je puis affirmer que notre collègue a été induit en erreur. Quoique j'aie certainement pratiqué plus de mille fois le cathétérisme urétéral sans accident, il est possible que des malades puissent, un jour, se trouver mal de cette exploration, comme cela arrive pour tout cathétérisme, pour le sondage de la vessie comme pour l'hystérométrie ou le cathétérisme de la trompe d'Eustache. Nous avons tous vu des centaines de malades aggravés par le cathétérisme ordinaire de l'urètre : nous ne disons pas pour cela que la méthode est dangereuse et nous ne nous privons pas des ressources qu'elle nous offre; nous apprenons le cathétérisme et nous étudions quand et comment il faut sonder.

En ce qui concerne les indications de la néphrostomie dans les pyonéphroses, M. Tuffier ne nous dit plus, comme il y a quinze jours, que l'opération est indiquée dans tous les cas, il la réserve aujourd'hui aux grosses pyonéphroses fébriles avec grand état cachectique. C'est un premier pas et j'espère que notre collègue ira plus loin lorsque, au point de vue théorique, il sera convaincu de l'utilité de supprimer un grave foyer d'infection et lorsque, par une pratique plus étendue, il verra, comme je les ai vus, plusieurs fois, les brillants résultats de la néphrectomie dans les pyonéphroses tuberculeuses chez des malades très cachectisés et présentant de hautes températures. Lorsque le rein du côté opposé est bon, la néphrectomie donne de merveilleux résultats; or, je le répète, le cathétérisme urétéral permet dans presque tous les cas de diagnostiquer l'état des deux reins par une manœuvre qui, bien faite, ne présente aucun danger.

(1) Communication à la Société de chirurgie.

DE L'INCISION PRÉRECTALE

DES ABCÈS PELVIENS APPENDICULAIRES (1)

Par M. Delanglade,
Chirurgien des hôpitaux de Marseille.

J'ai suivi la voie prérectale dans trois cas d'abcès pelviens appendiculaires absolument dissemblables. La première fois il s'agissait, chez une fillette, d'une péritonite à foyers multiples. Huit opérations furent pratiquées, deux par mon maitre, M. Broca, et six par moi. La région lombaire et la région iliaque furent incisées des deux côtés et je dus même à droite réunir les deux plaies. L'incision

(1) Communication à la Société de chirurgie.

énorme intéressait, de la masse sacro-lombaire au grand droit, tous les muscles de la paroi abdominale. Un abcès du petit bassin, saillant dans le rectum, fut ouvert facilement par la voie prérectale. Il m'avait paru inaccessible latéralement. Malgré toutes ces interventions, l'enfant succomba.

Cette observation ne me paraît fournir aucun argument, ni contre ni pour l'incision prérectale, de même qu'elle n'en fournit pas pour ou contre l'incision lombaire ou iliaque dans les collections des régions correspondantes.

Mes deux autres faits, au contraire, me paraissent probants. L'un concerne un jeune homme de dix-huit ans, atteint d'appendicite pelvienne pure. Les accidents aigus du début se calmèrent bientôt sous l'influence du traitement médical. Ils avaient eu ceci de particulier qu'avec toute l'apparence de l'appendicite aux autres égards, il n'y avait pas de localisation nette de douleur ou d'empâtement au siège classique. Après une période de quelques semaines, sans fièvre ni trouble digestif, les symptômes éclatèrent brusquement de nouveau. Je trouvai alors, par le toucher rectal, une collection du volume d'un petit œuf, siégeant dans le cul-de-sac vésico-rectal, et l'ouvris le soir même par la voie prérectale. La guérison se produisit. A signaler cependant une rétention d'urine de quatre jours immédiatement après l'intervention, et la reprise, deux mois plus tard, d'un peu de fièvre et de douleur pendant une journée. Une fistule dura pendant cinq mois, puis s'oblitéra rapidement après dilatation à la laminaire. Si j'avais voulu suivre la voie iliaque classique, ou bien il m'eût fallu traverser le péritoine libre pour aborder un foyer éminemment septique profond et impossible à décortiquer en totalité, ou bien j'eusse dû temporiser en présence d'accidents menaçants.

Dans mon troisième cas, la voie iliaque a justement été suivie en premier lieu. L'abcès pelvien présentait, en effet, un prolongement vers la fosse iliaque. Or, malgré ces conditions en apparence favorables, il fallut traverser la cavité séreuse libre, la protéger à l'aide de fils en U passés du péritoine pariétal à l'épiploon adhérent du plastron et je ne pus qu'avec peine ouvrir la collection profonde et y placer un gros drain. Or, après une détente d'une semaine, l'écoulement se faisant insuffisamment, puis ne se faisant plus, les accidents reparurent et il me fallut de nouveau inciser par la voie prérectale. Cette fois-ci les accidents cédèrent complètement et la malade est en voie de guérison dans des conditions très rapides et très bonnes.

Dans les cas de ce genre, la voie prérectale présente en effet deux avantages qui lui confèrent une supériorité semblable à celle de la colpotomie dans les abcès du cul-de-sac postérieur chez la femme qui lui est comparable :

1° Protection du péritoine libre.

2° Drainage direct et déclive quelle que soit l'attitude du sujet.

Cette incision est d'autre part supérieure à l'incision rectale pour toutes les raisons qui la font préférer dans le traitement des abcès périprostatiques. Elle est plus simple, moins sanglante et plus directe que l'incision par voie sacrée ou para-sacrée. Elle me paraît donc mériter les préférences dans les cas de ce genre. Deux auteurs seulement, à ma connaissance, l'ont préconisée : Mauclaire, qui en 1895 l'a étudiée sur le cadavre; Sutton qui, en 1898, l'a appliquée avec succès dans un fait analogue aux miens.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(5 JUIN 1900)

L'Académie continue à écourter de plus en plus ses séances : de discussions, il n'en est plus question. A peine y a-t-il eu, dans le cours de l'année, quelques embryons de discussions qui, à peine ouvertes, ont été closes presque aussitôt. Voilà longtemps déjà que nous n'avons à enregistrer que des communications émanant de confrères étrangers à l'Académie. Quant à MM. les académiciens, ils continuent à se reposer.

Dans cette séance, qui a duré exactement cinquante minutes, nous avons entendu trois communications : M. Laveran a donné lecture d'une note de M. Marinesco (de Bucarest) sur les **lésions histologiques de la rage chez l'homme et chez les animaux**, que nous donnons *in extenso* :

« J'ai eu l'occasion d'étudier le système nerveux dans trois cas de rage observée chez l'homme, dont un avait présenté l'aspect clinique de la paralysie ascendante de Landry; ensuite j'ai pratiqué l'examen du système nerveux de six chiens enragés et le système nerveux de 7 lapins inoculés avec du virus fixe sous la dure-mère cranienne. Les lésions que j'ai trouvées chez l'homme peuvent être résumées ainsi : infiltration généralisée des travées interstitielles des ganglions cérébro-spinaux et du ganglion cervical supérieur par des leucocytes mono et poly-nucléaires. L'infiltration se présente parfois sous forme de nodules, qui existent tantôt autour des cellules nerveuses, tantôt dans le tissu interstitiel. Prolifération de l'endothélium, de la capsule des cellules nerveuses, et qui parfois est si considérable qu'elle occupe toute la cavité de la cellule nerveuse. Dans la moelle épinière, des réactions vasculaires sous forme d'hyperhémie et d'afflux leucocytaire autour des vaisseaux; et parfois, l'existence de vrais nodules dénommés rabiques par M. Babès. Les altérations de cellules nerveuses dans les ganglions spinaux comme dans la moelle se présentent sous forme de chromatolyse, variable d'aspect, et d'achromatose. Dans ce dernier cas le cytoplasma a une réaction acidophile. J'ai trouvé en outre dans certaines cellules radiculaires motrices des corpuscules brillants décrits déjà par Babès et que je considère comme étant dus à la nécrose de coagulation partielle du protoplasma. Le système nerveux des chiens enragés est le siège des lésions encore plus étendues, disséminées dans la moelle, le bulbe, la protubérance. Les ganglions cérébro-spinaux offrent des lésions identiques à celles qui ont été décrites par Golgi, Nepveu et sur la valeur dusquelles Van Gehuchten et Nélis ont tout particulièrement attiré l'attention. Dans la moelle épinière, dans le bulbe et dans la protubérance j'ai trouvé une réaction vasculaire avec infiltration leucocytaire et l'existence de nodules qui ont pour centre de formation, soit un vaisseau lymphatique ou un vaisseau sanguin, ou encore le pourtour de la cellule nerveuse. Chez les lapins inoculés avec du virus fixe, je n'ai pas trouvé de lésions manifestes, ni dans la moelle, ni dans le bulbe, ni dans les ganglions spinaux. Dans la plupart des cas les cellules de ces derniers présentèrent une achromatose qui parfois était très accentuée. A quoi tient cette différence entre l'action du virus fixe et celle du virus des rues? Je pense qu'il y a lieu de faire intervenir trois facteurs : 1° l'intensité du virus fixe; 2° la courte durée de survie de l'animal trépassé; 3° la voie de transmission de ce virus par la cavité arachnoïdienne. L'absence des lésions manifestes chez ces animaux montrerait que ce n'est

pas à la lésion des ganglions spinaux qu'il faut rapporter les paralysies rabiques. Je pourrais ajouter que si les lésions des ganglions cérébro-spinaux sont vraiment très intenses et caractéristiques chez le chien et chez l'homme enragés, elles ne doivent pas être considérées comme des altérations spécifiques au point de vue morphologique. J'ai rencontré des lésions plus ou moins semblables dans la névrite ascendante, dans un cas de diabète insipide. Je conviens cependant que les nodules rabiques de Babès et les altérations des ganglions spinaux telles qu'elles ont été décrites par Van Gehuchten et Nélis sont d'une grande utilité pour le diagnostic histologique de la rage; leur absence, ainsi que l'ont montré MM. Nocard, Cuillé et Vallée, n'excluant pas l'existence de la rage. »

M. Hervieux rend compte de quelques observations intéressantes, recueillies par M. Laforgue, médecin aide-major de première classe, dans le cours d'une **épidémie de variole**, survenue à Tamerna-Dedjida (département de Constantine). Cette épidémie avait sévi sur des enfants, dont les parents habitaient la partie sud-ouest du village, tandis que la partie nord était restée indemne.

M. Laforgue attribue cette immunité à leur préservation de l'influence des vents qui règnent avec persistance dans cette région pendant les mois de mars et d'avril. Mais il est d'observation que les mouches et les moucherons qui, à cette époque de l'année, commencent à devenir nombreux, ne se déplacent que dans le sens du vent, et comme ces insectes jouent, paraît-il, un rôle important dans la propagation de la conjonctivite granuleuse, M. Laforgue en conclut qu'ils n'ont pas été étrangers à l'épidémie de Tamerna-Dedjida. M. Hervieux estime que, sauf plus ample informé, la propagation de la variole par les mouches et moucherons, lui paraît aussi admissible que la propagation du paludisme par les moustiques et de la peste par les rats.

Enfin, M. Saint-Philippe (de Bordeaux) a lu un travail sur le **traitement de l'entéro-colite des enfants par la poudre de guarana.** Voici les conclusions de ce travail :

1° Les diarrhées de l'enfance doivent être soigneusement distinguées les unes des autres, pour pouvoir être traitées rationnellement. L'aspect des selles permet seul d'appliquer le traitement.

2° L'entérocolite graisseuse *dysentériforme*, dysentérique, est une variété à part, caractérisée par une étiologie des symptômes et des indications thérapeutiques spéciaux.

3° Cette espèce d'entérite est très heureusement modifiée par la poudre fraîche de pâte de guarana, qui devra être employée en macération à froid, préparée assez longtemps à l'avance.

4° Les doses varient, suivant l'âge, de 50 centigrammes à 2 grammes dans les vingt-quatre heures. Elles doivent être absorbées sans interruption.

5° L'action physiologique, évidemment complexe, mérite d'être étudiée et mise en relief. Jusqu'à plus ample informé, c'est surtout comme substitutif et comme tonique qu'il semble agir.

6° Le guarana, par sa spécificité d'action, mérite d'être mis au rang des autres remèdes *antidysentériques*.

M. Lancereaux a présenté un malade atteint d'un **anévrysme de la crosse de l'aorte**, qui a reçu trente-six injections de gélatine. Cet homme a été au Tonkin, où il a contracté des accidents de paludisme. M. Lancereaux, dans une prochaine séance, reviendra sur ce sujet.

Parmi les pièces de la correspondance, signalons une lettre du général de Galliffet, qui remercie, en fort bons termes, l'Académie des félicitations qu'elle lui a votées pour les mesures qu'il a prises contre l'alcoolisme. Il ajoute que ces mesures avaient déjà été prises par plusieurs commandants de corps d'armée et qu'il n'a fait que les généraliser.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(1er JUIN 1900)

M. Béclère, à propos de la récente communication de MM. Variot et Chicotot sur la **mensuration de l'aire du cœur par la radiographie**, indique le principe d'une méthode nouvelle qui, sans doute, donnera des résultats plus précis et plus faciles à obtenir que l'autre.

Cette méthode est fondée sur le raisonnement suivant :

Les rayons de Röntgen forment, à partir de leur foyer d'émission, un faisceau divergent : ils se dirigent en ligne droite dans toutes les directions. A la surface de l'écran, pour chaque position de l'ampoule, il existe donc un point où l'incidence des rayons de Röntgen est normale, tandis qu'en tous les autres points elle est oblique. Ce point n'est pas très difficile à déterminer exactement. Pour la mensuration de l'aire du cœur, le sujet examiné et l'écran demeurant immobile, on déplacera l'ampoule parallèlement à l'écran, de telle sorte que le point en question, le point d'incidence normale des rayons, se confonde successivement avec le bord droit et avec le bord gauche de l'ombre radioscopique du cœur, c'est-à-dire de telle sorte que l'incidence normale des rayons de Röntgen soit successivement au bord droit et au bord gauche du cœur. Il suffira de mesurer, par l'écran immobile, la distance entre ces deux points ainsi notés l'un après l'autre, à l'aide d'un calque, pour obtenir exactement sans calcul le diamètre correspondant du cœur. La même opération sera répétée pour chacun des diamètres du cœur.

M. le professeur Potain a observé, en quelques mois, plusieurs cas de **fièvre typhoïde succédant à la grippe**. Les faits de ce genre ont été sans aucun doute plus fréquents depuis quelque temps, puisque MM. Ménétrier, Rendu, Siredey, Le Gendre, Widal, Sevestre, etc., ont eu l'occasion d'en observer de semblables.

Chez tous les malades de M. Potain, il y a eu une première période d'une ou deux semaines et plus, caractérisée par la symptomatologie habituelle de la grippe; puis, au cours de cette grippe, ou après elle, se sont manifestés des signes très nets de fièvre typhoïde (stupeur, céphalée gravative, etc.), dont l'authenticité fut nettement affirmée par le séro-diagnostic. Dans tous ces cas, contrairement à ce qu'on aurait pu penser, la fièvre typhoïde évolua de façon bénigne.

Les observations d'**ostéo-arthrite suppurée d'origine pneumococcique** rapportées dans l'avant-dernière séance, par M. Fernet, ont engagé M. Rendu à rapporter un fait curieux, dans lequel plusieurs articulations furent inégalement envahies au décours d'une pneumonie. Le point intéressant de cette observation est la coexistence, chez le même sujet, et sous l'influence de la même cause infectieuse, de deux arthrites, l'une suppurée, l'autre séreuse. L'examen bactériologique a été soigneusement pratiqué avec toutes les précautions usitées, des cultures ont été faites, et voici quel en a été le résultat.

Le pus de l'articulation sterno-claviculaire, examiné au microscope, a décelé, comme micro-organisme unique, du pneumocoque en très grande quantité, sans association de streptocoque ni de staphylocoque. Les cultures ont donné le même résultat; enfin, l'inoculation à la souris a amené la mort dans les vingt-quatre heures.

La sérosité de l'hydarthrose du genou qui, à l'œil nu, était à peine plus louche que ne l'est d'ordinaire la synovie normale, n'était pas stérile comme on eût pu le croire; elle fourmillait également de pneumocoques, et ceux-ci étaient presque aussi abondants que dans le pus de l'articulation sterno-claviculaire.

Il ressort de cette observation que l'arthrite pneumococcique n'est pas toujours suppurée, du moins au sens clinique du mot, car sous le microscope le liquide synovial était certainement beaucoup plus riche en leucocytes que dans les conditions pathologiques.

M. Moizard montre dans une étude sur **le service des douteux à l'hôpital des Enfants-Malades**, comment, avec une installation très simple, peu coûteuse, on peut faire de la bonne prophylaxie hospitalière. Certes les grands bâtiments, les services luxueusement installés parlent plus aux yeux, mais il n'est pas possible qu'on y obtienne de meilleurs résultats que ceux-ci. Depuis le 1er janvier 1896 jusqu'au 15 mai 1900, il est entré exactement dans le service des douteux 5016 malades, et sur ce nombre en quatre ans et demi on a pu constater seulement 7 cas de contagion, dont six rougeoles. Ce nombre de 7 cas de contagion ne fait pas une moyenne de 2 par an, dans un service où entrent actuellement plus de 1200 malades. Il faut avouer que c'est peu, et qu'on est bien près de la perfection absolue.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Un signe précoce de la rougeole. [M. GRIPAT (d'Angers).] — Lorsqu'on recherche la rougeole, il est banal d'examiner de très près les muqueuses, où l'éruption apparaît tout d'abord, et particulièrement les yeux, pour trouver l'éruption conjonctivale. Mais M. Gripat a constaté que c'est la partie palpébrale inférieure qui est prise tout d'abord, avant la partie oculaire. La caroncule est toujours rouge avant la conjonctive qui recouvre la sclérotique. En faisant porter le regard de l'enfant en dehors, on constate que ladite caroncule fait une tache rouge et qu'elle est plus saillante qu'à l'état normal, parce qu'elle a augmenté d'épaisseur.

De plus, si on regarde l'enfant de face, on s'aperçoit bien souvent que le bord de la paupière inférieure est liséré d'un mince filet rouge qui tranche sur la blancheur du globe oculaire. Cela tient à ce que la conjonctive tuméfiée de la paupière inférieure s'est allongée et vient déborder derrière les glandes de Meibomius, comme fait la doublure d'un vêtement plus long que l'étoffe. Le liséré rouge donne à l'œil de l'enfant un aspect plus brillant et plus vif que de coutume. Grâce à ce signe, il serait parfois très facile de faire le diagnostic à distance. (*Arch. méd. d'Angers*, 20 fév. 1900.)

N.

Kyste hydatique de la plèvre, évolution latente. — L'observation publiée par M. KOLINE est surtout intéressante en ce qu'il montre quelles difficultés on peut parfois rencontrer dans le diagnostic des kystes hydatiques de la plèvre.

Un paysan, âgé de trente-huit ans, est entré dans le service de l'auteur, se plaignant de toux, de point de côté et de fièvre. Dans ses antécédents, il faut noter la fièvre palustre à l'époque où il faisait son service militaire et, il y a cinq ans, un traumatisme du thorax.

A son entrée à l'hôpital, on constata les symptômes classiques de la pneumonie; huit jours plus tard survint une pleurésie gauche que la ponction exploratrice démontra être séro-fibrineuse. L'espace de Traube était mat, le cœur était déplacé à droite; la matité atteignait la mi-hauteur de l'omoplate et de là descendait graduellement en avant.

L'épanchement s'était d'abord en partie résorbé et le niveau de matité avait commencé à descendre lorsque la température commença à s'élever, oscillant entre 38 et 40 degrés; on constata en même temps de l'œdème des jambes et de la faiblesse du pouls; à la ponction exploratrice on retira du pus. En raison de la gravité de l'état général, on décida de pratiquer l'empyème; il s'écoula beaucoup de pus vert, épais, et la température devint normale dès le lendemain de l'opération. Ce n'est que dix jours après l'opération que le malade expulsa par la plaie, pendant la toux, deux poches d'échinocoques où l'on trouva les crochets caractéristiques. Une de ces poches était suppurée. En dehors de ce fait, les suites opératoires ne présentèrent rien de particulier et l'opéré sortit complètement guéri.

Voici donc un cas où l'évolution du kyste est restée absolument latente, et n'a même pas pu être soupçonnée; ni le niveau de matité, ni les ponctions, ni la pleurotomie ne permettaient d'y songer jusqu'au moment de l'expulsion des hydatides. (*Khirurghie*, avril 1900.) S. B.

Cicatrices exubérantes consécutives au corset. — M. CH. AUDRY (de Toulouse). Tout le monde sait que les chéloïdes et les cicatrices chéloïdiennes peuvent succéder aux érosions les plus insignifiantes du tégument. Voici pourtant un cas où l'origine s'en est montrée assez extraordinaire :

On connaît la série des lésions cutanées que le corset détermine sur la peau des flancs et du ventre des femmes qui en portent. Érosions croûteuses, mélanodermies linéaires, bandes d'achromies, tout cela s'observe non seulement chez les obèses, mais aussi chez les maigres, chez les jeunes et les vieilles, sous les corsets les plus luxueux et les plus prolétaires. M. Audry a vu une belle jeune fille qui avait au niveau du sillon du corset une plaque de neurodermite circonscrite tout à fait opiniâtre.

Elle était entrée à la Clinique pour se débarrasser d'une quantité énorme de pediculi pubis étendus au ventre, aux aisselles, etc.

C'était une fille d'ailleurs très robuste, un peu grosse, plutôt brune. Au niveau de la zone de pression du corset, en outre d'une mélanodermie assez légère, on constatait à droite et à gauche, au niveau des épines iliaques, d'un côté une, et de l'autre deux traînées cicatricielles, blanches, un peu gaufrées; surélevées, longues de 4 à 5 centimètres, elles avaient à peu près la hauteur d'une traînée d'urticaire habituelle; du reste, elles étaient souples, et c'est une saillie seule, c'est-à-dire leur apparence plutôt que leur structure probable, qui permettait de leur appliquer l'épithète de chéloïdiennes; elles étaient indolentes.

Par ailleurs, elle ne présentait aucune autre altération cutanée qui affectât un caractère semblable. (*Bul. de la Soc. de dermatol.*, n° 4, 1900.)

VOIES URINAIRES

Rétention d'urine traitée par les injections intra-urétrales de cocaïne. — M. L. MARTEL, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne, admet que dans un assez grand cas, même lorsqu'il y a une lésion du canal ou de la prostate, la rétention d'urine tient à un spasme de l'appareil sphinctérien de l'urètre. Aussi en présence d'une rétention aiguë, le chirurgien au lieu d'avoir recours immédiatement au cathétérisme, qui trop souvent devient une cause d'infection vésicale, si l'on n'a pas employé les plus minutieuses

précautions d'antisepsie, doit user des moyens de douceur (cataplasmes, lavements chauds), et, en cas d'insuccès, essayer, avant la sonde, l'injection tiède d'une solution cocaïnée avec une seringue urétrale ordinaire.

Dans quatre cas de rétention d'urine observés à la suite d'un acte opératoire (cure radicale d'une hernie, d'hydrocèle, fracture de jambe par choc direct, chute d'un lieu élevé), l'injection cocaïnée a un plein succès, et souvent après quelques minutes d'attente la miction spontanée a eu lieu (deux minutes, un quart d'heure). Dans l'un des faits rapportés par M. Martel, l'injection pratiquée cinq jours de suite a toujours provoqué l'évacuation spontanée de l'urine. C'est en vain que dans ce dernier cas, soupçonnant l'injection d'agir par suggestion, on tenta simplement d'injecter de l'eau bouillie : le résultat en fut nul et l'effet recherché ne se produisit bien réellement qu'en présence de la cocaïne.

Voici la technique mise en usage par M. L. Martel :

Il se sert d'une solution de cocaïne à 1/50; l'injection, tiède ou chaude, est faite avec une seringue urétrale ordinaire de la capacité de 6 à 7 centimètres cubes et poussée sans force. Au retrait de la seringue le méat étant obturé et pincé avec les doigts, on fait quelques malaxations du canal tendant à refouler l'injection qui le distend vers l'urètre profond; uue ou deux minutes suffisent; le méat relâché 4 à 5 grammes de l'injection s'écoulent. Au bout d'un temps plus ou moins long le malade qui a continué à souffrir de coliques vésicales sent brusquement l'obstacle vaincu et se sent uriner. Dans l'observation où l'injection a dû être pratiquée pendant cinq jours et demi, le temps écoulé entre l'injection et la miction correspondante a été d'abord très court (deux minutes), puis d'un quart d'heure, d'une demi-heure, et une fois même au quatrième jour l'attente a été de trois heures. Peut-être s'était-il produit une sorte d'accoutumance?

Un procédé si simple, si anodin, est certainement utilisable dans d'autres états aigus, tels que la rétention d'urine chez des tuberculeux, des blennorragiques, et peut-être aussi dans les rétentions par engorgement de la prostate et rétrécissement de l'urètre. Dans ces rétentions le spasme sphinctérien est souvent des plus évidents et la cocaïne peut le vaincre. La seule contre-indication à ce moyen paraît être l'existence d'une plaie du canal (rupture ou fausse route) permettant une absorption trop facile ou trop rapide de la cocaïne. (*La Loire médicale*, 15 mai 1900.) N.

THÉRAPEUTIQUE

Des injections sous-cutanées ferrugineuses (M. Birgelen). — Dans le traitement de la chlorose et de l'anémie, on a bien souvent vanté les injections sous-cutanées ferrugineuses, soit à cause de leur commodité, soit à cause des contre-indications qui peuvent s'opposer à l'emploi de la voie stomacale (ulcère rond, intolérance pour les préparations ferrugineuses). Les sels de fer que l'on a injectés sont fort nombreux : ce sont des tartrates, des citrates, des pyrophosphates, des peptonates, etc.

M. Birgelen a rapporté récemment quatre cas de chlorose et d'anémie, dans lesquels il a employé le citrate de fer et le citrate de fer ammoniacal, à la dose de 0g10 centigr. en solution aqueuse à 10 p. 100. Les injections ont été faites au bras avec toutes les précautions d'asepsie, et, pour éviter les inconvénients de formation de moisissures, il s'est servi de solutions ayant moins de huit jonrs de date.

La réaction locale a été habituellement assez forte à la suite des injections; il s'est fait rapidement une tuméfaction boutonneuse, étendue et douloureuse et il a souvent persisté un noyau dur, bleuâtre et sensible à la pression. Avec le citrate d'oxyde de fer, il s'est fait deux fois une inflammation intense, avec fièvre et aboutissant à un abcès.

Dans deux cas, ces injections ont donné fort nettement d'heureux résultats et une amélioration rapide caractérisée par l'augmentation du nombre des hématies et de la richesse en hémoglobine. Dans les deux autres cas, il y eut insuccès, et même, pour l'un des malades, les symptômes d'irritation furent assez intenses pour obliger à interrompre le traitement.

Pour conclure, les résultats des injections sous-cutanées ferrugineuses ne sont pas aussi favorables qu'on l'a dit, mais cependant, elles peuvent être employées avec avantage quand la voie stomacale est contre-indiquée. On devra, en pareil cas, employer de préférence le citrate de fer ammoniacal, qui n'est cependant pas à l'abri de tout reproche. (*Rev. gén. de méd., de ph. et d'hyg. prat.*, 1900.) N.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 11 au 16 juin 1900)

Examens de doctorat.

Lundi 11 juin, à une heure. — 1er, *Faculté, salle n° 1* : MM. Rémy, Poirier et Retterer; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Lejars et Delbet; — (2e série) : MM. Terrier, Mauclaire et Legueu; — (2e partie) : MM. Potain, Déjerine et Teissier; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Lannelongue, Kirmisson et Walther; — (2e série) : MM. Delens, Tuffier et Broca (Aug.); — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Launois; — M. Jalaguier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. André, suppléant.

Mardi 12 juin, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Nélaton, Quénu et Poirier.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Blanchard et Ménétrier.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Rémy, Thiéry et Bonnaire ; — (2e partie), *Faculté, salle n° 3* (1re série) : MM. Hutinel, Charrin et Achard; — *Faculté, salle n° 1* (2e série) : MM. Dieulafoy, Roger et Thiroloix; — M. Weiss, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Schwartz et Albarran; — (2e série) : MM. Berger, Brun et Faure; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Raymond et Marfan; — M. Vaquez, suppléant.

Mercredi 13 juin, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Tuffier, Poirier et Legueu.

1er, *Faculté, salle n° 1* : MM. Rémy, Delbet et Sébileau; — 3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Jalaguier, Mauclaire et Lepage; — (2e partie), *Faculté, salle n° 3* : MM. Brissaud, Gilles de la Tourette et Wurtz.

4e *Petit amphithéâtre* : MM. Pouchet, Thoinot et Langlois; — M. Widal, suppléant.

Jeudi 14 juin, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Rémy, Retterer et Thiéry.

2e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 3* ; MM. Blanchard, Gley et Launois ; — 3e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Nélaton, Brun et Bonnaire.

3e (oral, 1re partie), *Petit amphithéâtre* : MM. Guyon, Faure et Wallich; — (2e partie), *Grand amphithéâtre* : MM. Raymond, Roger et Tessier.

4e *Faculté, salle n° 1* : MM. Proust, Vaquez et André; — M. Chassevant, suppléant.

Vendredi 15 juin, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Broca (Aug.) et Walther.

1er, *Faculté, salle n° 1* : MM. Rémy, Retterer et Sébileau; — M. Gley, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Delens, Kirmisson et Legueu; — (2e série) : MM. Tuffier, Jalaguier et Mauclaire ; — M. Wurtz, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : Tillaux, Delbet et Lejars ; — (2e partie, 1re série) : MM. Potain, Landouzy et Teissier ; — (2e série) : MM. Hayem, Widal et Thoinot ; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Desgrez, suppléant.

SAMEDI, 16 JUIN, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Albarran et Thiéry.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Hanriot et Thiroloix.

1er, *Faculté, salle n° 1* : MM. Schwartz, Poirier et Retterer.

2e (nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Rémy, Langlois et Gley.

3e (2e partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Debove, Joffroy et Marfan ; M. Weiss, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Chantemesse, Vaquez et Dupré ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Roger et Achard ; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich ; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours des hôpitaux (médecine). — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Marion et Riche.

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — Le 19 novembre 1900, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour la nomination d'un chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Marseille. — M. Sepet est nommé médecin-adjoint.

Muséum d'histoire naturelle. — Par décret présidentiel, et conformément aux présentations faites, M. Edmond Perrier, membre de l'Institut, professeur de zoologie, est nommé directeur du Muséum pour une période de cinq ans en remplacement de M. Milne-Edwards, décédé.

Guerre. — Un concours s'ouvrira le 17 décembre prochain, à huit heures du matin, à l'école d'application du service de santé militaire à Paris pour l'admission de docteurs en médecine, à l'emploi de médecin stagiaire. Les candidats devront remplir les conditions suivantes :

1° Être nés ou naturalisés Français ;

2° Avoir eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier 1900 ;

3° Avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée ; cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire, du grade de médecin-major de deuxième classe au moins ;

4° Souscrire l'engagement de servir au moins pendant six ans dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Les épreuves à subir seront :

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Examen de deux malades atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Une épreuve de médecine opératoire précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;

4° Interrogations sur l'hygiène.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées, avec les pièces à l'appui, au ministre de la Guerre (direction du service de santé, premier bureau, personnel et mobilisation), avant le 1er décembre prochain.

Prix de chirurgie d'armée. — Le prix de chirurgie d'armée, dont le sujet était pour le concours de 1899 : « De l'hémostase en campagne, ses moyens, son emploi, » a été decerné à M. le médecin-major de deuxième classe Moignard, surveillant à l'École d'application du service de santé militaire.

Ier Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale (23-28 juillet 1900). — Le comité exécutif du Congrès international de médecine professionnelle communique au corps médical les divers avis suivants :

Pour être insérée au programme officiel, toute communication doit être adressée au bureau du Congrès, 120, boulevard Saint-Germain, Paris, avant le 1er juillet 1900 (art. 10 du règlement), ou inscrite avant ce dernier délai sur le registre des communications au Congrès, actuellement déposé à la librairie Masson.

Toute modification au programme officiel ou avis concernant l'emploi du temps des congressistes pendant la journée seront affichés chaque matin dans les salles de réunion des diverses sections.

Les orateurs sont avertis qu'il n'y aura pas de sténographes dans les salles ou amphithéâtres de la Faculté de médecine. Ils devront faire eux-mêmes, séance tenante, un court résumé en langue française de leur communication.

Ce résumé servira de texte officiel pour la rédaction des comptes rendus et les communications immédiates à la presse. Il devra être immédiatement remis aux secrétaires de section. En l'absence de ce résumé, celui du secrétaire sera adopté.

Les délégations d'universités, sociétés, chambres médicales, conseils d'ordre, collèges médicaux, qui désirent voir figurer les noms de leurs représentants sur les publications du Congrès, sont informés que la liste sera close le 1er juillet prochain.

Un bureau de poste restante sera établi pour les congressistes, durant la session, à la librairie Masson.

Le diagnostic de la mort aux îles Marquises. — Si l'on en croit les voyageurs, dans les îles Marquises il existe un moyen très peu banal de reconnaître si un homme est réellement mort. Les jeunes filles du pays viennent entourer le lit du défunt et se mettent à danser autour du cadavre en prenant des poses lascives. De temps en temps, l'une d'elles se penche sur le cadavre et l'examine attentivement, puis elle s'écrie : « Il n'a pas bougé, il ne bouge pas. Hélas! il est bien mort. » Ce qui équivaut au permis d'inhumer.

Heureux climat où la mort seule rend l'homme insensible aux charmes de la beauté !

Héritage malfaisant. — Un de nos confrères de Bruxelles signale au *Journal d'hygiène* une de ses malades infestée par le port d'une robe qui lui était échue en héritage.

Cette jeune femme, très bien portante, n'avait aucun soupçon de tuberculose du côté des parents. A la suite du décès d'une de ses amies, elle se mit à porter une robe de la défunte et ressentit de suite quelques accidents généraux, qui disparurent après quelque temps de traitement. Bientôt, à la suite d'une contusion, il lui survint au coude un abcès tuberculeux ; une fistule persista avec des lésions de périostite.

Enfin, peu de mois après, des phénomènes aigus survinrent du côté des poumons et enlevèrent la malade.

Moralité : se méfier du port de vêtements ayant appartenu à des malades ; prendre soin de les faire désinfecter.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Prolongation de la validité des billets d'aller et retour ordinaires.* — A partir du 1er juin, et pendant toute la durée de l'Exposition, la validité des billets d'aller et retour ordinaires pour Paris sera ainsi fixée :

4 jours	pour les distances	de 100 à 200	kilomètres.
6 —	—	de 201 à 300	—
8 —	—	de 301 à 400	—
10 —	—	de 401 à 500	—
12 —	—	de 501 à 700	—
14 —	—	de 701 à 900	—
16 —	—	au delà de 900	—

Faculté de prolongation de moitié à deux reprises moyennant un supplément de 10 p. 100 chaque fois.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 65. — SAMEDI 9 JUIN 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 9 JUIN 1900. — N° 65.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Revue générale. La tuberculose des séreuses, par M. A.-F. Plicque, chef de laboratoire à l'hôpital Lariboisière, ancien interne des hôpitaux. — Séance de la Société de chirurgie. — Séance de la Société de neurologie. — Médecine pratique. De l'emploi de l'acide lactique dans la diarrhée infantile; — Traitement des pleurésies purulentes aiguës; — Traitement de la pelade par le collodion iodé; — Traitement du psoriasis par les grands bains à l'huile de cade. — Revue bibliographique. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

REVUE GÉNÉRALE

La tuberculose des séreuses.

Par M. A.-F. Plicque, chef de laboratoire à l'hôpital Lariboisière, ancien interne des hôpitaux.

Au commencement de ce siècle, Bichat, dans un éclair de génie, donnait la première description d'ensemble du système séreux. Il montrait la parenté anatomique et pathologique de toutes ces membranes jusque-là étudiées isolément : le péritoine, la plèvre, le péricarde, l'arachnoïde, la tunique vaginale et même les synoviales tendineuses ou articulaires. Il montrait leur rôle pour l'isolement et la protection de tous les viscères importants. Les séreuses sont aujourd'hui regardées comme de vastes fentes lymphatiques. Ainsi que tous les organes lymphoïdes elles constituent pour l'organisme un des principaux centres de phagocytose et un des moyens les plus énergiques de résistance à l'infection. Dans la tuberculose du tissu séreux cette résistance est, comme on le verra souvent, victorieuse. Plus fréquemment qu'ailleurs le foyer bacillaire est éteint et stérilisé sur place. Peut-être Bichat (1) avait-il déjà entrevu que, dans la protection des séreuses, intervient autre chose qu'un élément purement mécanique. « Dans cette atmosphère humide, dit-il, vont pour ainsi dire se perdre toutes les émanations morbifiques de l'organe sans que ces émanations atteignent les autres. » Et plus loin il remarquait que les séreuses et les synoviales sont les seuls systèmes où s'observent « des inflammations tuberculeuses à marche chronique et lente ».

Des années passèrent. La tuberculose des séreuses fit l'objet de nombreux travaux de détail. Quelques-uns — comme les thèses de Brouardel et de Tapret sur la péritonite tuberculeuse, comme les travaux de Landouzy et de Grancher sur les pleurésies bacillaires et sur les symphyses pleurales, comme le mémoire de Guersant sur les méningites, comme les études de Lannelongue sur les tuberculoses articulaires — resteront longtemps classiques. Ils constituaient des matériaux isolés de très grande valeur, mais ils n'abordaient pas l'ensemble de la question. En 1896, A.-N. Péron publiait comme thèse, ses recherches anatomiques et expérimentales sur les tuberculoses de la plèvre. Ce travail de 160 pages, profondément personnel et original, ne fut d'ailleurs qu'une première étape.

Avec un grand esprit de méthode, Péron continuait patiemment ses recherches. Deux mémoires, qu'il fit paraître en 1898, marqueront, dans l'histoire de la tuberculose des séreuses, une date décisive. Le premier a trait aux modes de défense des séreuses et aux propriétés bactéricides naturelles des épanchements séreux. Le second, plus important encore peut-être, aborde l'histoire de la tuberculose méningée. Discutant les causes de mort dans cette inexorable affection, cette étude fait entrevoir la possibilité du traitement antitoxique. Ces deux mémoires ainsi qu'une série de communications plus fragmentaires seront d'ailleurs résumés plus loin. Ils constitueront le fond même de cette revue.

Les divers modes d'infection des séreuses feront l'objet de la première partie. Ce sujet forcément un peu aride comporte pourtant, au point de vue de la prophylaxie, quelques déductions pratiques. La deuxième partie, beaucoup plus importante étudiera les modes de réaction et de défense des séreuses vis-à-vis de l'infection bacillaire. Pour les méninges, le dernier mémoire de Péron offre un intérêt tel, que son analyse mérite d'être faite isolément et constituera, dans cette partie, un paragraphe tout à fait spécial.

L'évolution clinique de la tuberculose des séreuses est plus difficile à résumer dans une étude générale que la pathogénie et l'anatomie pathologique. La fin de cette étude essaiera tout au moins de dégager les données les plus importantes pour la pratique usuelle et pour le traitement.

I

Les séreuses chez l'homme constituent des cavités parfaitement closes. N'ayant pas de communication avec l'extérieur, elles échappent donc à l'inoculation tuberculeuse directe. Elles ne peuvent être infectées que par la voie sanguine, par la voie lymphatique, par propagation de proche en proche d'un foyer tuberculeux. Encore dans ce dernier cas s'agit-il surtout, comme on le verra, d'une infection lymphatique.

Chez la femme, une des séreuses les plus importantes, le péritoine, a toutefois un isolement moins complet. Par l'ori-

(1) Bichat. *Anatomie générale*, 1821, t. IV, p. 116 et 162.

fice des trompes, celui-ci communique avec la cavité utérine. Cette voie fort intéressante de l'infection a été bien étudiée dans la thèse de Brouardel (1). Elle explique beaucoup de pelvi-péritonites tuberculeuses. Elle peut même être le point de départ non seulement de péritonites généralisées, mais de tuberculoses pleuro-péritonéales. Cette forme est d'ailleurs beaucoup plus fréquente chez la femme. Mais dans quelques cas la filiation exacte des accidents reste incertaine. A côté des faits de péritonites consécutives à une affection de l'utérus et des trompes, se placent peut-être des faits inverses de métrites et de salpingites consécutives à l'invasion du péritoine. Dans un cas remarquablement étudié par Péron (2), le bacille de Koch existait à la fois dans la cavité de l'utérus, dans les trompes et dans le péritoine. Mais il était difficile de préciser la succession des accidents. Quoi qu'il en soit, chez la femme plus encore que chez l'homme, le péritoine n'en est pas moins le véritable réactif de l'état pathologique et surtout de la tuberculose des organes génitaux. Son rôle ne peut être mieux comparé qu'à la sympathie de la plèvre dans la tuberculose du poumon.

L'infection sanguine intervient surtout dans la granulie des séreuses. Parfois, suivant l'expression de Péter, il grêle littéralement des tubercules. La plèvre, le péricarde, le péritoine, les méninges en sont absolument criblés. Cette tuberculose miliaire aiguë dépend d'une infection hématogène. Presque toujours, comme l'a montré Buhl, la pénétration des bacilles dans le sang est due à un ancien foyer caséeux. La présence directe, soit dans le sang, soit dans les vaisseaux, a été constatée dans toute une série d'observations classiques; la première en date appartient à MM. Cornil et Babés. Mais surtout ce mode d'infection est facile à démontrer expérimentalement; il est réalisé chez l'animal plus brutalement mais de la même façon que chez l'homme, par l'injection, dans les veines, d'une culture virulente du bacille de Koch. Au point de vue pratique, l'intérêt de tous ces faits est surtout le réveil possible des tuberculoses anciennes, même parfaitement guéries en apparence, sous forme de granulie. Le surmenage, la nourriture insuffisante, l'alcoolisme, jouent souvent dans ce réveil le rôle de causes occasionnelles. Ainsi s'expliquent les explosions de granulie relativement fréquentes chez les jeunes soldats récemment incorporés.

L'infection des séreuses par la voie lymphatique doit être étudiée avec plus de détail. D'une part, elle paraît de beaucoup la plus fréquente. D'autre part, elle aboutit à des formes plus curables et par suite plus intéressantes, pratiquement, que la granulie.

Le point de départ de cette infection lymphatique est parfois évident. Troisier, Grancher, dans les pleurésies consécutives à la phtisie pulmonaire, ont constaté de véritables injections des lymphatiques par la matière tuberculeuse. Lannelongue, Lejars ont pu suivre étapes par étapes la marche de l'envahissement lymphatique dans des péritonites consécutives à la coxo-tuberculose. Dans tous les cas où les séreuses sont envahies par contiguité : méningites consécutives à la carie du rocher, pleurésies consécutives à des caries du sternum et des côtes, péritonites consécutives à des abcès froids, la lymphangite paraît être au début le premier intermédiaire. Ce retentissement de la lymphangite est facile à comprendre sur les séreuses ; celles-ci ne sont, en effet, que des vastes fentes lymphatiques.

Le point de départ de l'infection lymphatique peut être beaucoup plus obscur. Dans certains cas même, il fait absolument défaut. Pour expliquer ces faits, Péron a supposé que, dans certaines pleurésies, le transport des bacilles jusqu'à la plèvre pouvait se faire sans laisser de trace dans les cavités alvéolaires. Le bacille introduit par infection aérienne pénétrerait directement jusqu'à la plèvre. Cette pénétration serait due à une sorte de transfert par l'intermédiaire des leucocytes et plus généralement des cellules à poussières du poumon.

Pour la plèvre, les faits de ce genre semblent l'exception. Pour le péritoine, ils deviennent beaucoup plus fréquents. Ils prennent un intérêt pratique réel. Cette possibilité et cette fréquence d'une tuberculose péritonéale à la suite de la pénétration du bacille de Koch dans l'intestin donne une grande importance aux infections d'origine alimentaire. C'est par ce mode d'invasion que doivent s'expliquer beaucoup de péritonites tuberculeuses primitives, beaucoup de tuberculoses pleuro-péritonéales. Peut-être même, si bizarre que le fait puisse sembler, l'étape péritonéale peut-elle, elle aussi, être franchie sans réaction. La première manifestation apparente débuterait par la plèvre et serait une pleurésie.

Tchistowitch (1) dans son étude sur la tuberculose intestinale de l'homme a rapporté à cet égard des faits bien intéressants. Dans sept autopsies avec ulcérations intestinales étendues et profondes, la péritonite manquait. Dans trois autres, sans aucune lésion intestinale, le péritoine était envahi et la plèvre était simultanément prise. La pénétration directe du bacille tuberculeux à travers la muqueuse intestinale saine a depuis été démontrée expérimentalement par Dobroklonsky (2). La protection contre les bacilles introduits dans les voies digestives est donc beaucoup moins considérable qu'on ne l'a longtemps supposé. Le pouvoir bactéricide du suc gastrique paraît, d'après les recherches de Straus et de Wurtz, assez inconstant et fait facilement défaut. La barrière opposée par l'épithélium intestinal est assez facilement franchie. La tuberculose pulmonaire est le plus souvent produite par inhalation. Mais la tuberculose du péritoine, la tuberculose simultanée du péritoine et de la plèvre semblent le plus souvent produites par ingestion. Les expériences de Dobroklonsky montrent même dans ces tuberculoses par ingestion la possibilité d'infections à distance sans lésion intestinale d'entrée, sans étape péritonéale de voisinage. Tout un côté de la prophylaxie aujourd'hui un peu négligé reprend par suite une grande valeur. La question du danger offert par le lait et la viande d'animaux tuberculeux devient aussi intéressante que la question du danger présenté par les crachats. Cette importance est surtout capitale chez le jeune enfant. Mais surtout on voit apparaître le rôle possible de l'eau potable, rôle jusqu'ici absolument négligé. Le bacille de Koch ne se multiplie pas dans l'eau à la température ordinaire, mais il y résiste fort longtemps. Les causes de souillures de l'eau par ces bacilles sont extrêmement nombreuses. La résistance du bacille soit à la putréfaction, soit à l'action de l'eau, est en effet considérable. Des poumons tuberculeux enterrés par Cadéac et Mallet gardaient leur virulence au bout de

(1) P. Brouardel. *Tuberculose des organes génitaux chez la femme*, Th. de Paris, 1865.

(2) Péron. *Bull. de la Soc. anat.*, 1893, p. 538.

(1) *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1889, p. 109.

(2) *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, mars 1899.

cent soixante-sept jours. Soumis à l'action d'une eau courante ils étaient encore virulents au bout de cent cinquante jours. Les cimetières où sont enterrés par milliers les tuberculeux avec leurs milliards de bacilles peuvent donc devenir dangereux pour la nappe d'eau souterraine. A cet égard la crémation des cadavres d'hommes ou d'animaux tuberculeux constituerait un réel progrès hygiénique.

Fort heureusement, dans bien des cas, les séreuses envahies résistent d'une façon remarquable au bacille de Koch. Parfois même, comme l'ont montré certaines expériences de Péron (1) sur le rôle bactéricide des épanchements séreux, la stérilisation paraît presque immédiate et se fait sans grande réaction locale. Ces expériences vont se retrouver plus loin.

II

Les lésions provoquées par la tuberculose sur les séreuses sont extraordinairement variées. C'est vainement qu'on a essayé de les classer dans des types plus ou moins schématiques : exsudats secs avec ou sans adhérences, épanchements séreux, séro-fibrineux, purulents, chyliformes, hémorragiques, éruption granulique miliaire. En réalité comme le fait remarquer justement Péron (2) il n'existe peut-être pas deux cas exactement comparables « Il y a autant de lésions diverses qu'il y a de malades. »

Toutes ces lésions dépendent cependant d'une même cause. Mais il faut tout d'abord tenir compte des voies si diverses d'infections. Il faut tenir compte du nombre des bacilles, de leur virulence plus ou moins grande. Il faut en dernier lieu faire intervenir les variations de résistance individuelle. Toutes les réactions cellulaires, si multiples, si variées, tendent vers un même but commun : annihiler et rendre inoffensifs les parasites bacillaires. Mais l'intensité de ces réactions est extrêmement diverse. Parfois aussi la cellule succombe avant d'avoir atteint son but.

Un premier type extrêmement fréquent dans la tuberculose des séreuses est celui où la réaction locale paraît disproportionnée à l'infection. Telles sont ces pleurésies donnant trois ou quatre litres d'épanchement pour quelques tubercules, parfois même pour un tubercule isolé. Cette intensité de la réaction inflammatoire a souvent contribué à masquer la nature exacte de la maladie.

L'origine bacillaire de l'immense majorité des pleurésies séreuses n'est plus aujourd'hui discutée. Elle a été démontrée par les autopsies. Dans les cas de mort subite au cours d'un épanchement abondant, toute une série d'observations a montré l'association de cet épanchement avec une tuberculose souvent très discrète, très minime, parfois même en voie de guérison (cas de Landouzy, de Dujardin-Beaumetz (3), de Kelsch, de Binet (4), de Legrand (5). Les preuves d'ordre bactériologique n'ont pas été moins démonstratives. Netter a obtenu chez le cobaye toute une série d'inoculations positives avec le liquide de pleurésies tantôt certainement tuberculeuses tantôt simplement suspectes. Ces dernières donnent même des résultats positifs plus constants (60 p. 100 au lieu de 40 p. 100), que les pleurésies survenues chez des tuberculeux avérés. La réaction de la tuberculine ne se montre pas moins affirmative que les inoculations. La sensibilité des pleurétiques à la tuberculine est à peu de chose près la même que celle des tuberculeux les plus francs. On sait d'ailleurs que Debove et Renaut (1) ont pu isoler la tuberculine d'épanchements pleurétiques. Il serait superflu d'insister sur tous ces faits. L'essentiel est de se rappeler que, pas plus que les variations dans l'évolution clinique, les variations anatomique n'excluent l'idée de tuberculose.

(1) Péron. La sérothérapie tuberculeuse naturelle, Soc. de biol., 15 oct. 1898.
(2) Anatomie pathologique de la tuberculose pleurale, *Presse méd.*, 1898, vol. I, p. 95.
(3) *Gaz. méd. de Paris*, 1873.
(4) *Arch. gén. de méd.*, 1884 et 1887.
(5) Soc. méd. des hôpit., avril 1891.

Un premier facteur, la composition chimique du liquide et l'abondance plus ou moins grande de la fibrine, exerce une grande influence sur la marche des lésions. La fibrine paraît exercer sur les bacilles un véritable isolement mécanique. Les dépôts fibrineux que se forment les enserrent et les englobent. Dans les examens bactériologiques directs c'est dans les petits coagula fibrineux qu'on a le plus de chance de découvrir quelques bacilles. Dans les inoculations Netter a remarqué que si, après avoir injecté le liquide, on inoculait également le mince dépôt fibrineux formé souvent dans la cavité, la proportion des résultats positifs augmentait considérablement. Tous ces faits sont en rapport avec un fait depuis longtemps constaté en clinique : la bénignité relative des épanchements franchement inflammatoires donnant après la ponction un coagulum fibrineux abondant. Ce fait ne signifie pas, comme on l'a longtemps cru, que ces épanchements n'étaient pas de nature tuberculeuse. Il signifie une réaction cellulaire suffisante pour englober les bacilles et aboutir à la guérison.

Le rôle de la fibrine dans la production et l'organisation des fausses membranes est également très grand. Cette formation d'adhérences peut au péritoine et à la plèvre aboutir à la suppression de la cavité séreuse, à des symphyses pariéto-viscérales. Elle peut, aux articulations, aboutir à l'ankylose. Elle n'en constitue pas moins un effort curateur plus grand peut être encore que l'épanchement. L'ensemble du processus anatomique tend à réparer pour ainsi dire pas à pas les lésions. « Quand, et pour des raisons encore inconnues, la lutte s'éteint ainsi dans la pseudo-membrane, écrit Péron, les sérums transsudés se résorbent et le tissu conjonctivo-vasculaire néoformé réunit les deux feuillets par des adhérences cicatricielles. Lorsqu'on examine, plusieurs mois ou plusieurs années après la guérison de la pleurésie ces adhérences qui renfermaient primitivement les évolutions tuberculeuses histologiques, celles-ci ont disparu. Il ne reste entre les trousseaux fibreux des adhérences plus ou moins modifiées que les grands centres caséeux primitivement inclus dans la néo-membrane. Cette constatation est d'un réel intérêt pratique. » Elle explique le réveil parfois très lointain de ces centres caséeux. Elle explique aussi les faits nombreux de guérisons définitives, de tuberculoses absolument curables de la plèvre où ces centres sont à la fin transformés en tissu fibreux inoffensif.

Les exsudats secs, les épanchements séreux ou séro-fibrineux représentent donc des processus favorables, au moins bactériologiquement. A l'opposé se placent les empyèmes tuberculeux des séreuses. Quelles sont les raisons qui déterminent la nature séro-fibrineuse ou purulente d'un épanchement? Ce sont les mêmes germes qui interviennent dans les deux cas. Les expériences de Péron permettent de supposer que la suppuration n'est qu'un nouvel effort, en quelque sorte une deuxième ligne de résistance, la première une

(1) Soc. méd. des hôpit., juillet 1891.

fois vaincue. En dehors de la fibrine, dont le rôle vient d'être signalé, les exsudats séreux semblent renfermer en proportions variables des substances chimiques bactéricides. Ces substances, comme on l'a vu plus haut, paraissent à leur maximum dans les épanchements franchement aigus. Elles permettent à l'organisme de se débarrasser des parasites sans l'intervention de la diapédèse et des leucocytes, c'est-à-dire de la suppuration. Mais ce premier mode de défense peut se trouver insuffisant, soit du fait d'une infection trop massive ou trop violente, soit du fait d'une résistance moindre des tissus. En ce cas, les phagocytes tentent en quelque sorte un dernier effort. La pseudo-membrane fibrineuse n'existe plus, un magma caséeux formé de débris leucocytiques et de parasites la remplace. Sans cesse la diapédèse s'effectue. Mais le nombre des leucocytes versés au lieu infecté, s'il aide à la stérilisation, n'aide pas à la réparation. Il ne sert qu'à augmenter la quantité de pus. L'ensemble des néoformations qui, dans les formes primitivement bénignes, constituent essentiellement le processus curateur, la néogénèse vasculaire, le tissu conjonctif de cicatrice fait ici absolument défaut. Tout se borne à une tentative d'enkystement en masse du foyer infecté grâce à un épaississement parfois énorme des tissus voisins. L'adhérence est impossible.

Il n'est pas d'ailleurs absolument rare de voir s'associer ces trois ordres de lésions : adhérences, épanchements séro-fibrineux, épanchements suppurés. Le fait s'observe surtout au péritoine et à la plèvre. A côté d'épanchements ascitiques ou pleuraux absolument limpides, on peut trouver sur un point un abcès enkysté, véritable kyste caséeux. Souvent aussi, au pourtour des empyèmes, on rencontre des adhérences, lésions ébauchées d'organisation.

D'autres aspects de l'épanchement ont une signification moindre. La nature hémorragique, par exemple, n'est souvent qu'un accident lié à l'ulcération d'une branche vasculaire importante par un tubercule. Elle peut aussi, comme cela a lieu assez souvent chez les tuberculeux alcooliques, s'expliquer par une friabilité spéciale des vaisseaux. Assez fréquemment, comme l'a bien montré M. Letulle, c'est au moment d'une ponction, par suite de la décompression subite, que la rupture vasculaire se produit. L'hémorragie est donc en partie artificielle. Une seule forme hémorragique de tuberculose des séreuses offre une autonomie réelle. C'est l'hématome simple de la plèvre. Suivant l'expression pittoresque de M. Dieulafoy, ces hématomes simples sont presque toujours une véritable hémoptysie pleurale. Plus encore que les épanchements séro-fibrineux, ils masquent derrière eux l'épanchement bacillaire. Cette forme aboutit quelquefois à la suppuration, plus souvent elle se termine par organisation et guérison durable.

Les épanchements chyliformes sont surtout le fait d'une inflammation chronique, sans aucune tendance à l'organisation. Dans l'observation classique de M. Debove, il n'y avait dans la plèvre aucune fausse membrane, il n'existait dans le liquide aucun dépôt membraneux. M. Courtois-Suffit (1) a justement rapproché les ascites graisseuses des empyèmes graisseux. Ils peuvent s'expliquer de la même façon : « Cette transformation des épanchements paraît être une loi pour les lésions tuberculeuses où qu'elles siègent, qu'il s'agisse d'abcès froids, d'abcès ossifluents, de pleurésie. » L'épanchement chyliforme n'est ainsi que le déchet des sécrétions de la séreuse enflammée.

(1) Courtois-Suffit. *Traité de médecine*, Paris 1892, p. 600.

Les tubercules eux-mêmes présentent des caractères un peu spéciaux. Ils ont tantôt l'aspect de tubercules miliaires, tantôt l'aspect de tubercules fibrineux. Ils peuvent, dans le premier cas, être extrêmement nombreux. Dans le second, au contraire, ils sont souvent très rares. Leur petit nombre, leur cicatrisation parfois presque entièrement effectuée font un contraste frappant avec l'intensité de la réaction séreuse. M. Péron a, d'ailleurs, bien démontré que les lésions histologiques élémentaires, provoquées tout d'abord par le bacille de Koch, sont des lésions inflammatoires banales identiques à celles que produit tout agent pathogène ; leur siège est la pseudo-membrane. Les tubercules fibrineux ne sont plus que des processus histologiques secondaires. Leur destinée est d'ailleurs passagère. Ils offrent une tendance remarquable à l'organisation et à la cicatrisation. Même en cas d'empyème, jamais le pus n'est dû à la fonte des tubercules. Virchow (1) avait déjà bien observé cette tendance du tubercule des séreuses. Ce tubercule, pour lui, est un tubercule jeune et vivant. Il tend, par suite, à la formation d'un tissu nouveau de cicatrice. Ainsi s'explique la bénignité clinique relative de la tuberculose des séreuses. Le tubercule des viscères, et en particulier du poumon, est le plus souvent un tubercule déjà vieilli et mort. Il n'est que détritus et désorganisation. Ces données fondamentales ont plus qu'une importance anatomo-pathologique. La sérothérapie, pour être essayée avec succès dans la tuberculose, doit, comme l'avait bien vu Péron, s'adresser à ces tuberculoses jeunes. Elle peut offrir des chances de succès dans la tuberculose des séreuses et peut-être même dans la méningite. Elle ne peut avoir qu'une action médiocre et partielle sur les tubercules pulmonaires, véritables corps étrangers atteints déjà de ramollissement et de sphacèle. Son action manque alors, comme manque celle du sérum antidiphtérique contre les lésions gangréneuses locales. Tout au plus, dans la forme granulique de la phtisie pulmonaire, pourrait-elle encore être essayée.

Il serait bien intéressant de suivre, après cet aperçu général, l'évolution sur chaque séreuse prise isolément. La plèvre offrirait le contraste de ses épanchements inflammatoires donnant pour un seul tubercule, en quelques jours, jusqu'à 4 litres de liquide ; et de ses épanchements torpides, soit hémorragiques, véritables hématomes sans réaction, soit purulents, véritables abcès froids. Le péricarde montrerait une tendance remarquable, d'une part aux hémorragies, d'autre part à la formation de noyaux caséeux considérables. L'intensité des lésions anatomiques fait un contraste absolu avec le silence ordinaire de l'affection pendant la vie. Le péritoine, à côté de la forme fibreuse à tubercule stationnaire, offre à décrire une forme ulcéreuse moins favorable. Cette exception à l'évolution ordinaire s'explique, en général, par des lésions viscérales surajoutées à la lésion de la séreuse : lésions de l'intestin, de la prostate, des trompes, des ganglions. La présence simultanée de tubercules sur la plèvre et le péritoine est la règle. Godelier avait fait une loi de cette association, souvent vérifiée par M. Fernet, par Boulland, par Lasserre. La forme mixte pleuro-péritonéale, à lésions frappant également les deux séreuses, se conçoit donc facilement. La vaginale offrirait des pachyméningites à aspect de vieilles tumeurs blanches, des épanchements simplement séreux dont la nature tuberculeuse a cependant été démontrée par les inoculations positives de M. Tuffier.

(1) Virchow. *Pathologie des tumeurs*, Paris 1871, t. III, p. 81.

Ses lésions, au cours de la tuberculose du tubercule, mériteraient d'être rapprochées des lésions de la plèvre au cours de la tuberculose du poumon. La granulie de la vaginale, dont MM. Hutinel et Deschamps ont montré la fréquence dans la granulie des enfants avant la puberté, constitue une forme intéressante de la granulie des séreuses. Les synoviales articulaires et tendineuses offriraient leurs lésions si variées d'exsudats plastiques, d'épanchements séreux ou purulents, de fongosités, de grains riziformes, lésions si éloignées de l'aspect ordinaire des lésions tuberculeuses. L'étude des grains riziformes, véritables fibromes développés sous l'influence de l'infection tuberculeuse, nécessiterait à elle seule un chapitre entier. Ils constituent une des formes curieuses de la réaction du tissu séreux. Leur nature tuberculeuse, longtemps niée, a été définitivement prouvée par les inoculations de M. Terrillon, de M. H. Martin, de M. Reynier, de M. Jalaguier. Mais l'intérêt offert par les formes de tuberculose des méninges est encore plus grand.

La tuberculose des méninges diffère de la tuberculose des autres séreuses par son point de départ ordinaire, par son mode d'extension, par ses réactions anatomiques. Le point de départ peut, là aussi, être une lymphangite. Mais dans plus de la moitié des autopsies, Péron (1) a trouvé une origine tout à fait spéciale. Cette origine est une embolie artérielle massive. L'embolie forme sur un point un amas inextricable de bacilles, véritable grain de culture brut. Cette accumulation d'agents infectieux peut même entraîner le sphacèle de la paroi artérielle. Ainsi s'expliquent les hémorragies méningées déjà signalées par Chantemesse (2) comme forme initiale possible de la méningite tuberculeuse. Elle peut entraîner l'oblitération de troncs vasculaires importants; ainsi s'expliquent les foyers de ramollissement signalés par Rendu.

Partout ailleurs les bacilles sont isolés et très rares; ils sont en particulier beaucoup moins communs que les autres éléments microbiens. Tous les bacilles qu'on rencontre se rencontrent isolément. Il semble, dit Péron, qu'ils aient été triés et apportés par une force particulière. L'émigration des leucocytes infectés par les voies lymphatiques permet de comprendre cette disposition. Le liquide céphalo-rachidien paraît également jouer un rôle dans la dissémination bacillaire. Péron, en injectant dans ce liquide une fine émulsion de carmin, vit les particules se déposer précisément là où s'accumulent d'ordinaire les exsudats méningitiques vers les confluents du liquide céphalo-rachidien. Ce liquide dans la méningite tuberculeuse est d'ailleurs augmenté de quantité. Mais il ne semble pas prendre à la résistance une part analogue à celle des autres épanchements séreux. De même les cellules épithéliales de la pie-mère ne jouent, au contraire de celles des autres séreuses, qu'un rôle faible et peu important dans la réparation. La réaction organique se réduit pour ainsi dire à la diapédèse. C'est une réaction banale, analogue à celle de la granulie, de la pneumonie caséeuse, mais non à celle de la tuberculose ordinaire des séreuses. Le processus diffère très peu de ce qu'il est dans les méningites aiguës d'origine diverse.

La réaction des méninges vis-à-vis de la tuberculose, diffère donc notablement de la réaction du tissu séreux. Comment expliquer cette différence? En réalité, les méninges n'ont des séreuses ordinaires que l'apparence et en partie les fonctions. Étiologiquement, elles constituent un système d'origine ectodermique voisin de la peau, très différent des séreuses d'origine mésodermique : plèvre, péritoine et péricarde. Cette explication que j'avais soumise à Péron lui parut vraisemblable. Il regarda même comme fort intéressant le rôle que pouvaient jouer, dans les variations du tubercule d'un organe à l'autre, les variations d'origine embryologique. Mais cette question complexe ne rentre que très partiellement dans l'histoire de la tuberculose des séreuses. Il faut aborder maintenant l'évolution clinique de la tuberculose et chercher les mécanismes de la mort ou de la guérison.

III

La tuberculose des séreuses offre en général une réelle tendance à la guérison. Cette bénignité relative avait déjà frappé Louis. Elle est très nette dans la pleurésie. Elle n'est pas moins marquée dans la péritonite et les formes articulaires. Dans la méningite, qui paraît faire exception, les causes de mort sont, comme on le verra, tout à fait spéciales.

Le rôle favorable, joué par les épanchements séreux, dans la marche de la tuberculose, était depuis longtemps connu des cliniciens. M. Potain l'avait en particulier bien signalé pour la pleurésie. Il avait montré en pareil cas les dangers de la thoracentèse. Et certaines pleurésies avaient même pu être qualifiées par Galliard de pleurésies providentielles.

Péron (1) a donné une explication fort intéressante de ces faits cliniques. Il a montré que certains épanchements séreux possédaient des propriétés bactéricides des plus remarquables. Dans ses expériences, il s'est servi du sérum obtenu après la coagulation spontanée des liquides d'épanchements pleuraux. Les sérums provenant de pleurésies franches aiguës, d'épanchement évoluant franchement vers la guérison, semblent avoir les propriétés bactéricides les plus énergiques. La dose injectée dans le péritoine d'un chien de 10 kilogrammes était de 500 centimètres cubes. Le chien ainsi injecté semblait devenu refractaire aux inoculations tuberculeuses directes. Sa résistance semblait totale à l'égard des cultures peu virulentes. Avec les cultures très virulentes elle se traduisait encore par une survie notablement plus longue que celle des animaux témoins. Un mode de défense à réaction relativement faible, la production d'un léger épanchement séreux se montrerait donc parfois suffisant. Et dans la péritonite tuberculeuse l'action bienfaisante de la laparotomie s'expliquerait peut-être par la sérosité sécrétée en plus grande abondance sous l'influence de l'irritation opératoire et du contact de l'air. A côté de ce rôle bactéricide dans certains épanchements très inflammatoires, l'englobement mécanique des bacilles par la fibrine paraît jouer un rôle important. Ces faits sont les plus heureux. La suppuration est beaucoup moins favorable. Elle aussi peut aboutir à la stérilisation bacillaire, mais en offrant tous les dangers des pleurésies purulentes, des suppurations prolongées, de l'amylose viscérale. La mort, dans la tuberculose des séreuses, peut survenir de diverses autres façons. Elle est parfois d'origine purement mécanique. La mort subite, par exemple, n'est pas très rare dans

(1) Péron. Recherches sur la tuberculose des méninges, *Arch. gén. de méd.*, 1890, p. 412 et 567.

(2) Chantemesse. *Formes anormales de la tuberculose chez l'adulte*, Th. de Paris, 1884.

(1) La sérothérapie tuberculeuse naturelle, Soc. de biol., 15 oct. 1898.

la pleurésie et dans la péricardite tuberculeuse. Elle peut frapper des individus en pleine santé apparente. Des épanchements abondants, des symphyses péricardiques étendues restent parfois absolument silencieuses, sans aucun trouble fonctionnel. M. Kelsch (1) a rapporté l'histoire d'un cuirassier extrêmement robuste, si peu dyspnéique qu'il continuait à faire son service; il mourait subitement; à l'autopsie on trouvait une pleurésie tuberculeuse. M. Brouardel a, d'autre part, signalé la fréquence relative de la symphyse du péricarde chez les individus tombés morts sur la voie publique et apportés à la Morgue. Or, cette symphyse est souvent d'origine bacillaire. Le mécanisme de la mort, dans ces cas, se conçoit facilement. Il est essentiellement dû à la gêne fonctionnelle du cœur. Ce fait est important au point de vue des indications thérapeutiques. On a vu plus haut les raisons qui doivent ordinairement faire rejeter la ponction dans les épanchements tuberculeux. En présence de certains épanchements abondants, ces raisons devront quelquefois fléchir. Dans l'occlusion intestinale par brides, par adhérence, par rétrécissement qui vient parfois compliquer la péritonite tuberculeuse, la cause de la mort est également d'ordre mécanique.

La propagation des tubercules aux organes voisins de la séreuse primitivement atteinte, constitue une autre complication cliniquement très fréquente. Combien de pleurétiques guéris de leur pleurésie succombent par exemple ultérieurement à la phtisie pulmonaire. Le fait est plus rare après la péritonite où les guérisons obtenues semblent plus durables. Leur possibilité n'oblige pas moins à réserver toujours le pronostic d'avenir. Elle montre la nécessité d'un traitement hygiénique longtemps prolongé même après les guérisons les plus solides en apparence.

En réalité, c'est dans la méningite tuberculeuse que le mécanisme de la mort est le plus obscur et offre le plus d'intérêt. Cette question a fait l'objet d'un des mémoires les plus importants de Péron. La compression par le liquide céphalo-rachidien en excès, souvent invoquée, ne joue qu'un rôle bien secondaire. En empêchant cette compression par des ponctions réitérées, faites d'après la méthode de Quincke, on ne modifie, en effet, que bien peu l'évolution de la maladie. Bien souvent, à l'autopsie, on ne trouve, de plus, aucune altération grossière ou histologique, permettant d'expliquer la terminaison rapide. Les exsudats cérébraux qui sont la règle sont parfois peu abondants; à eux seuls, ils constituent une complication insuffisante. D'autre part, le tableau morbide final se rapproche de celui de la rage, du tétanos, qui sont, avant tout, des maladies par intoxication des centres nerveux. Péron s'est donc demandé si la mort ne survenait pas sous l'influence d'une toxine tuberculeuse sécrétée à la surface de la pie-mère et allant peu à peu inhiber et imprégner les cellules des centres. Cette hypothèse cadre assez bien, d'une part, avec la rémission trompeuse des derniers jours, d'autre part, avec les accidents comateux ultimes. Péron a d'ailleurs pu réaliser des méningites expérimentales, tuant avec très peu d'exsudat pie-mérien, très peu de bacilles dans l'exsudat, aucune lésion dans l'encéphale, aucune lésion dans les organes. Seul un amaigrissement énorme indiquait l'intensité de l'atteinte organique.

Cette toxine à action générale diffère, toutefois, de la tuberculine. Les expériences faites avec la tuberculine injectée dans les méninges, n'ont donné aucun effet analogue. Son élaboration dans les cultures paraît remarquablement lente. Ces faits méritent vivement l'attention; ils donnent, en effet, un espoir à la sérothérapie antitoxique. L'action de la toxine supprimée, on peut espérer voir guérir les méningites tuberculeuses, comme on voit guérir des méningites cérébro-spinales aiguës diffuses, à lésions locales certainement tout aussi graves. Le délai nécessaire à l'élaboration de la toxine est, d'autre part, une condition favorable. « Tout particulièrement, dans la méningite tuberculeuse, on aura le temps d'agir, écrivait Péron, puisque la fixation de la toxine est lente, et la destruction des éléments nerveux longue à se produire. » Quelques tentatives faites avec le liquide céphalo-rachidien d'enfants atteints de méningite, recueilli aseptiquement, coagulé et centrifugé afin d'éliminer les bacilles, avaient paru encourageantes. Il serait bien à souhaiter que soient reprises et continuées ces recherches, que la mort de Péron a si tristement interrompues.

(1) Kelsch. *Arch. de physiol.*, avril 1886.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(6 juin 1900)

La discussion sur le **traitement chirurgical de la tuberculose rénale** se poursuit en même temps que la discussion sur l'**asepsie**.

A l'appui de la communication qu'il a faite récemment sur plusieurs cas d'intervention dans la tuberculose rénale, M. Pousson (de Nantes) présente une pièce intéressante : il s'agit d'un gros rein tuberculeux à forme caverneuse, à cavités closes siégeant dans la substance corticale elle-même et ne communiquant pas avec le bassinet. Ainsi que le fait remarquer M. Pousson, on voit, en examinant cette pièce, que la néphrotomie eût été absolument inutile, et que la néphrectomie lombaire seule pouvait être efficace. Dans ce cas M. Pousson a pu réséquer 12 centimètres de l'uretère. Ce malade a succombé ultérieurement à une généralisation pulmonaire, bien qu'il ne présentât aucun signe d'infection pulmonaire au moment de l'opération. En général, les malades néphrectomisés restent plus longtemps à l'abri de toute infection tuberculeuse secondaire.

M. Pousson présente un autre rein qu'il a extrait chez un homme de cinquante-six ans, qui avait été atteint d'hématuries graves. L'examen cystoscopique avait fait croire à un néoplasme de la vessie; celle-ci fut ouverte et l'on vit qu'il ne s'agissait que d'un caillot fibrineux adhérent. M. Pousson se décida alors à pratiquer la néphrectomie, pensant avoir affaire à une tuberculose rénale. Le rein enlevé on s'aperçut qu'il s'agissait d'une néphrite infectieuse coli-bacillaire unilatérale. Ici encore, c'était la néphrectomie qui était indiquée.

MM. Monod, Routier et Potherat ont observé des faits analogues. Dans le cas de M. Potherat, il s'agissait d'une pyonéphrite consécutive à une cystite blennorragique et qui fut guérie sans fistule par une simple néphrotomie. Il résulte de ces différents faits que, si les uns sont justiciables de la néphrectomie, il en est d'autres pour lesquels la néphrotomie suffit. Question d'indications.

M. Bazy prend à son tour la parole sur le traitement de la tuberculose rénale; il est loin de partager l'avis de M. Albarran sur les avantages du cathétérisme uretéral. Ce procédé, qui pour M. Bazy est une opération, n'est ni simple, ni facile, ni sans danger, ainsi que le prétend M. Albarran; est-il donc d'une si grande utilité? Certainement non, et

M. Bazy n'en veut pour preuve que les propres observations de M. Albarran. En effet, il a pratiqué 26 néphrectomies pour tuberculoses rénales dont 14 avec cathétérisme urétéral et 12 sans cathétérisme. Celui-ci n'est donc pas nécessaire dans tous les cas. M. Bazy estime que non seulement il n'est pas nécessaire mais qu'il peut être encore dangereux; il n'oserait jamais, quant à lui, cathétériser un uretère sain après avoir cathétérisé un uretère atteint de tuberculose. En résumé, contrairement à M. Albarran, M. Bazy considère le cathétérisme de l'uretère comme une opération d'exception au même titre que la laparotomie ou la néphrotomie exploratrices, et il estime que c'est à la clinique, à l'étude des symptômes qu'il faut s'adresser pour distinguer un rein sain d'un rein malade.

Revenons à la discussion sur l'**asepsie**. M. Poirier, en sa double qualité d'anatomiste et de chirurgien ne pouvait manquer d'y prendre part et il était intéressant de savoir comment il avait pu concilier, au point de vue de l'asepsie, sa double charge de chef des travaux anatomiques et de chirurgien des hôpitaux. Hâtons-nous de dire qu'il s'en est tiré tout à son honneur et sans préjudice pour les malades qu'il a été appelé à opérer, et cependant il n'a jamais porté de gants. Dans ses communications, M. Quénu avait, on le sait, insisté sur la nécessité de porter toujours des gants dans les amphithéâtres de dissection. M. Poirier ne croit pas cette précaution nécessaire quand on dissèque des cadavres injectés comme cela a lieu à la Faculté et à l'amphithéâtre des hôpitaux; il peut être sur ce point très affirmatif, attendu qu'il a pratiqué à deux reprises une série d'expériences qui ont toutes été négatives et qui ont montré que les cadavres injectés sont absolument inoffensifs.

M. Poirier s'est piqué un grand nombre de fois, il a constaté de nombreuses piqûres chez les élèves sans jamais voir d'accidents sérieux. Quand il cumulait les fonctions de chef des travaux anatomiques et de chirurgien du bureau central, il lui arrivait souvent de quitter ses exercices de dissection pour aller opérer un cas d'urgence à l'hôpital; il a été heureux de constater que ses opérés n'en souffraient pas. Il conclut donc que la dissection est une bonne préparation à l'opération, mais il ajoute qu'il en est tout autrement des travaux de l'amphithéâtre d'autopsie et que, si le chirurgien peut disséquer sans danger pour ses malades, il n'a pas le droit de mettre le pied dans une salle d'autopsie.

M. Picqué aborde un autre côté de la question, celui des transformations qui s'imposent dans les services de chirurgie actuels. Il demande que la Société nomme une commission chargée d'étudier la question à ce point de vue et de saisir ensuite l'Administration des modifications qu'il y aurait lieu d'apporter aux conditions présentes, telles que la séparation des malades infectés d'avec ceux qui ne le sont pas, des perfectionnements des appareils de stérilisation, des salles d'opérations, etc.

M. Guinard présente un malade dont l'humérus gauche, par suite d'une série d'accidents inflammatoires, a dû être réséqué en totalité. Bien que cet homme soit complètement privé d'humérus, il exécute encore des mouvements assez étendus en prenant des points d'appui sur ses muscles.

MM. Reclus et Delbet ont rencontré des cas analogues.

M. Kirmisson présente un enfant qui a été atteint de **pleurésie appendiculaire**. Dans une première séance, M. Kirmisson lui a pratiqué un empyème et a tiré deux litres de pus, l'enfant a été mieux mais peu de temps après il a été pris d'accidents du côté de l'abdomen qui ont nécessité la laparotomie. C'est une appendicite qui avait été le point de départ de tous ces accidents.

M. Routier a opéré un **kyste hydatique du foie** par la méthode de Delbet; sa malade a très bien guéri malgré une pneumonie intercurrente.

M. Loyson présente un jeune soldat chez lequel il a pratiqué en même temps **la cure radicale d'une hernie inguinale et la cure radicale d'un varicocèle par la résection des veines dans l'intérieur du trajet inguinal**.

M. Lucas-Championnière, qui a été le premier à pratiquer ces opérations a depuis longtemps renoncé à les faire, il considère que la résection de veines variqueuses est une mauvaise opération et lui préfère de beaucoup la résection étendue du scrotum, qui donne des résultats définitifs bien supérieurs.

MM. Reclus et Routier sont absolument de cet avis.

M. Reynier présente une malade à laquelle il a refait **l'aile du nez** à l'aide d'une **autoplastie par glissement**. A ce propos, M. Berger fait remarquer que, dans ces cas, la méthode indienne l'emporte sur toutes les autres.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(7 juin 1900)

M. Dufour présente un homme, atteint à plusieurs reprises de rhumatisme musculaire, qui offre, à l'heure actuelle, un syndrome morbide caractérisé par des taches pigmentaires café au lait et des nodosités sous-cutanées très dures, au niveau des membres supérieurs et des cuisses, nodosités qui paraissent siéger sur le trajet des nerfs. On pourrait songer à la myosite ossifiante, d'autant plus que les aponévroses musculaires ne présentent pas leur souplesse normale, et que l'examen d'une nodosité a montré sa calcification; cependant, M. Dufour croit que son malade est atteint de la **maladie de Recklinghausen**, à forme toutefois anormale, de par l'existence de ces dépôts calcaires dans les nodosités; l'examen histologique qui, sera publié ultérieurement, permettra seul d'affirmer ce diagnostic.

Une discussion s'engage entre M. Gilles de la Tourette et M. Joffroy sur la **chorée de Sydenham**. Se basant sur dix-sept faits, M. Gilles de la Tourette croit que la chorée de Sydenham n'a pas de rapport avec le rhumatisme, ce qui est l'opinion classique; selon l'opinion de Sydenham, elle n'apparaît pas après la puberté; les chorées qui surviennent après cette époque, et en particulier la chorée des femmes enceintes, doivent rentrer soit dans la maladie des tics, soit dans la chorée hystérique, diagnostic important qui doit empêcher de faire avorter les femmes enceintes atteintes de chorée. M. Joffroy trouve cette opinion trop radicale; il a lui-même soutenu que le rhumatisme n'est pas toujours à l'origine de la chorée, mais on le retrouve fort bien dans certains cas et il doit agir, en tant que maladie infectieuse, au même titre que la rougeole, la pneumonie, etc. D'autre part, il a examiné une femme enceinte, dont la chorée n'était ni une maladie des tics, ni une chorée hystérique.

M. Touche présente le cerveau d'une malade atteinte d'hémiplégie gauche, occasionnée par une tumeur frontale de l'hémisphère droit; sa malade était paraplégique, l'examen de la moelle pourra seul indiquer la cause réelle de cette paraplégie.

Dans une séance précédente, M. Crouzon avait montré un malade qui avait perdu les mouvements d'abaissement des globes oculaires, et qu'il considérait comme atteint d'un tic mental, d'une maladie fonctionnelle. M. Babinski présente à nouveau ce malade, et il conclue, au contraire, à une maladie organique, à une **paralysie associée des mouvements des globes oculaires**. M. Parinaud partage son avis; il expose ses idées, que des mémoires antérieurs ont déjà fait connaître, sur ces paralysies associées qui se présentent toujours semblables à elles-mêmes et sous trois types cliniques, dont le malade de M. Babinski est un exemple. Ces paralysies ne sont pas rares; M. Parinaud aurait tendance à les rapporter, non à une lésion nucléaire, mais à une lésion sus-nucléaire. M. Ballet fait remarquer que, si l'abaissement volontaire et conscient des globes est absent, l'abaissement automatique existe encore à un faible degré. Ce détail pourrait être expliqué, semble-t-il, par l'origine supra-nucléaire de cette paralysie.

M. Babinski rapporte l'observation d'une malade restée infantile quant à ses organes génitaux, qui mourut avec les signes d'une tumeur cérébrale sans avoir présenté des symptômes d'acromégalie et à l'autopsie de laquelle on a trouvé une **tumeur du corps pituitaire**.

M. Virès envoie une étude sur le **signe des orteils de Babinski**. Il reconnaît que ce signe peut être le seul signe révélateur de la lésion du faisceau pyramidal et lui refuse pourtant une valeur de diagnostic. M. Babinski oppose à cette affirmation le résultat de plusieurs centaines d'observations d'auteurs divers qui ont confirmé la valeur de son signe et l'ont fait définitivement classer comme un excellent signe de la lésion de la voie motrice.

M. Thomas apporte deux communications très intéressantes : la première concerne un cas d'**hémiathétose avec hémiplégie spasmodique datant de l'enfance**; à l'autopsie, il a trouvé une cicatrice, reste d'une ancienne lésion, intéressant la couronne rayonnante, la capsule interne et la couche optique avec dégénérescence rétrograde du ruban de Reill et atrophie sans sclérose névroglique de la voie motrice intéressée.

Dans une deuxième communication, il étudie le processus intime de la **sclérose en plaques**. Le début serait parenchymateux, au niveau du cylindraxe, la lésion névroglique et l'altération vasculaire étant secondaires. On constaterait d'abord une hypertrophie moniliforme du cylindraxe, puis sa division en fibrilles; à ce niveau la myéline se fragmente sans subir la dégénérescence graisseuse. Certaines fibrilles de cylindraxe se rompent, vont se mêler au tissu névroglique, constituant ainsi une sorte de feutrage qui est la plaque de sclérose adulte; Popoff soutient que cette plaque est en réalité constituée uniquement par ces fibrilles du cylindraxe; M. Thomas ne saurait se prononcer. En tout cas, tout le cylindraxe n'est pas détruit; certaines fibrilles persistent, le cylindraxe se reconstitue ainsi plus loin et cette persistance de fibrilles cylindraxiles explique l'absence de dégénérescence wallérienne dans la sclérose en plaques, fort bien mise en évidence par Charcot, Vulpian et Babinski. L'auteur veut surtout mettre en lumière l'origine, selon lui parenchymateuse, de la sclérose en plaques, l'altération névroglique lui est, en réalité, secondaire.

MÉDECINE PRATIQUE

De l'emploi de l'acide lactique dans la diarrhée infantile.

Dès 1887, M. Hayem préconisait l'emploi de l'acide lactique dans la diarrhée infantile. Il faisait prendre par vingt-quatre heures d'abord de 5 à 8 cuillerées à café de la solution d'acide lactique à 2 p. 100, et plus tard il poussait la dose jusqu'à 20 cuillerées.

M. Th. Bailey, reprenant cette question dans sa thèse (1), vient de rappeler quelles sont les principales indications de l'acide lactique dans ces cas.

Chez les enfants de moins de deux mois, on peut voir se produire de la diarrhée verte, biliaire, acide, avec vomissements et léger mouvement fébrile. Généralement on est impuissant dans ces cas et les enfants meurent en trois à quatre jours dans l'adynamie.

Après l'âge de deux mois, les enfants présentent souvent une diarrhée verte dont la teinte est due à une pigmentation bacillaire. Les selles sont neutres ou un peu alcalines. L'acide lactique donne ici de bons résultats.

Il en est de même dans les diarrhées jaunes dues à une alimentation défectueuse, chez les enfants de deux à vingt mois.

Comment faut-il administrer l'acide lactique?

Il est bien certain que l'acide lactique ne constitue pas tout le traitement de la diarrhée infantile.

La diarrhée infantile étant due à une infection microbienne favorisée par l'accumulation de débris alimentaires volumineux et fermentescibles, la première indication est d'exonérer aussi rapidement que possible le tube digestif.

Il est parfaitement rationnel de commencer le traitement par une prise de calomel à la dose de 5 centigrammes chez les enfants de moins de six mois, de 10 centigrammes chez ceux de six mois à deux ans.

Les lavages d'intestin remontant aussi haut que possible sont tout indiqués, car ils débarrassent mécaniquement tout le segment inférieur de l'intestin.

De même, la diète est utile : car la masse des aliments, surtout des gros grumeaux épais et indigestes du lait de vache, chez les enfants élevés au biberon, constitue un milieu de culture excellent pour les microbes qui produisent les infections gastro-intestinales.

On se contentera de faire prendre à l'enfant de l'eau pour compenser les pertes de sérosité. Cette eau, on la fera prendre sous forme d'eau albumineuse ou d'eau de riz, pour déguiser la diète aux yeux des parents. Les prises de solution d'acide lactique auront le double avantage de faire absorber de l'eau et de porter un agent antiseptique efficace dans les premières portions de l'intestin grêle, celles-là mêmes qui échappent à l'action des lavages d'estomac et d'intestin.

M. Lesage recommande de faire prendre une cuillerée à café de la solution à 2 p. 100 d'acide lactique toutes les cinq minutes, toutes les dix minutes ou toutes les demi-heures, suivant l'intensité des accidents, et, après trois ou quatre heures, d'espacer les prises à chaque heure.

M. Thiercelin préconise l'emploi de l'acide lactique à la dose journalière de 2 grammes au moins chez l'enfant de moins d'un an, de 3 grammes chez l'enfant de un à deux ans.

Il fait prendre toutes les deux heures une cuillerée de la solution suivante.

Acide lactique........	2 ou 3	grammes.
Sirop de coings...... ..	30	—
Eau distillée..........	125	—

(1) Paris, 1900.

Traitement des pleurésies purulentes aiguës.

M. le professeur Desplats (de Lille), dans une récente clinique (1), insiste sur la nécessité de faire la pleurotomie d'une façon très tardive. « Retenez, dit-il, qu'il faut d'abord attendre parce que la résolution est encore possible;

Qu'il faut attendre encore, lorsque tout espoir de résorption est perdu, pour laisser le temps aux fausses membranes de se détacher et au pus de se collecter.

Il n'y a pas de délai fixe pour que ce travail se réalise et ce n'est que par l'examen attentif du malade que vous saurez que le temps est venu. Voici les signes sur lesquels j'appelle votre attention.

Au début, à la surface du poumon hépatisé, existe une couche de fausses membranes plus ou moins épaisses qui masquent les bruits pulmonaires; plus tard se montre à la base une zone silencieuse, tout à fait mate. C'est la collection purulente qui commence à se former graduellement; cette zone de matité absolue s'étend et monte.

En même temps la perméabilité pulmonaire semble se rétablir à la partie supérieure et c'est le signe que les fausses membranes se sont détachées. C'est alors seulement que le moment est venu de pratiquer la pleurotomie. Vous m'avez vu appliquer ces règles aux derniers malades que vous avez suivis et vous avez été témoins de la rapidité de leur guérison.

Quand l'opération est décidée, l'exécution est des plus simples et il n'est pas nécessaire d'être chirurgien pour la pratiquer : un bistouri, une sonde cannelée et des drains suffisent. Il n'est pas nécessaire de recourir au chloroforme et l'anesthésie locale suffit le plus souvent. Vous pouvez l'obtenir par l'injection d'une solution de cocaïne à 1 p. 100 ou même par les injections de Schleich; dans le service nous y ajouterons le stipage qui insensibilise parfaitement la peau et les tissus sous-cutanés. Bien entendu, les règles de l'antisepsie doivent être observées.

Après avoir lavé le champ opératoire, dans le septième ou le huitième espace intercostal, on incise rapidement la peau et le tissu cellulaire dans une étendue de 8 à 10 centimètres en tenant bien compte de l'obliquité de l'espace; d'un second trait on incise les muscles et on arrive très près de la plèvre. Alors, on abandonne le bistouri pour la sonde cannelée et d'un coup brusque on pénètre dans la plèvre. Sans la retirer, on agrandit l'ouverture en avant et en arrière et l'opération est terminée. Il n'y a plus qu'à recueillir le pus et les fausses membranes, à introduire deux gros drains, à laver la peau et à appliquer le pansement.

Dans la journée et les deux ou trois jours suivants, il s'écoule encore du pus et quelques paquets de fausses membranes; mais, si l'intervention n'a pas été prématurée, l'écoulement se tarit vite et au bout de quatre ou cinq jours ce n'est plus du pus qui s'écoule, c'est une sérosité rougeâtre. Il faut alors raccourcir les tubes de façon à pouvoir les retirer au bout de dix, douze ou quinze jours; l'écoulement est alors tari et on peut laisser la plaie se fermer. Le malade est guéri, c'est à l'observation des règles que je vous ai données que j'attribue ces rapides résultats.

J'avais cru longtemps qu'elles n'étaient applicables qu'aux pleurésies purulentes pneumococciques, l'expérience m'a appris qu'elles donnent d'excellents résultats dans toutes les pleurésies purulentes, aiguës qu'elles soient pneumococciques, streptococciques ou staphylococciques, dès qu'on a des raisons de croire que le pus est collecté et que les fausses membranes sont mobilisées. »

Traitement de la pelade par le collodion iodé.

Le nombre des procédés de traitement préconisés contre la pelade indique suffisamment combien nous sommes désarmés contre cette maladie.

(1) *Journ. des sc. méd. de Lille*, 26 mai 1900.

En voici un nouveau que M. Toubert recommande (1) et qui lui a donné des résultats satisfaisants et assez rapides, surtout quand l'affection était traitée dans les trois ou quatre semaines de son début :

A la *période de début* ou d'état stationnaire il faut : 1° Couper les cheveux ras sur toute la tête, afin de bien découvrir toutes les plaques;

2° Laver le cuir chevelu au savon, puis à la liqueur de Van Swieten. Assécher les plaques très soigneusement au coton hydrophile;

3° Déposer avec un pinceau de coton ou d'ouate (ne servant naturellement qu'une fois) une forte couche de collodion iodé (iode 1 gramme; collodion élastique 30 grammes) débordant légèrement la plaque;

4° Laisser le collodion en place jusqu'à ce qu'il s'écaille ou se détache en partie (quatre ou cinq jours).

A ce moment, si la peau est légèrement irritée, se contenter de repasser du collodion iodé par-dessus la couche ancienne.

Si la peau n'est pas rouge, enlever le collodion, en utilisant un mélange à parties égales d'alcool et d'éther, et faire un deuxième badigeonnage sur la plaque nettoyée.

A la *période de repousse*, après une série de 4 à 5 badigeonnages (quinze à vingt-cinq jours), généralement suffisante pour la repousse des poils follets, *arracher* la plaque de collodion avec le fin duvet qui lui adhère et remplacer par une nouvelle couche de collodion iodé.

Quant les poils follets deviennent plus forts, *détacher* la plaque de collodion, soulevée par les poils nouveaux, en coupant ceux-ci avec des ciseaux fins.

Traitement du psoriasis par les grands bains à l'huile de cade.

Contre le psoriasis, aucune médication externe n'a donné jusqu'ici des résultats supérieurs à ceux fournis par l'huile de cade, produit de distillation du génevrier oxycèdre. D'une coloration brunâtre, cette huile offre une odeur forte, résineuse, empyreumatique, fort désagréable.

Malheureusement, à cause de son odeur, à cause des taches qu'elle produit et comme elle est, en outre, souvent fraudée, elle est peu employée en dehors de la pratique hospitalière. Cependant les psoriasiques sont en grande majorité des gens valides auxquels on doit appliquer, suivant l'expression de M. Besnier, un traitement « ambulatoire ».

C'est ainsi que M. Gaucher, pour remédier à ces inconvénients, emploie un collodion à l'huile de cade, qui ne tache pas et ne sent pas mauvais.

MM. Balzer et Monsseaux ont eu l'idée de traiter des malades d'une façon plus pratique par de grands bains quotidiens, auxquels serait ajoutée une certaine quantité d'huile de cade (2).

Les grands bains avaient déjà été employés dans ce cas par Hebra et Kaposi.

M. Balzer utilise la formule suivante :

Savon noir.................	100 grammes.
Eau..........................	200 —

A cette émulsion, on ajoute l'huile de cade dans les proportions suivante :

Huile de cade.....	100 grammes.
Émulsion de savon.	Q. S. p. 250 cent. cubes.

Cette quantité représente la dose pour un bain; chaque bain contient donc 100 grammes d'huile de cade.

Pour assurer un mélange parfait, il faut agiter l'émulsion avant de s'en servir et la verser dans la baignoire en faisant

(1) *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, mai 1900.
(2) *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1900, n° 21.

ensuite progressivement arriver l'eau; ou mieux encore préparer le mélange dans un seau d'eau chaude, en agitant fortement le liquide. Chaque bain est précédé d'un savonnage énergique au savon noir pour détacher autant que possible les squames.

En employant la dose de 100 grammes par bain, on n'observe pas les troubles nerveux (tremblement) qui ont été signalés avec des doses plus fortes.

Si ce traitement n'est pas radical, s'il laisse subsister la vieille formule « on blanchit les psoriasiques, on ne les guérit pas », il n'en est pas moins d'un emploi facile pour les malades de la ville. C'est à ce titre qu'il nous a paru intéressant de le signaler.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de médecine et de thérapeutique (1), par P. Brouardel, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine de Paris, et A. Gilbert, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

A une époque où la science progresse avec une si grande rapidité, il n'est pas surprenant que les livres se succèdent avec une abondance que justifient le nombre et la valeur des conquêtes scientifiques de chaque jour. A cet égard, le nouveau traité dont l'éminent doyen de la Faculté a pris la direction comptera parmi les plus importants, car non seulement il est le plus récent, mais M. Brouardel a su s'assurer pour sa publication la collaboration des savants qui ont contribué puissamment au mouvement scientifique actuel.

Si ce titre n'était destiné à vieillir si rapidement, le vrai nom de ce nouveau livre serait : *Traité de médecine moderne*, eu égard, et à la nouveauté des matériaux qu'il contient, et à l'esprit dans lequel il est écrit. Toutefois, si moderne qu'il soit, et cela dans le bon sens du mot, ce traité n'abandonne pas les données léguées par la tradition.

Le septième volume qui vient de paraître, est consacré aux *maladies de l'appareil respiratoire*. Il est difficile de trouver une série d'articles plus complètement et plus exactement étudiés : les noms des maîtres qui les ont écrits nous dispensent d'en faire l'éloge.

M. Cartaz étudie tout d'abord les *maladies du nez* (100 pages), tant au point de vue de la sémiologie que de la pathologie spéciale. M. Castex chargé du cours de laryngologie à la Faculté de médecine de Paris et M. Barbier, médecin des hôpitaux de Paris, ont traité les *maladies du larynx*, avec leur compétence bien connue.

M. Barth, médecin de l'hôpital Necker, s'est chargé de la sémiologie *de la trachée*, *des bronches*, *des poumons et des plèvres* et M. Claisse, médecin des hôpitaux de Paris, de la pathologie spéciale des mêmes appareils.

M. Mosny, médecin des hôpitaux, a traité des *bronchopneumonies* des abcès et de la gangrène des poumons.

M. le professeur Landouzy a écrit une très importante monographie de la *pneumonie*. MM. Triboulet et Claisse se sont chargés des scléroses du poumon et des pneumoconioses.

M. le professeur Grancher, en la collaboration de M. Barbier, a consacré 250 pages à la *tuberculose*. La compétence et le sens clinique des auteurs donnent une grande valeur à cette monographie sur une des questions les plus importantes et les plus difficiles de la pathologie médicale.

M. Balzer s'est chargé de la syphilis trachéo-pulmonaire, et enfin M. Lenoir, de l'emphysème pulmonaire et de l'asthme.

Le choix des auteurs, seul, indique avec quel soin est dirigé le *Traité de médecine et de thérapeutique*. Le souci des indications et des procédés thérapeutiques, qui est une des caractéristiques de ce traité, se retrouve à un haut degré dans ce septième volume, et l'œuvre garde son caractère pratique qui, dès le début, a fait son grand succès.

(1) Tome VII : *Maladies de l'appareil respiratoire* (nez, larynx, trachée, bronches et poumons). — Gr. in-8°, 931 p., avec fig. Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Sont nommés pour les postes ci-après désignés : MM. les médecins-majors de première classe Roch, pour l'hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé; — Mackiewicz, pour le 13e d'artillerie; — Vogelin, pour le 10e d'infanterie; — Fech, pour le 7e du génie; — Thiébaut, pour le 1er régiment étranger; — Metzquer, pour le 10e cuirassiers.

Marine. — Par décision présidentielle du 29 mai 1900, a été acceptée la démission de son grade offerte par M. Ziégler, médecin de deuxième classe de la marine.

Par décret de même date, M. Ziegler a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer, et affecté au port de Rochefort.

M. le médecin de deuxième classe Hédie, du cadre de Lorient, est désigné pour aller servir au 14e d'infanterie de marine au Sénégal, en remplacement de M. le docteur Michel.

MM. les médecins de deuxième classe Brachet, du port de Rochefort, et Daniel, du port de Cherbourg, sont désignés pour aller servir aux troupes en Indo-Chine, en remplacement de MM. Normand et Roux, aides-majors, le premier au 9e régiment, le second au 3e régiment de tirailleurs tonkinois.

— M. le médecin de deuxième classe Barbe, du cadre de Toulon, est désigné pour embarquer sur le contre-torpilleur d'escadre *Casabianca*, qui doit entrer en armement à Toulon.

M. le médecin de deuxième classe Ferrandini est affecté au service général du port de Cherbourg.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 22e semaine, 969 décès, chiffre voisin de la moyenne ordinaire de la saison (955). L'état sanitaire continue donc à être satisfaisant.

La fièvre typhoïde n'a causé que 9 décès, chiffre inférieur à celui des semaines précédentes. Le nombre des cas nouveaux est également en diminution considérable.

La rougeole, toujours fréquente en juin, a causé 31 décès, chiffre voisin de la moyenne (27). La scarlatine, 8 décès; la coqueluche, 6; la diphtérie, 13, s'écartent peu de la moyenne.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 110 décès, au lieu de 118 pendant la semaine précédente et au lieu de 123, moyenne ordinaire de la saison.

XIIIe Congrès international de médecine. — En réponse à des demandes nombreuses qui lui ont été adressées, le comité exécutif a décidé que les dentistes non docteurs en médecine, mais pourvus d'un diplôme d'État français ou étranger, pourront se faire inscrire comme membres du Congrès dans la section de stomatologie.

Envoyer les adhésions aux bureaux du Congrès, 21, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort subite de M. le docteur Brocard, maire de Nomeny (Meurthe-et-Moselle); et de M. Georges Masson, libraire-éditeur, président de la Chambre de commerce de Paris.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Exposition universelle de 1900. Trains de plaisir*. — A l'occasion de l'Exposition universelle, la Compagnie mettra en marche, pendant le mois de juin, des trains de plaisir comprenant des voitures de 2e et de 3e classe, à prix réduits, au départ de Nice, Cette, Clermont-Ferrand, Besançon, Genève et Lyon.

Pour renseignements, voir les affiches et prospectus publiés par la Compagnie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de gynécologie pratique, à l'usage des étudiants et praticiens, par le docteur C. Fournier, professeur de gynécologie et d'obstétrique à l'École de médecine d'Amiens. Un vol. in-16 de 312 p. avec 115 fig., cartonné. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Formulaire électro-thérapique, par le docteur Foveau de Courmelles. Un vol. in-18 cart. toile, de 230 p. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

La science et le mariage, étude médicale, par le docteur Henry Cazalis. In-8°, 200 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 66. — MARDI 12 JUIN 1900. 73e ANNÉE. MARDI 12 JUIN 1900. — N° 66.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — BOTRYOMYCOME SIÉGEANT A LA FACE DORSALE DE L'AURICULAIRE DROIT AU VOISINAGE DE LA SERTISSURE UNGUÉALE, par M. Xavier DELORE, chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon. — NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE. Hygiène physique du diabète sucré. Repos et mouvement chez les diabétiques, par M. GUIHAL, interne des hôpitaux. — FORMULAIRE. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 10 juin 1900.

Les Sociétés des médecins et des chirurgiens des hôpitaux continuent à discuter sur les réformes à apporter au concours de l'internat. Le vitriol aurait-il une influence à si longue portée? Sans vouloir prétendre que tout est pour le mieux dans le meilleur des concours, il faut cependant reconnaître et proclamer que le concours de l'internat est des moins mauvais, et que les élus forment encore une corporation d'élite, n'en déplaise aux fruits secs et aux ratés qui cherchent à le déconsidérer.

Les réformes qu'on propose sont d'ailleurs de bien petite importance, et c'est uniquement pour le plaisir de faire quelque chose de nouveau qu'elles semblent être imaginées.

La commission nommée par la Société des chirurgiens a proposé de mettre le concours de l'internat en février, et de faire entrer les internes en fonctions le 1er mai. Les externes auraient leur concours plus tard, et n'entreraient en fonctions que le 15 octobre. De la sorte, et c'est la raison d'être de cette petite réforme, les services hospitaliers conserveraient toujours une partie de leurs élèves, les traditions établies par le chef de service se transmettraient facilement et surtout les malades qui sont dans les salles à la période du changement de service continueraient à recevoir les soins de ceux qui sont habituellement chargés de les leur donner.

En principe, c'est parfait, mais en pratique il ne nous paraît pas que la modification proposée soit si simple. La commission et, après elle, la Société des chirurgiens a-t-elle bien réfléchi que les nouveaux internes et externes provisoires entrant en fonctions au mois de mai, dégarniront les services des meilleurs de leurs externes? Par qui ces externes devenus internes et quittant leur service au milieu de l'année, seront-ils remplacés en attendant les nouveaux externes du mois d'octobre! Il faudrait donc nommer des externes provisoires, pour remplir les vides? Un concours spécial sera-t-il nécessaire? Tout ceci est loin de constituer une amélioration sur le régime actuel, sans compter cette conséquence au moins singulière que ce seront les services pourvus des meilleurs externes qui seront le plus éprouvés.

En reportant le concours au mois de février, on supprime les candidats militaires. Cette suppression est désirable, en effet, car il est incontestable que, suivant les années, ces candidats sont ou favorisés ou dépréciés, et qu'ils ne sont jamais jugés d'après la même cote que les autres. Mais reculer le concours en février, n'est-ce pas porter un préjudice à ces candidats qui en novembre doivent être internes ou docteurs? N'est-ce pas diminuer d'une année le temps déjà fort court réservé par les exigences de la loi militaire et donner une faveur injustifiée aux étrangers, aux réformés, aux dispensés qui ont l'immense avantage, au point de vue de leurs études, de ne point passer une année sous les drapeaux?

En pesant bien toutes ces objections, il nous semble que les modifications proposées ont été présentées un peu à la légère et il est désirable que le Conseil de surveillance, qui sera appelé à se prononcer en dernier ressort, étudie de très près les vœux qui lui sont présentés avant de les adopter définitivement.

BOTRYOMYCOME

SIÉGEANT A LA FACE DORSALE DE L'AURICULAIRE DROIT AU VOISINAGE DE LA SERTISSURE UNGUÉALE

Par M. Xavier DELORE,
Chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon.

Dernièrement, nous avons rapporté une observation de botryomycome du bord cubital de la main, et nous citions, à ce sujet, les recherches antérieures (1). Depuis cette époque, ont paru des travaux importants : le cas de MM. Reclus et Lenormant (2), la thèse de M. Sprick (3), et surtout le mémoire documenté de MM. Poncet et Louis Dor (4).

Dans ce dernier travail, la question de la spécificité, celle de l'anatomie pathologique du botryomycome humain sont exposées magistralement. Cette étude fondamentale ne peut être analysée ; elle doit être lue.

Voici une nouvelle observation recueillie dans le service de M. le professeur Poncet.

Botryomycome siégeant à la face dorsale de l'auriculaire droit, au voisinage de la sertissure unguéale. (Observation rédigée par

(1) X. DELORE. Un cas de botryomycome occupant le bord cubital de la main, *Gaz. hebd.*, 5 sept. 1899.

(2) Ch. LENORMANT. Sur un cas de botryomycose siégeant à la face dorsale de l'annulaire droit, *Gaz. hebd.*, 21 fév. 1900.

(3) SPRICK. *Spécificité de la botryomycose*, Th. de Lyon, 1900.

(4) A. PONCET et L. DOR. La botryomycose, *Arch. gén. de méd.*, fév. et mars 1900.

le porteur de la tumeur, P. A..., étudiant en médecine.) — P. A... vingt-quatre ans, étudiant en médecine.

Comme antécédents personnels, rien de particulier. A l'âge de dix-huit ans, ce jeune homme montait fréquemment à cheval et soignait ses chevaux. A cette époque, il s'est fait une légère égratignure sur le côté interne de l'auriculaire droit, à 1 millimètre en dehors de la gouttière unguéale, au niveau de l'extrémité postérieure de la portion libre de l'ongle.

A cette égratignure non soignée et qui a guéri en apparence, a fait suite une petite tuméfaction de la grosseur d'une tête d'épingle. Celle-ci, non douloureuse, non prurigineuse, d'apparence lisse, revêtue par une peau de couleur normale, dure à la palpation, n'était pas pédiculée et se confondait sans ligne de démarcation aucune avec la peau environnante.

Cette petite tumeur est restée à l'état stationnaire pendant un an environ.

A cette époque, la tumeur augmenta insensiblement de volume, et devint de la grosseur d'un petit pois. Son contour devenait complètement circulaire et seconfondait avec la peau voisine. La peau qui la recouvrait avait une apparence parcheminée. Le malade arrachait alors cette cuticule, arrachement qui était suivi d'une hémorragie notable et souvent difficile à tarir. Sa durée était à peu près d'un quart d'heure. Après quoi, les jours suivants, la tumeur se recouvrait d'une croûte noirâtre qui tombait cinq ou six jours après, faisant place à une nouvelle couche cornée sans trace d'ulcération. Pas de douleur ni spontanée, ni provoquée à la palpation.

Cet état dura quatre ans environ, sans que le malade prît aucun soin. A cette époque, février 1899, le malade ayant essayé d'arracher la cuticule cornée, comme il le faisait d'habitude, aucune hémorragie ne s'ensuivit. Mais au bout de quelques jours, la tumeur augmenta d'une façon notable et le malade, en faisant des tractions sur elle, s'aperçut qu'elle était nettement pédiculée en son centre et qu'elle reposait sur un godet nettement limité.

Sa surface n'était plus lisse et unie, mais grenue. La tumeur à la surface ne présentait aucun suintement soit séreux, soit purulent, soit hémorragique. Dans le lit où elle reposait au contraire, se trouvait un léger suintement séreux, qui devint plus tard un peu purulent.



Fig. 1. Fig. 2.

Dessins d'après nature (Dr Briau). — Fig. 1 : Botryomycome siégeant à la face dorsale de l'auriculaire droit, au voisinage de la sertissure unguéale. — Fig. 2 : La même tumeur, soulevée par un crochet, montrant son pédicule.

La tumeur jusque-là totalement indolore devint le siège d'une douleur vive spontanée et provoquée. En même temps la température du malade s'est élevée notablement. Une douleur vive s'est emparée du bras qui présentait des traînées de lymphangite, avec inflammation notable des ganglions axillaires. (Voyez les figures 1 et 2.)

C'est dans cet état que le malade s'est présenté à la clinique du professeur Poncet. Intervention du professeur Poncet, au mois d'avril 1899. La guérison complète a été obtenue un mois environ après l'ablation.

Résultats éloignés : excellents. Aucune récidive à signaler en mai 1900.

L'examen histologique, pratiqué par M. Dor, a montré qu'il s'agissait d'un botryomycome typique (fig. 3), tout à fait au début, dans lequel l'épiderme n'a pas encore desquamé. Cet épiderme est seulement décollé, soulevé et surmonté d'une couche de corne; la figure 3 représente une vue d'ensemble à un très faible grossissement.

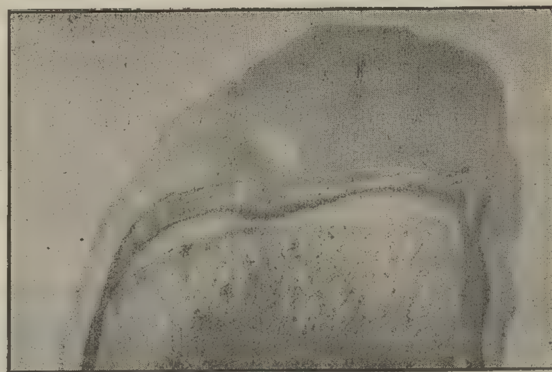


Fig. 3. — Dans ce botryomycome (fig. 1 et 2), l'épiderme n'a pas encore desquamé, il est seulement décollé, soulevé et surmonté d'une couche de corne. (Vue d'ensemble à un très faible grossissement [L. Dor]) (1).

Dans cette observation, il s'agit d'une tumeur pédiculée, vasculaire, siégeant dans le sillon péri-unguéal, affectant les allures d'une tumeur bénigne, sans tendance à la guérison spontanée. Les figures 1 et 2 montrent, du reste, mieux qu'une description, l'aspect de ce néoplasme.

Cliniquement, dans l'espèce humaine, le botryomycome est une tumeur unique, qui débute comme une petite verrue, recouverte d'abord d'un revêtement épidermique. Au point d'inoculation, existait une petite plaie, parfois si insignifiante, qu'elle a échappé à l'attention du sujet. Les grattages mettent à nu la couche dermique; ou bien ce sont les frottements incessants qui accélèrent la chute de l'épiderme. Ce résultat est atteint d'autant plus aisément que la tumeur a une prédilection particulière pour les régions découvertes, la main en particulier.

Dans une seconde période, le néoplasme, débarrassé de l'enclave épidermique, apparaît à fleur de peau. Il s'élève peu à peu, refoulant à la périphérie les couches cutanées. Enfin, le bourgeon fait saillie au dehors, assez analogue à une framboise. Un pédicule le rattache aux tissus voisins; son aspect général est alors assez comparable à celui de certains champignons.

Le cas que nous rapportons a subi cette évolution typique : le diagnostic clinique était fort simple. Cette observation confirme donc la description qu'en ont donnée MM. Poncet et Dor.

L'examen histologique a permis d'y surprendre, pour ainsi dire, le stade primitif de la tumeur qui, nous l'avons dit, reste sous-épidermique, pendant un certain temps.

(1) La figure 3 est empruntée au mémoire de MM. Poncet et Dor (*Arch. gén. de méd.*, févr. et mars 1900).

Cette constatation constitue l'un des côtés intéressants de cette observation (fig. 3).

La production néoplasique, pédiculée, devait *être essentiellement bénigne*, de par ses caractères cliniques, histologiques et bactériologiques. De même qu'on n'avait jamais observé de récidive, dans les cas anciens, certains étant opérés depuis 1890, de même nous voyons, dans ce cas nouveau, la guérison définitive suivre le traitement.

Celui-ci est fort simple : l'ablation au bistouri ou aux ciseaux, en cernant le pédicule, débarrasse le sujet de cette affection bénigne, mais désagréable par sa persistance, par les excoriations et les hémorragies, les inflammations auxquelles elle est exposée sans cesse.

Étiologiquement, nous retiendrons que notre malade soignait des chevaux, à l'époque de l'inoculation. Cette remarque est intéressante, puisque le botryomycome humain possède les mêmes caractères bactériologiques et cliniques que le champignon de castration du cheval, ou botryomycose équine, décrit depuis fort longtemps par les vétérinaires. On sait que, chez l'homme, les caractères du botryomycome sont semblables à ceux du cheval. Ils permettent d'identifier le parasite humain et le parasite animal.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Hygiène physique du diabète sucré. Repos et mouvement chez les diabétiques.

Par M. GUIHAL, interne des hôpitaux.

Le diabétique, dit Bouchardat, devrait gagner son pain à la sueur de son front ; et, à l'appui de son dire, il raconte l'histoire d'un malade adonné au travail des champs, qui voyait le sucre augmenter dans ses urines toutes les fois qu'il abandonnait ses travaux, le régime alimentaire étant cependant continué sans faiblesse. Les documents cliniques en faveur des exercices physiques se sont multipliés depuis.

L'une des observations les plus intéressantes est due à M. A. Renault. « A la suite de violents chagrins, le docteur D... était devenu fortement diabétique. Il avait la bouche sèche, perdait ses forces et avait maigri de 15 kilogrammes. Son urine contenait une énorme proportion de sucre. Ayant suivi pendant six mois un traitement médical complet..., il se décida à recourir à l'exercice musculaire. Il demeurait rue de l'École-de-Médecine ; il loua un appartement à Saint-Mandé, à sept kilomètres de distance. Matin et soir, il se mit à parcourir cette distance. Au bout de quinze jours, l'amélioration était déjà sensible. Après six mois, le sucre avait complètement disparu de ses urines et l'on n'en trouva plus traces jusqu'à sa mort, qui n'arriva que seize ans plus tard. » M. Brouardel, cité par Proust et Mathieu, donne comme exemple « un diabétique obligé de faire souvent le voyage de Paris à Marseille, et qui ne présentait plus de sucre dès qu'il arrivait dans cette ville ». Quelles que soient les idées pathogéniques de chacun, les preuves cliniques sont vraiment trop nombreuses pour qu'on puisse douter de la valeur de la « cure de mouvement » dans le diabète. Düring, médecin de Hambourg, a créé un mode de traitement où l'exercice entre pour la plus large part. Pour se garder des exagérations et préciser les indications de telles pratiques, il semble nécessaire de s'adresser à la physiologie, qui permettra de bien comprendre en quoi le mouvement peut être utile au diabétique, et dans quelles limites on devra le conseiller.

Le muscle qui se contracte produit un travail mécanique et dégage de la chaleur. La source de l'énergie ainsi dépensée est évidemment empruntée aux matériaux oxydables et fermentescibles du muscle ; ces matériaux sont représentés par les substances albuminoïdes et les principes hydro-carbonés. Claude Bernard, Chauveau et Kaufmann ont démontré, par de nombreuses expériences, que les oxydations intra-musculaires ont lieu aux dépens de la glycose, venue elle-même du tissu musculaire et du foie, le glycogène étant dans les deux cas l'intermédiaire obligé. L'oxydation des matières albuminoïdes n'est que peu activée par le travail musculaire ; et, après un exercice modéré, l'élimination d'urée, témoin ultime de ces oxydations, n'augmente pas ou augmente d'une manière tout à fait insuffisante pour expliquer la somme d'énergie dépensée (Fick et Wislicenus, Lagrange et Gautrelet). Si l'on admet que dans le diabète l'hyperglycémie et la glycosurie consécutive tiennent à un défaut de consommation du sucre, l'action bienfaisante du travail musculaire, venant activer cette consommation, s'explique avec une grande facilité. Mais si l'on croit au contraire que la glycosurie relève non d'un défaut de consommation mais d'une hyperproduction de sucre dans l'organisme, et que tout excès de consommation s'accompagne d'un nouvel excès de production, on peut être amené, par ces considérations théoriques, à s'opposer à la pratique des exercices physiques dans le diabète. Dans le cas particulier, les faits cliniques jugent la question : ils sont nettement en faveur des exercices physiques.

Mais la consommation de glycogène n'est pas le seul résultat du travail musculaire. Il est bien établi maintenant que toute cellule vivante secrète une quantité plus ou moins considérable de poisons. Le muscle qui travaille n'échappe pas à cette loi. Tant que l'exercice est modéré, l'élimination des poisons, mesurée par le coefficient uro-toxique, n'augmente que dans de faibles proportions. Il n'en est plus de même si le travail musculaire est poussé jusqu'à la fatigue : MM. Tissié et Sabrazès ont déterminé le coefficient uro-toxique des individus ayant pris part à la course vélocipédique de Paris à Bordeaux ; il était cinq fois supérieur à la normale. Chez le diabétique, de nutrition défectueuse à coup sûr, de perméabilité rénale plus ou moins bien conservée, la production de ces poisons musculaires doit être prévue. Lagrange et Gautrelet ont montré de plus que le surmenage physique entraîne l'azoturie, si redoutable déjà dans le diabète. En possession de ces données physiologiques, nous pouvons nettement conclure : les exercices physiques du diabétique seront soigneusement réglés et subordonnés au degré de perméabilité rénale. Jamais le diabétique ne devra lutter contre la fatigue musculaire : repos et mouvement seront pour lui deux termes d'égale importance.

Si l'on entre dans le domaine de la pratique, les difficultés surgissent de toutes parts. Parmi les malades, les uns — ce sont les plus rares — se livrent avec ardeur aux exercices physiques, dès qu'ils en ont reconnu l'utilité, et ne savent pas toujours éviter l'excès et le surmenage : ici le rôle du médecin est essentiellement modérateur ; les autres — les plus nombreux — sont des sédentaires, depuis longtemps déshabitués des exercices physiques et qui doivent surmonter une véritable répugnance. D'une manière générale, on peut dire que, le plus souvent, c'est le malade lui-même qui choisira l'exercice le plus en rapport avec ses goûts et ses occupations ; au médecin reviendra le soin de régler et de

varier ces exercices, d'en augmenter progressivement la durée et l'intensité, de conseiller les repos fréquents exactement subordonnés à l'apparition d'une réelle fatigue.

Les exercices les plus habituels, pour lesquels l'adaptation musculaire est acquise depuis longtemps, pourront être conseillés en premier lieu; ils seront plus facilement acceptés du malade. La marche est extrêmement précieuse; une promenade d'une ou deux heures après chacun des trois repas, coupée de repos fréquents si la fatigue l'exige, rendra déjà de grands services. On ne négligera pas non plus, s'il est possible, l'exercice des bras ; dans cet ordre d'idées, beaucoup de diabétiques préfèrent à la marche les travaux de jardinage et les trouvent moins fatigants. Les deux peuvent être d'ailleurs heureusement associés. La durée du travail musculaire sera patiemment augmentée de jour en jour. Un moment viendra où le malade pourra se fatiguer davantage, limiter ses temps de repos; il ne craindra plus de se mettre en sueur, pourvu qu'il observe toutes les précautions usitées pour éviter les refroidissements.

Un tel régime physique serait complet et suffirait à toutes les indications s'il pouvait être longtemps continué. Il est, en effet, facile à graduer de manière à ne jamais dépasser les forces du malade; mais son principal défaut est l'uniformité. Or il est important de toujours distraire le diabétique, sans jamais le lasser, de ne pas lui imposer un régime trop monotone, en un mot de varier le plus possible ses occupations. Un nouvel exercice sera abordé avec d'autant plus de prudence qu'il sera moins connu du malade. Cela est vrai surtout en ce qui concerne les sports : ceux que le malade a déjà pratiqués seront conseillés en premier lieu, avec beaucoup de prudence, et progressivement ordonnés de manière à ne jamais entraîner ni fatigue du cœur, ni dyspnée d'effort; les autres viendront ensuite, lorsque le diabétique sera dès longtemps habitué à la fatigue; il va sans dire que toute tendance sportive sera soigneusement écartée de l'esprit du malade. Ces remarques générales s'appliquent à la bicyclette, à l'équitation, au patinage, à la chasse, à l'escrime. La bicyclette, entre autres, est souvent préférée du malade, et cependant c'est l'un des sports où l'excès semble le plus difficile à éviter. Un tel exercice demande à être surveillé de près et réglementé jusque dans ses moindres détails; bien employé, il a le mérite de pouvoir être facilement gradué et d'être moins monotone que beaucoup d'autres.

S'il s'agit d'une femme, le nom seul des exercices recommandés changera, mais le régime physique obéira aux mêmes principes généraux. Là encore, on se guidera sur les préférences de la malade, et l'on pourra conseiller la marche, la danse, le tennis, le volant, la balle, la bicyclette enfin s'il est possible; les répugnances à vaincre seront plus grandes et l'excès plus facile à éviter que précédemment.

Il est des diabétiques qui, doués d'un embonpoint excessif, adonnés à des occupations sédentaires, ou bien en proie à cet état d'abattement et d'apathie si bien décrits par Legrand du Saulle, ne peuvent se soumettre à une hygiène physique suffisamment sévère. Dans ces conditions, il peut être utile de recourir à ce que M. Dreyfus-Brisac appelle les « exercices artificiels » : le massage et la gymnastique suédoise. Le massage constitue une excellente pratique dans le diabète; on l'associe d'ordinaire aux frictions sèches et à l'hydrothérapie. On sait combien l'hygiène de la peau a de l'importance pour le diabétique; nous n'y insisterons pas. La gymnastique suédoise a été méthodiquement réglée par Von Zander : elle consiste essentiellement à faire exécuter avec la main divers mouvements au malade, et à opposer à ces mouvements une résistance voulue; elle nécessite un moniteur exercé qui puisse déterminer un réel travail musculaire sans cependant amener la fatigue. Zander a, de plus, construit des appareils qui opposent à un mouvement donné une résistance que l'on peut mesurer et graduer; ces appareils ne remplacent qu'imparfaitement la gymnastique manuelle. Les exercices artificiels, dans les conditions spéciales que nous avons indiquées, rendront de très grands services; le malade, en effet, comprendra tout le bénéfice qu'il y a pour lui à faire travailler ses muscles, et les exercices physiques vraiment actifs pourront entrer en scène.

Nous dirons peu de chose sur les contre-indications des exercices physiques, qui peuvent se résumer en quelques lignes et découlent tout naturellement de ce qui précède. Nous avons, en effet, insisté plus haut sur l'importance de la perméabilité rénale; aussi l'albuminurie persistante, l'azoturie, seront-elles des contre-indications formelles. Il en est de même des troubles cardiaques, et en général de toute complication qui vient se mettre au premier plan du tableau symptomatique et réclamer toute l'attention du médecin. Un diabétique en voie de consomption ne pourra non plus songer à se livrer à des exercices actifs; tout au plus peut-on, dans ces cas, conseiller avec Duhring la vie au grand air et quelques promenades après les repas. « L'exercice, disent MM. Proust et Mathieu, doit toujours être réglé non pas suivant des conceptions théoriques, mais d'après l'état clinique du malade. » Terminons en disant que le mouvement n'est qu'un des éléments de l'hygiène générale du diabétique, et qu'il ne peut être vraiment utile que si tous les préceptes de cette hygiène sont exactement suivis par le malade.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(8 juin 1900)

Les circonstances sont exceptionnelles où l'on peut examiner le **système nerveux dans les cas de zona**; la fièvre zoster étant une maladie qui ne tue pas, on s'explique la pénurie des documents anatomiques récents. Et si l'on reprend l'histoire anatomique du zona, on s'aperçoit qu'elle a été faite à une époque où la technique microscopique était singuleièrement incomplète. On trouve le zona décrit suivant trois modes topographiques différents : 1° un zona névritique, si la lésion atteint le nerf à sa périphérie; 2° un zona rhizomérique, si la lésion atteint le nerf à sa racine; 3° un zona métamérique, si la lésion n'atteint primitivement ni le nerf ni la racine, mais la région de la moelle d'où ils viennent. A quelle catégorie appartient la fièvre zoster? M. Gilbert Ballet communique à ce propos une observation anatomo-pathologique des plus intéressantes. Une malade entre dans le service de M. Danlos avec un zona siégeant sur le plexus cervical superficiel; cette malade prend une pneumonie et meurt. M. Ballet prélève nerfs, ganglions et moelle correspondants au siège de l'éruption; il en fait l'examen histologique; ce sont les résultats de cet examen qu'il apporte à la Société. Sur le nerf la lésion est très discrète; c'est la lésion vulgaire, c'est-à-dire la prolifération des noyaux avec la segmentation de la myéline en gouttelettes; en un mot, c'est la dégénérescence wallérienne. Sur la racine postérieure, c'est la même lésion, mais à un degré beaucoup plus prononcé; les tubes nerveux sont altérés presque en totalité.

L'état des ganglions eût été bien intéressant à connaître; malheureusement les ganglions furent perdus.

En somme, dès maintenant, on voit qu'il y a eu désagrégation presque complète de la racine, avec une lésion très discrète de la partie périphérique du neurone.

Qu'y avait-il du côté du métamère spinal?

Sur une coupe de la moelle au niveau même de la racine, on constate une atrophie de la corne postérieure. C'est là une lésion toute contingente qui n'implique en rien une lésion primitive du métamère. Plus haut ou plus bas, rien, aucune autre lésion.

Dans ce fait particulier, donc, il n'y a pas d'autre lésion spinale que celle de la corne postérieure, laquelle s'explique fort bien par la lésion première de la racine postérieure.

Ce fait est intéressant eu égard à la grande rareté des autopsies de zona.

M. Letulle a pu, à l'hôpital Boucicaut, réaliser une partie de la **cure des tuberculeux**, laquelle, on le sait, repose sur ces trois termes : repos, aération continue, suralimentation.

Le repos à l'air était impossible : on n'a pas cru devoir mettre des arbres dans les jardins de cet hôpital, sous cet ingénieux prétexte que les malades ne vont jamais dehors.

L'aération continue était difficile, car l'aération suppose air pur, et jamais hôpital n'eut autour de lui une plus belle couronne de cheminées d'usines. Restait la suralimentation. M. Letulle a pu réaliser à cet égard des progrès merveilleux.

D'abord, à l'hôpital Boucicaut, les malades ont pour prendre leurs repas un réfectoire presque élégant; ils ne sont pas serrés, tels harengs en boîtes, autour d'une longue table, où tout mouvement devient une peine; mais ils déjeunent et dînent, comme on soupe dans le monde, sur de petites tables, auquelles très souvent des fleurs viennent donner leur note fraîche et gaie. Ils sont à l'aise, ils se plaisent au réfectoire, ils mangent d'un meilleur appétit.

M. Letulle fait faire à ses tuberculeux six repas par jour, dont voici le menu théorique :

A cinq heures et demie, thé et lait; à huit heures, soupe et poudre de viande; à onze heures, déjeuner, trois plats variés; à trois heures, goûter où figurent les restes du déjeuner, les viandes froides. Ce repas est fort goûté des malades; à cinq heures et demie, dîner, soupe et trois plats; à neuf heures, lait et quelques gâteaux secs.

Les aliments sont minutieusement choisis et l'on s'exerce à les varier le plus possible. Voici le menu pour une semaine d'été, il vaut la peine d'être connu :

Lundi : matin, cervelles au beurre, rôti de veau, purée de pois; soir, soupe, bœuf nature, purée de pommes de terre, sardines à l'huile.

Mardi : matin, biftecks, tête de veau à l'huile, lentilles, café; soir, soupe, thon à la sauce blanche, veau rôti, carottes au jus.

Mercredi : matin, bœuf miroton, saucisson, choux; soir, soupe, veau rôti, lentilles, cerises.

Jeudi : matin, hachis Parmentier (bœuf et pommes de terre), haricots blancs; soupe, bœuf rôti, purée de pommes de terre, roquefort.

Vendredi : lapin chasseur, salade avec œufs durs, gâteaux aux fruits, café; soir, soupe, poulet rôti, jambon salade, pêches.

Samedi : matin, œufs frais à la coque, bœuf à l'huile, purée de pois; soir, soupe, melon, bœuf à la mode, riz au gras.

Dimanche : matin, mou de veau aux champignons, épinards, pêches; soir, soupe, rostbeef, omelette, salade.

Le menu, pour une semaine d'hiver, est tout aussi alléchant.

Grâce à ce régime, M. Letulle a recueilli 70 observations de tuberculeux aux premier, deuxième et troisième degrés, qui, en quelques semaines, ont eu des gains de poids de 3,5 et même 10 kilogs.

Ce sont là, certes, de merveilleux progrès; mais en l'état actuel de nos installations hospitalières, ce sont progrès peu durables et théoriques. La peine qu'on se donne pour les réaliser est peine perdue. Dès qu'un malade va mieux, il devrait trouver un coin où, pendant de longs mois, il pourrait parfaire sa guérison; loin de là, il quitte l'hôpital, il retourne à son travail et à sa misère; il maigrit à nouveau, la maladie reprend et tue. Comme le dit M. Letulle, ce qu'il a fait, c'est de l'art pour l'art. L'exemple n'en est pas moins à méditer et à suivre.

MM. Widal, Merklen, Parmentier, Moutard-Martin, Hirtz, Vincent, Sevestre, Rendu citent de nombreux faits de **fièvre typhoïde à début brusque**.

M. Parmentier communique une observation de **cholécystite suppurée survenue au décours d'une dothiénentérie.**

FORMULAIRE

Potion contre le delirium tremens (Villard).

Antipyrine	4 grammes.
Bromure de potassium	6 —
Eau de laitue	125 —
Sirop de chloral	30 —

F. S. A. — A prendre une cuillerée à bouche d'heure en heure jusqu'à effet hypnotique.

Lotion contre le prurit dans les diverses affections cutanées (A. Thompson).

Acétate de plomb	1 gramme.
Acide cyanhydrique médicinal	5 —
Alcool rectifié	15 —
Eau distillée	250 —

F. S. A. — Usage externe.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 18 au 23 juin 1900)

Examens de doctorat.

Lundi 18 juin, à une heure. — 1er, *Faculté, salle n° 1* : MM. Poirier, Gley et Sébileau; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Lannelongue, Kirmisson et Legueu; — (2e série) : MM. Delens, Mauclaire et Delbet; — (2e partie) : MM. Brissaud, Déjerine et Gaucher; — M. Rémy, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Tuffier et Broca (Aug.); — (2e série) : MM. Terrier, Lejars et Walther; — (2e partie) : MM. Fournier, Teissier et Launois; — M. Jalaguier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Heim, suppléant.

Mardi 19 juin, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Chantemesse et Hanriot.

1er, *Grand amphithéâtre* : MM. Rémy, Thiéry et Retterer.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM.

Quénu, Nélaton et Poirier; — (2e partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Dieulafoy, Blanchard et Roger.

3e (2e partie), *Faculté, salle n° 3* : MM. Hutinel, Achard et Thiroloix.

4e, *Faculté, salle n° 2* : MM. Debove, Thoinot et Langlois; — M. Vaquez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Schwartz et Faure; — (2e série) : MM. Berger, Brun et Albarran; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Raymond et Charrin; — M. Marfan, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich; — M. Chassevant, suppléant.

MERCREDI 20 JUIN, à une heure. — 3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Lannelongue, Poirier et Varnier; — (2e partie), *Petit amphithéâtre* : MM. Joffroy, Wurtz et Launois.

2e de chirurgien-dentiste, *Faculté, salle n° 1* : MM. Hayem, Sébileau et André; — M. Retterer, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Delens, Kirmisson et Walther; — (2e série) : MM. Tuffier, Jalaguier et Broca (Aug.); — M. Lejars, suppléant.

JEUDI 21 JUIN, à une heure. — 1er, *Faculté, salle n° 2* : MM. Rémy, Poirier et Langlois.

2e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 3* : MM. Blanchard, Gley et Launois.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Budin, Brun et Thiéry.

3e (oral, 1re partie), *Grand amphithéâtre* (1re série) : MM. Schwartz, Nélaton et Wallich; — *Petit amphithéâtre* (1re série) : MM. Guyon, Bonnaire et Albarran; — (2e partie, nouveau régime), *Ecole pratique, salle n° 4* : MM. Dieulafoy, Chantemesse et Dupré; — M. Weiss, suppléant.

4e : MM. Pouchet, Wurtz et Vaquez.

VENDREDI 22 JUIN, à une heure. — 1er, *Faculté, salle n° 3* : MM. Rémy, Poirier et Retterer.

2e (2e partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Hanriot, Gley et Heim.

2e de chirurgien-dentiste, *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Sébileau et Wurtz; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Terrier, Lejars et Broca (Aug.); — (2e partie, 1re série) : MM. Potain, Widal et Tessier; — (2e série) : MM. Hayem, Landouzy et Thoinot; — M. Kirmisson, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Mauclaire, Delbet et Walther; — (2e partie) : MM. Brissaud, Déjerine et Gaucher; — M. Jalaguier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. André, suppléant.

SAMEDI 23 JUIN, à une heure. — 3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Grand amphithéâtre* : MM. Cornil, Blanchard et Achard.

3e (2e partie), *Petit amphithéâtre* : MM. Dieulafoy, Vaquez et Dupré.

2e (de chirurgien-dentiste), *Faculté, salle n° 1* (1re série) : MM. Quénu, Marfan et André; — *Faculté, salle n° 3* (2e série) : MM. Pouchet, Thiéry et Thiroloix; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Schwartz, Poirier et Albarran; — (2e série) : MM. Nélaton, Brun et Faure; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Instruction publique. — Par décret, en date du 8 juin 1900, M. le professeur Bouchard, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, est nommé, pour quatre ans, membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. Garrigous, membre de la Société géologique de France; — Gillot, vice-président de la Société d'histoire naturelle d'Autun.

Officiers d'Académie. — M. Marty, médecin-major de première classe au Val-de-Grâce.

La lutte contre l'alcoolisme dans la marine. — Le bon exemple donné par le général de Galliffet il y a quelques semaines, vient d'amener une circulaire analogue du ministre de la marine. Analogue seulement, car elle ne proscrit que les boissons reconnues nocives, « telles que l'absinthe et toutes les liqueurs de *marque inférieure.* » Cette distinction paraîtrait déjà extraordinaire venant d'un ministre quelconque. Sous la signature d'un agrégé libre de notre Faculté de médecine, elle paraît invraisemblable. Voici d'ailleurs comment l'apprécie le *Temps* :

« Cette circulaire, dit le *Temps*, ne donnera pas satisfaction à l'opinion publique.

La distinction que fait le ministre entre les rengagements et les conscrits peut servir d'autant moins à justifier les tolérances encore admises que beaucoup de gens bien placés pour connaître la réalité des choses, estimeront que les premiers, encore plus peut-être que les seconds, ont besoin d'être protégés contre leurs habitudes. On peut en dire autant de la distinction faite ensuite entre les boissons à base d'alcool reconnues nocives et les autres, puisqu'il semble établi que, sans être peut-être toutes également nocives, toutes font courir à la santé les plus sérieux dangers.

Une raison aurait dû, à nos yeux, déterminer le ministre à aller plus loin. Les équipages et les troupes de la marine tiennent longtemps garnison ou séjournent aux colonies dans des climats où le simple usage, nous ne disons pas l'abus, de l'alcool est aujourd'hui reconnu comme terriblement délétère. Il est bien à craindre enfin que la surveillance à laquelle le ministre veut soumettre la consommation de l'alcool soit très souvent illusoire. »

L'alcoolisme en Lorraine; conséquences médicales. — Voici quels ont été, pour la Lorraine, les résultats de la liberté complète laissée à l'installation des cabarets et à la vente des boissons alcooliques.

La mortalité par tuberculose a augmenté de 264 en 1882 à 322 en 1897; celle des néphrites a passé de 19 cas à 35.

A Maréville, on trouvait, en 1875, 1 alcoolique sur 57 aliénés; en 1898, on en trouve 1 sur 12.

Les moyennes annuelles des entrées pour l'épilepsie, étaient de 7, de 1875 à 1877, et de 16 de 1888 à 1892.

La moyenne quinquennale des cas de suicides est passée de 10 en 1877-1881 à 24 en 1891-1892, et celle des morts accidentelles de 9 à 21, après avoir atteint 29.

Tels sont les méfaits — ce ne sont pas les seuls — imputables à la loi de 1892, à laquelle, nous regrettons de le constater, reste attaché le nom d'un sénateur du Rhône. (*Revue méd. de l'Est.*)

La peste en Égypte. — La presse égyptienne proteste contre les informations de source anglaise relatives à la peste. Ces informations sont purement fantaisistes. Port-Saïd seul est atteint par le fléau.

Les offices quarantenaires donnent aujourd'hui patentes nettes sur tous les autres points de l'Égypte.

Les morticoles. — *Vienne.* — Pendant la séance du Reichsrath, M. Daszynski a déposé une demande d'interpellation au sujet de véritables expériences de vivisection humaine qui ont été faites à l'hôpital de Cracovie.

Le professeur Korizynski aurait donné l'ordre d'inoculer, à l'aide d'un liquide empoisonné, sept femmes malades en traitement à l'hôpital, dans un simple but expérimental.

L'un des internes du docteur Korizynski fit remarquer à son chef qu'une de ces femmes était enceinte de huit mois, et lui fit observer qu'une expérience de ce genre pourrait être fatale à la malheureuse; malgré cette observation, le féroce praticien passa outre. En moins ds douze heures, trois de ces femmes moururent des suites de cette expérience, les quatre autres en sortirent indemnes.

Six cents étudiants de l'Université contre dix-sept ont, par un vote, demandé au ministre de révoquer le docteur Korizynski. (*Le Journal.*)

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — — *Exposition universelle de 1900. Billets collectifs à prix réduits pour Paris.* — Du 1er juin au 31 octobre 1900, toutes les gares situées à plus de 100 kilomètres de Paris délivreront des billets aux familles (époux, ascendants, descendants) d'au moins trois personnes, voyageant ensemble.

Pour les familles de trois personnes, le prix perçu sera égal à celui de trois billets d'aller et retour ordinaires.

Pour les familles plus nombreuses, le prix ci-dessus sera augmenté de la moitié du prix d'un billet d'aller et retour pour chacun des membres de la famille en plus des trois personnes.

Le prix total ne pourra être inférieur à 50 p. 100 du prix qui serait perçu pour l'ensemble de la famille, si le tarif général était appliqué.

Ces billets seront valables pendant :

12 jours pour les parcours de 100 à 700 kilomètres.
14 — — de 701 à 900 —
16 — — au delà de 900 —

Faculté de prolongation de moitié à deux reprises, moyennant un supplément de 10 p. 100 chaque fois.

VALS PRÉCIEUSE — *Foie. Calculs. Gravelle. Diabète. Goutte.*

BAINS D'EAU ARSENICALE DE LEVICO VETRIOLO (Tyrol). — Les grands établissements de bains de la ville de Levico ont été reconstruits et embellis, et l'inauguration des nouveaux bâtiments aura lieu du 15 au 17 juin. La direction générale a organisé des trains spéciaux partant de Berlin, Vienne et Trieste pour se rendre à ces fêtes. Des hauts fonctionnaires, les professeurs des Universités et les sommités de la Science médicale ont été invités. Nombre de personnalités en vue ont accepté cette invitation et vont se rendre à cette solennité.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ. RUE CASSETTE, 17.

N° 67. — JEUDI 14 JUIN 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 14 JUIN 1900. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Du curage systématique des régions ganglionnaires inguinales, iliaques et obturatrices comme complément des interventions chirurgicales, par M. K. G. Lennander, professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Upsal. — De la répartition géographique du goitre en France, par M. Lucien Mayet, interne des hôpitaux de Lyon (1 fig.). — Séance de l'Académie de médecine. — Revue de la Presse. *Médecine* : Le signe de Kernig aux membres supérieurs ; — Le signe de Musset ; — Le mal de mer et son traitement ; — *Chirurgie* : Traitement des plaies superficielles sans suture ; — *Thérapeutique* : Traitement de la syphilis par le cacodylate de mercure. — Variétés. L'établissement dermatologique de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

DU CURAGE SYSTÉMATIQUE

DES RÉGIONS GANGLIONNAIRES INGUINALES, ILIAQUES ET OBTURATRICES

COMME COMPLÉMENT DES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Par K. G. Lennander,
Professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Upsal.

Dans presque tous les cas de cancers des extrémités inférieures, que j'ai opérés, la tumeur initiale était fort petite; par contre, des ganglions inguinaux, profondément altérés, témoignaient du caractère malin de la néoplasie. Mais, en dépit du curage simultané de l'aine, je ne me rappelle aucun malade, qui ait plus ou moins définitivement guéri. Tous ceux que j'ai pu suivre, autant que je m'en souvienne, ont présenté quelques semaines, quelques mois après (deux ans, dans un cas), des métastases ganglionnaires iliaques impossibles à enlever. C'est fort de cette expérience et de celle de quatre opérations récentes que je propose, en cas de cancer des extrémités inférieures, du pénis, de la vulve, de l'anus, etc., de faire ce qu'on fait ou s'efforce de faire partout ailleurs, le *curage systématique des régions ganglionnaires* (1). *Pour cela il faut pousser l'éradication des ganglions à une station, au moins, au-dessus de la dernière, qui se soit montrée malade* (*macroscopiquement*). Si donc les ganglions inguinaux sont altérés, il faut enlever les ganglions entourant la moitié inférieure des vaisseaux iliaques externes et les vaisseaux obturateurs; et si ces deux groupes sont eux-mêmes atteints, il faut remonter jusqu'à l'iliaque primitive, afin d'enlever même les glandes entourant l'hypogastrique. Je suis ainsi remonté jusqu'à la partie moyenne de l'artère iliaque primitive; mais on pourrait vraisemblablement pousser jusqu'à l'aorte. Il faut se rappeler que les ganglions sont surtout en dehors, parfois en avant ou en dedans; quand il y en a beaucoup, quelques-uns semblent postérieurs.

(1) Le lecteur peut retrouver ce travail, sous une forme un peu plus étendue, dans l'*Upsala lækar-fœren. förhandl.*, 1899, t. V, 1.

Mais avant de décrire ma technique, je veux rapporter deux cas d'extirpation, l'un de métastases sarcomateuses iliaques et l'autre d'adénite suppurée inguino-iliaque, et qui m'ont conduit peu à peu au manuel opératoire que j'ai adopté. L'incision, dans les deux cas, fut à peu près celle de la ligature de l'iliaque externe.

Observation I. — *Sarcome de la peau de la face antérieure de la jambe droite et des glandes lymphatiques inguinales et iliaques droites.* — Anna V..., cinquante-trois ans, entrée le 14 février 1899, sortie le 13 mai 1899. Antécédents négatifs. Cependant la malade fut réglée tard (vingt ans) et ne voyait que fort peu. Elle s'adressa à une matrone, qui la traita par la saignée (!) : la malade fut donc saignée au pli du coude droit et au-dessus de la malléole externe droite : cette dernière saignée fut blanche. Deux ans plus tard, c'est-à-dire il y a près de vingt-cinq ans, il se forma dans la cicatrice une petite nodosité de la grosseur d'un pois : elle était dure et insensible. Il y a quatorze ans, elle avait acquis le volume d'une prune et devint douloureuse, surtout après la marche. Il y a une dizaine de jours, la peau recouvrant la tumeur devient tout à coup blanche comme de la craie, après avoir été pendant quelque temps bleuâtre. Elle s'ulcère alors et une plaie rouge, humide, prend sa place. La marche et la station debout étaient devenues difficiles et nécessitaient une canne.

État actuel (15 février). — État général bon : pas de fièvre. A 3 centimètres au-dessus et en avant de l'extrémité inférieure de la malléole externe droite se voit une tumeur grosse comme une noix : son sommet porte une ulcération de la grandeur d'un gros sou. Au-dessus, la peau est rouge. Consistance molle, élastique. La tumeur se déplace avec la peau. Très sensible au toucher. Ganglions hypertrophiés dans l'aine, soit au niveau de l'anneau crural (deux gros), soit le long du Poupart (plusieurs petits).

Opération, le 18 février. — Anesthésie mixte. Extirpation de la tumeur malléolaire avec une aréole cutanée d'environ 1 centimètre et demi. Tamponnement de la plaie à la gaze iodoformée. Sur une coupe, la tumeur est blanc grisâtre, de l'aspect et de la consistance d'un sarcome encéphaloïde; le diagnostic microscopique ultérieur fut : fibro-sarcome.

On fait ensuite une incision verticale de 0,15, le long de la veine saphène interne; elle part du Poupart; une incision transversale, parallèle à ce dernier, la transforme en T. Curage systématique de l'aine, au cours duquel on enlève même les ganglions profonds, siégeant à la bifurcation des vaisseaux fémoraux (1), au-dessous du fascia cribriformis.

(1) Voyez *Atlas d'anatomie descriptive du corps humain*, de Bonamy, Broca et Beau, t. II, pl. xlv, fig. 2.

Pour enlever aussi les ganglions iliaques voisins, on désinsère l'anneau inguinal et le ligament de Gimbernat de l'épine du pubis et de la surface pectinéale. On peut énucléer ainsi deux gros ganglions autrement inabordables. On passe des fils (1) entre le ligament de Poupart et celui de Cooper, d'une part, et le périoste de l'épine pubienne, d'autre part : ils doivent être liés le jour suivant, la plaie étant tamponnée à la gaze iodoformée dans l'intervalle. Sutures cutanées au crin : quelques-unes sont également nouées secondairement. Injection de 800 centimètres cubes de solution physiologique.

Le long des vaisseaux iliaques on avait pu sentir quelques glandes hypertrophiées.

La plaie était presque cicatrisée, quand survint un érysipèle, qui guérit sans complications. Mais, le 16 avril, on trouve une petite nodosité glandulaire, grosse comme une noisette, existant déjà depuis une semaine et siégeant au-dessus du milieu du Poupart. C'est probablement une récidive, bien qu'on pourrait penser aussi à un ganglion hypertrophié, grâce à l'érysipèle.

22 avril. L'induration de la fosse iliaque ayant augmenté, on procède à une *nouvelle opération*.

Anesthésie mixte. Immédiatement au-dessus de l'arcade et partant de l'épine, incision oblique, remontant à 2cm5 au-dessus et en dehors de l'épine iliaque antéro-supérieure. Le péritoine est décollé jusqu'au-dessus de la bifurcation de l'iliaque primitive. Il y avait deux grosses glandes près du Poupart et, plus haut, l'on en trouve tout un paquet le long de l'iliaque externe. Tissu conjonctif et ganglions sont enlevés en bloc, depuis l'arcade jusqu'à l'iliaque primitive, où les ganglions commençaient seulement à présenter le volume d'un petit pois. Le long de la veine iliaque externe, on découvre un petit ganglion, gros comme la moitié d'un grain de café. Cautérisation de la plaie avec l'acide phénique. Un drain, enveloppé de gaze iodoformée, est glissé le long des vaisseaux et vient ressortir par une courte ouverture lombaire. Fermeture de la plaie abdominale par trois plans de suture. Finalement, greffes d'Ollier-Thiersch sur la plaie malléolaire.

Les derniers ganglions extirpés sont sains en apparence; *mais les ganglions obturateurs n'ayant pas été enlevés, il est à craindre que la récidive ne survienne bientôt.*

13 mai. Exeat, guérison.

N. B. — Il est intéressant de remarquer que l'érysipèle intercurrent n'eut aucune influence sur la marche des métastases iliaques.

Obs. II. — *Lymphadénite suppurée de l'aine et de la fosse iliaque droite (staphylocoque et bacterium coli commune).* — Etudiant, vingt et un ans, entré le 21 avril, sorti le 23 mai 1899.

En février 1896, je lui enlevai (à froid) l'appendice : le contenu en était purulent, la paroi perforée. Il y avait tout autour de nombreuses adhérences.

Il y a trois semaines, en jouant au tennis, le malade sentit comme une sorte de foulure dans le pli de l'aine droit. Il ignore s'il était constipé vers cette époque; toujours est-il que, les jours suivants, il le fut d'une manière opiniâtre. Depuis son tennis, il souffrait dans l'aine et une dizaine de jours après, il découvrit une tuméfaction des glandes inguinales. Malgré quelques applications de teinture d'iode, et le malade continuant à aller et venir, les ganglions grossissent; il survient des frissons, de la courbature. Entrée à la clinique le 21 avril. Il y avait de la fièvre (39°3); mais la coexistence d'un coryza, d'une angine, de céphalalgie, d'une toux violente et de tous les signes de la grippe, ne permettaient de décider quelle part revenait à l'adénite, dans la fièvre observée.

(1) En tendon de renne.

Après quelques jours, les symptômes de grippe s'amendent, mais la température n'en ayant pas moins atteint peu à peu 39°8 (le 23), on fait, le 24, sous anesthésie mixte, un curage complet de l'aine : la plupart des ganglions sont suppurés. Le 28, pas de fièvre, mais, le 29, la température s'élève de nouveau. Le 30, frisson, comme avant l'opération : il y en a ensuite un ou deux chaque jour. Le 5 mai, on fait alors le curage typique des ganglions iliaques (anesthésie mixte). Incision parallèle au Poupart, à 2 centimètres au-dessus de lui et 1 centimètre au-dessous de la cicatrice de l'appendicectomie. Les ganglions, en avant et en dedans des vaisseaux et dans la fosse iliaque, atteignent parfois la grosseur d'une noix. Ils sont en partie suppurés et leur capsule adhère tellement aux vaisseaux, qu'elle ne peut être enlevée en entier : on la fend alors et le contenu est extirpé à la curette. Avec ces ganglions, ainsi que deux ou trois accolés à l'hypogastrique, on extirpe tous les vaisseaux lymphatiques les unissant. Tout en haut seulement, à côté de l'iliaque commune, les ganglions ne sont point suppurés. Tamponnement général de la plaie et de chaque loge ganglionnaire avec de la gaze stérilisée.

Injection de solution physiologique, les trois premiers jours (700 + 600 + 700 centimètres cubes). Elévation des pieds du lit (1). Les tampons sont progressivement diminués : le dernier est retiré le douzième jour. Plus de frissons après l'opération. L'albumine, trouvé dans les urines, disparut le 11 mai.

Après la première opération, les recherches bactériologiques sur le pus furent négatives. Après la seconde, l'examen ou la culture de parcelles et des coupes ganglionnaires démontrèrent le staphylocoque et le bacterium coli.

Exeat le 23 mai. Guérison parfaite.

Ce dernier cas est intéressant au point de vue étiologique. Il n'existait, en effet, nulle part de porte d'entrée appréciable et capable d'expliquer l'infection des ganglions de l'aine. D'affection vénérienne, il n'y en avait jamais eu et la peau était partout intacte. On ne pouvait pas non plus établir de relation entre l'appendicite, opérée trois ans avant, et l'affection actuelle. La meilleure preuve est que, dans l'intervalle, le malade avait été très bien portant et était devenu un sportsman émérite (cheval, bicyclette, etc.). Dans le voisinage du cæcum il ne s'était rien passé et on n'avait rien vu d'anormal. Il fallait donc admettre, qu'en jouant au tennis, le sujet avait lésé d'une façon quelconque ses vaisseaux ou ganglions lymphatiques, et qu'une infection hématogène s'était greffée sur cette lésion. Mais, ce sont là des hypothèses.

L'influenza régnait aussi à ce moment à Upsal, mais, en l'espèce, la grippe ne se développa qu'une dizaine de jours après le bubon. Reste donc le canal intestinal : on admet, que dans les troubles intestinaux — diarrhées ou constipations — les bactéries peuvent passer dans le sang.

Après la première opération, le pus était stérile; mais, c'est une constatation assez souvent faite dans les adénites suppurées. C'est pour cette raison, qu'après la seconde opération, on étudia les coques ganglionnaires elles-mêmes : on trouva ainsi du staphylocoque et du bacterium coli commune. Il me semble donc que le point de départ de l'infection fut l'intestin. Quant aux autres bactéries pyogènes elles peu-

(1) Pour notre pratique à cet égard, voir « Ueber die Möglichkeit, Thrombose, etc., nach Operationen zu verhüten, » *Centralbl. f. Chir.*, 1899, n° 19. — Après chaque opération grave ou abdominale, et dans le but de prévenir les thromboses, nous faisons relever les pieds du lit.

vent aussi faire partie de la flore microbienne normale de l'intestin (1).

Il est digne de remarque aussi que, chez ce malade, il fallut en venir à l'extirpation des ganglions iliaques. Il n'est pas rare, dans les cas d'adénite suppurée, siégeant au-dessous du Poupart, de trouver un certain empâtement au-dessus de lui, mais, il est rare qu'on soit obligé de le combattre chirurgicalement (incision ou extirpation). L'organisme se débrouille tout seul, dès que les glandes immédiatement infectées ont été enlevées ou rendues indifférentes d'une façon ou de l'autre (2).

Les données anatomiques expliquent enfin très bien, comment l'invasion des ganglions du petit bassin par l'infection est grandement favorisée par les mouvements de la hanche ou du genou : d'où le précepte bien connu de garder au lit les malades atteints de bubon.

Les deux opérations précédentes m'apprirent encore que les ganglions situés au-dessus du Poupart doivent être bien hypertrophiés, pour qu'on puisse les sentir avec une musculature abdominale normale. Remarquons aussi que cette hypertrophie, même avec suppuration intra-ganglionnaire, était assez peu douloureuse; le malade n'accusait souvent aucune sensibilité à la palpation.

Une autre leçon à tirer de ces deux cas est qu'une incision, courant à deux centimètres au-dessus du Poupart, est insuffisante pour extirper des ganglions dégénérés autour de la partie inférieure des vaisseaux iliaques et obturateurs.

Données anatomiques. — Pour obtenir ce curage, en *une seule séance*, j'ai repris l'étude de l'anatomie de cette région, soit dans les classiques (3), soit sur le cadavre (4).

a. *Glandes superficielles inguinales*. — La plupart des ganglions lymphatiques, comme on le sait, occupent la couche sous-cutanée, immédiatement au-dessus du fascia cribriformis. Leur nombre varie de 8-10 à 18-20 et leur nombre est en relation inverse de leur volume. Un groupe supérieur, 4 ou 5, sont placés le long du Poupart. Ils reçoivent les lymphatiques fessiers, lombaires, abdominaux (au-dessus du nombril), et *dans le ganglion le plus interne de ce groupe aboutissent les vaisseaux du gland* (5) [clitoris] et de la muqueuse de l'urèthre (jusqu'au veru-montanum : chez la femme, ceux des petites lèvres et du vestibule). Aux deux ou trois ganglions voisins superficiels, situés à la partie moyenne de l'anneau crural, aboutissent les vaisseaux de la peau du pénis, du scrotum, du périnée, des grandes lèvres, de la fourchette et de la région anale. Les gros vaisseaux lymphatiques, qui suivent la saphène interne, se jettent dans deux ou trois ganglions superficiels, placés au-dessous de l'anneau crural. Tous les ganglions superficiels sont unis par de nombreux vaisseaux formant un riche plexus.

b. *Ganglions inguinaux profonds*. — De la face profonde des ganglions superficiels partent de gros lymphatiques, perforant le fascia cribriformis, pour suivre ensuite la direction des vaisseaux fémoraux. On peut les diviser en deux groupes : un interne (groupe 1), le plus petit, et un externe (groupe 2), le plus gros. Le premier se jette dans trois ou quatre ganglions profonds, placés au-dessous du cribriformis et du ligament falciforme. Recevant la plupart des lymphatiques du membre inférieur, ils sont habituellement placés en dedans de la veine crurale, au-dessous de l'embouchure de la saphène. Leurs canaux afférents traversent en partie le septum crural, croisent le détroit supérieur et se jettent directement dans les ganglions hypogastriques (1); mais, le plus grand nombre se joignent au deuxième groupe (groupe 2). Les vaisseaux de ce gros groupe latéral cheminent des deux côtés de l'artère fémorale et se jettent, immédiatement en arrière du Poupart et du ligament falciforme, dans des ganglions (trois en moyenne), dont le plus gros est en avant de l'artère iliaque externe, au point d'origine des épigastrique et circonflexe : le long de ces vaisseaux, en dedans et en dehors, cheminent aussi des lymphatiques aboutissant à ce ganglion (2). Quelques lymphatiques afférents inguinaux peuvent aussi aller directement aux ganglions iliaques externes situés en dehors de l'artère et même jusqu'aux plus élevés, c'est-à-dire à ceux qui avoisinent la bifurcation de l'iliaque primitive.

Je ne veux pas terminer cet aperçu anatomique sans insister encore une fois sur les gros vaisseaux lymphatiques (2 à 4), partant des ganglions superficiels, situés au-dessus de l'anneau crural, et perforant le fascia cribriformis, pour suivre ensuite l'artère fémorale jusqu'aux ganglions iliaques.

Il est donc bien évident, qu'à des ganglions superficiels malades peuvent facilement en correspondre de plus profonds, non moins malades, soit dans le groupe inguinal interne, soit le long de l'artère iliaque et même de l'hypogastrique.

Au point de vue opératoire, il ne faut pas oublier non plus quelques ganglions profonds, siégeant vers l'angle de bifurcation des artères fémorales superficielle et profonde. Je les ai signalés dans l'observation I : autant que je sache, Sappey n'en fait pas mention.

Ganglions iliaques. — Immédiatement au-dessus du Poupart, on trouve au côté interne de l'iliaque externe, un ou plusieurs ganglions entourant l'anastomose connue de l'obturatrice et de l'épigastrique (corona mortis) et la veine pubienne (3) [parallèle à la corona mortis].

Braune (4) appelle en effet veine pubienne une assez grosse veine, unissant presque en droite ligne les veines obturatrice et iliaque externe, en dedans du *cercle obtura-*

(1) Chez un jeune ingénieur, longtemps exposé au froid, à la pluie et à la neige dans les montagnes de la Norwège occidentale, j'ai observé une adénite suppurée inguinale, pour laquelle je dus lui curer l'aine. Le pus était stérile : il n'y avait aucune porte d'entrée visible pour l'infection. Mais, à la suite de son exposition aux intempéries, étaient survenus des troubles gastro-intestinaux, que je suis porté maintenant à considérer comme la cause de la suppuration.

(2) Voyez, sur cette question des adénites iliaques, un intéressant travail du professeur E. Œdmansson (*Nord med. Arkiv*, 1887, t. XIX, n° 17).

(3) Sappey. *Description et iconographie des vaisseaux lymphatiques*, Paris 1874. — Waldeyer. *Das Becken*, 1899.

(4) J'eus la chance de tomber sur deux sujets avec adénites chroniques, dues à des ulcères variqueux de la jambe.

(5) C'est celui qui s'hypertrophie si manifestement dans le chancre syphilitique du gland et que Ricord appelait spirituellement le « préfet de l'aine ».

(1) L. Testut. *Analomie humaine*, t. II, p. 282, et communication verbale du professeur E. Clason (d'Upsal), d'après ses propres préparations.

(2) E. Clason. Cf. note précédente.

(3) Celle que Waldeyer (loc. cit) appelle « v. obturatoria ad venam iliac. ext., » pour la distinguer de la veine satellite de l'artère obturatrice, qu'on appelait « v. obturatoria » et que lui appelle « v. obturatoria ad hypogastricam ». Ces désignations sont un peu longues. La veine pubienne est souvent plus grosse que la veine satellite de l'obturatrice.

(4) Braune. *Die Oberschenkelvene des Menschen*, pl. III, Leipzig 1873.

teur (veines fémorale, circonflexe interne du fémur, obturatrice, hypogastrique, iliaque commune et externe). Comme le cercle obturateur reçoit lui-même une grosse branche veineuse (v. communicans obturatoria de Braune) de la veine dorsale du pénis et du plexus pudendalis, on peut admettre que les lymphatiques suivent également cette voie veineuse : une affection du pénis peut donc se propager directement le long de cette route, au lieu de faire le crochet, en suivant les lymphatiques allant aux ganglions superficiels ou profonds de l'aine. Les ganglions placés au côté interne de l'artère iliaque ou du cercle obturateur ont donc la plus grande importance. Je les extirpai en partie dans l'observation II et complètement dans deux autres cas, dont je parlerai tantôt. En tout cas, je les ai trouvés très bien développés dans quatre dissections cadavériques où je les ai cherchés.

Relativement à leur position autour de l'artère iliaque, il faut remarquer aussi que les lymphatiques n'occupent pas seulement son bord interne, externe ou antérieur, mais aussi, quand ils sont bien développés, la face postérieure de l'artère. Les ganglions siègent surtout au niveau de la moitié inférieure de l'iliaque externe et de la bifurcation de l'artère iliaque primitive.

Les relations entre ces derniers et ceux qui siègent au voisinage de l'origine hypogastrique sont si nombreuses, que, si les unes sont malades, on ne se trompe guère en pensant que les autres le sont aussi.

S'agit-il d'enlever les métastases ganglionnaires d'un néoplasme, il faut donc disséquer en bloc avec une main légère et un bon bistouri (1) les vaisseaux fémoraux, iliaques externes, obturateurs, hypogastriques et peut-être aussi les iliaques primitifs, en se conformant au principe de remonter à une station ganglionnaire au-dessus de la dernière, où les ganglions se soient montrés macroscopiquement malades. En cas d'adénite suppurée ou tuberculose, il suffirait d'enlever les ganglions et de laisser le tissu conjonctif et graisseux, dont les lymphatiques microscopiques ou macroscopiques contribueront à rétablir le cours de la lymphe.

Le curage que je préconise ne doit pas enfin laisser derrière soi de tendance hernieuse. L'évidement profond et élevé de l'aine favorise, comme on sait, la hernie crurale : c'est pour ça que je resuture l'arcade crurale au ligament de Cooper et au périoste pectiné, après avoir récliné par un crochet mousse la veine crurale (opération de Fabricius pour la hernie crurale). L'évidement de la fosse iliaque peut faire craindre à la fois une hernie inguinale et une hernie crurale, mais surtout ces hernies ventrales, observées après l'opération des pérityphlites suppurées.

Dans différents mémoires sur l'appendicite et ses complications (2), j'ai démontré que *les risques de hernie sont d'autant moindres que l'incision est plus rapprochée de l'arcade crurale et de la crête iliaque.* On n'intéresse ainsi que les insertions musculaires, sans toucher à leurs branches nerveuses. *Plus l'incision est voisine de la région lombaire et moindres sont les chances de hernie.* S'il faut drainer, le mieux est de refermer toute la plaie avoisinant l'arcade et de drainer ou tamponner par l'angle externe ou postérieur. S'il faut laisser une grande étendue de la plaie ou la plaie entière ouverte, on passera cependant des fils, sans les nouer, afin de tenter ultérieurement la réunion secondaire. Si celle-ci échoue, il faut s'attendre à une hernie; mais, on peut la prévenir encore en relevant un peu le tronc (les pieds du lit sont déjà relevés) et en dirigeant en somme l'attitude et le pansement, de façon à rapprocher les parties devant normalement se correspondre; après guérison, même complète, le malade devra longtemps éviter tout effort abdominal. Un petit inconvénient de cette incision juxta-crurale, est qu'après avoir effondré le fascia transverse on ne voit pas le péritoine, et, si l'on n'y prend pas garde, on traverse le fascia iliaca, puis on s'égare ensuite dans la fosse iliaque et même le muscle iliaque, croyant toujours qu'on est dans la paroi abdominale antérieure. On évite cette méprise en cherchant le péritoine dans la partie la plus interne (et antérieure) de la plaie et en se guidant sur le doigt gauche qui décolle l'un de l'autre péritoine et arcade ou péritoine et crête iliaque (1). Le muscle grand oblique a été déjà divisé : les muscles transverse et petit oblique sont décollés et relevés par cette même manœuvre du doigt.

Manuel opératoire. — De la digression précédente nous pouvons maintenant tirer des conclusions sur la meilleure *technique* à adopter pour le curage de l'aine et de la fosse iliaque en une seule séance.

1. Incision cutanée allant de la symphyse à l'épine iliaque antéro-supérieure, le long de l'arcade crurale.

2. Incision verticale partant de la première et descendant selon le trajet de l'artère fémorale.

3. Évidement de l'aine, au cours duquel on n'oublie pas d'enlever les ganglions profonds entourant la bifurcation de l'artère fémorale et les glandes placées au côté interne de la veine fémorale.

4. Les insertions du Poupart à l'épine du pubis, du ligament de Gimbernat à la surface pectinéale, sont détachées. Le ligament de Poupart est décollé ensuite de la gaine des vaisseaux, de l'aponévrose crurale et du fascia iliaca : éviter de blesser ce dernier, en arrière duquel se trouvent les nerfs crural et fémoro-cutané externe. (Le mieux est de lier ou pincer les vaisseaux circonflexes et iliaques dès qu'on les aperçoit : on voit en même temps deux ou trois ganglions qui peuvent se trouver au côté interne de ces vaisseaux.)

5. Avec le doigt ou un instrument mousse, on décolle de la gaine des vaisseaux et du fascia iliaca le péritoine qu'on récline en haut.

6. L'incision est prolongée le long de la crête iliaque : l'index gauche, écartant d'abord le péritoine, d'une part, les fascia transversalis et iliaque d'autre part, et refoulant ensuite les muscles insérés à la crête iliaque, sert de guide dans l'incision de ces derniers. (La prolongation de l'incision dépend de la hauteur à laquelle devra remonter le curage. En poursuivant l'incision jusqu'aux muscles sacro-lombaires, on peut, si je ne m'abuse, disséquer les iliaques jusqu'à la bifurcation de l'aorte.)

7. Décollement du péritoine lombaire, iliaque, pré-vasculaire et de l'entrée du petit bassin. On relève du même coup le canal déférent (ligament rond), les vaisseaux spermatiques, ombilicaux et les uretères (2).

(1) Comme le préconise Halsted à propos du cancer du sein.

(2) *Upsala lækaref. fœrh.*, 1890, 1891, 1892, et *Volkmann's Samml. klin. Vortr.*, N. F., nº 75. — Farabeuf le fait aussi très bien remarquer dans son *Manuel de médecine opératoire*, à propos de la ligature de l'iliaque externe.

(1) Dans le même but, et à propos de la ligature de l'iliaque externe, Farabeuf conseille de traverser le f. transversalis *sous* le bord supérieur de la plaie.

(2) Remarquons, en passant, que l'opération actuelle permettrait l'urétéro-cystonéostomie beaucoup mieux que le procédé de Macken-

8. Disséquer délicatement et avec un bon bistouri, au ras des vaisseaux fémoraux, pour les séparer des glandes et des vaisseaux lymphatiques. On procède ensuite de même à l'égard des vaisseaux iliaques externes, obturateurs et hypogastriques : graisse, tissu conjonctif et ganglion sont ainsi enlevés en bloc. Si c'est nécessaire, on remonte jusqu'à l'iliaque primitive (1).

9. Quelques doubles de gaze stérile, enveloppant un drain, sont portés jusqu'à la division de l'iliaque primitive et ressortent par l'extrémité la plus externe (ou postérieure) de la plaie abdominale; on procède de même dans le trajet creusé du côté des vaisseaux obturateurs : les mèches et le tube ressortent par la plaie en avant des vaisseaux fémoraux. (On peut, si nécessaire, drainer par le vagin ou la fosse ischio-rectale.)

10. Suture du ligament de Gimbernat et de l'arcade crurale à leurs insertions primitives (catgut ou tendon de renne). On ménage cependant le passage des mèches mentionnées au paragraphe précédent. Suture résorbable entre le fascia iliaca et l'arcade, entre celle-ci et l'épine iliaque antéro-supérieure : on la poursuit plus ou moins loin, en dehors et en arrière, selon les dimensions de la plaie ; mais, il faut laisser un espace suffisant pour le drainage.

11. Sutures cutanées, en ménageant toujours les orifices de drainage précédents; drainer aussi la partie inférieure de l'incision verticale (lymphorragie possible).

12. Élévation de 10, 15, 20 centimètres du pied du lit, pour éviter la thrombose des membres inférieurs et faire de l'orifice lombaire du drainage le point déclive de la plaie.

Indications et contre-indications opératoires. — Nous avons dit plus haut la difficulté qu'il y a à sentir les ganglions iliaques, même assez gros, à travers les parois abdominales; d'autant plus qu'il faut toujours éviter, dans le cancer, des manipulations prolongées ou brutales, par crainte de favoriser les métastases. L'opération que nous avons décrite, devra donc être exécutée de parti pris, alors même qu'on ne sentirait rien dans la fosse iliaque.

Elle est indiquée, par conséquent, dans le cancer des ganglions de l'aine, si l'on peut enlever en même temps le *foyer originel* et s'il n'y a pas d'autres métastases. Par contre, elle est inutile, en cas de cancer du testicule ou de l'épididyme. Car les lymphatiques de ces régions se rendent aux ganglions aortiques, situés entre l'artère spermatique et la bifurcation de l'aorte. Cependant, quand les bourses sont envahies par le cancer, on peut trouver des métastases inguinales ou iliaques (2).

L'opération me paraît encore indiquée dans la tuberculose, si l'on peut sentir des glandes iliaques et si l'état général est bon. Dans les processus inflammatoires simples, elle le sera plus rarement.

Dans la désarticulation du fémur pour sarcomes, il y a toute espèce de raisons de procéder ainsi. Par la même occasion, on lie l'iliaque externe et l'on met à nu, pour en faire la compression temporaire, l'artère hypogastrique (1) ou l'iliaque primitive.

Mais, il faut renoncer à ce mode de curage si l'infection des ganglions est d'une telle nature, qu'on ne puisse espérer la réunion, *per primam*, de l'arcade crurale à son point d'insertion.

Voici, pour finir, les deux cas que j'ai opérés d'après cette méthode.

Obs. III. — *Cancer du pénis.* — Le malade, soixante-neuf ans, a un énorme cancer du prépuce, qui a envahi la muqueuse urétrale. Il soutient n'avoir rien remarqué avant le dernier mois. En raison d'hémorragies abondantes, son état général est assez mauvais. Il a travaillé continuellement (scieur de long) jusqu'à ces quinze derniers jours : les hémorragies l'obligèrent alors à garder le lit. On sent les ganglions dans les deux aines et les deux fosses iliaques. Hernie inguinale double.

Le 17 mai 1899, *opération*. A travers la racine de la verge on passe un gros fil double qui est lié des deux côtés. Le pénis est amputé en avant de la ligature. On enlève ensuite une partie de la peau pénienne et scrotale, en partie ulcérée : le scrotum avait été fendu sur la ligne médiane en sorte que chaque testicule put être rétracté de son côté. L'incision est prolongée en arrière jusqu'à 2 centimètres de l'anus. Le pénis est extirpé entier, l'urètre est disséqué pour être ensuite abouché à la peau périnéale. Cure radicale des deux hernies. Sutures hermétiques, excepté au niveau du périnée. Comme après l'opération le sujet s'était bien remis, je considérai comme un devoir de lui enlever ses métastases ganglionnaires. Le 25 mai, j'exécute donc l'opération plus haut décrite : on enleva des ganglions jusqu'au niveau de la partie moyenne de l'iliaque primitive. Les suites opératoires immédiates furent bonnes, puis le malade, à partir du huitième jour, se mit à dépérir et succomba, le quinzième, à la cachexie.

L'autopsie démontra que l'énucléation ganglionnaire était satisfaisante dans les limites où elle avait été pratiquée; mais, les ganglions situés tout le long de l'aorte jusqu'aux artères rénales étaient cancéreux. Pas d'autres métastases.

Ce fait que le malade travailla, pour ainsi dire, jusqu'à son dernier jour, causa vraisemblablement le rapide développement des métastases dans l'intérieur du petit bassin et de l'abdomen.

Obs. IV. — *Lymphadénite tuberculeuse de l'aine et de la fosse iliaque gauche et le long des vaisseaux obturateurs.* — Marta K..., huit ans ; la malade avait, depuis l'été précédent, une plaie tuberculeuse de la plante du pied gauche. La peau de l'aine gauche était maintenant ulcérée, et la région, aussi bien que celle de la fosse iliaque, était remplie par des ganglions hypertrophiés. Bien portante, quant au reste.

Le 30 mai, j'enlève d'abord toute la peau malade, puis les glandes inguinales et les glandes iliaques, jusqu'à la partie moyenne de l'iliaque primitive; et enfin, les ganglions obturateurs et hypogastriques. Les ganglions de l'aine étaient caséeux ou bien contenaient un peu de pus fluide. Dans le bassin, les lésions les plus avancées se rencontraient à la partie inférieure des vaisseaux iliaques et au niveau du cercle obturateur. Les moins malades siégeaient dans l'angle

rodt : elle a, de plus, l'avantage de ne pas sacrifier un seul nerf moteur de la paroi abdominale.

(1) Quelques lymphatiques inguinaux superficiels allant directement aux ganglions iliaques externes supérieurs, et quelques lymphatiques partis des glandes inguinales profondes s'abouchant constamment dans les ganglions hypogastriques, c'est un devoir, au moins théoriquement, de poursuivre la dissection jusqu'à la bifurcation de l'iliaque primitive et de ne terminer l'opération qu'après l'abrasion des ganglions entourant l'hypogastrique ou siégeant contre la paroi du petit bassin.

(2) Comme je l'ai vu dans un cas de cryptorchidie avec dégénérescence cancéreuse du testicule.

(1) Comme Braun l'a proposé (Zur Articulation im Hüftgelenk., *Deuts. Zeit. f. Chir.*, XLVII), j'ai opéré ainsi un cas de sarcome, d'apparence très maligne, du grand trochanter et du fémur droits, chez une femme de vingt à vingt-cinq ans : j'enlevai en même temps l'acétabulum, une partie de l'os iliaque et tous les muscles, à l'exception d'une partie du grand fessier. La malade, opérée en septembre 1898, était vivante et bien portante en juin 1899.

placé à la bifurcation de l'iliaque primitive. Au-dessus, ils reprenaient leur aspect normal.

Dans ce cas, l'incision juxta-crurale fut prolongée presque jusqu'à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de la crête iliaque. Afin d'obtenir un orifice de drainage au point le plus déclive, on fit une contre-ouverture à la région lombaire. Tout le long de l'incision, l'arcade et la musculature furent donc restaurées par leur suture à l'épine du pubis, à la surface pectinéale, à l'aponévrose fémorale et à la crête iliaque, au moyen de fils perdus (tendon de renne). La plaie cutanée fut fermée dans presque toute son étendue. La perte de substance de l'aine fut comblée par une large autoplastie.

Dans les suites opératoires, la plaie se désunit en partie. Dans la profondeur la cicatrisation se fit bien. La petite malade était bien portante et presque complètement guérie quand elle quitta l'hôpital, le 30 juin 1899.

DE LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DU GOITRE EN FRANCE

Par M. Lucien Mayet, interne des hôpitaux de Lyon (1).

C'est grâce aux documents nouveaux résumant les opérations des conseils de revision, pendant la période de dix années (1887-1896), que nous avons pu, sur les conseils de M. le professeur Poncet, établir le coefficient de la fréquence du goitre dans chaque département, et, en nous appuyant sur des chiffres nouveaux, formuler des conclusions qui peuvent être regardées comme l'expression aussi exacte que possible de la réalité. Par cela même, elles acquièrent un réel intérêt pratique.

L'enquête de la Commission française (2), instituée de 1861 à 1875, pour l'étude du goitre et du crétinisme en France, sous la direction des professeurs Rayer et Tardieu, et de son éminent rapporteur M. Baillarger, le très intéressant ouvrage de M. Saint-Lager (de Lyon) : *Études sur les causes du crétinisme et du goitre endémique* (Paris, 1867), ont été l'effort le plus considérable qui ait été fait, en vue d'éclairer la question qui nous préoccupe. Et cependant la Commission française n'a réuni des documents que dans 63 départements, et il y a dans ces départements mêmes des lacunes très nombreuses, dont quelques-unes comprennent des arrondissements entiers.

Depuis l'application des nouvelles lois militaires, les *Comptes rendus actuels* du recrutement de l'armée sur les opérations des conseils de revision, sont les documents les plus précieux pour l'étude de la répartition géographique du goitre. Ce sont les seuls qui permettent de présenter un tableau complet pour toute la France et qui méritent une entière confiance, puisque les réformes ne sont prononcées que sur l'avis d'un médecin. Ce sont ces comptes rendus que nous avons précisément utilisés.

En calculant le coefficient moyen de chaque département, pour une période d'années 1887-1896, nous avons obtenu la proportion des jeunes gens réformés ou classés dans le service auxiliaire de l'armée pour goitre. Ce nombre de cas de gnitre, rapporté à 1 000 examinés, nous a donné alors le coefficient de la fréquence actuelle du goitre, dans chaque département.

(1) Communicstion faite à l'Académie de médecine par M. le professeur A. Poncet, le 12 juin 1900.

(2) Commission française, par opposition au terme Commission sarde, désignant celle instituée, dans le même but, par le roi de Sardaigne en 1848.

En classant les départements par ordre décroissant on peut les diviser en six séries (fig. 1).

Dans la première se placent six départements qui, sur 1000 jeunes gens de vingt ans, ont au moins 10 goitreux. Ce sont : la Haute-Savoie 45, la Savoie 23, les Hautes-Alpes 16, l'Ardèche 13, les Hautes-Pyrénées 12, les Basses-Alpes 10.

La seconde série comprend les départements dans lesquels l'endémie, pour être moins intense, n'en est pas moins très marquée. Sur 1000 conscrits, 5 à 10 sont atteints de goitre. Dans cette série se placent : la Corrèze, 9,7, puis Lozère, Loire, Ariége, Landes, Dordogne, Basses-Pyrénées, Cantal, Aveyron, Isère, Puy-de-Dôme, Vosges, Haute-Saône, Rhône, Saône-et-Loire, 5,02.

Une troisième série représente le coeffieient 2,5 à 5 p. 1000. Départements : Vaucluse 4,7, Drôme, Jura, Orne, Haute-Loire, Alpes-Maritimes, Doubs, Gard, Haute-Marne, Haute-Garonne, Pyrénées-Orientales, Lot, Ain, Aisne, 2,5.

La quatrième série comprend les départements se groupant entre les chiffres 1,25 et 2,5 p. 1000. Ils sont au nombre de 20 : Creuse, Haute-Vienne, Sarthe, Allier, Aude, Hérault, Aube, Seine-Inférieure, Vendée, Bouches-du-Rhône, Eure, Nièvre, Tarn, Charente, Somme, Loiret, Meuse, Mayenne, Marne, Meurthe-et-Moselle.

La cinquième série est formée par les départements qui ont de 0,50 à 1,25 goitreux p. 1000 : Deux-Sèvres, Oise, Côte-d'Or, Gironde, Cher, Seine-et-Oise, Var, Calvados, Ardennes, Indre, Seine-et-Marne, Charente-Inféreure, Nord, Yonne, Pas-de-Calais, Indre-et-Loire, Corse, Vienne, Maine-et-Loire, Tarn-et-Garonne.

Enfin, la sixième série réunit en une dernière catégorie les 11 départements où le goitre n'existe pour ainsi dire pas : Gers, Manche, Loire-Inférieure, Eure-et-Loir, Loir-et-Cher, Ille-et-Vilaine, Seine, Côtes-du-Nord, Morbihan, Lot-et-Garonne, Finistère.

Si l'on reporte sur la carte les différentes séries qui viennent d'être indiquées, cette constatation s'impose : *que le goitre n'est pas répandu au hasard à la surface du territoire.* Les départements les plus atteints se groupent de façon à former différents îlots, plus ou moins étendus, qui occupent les régions des Alpes, des Pyrénées, du Plateau central, du Jura et des Vosges.

Deux départements forment seuls une tache isolée au milieu de la zone claire où le goitre est rare : l'Aisne, qui faisait autrefois partie d'un groupe de départements où l'endémie a beaucoup diminué, et l'Orne, qui autrefois se plaçait parmi les départements indemnes de goitre, et qui s'en est séparé par une ascension constante du nombre des cas constatés.

I

L'endémie du goitre est-elle différente aujourd'hui de ce qu'elle était autrefois?

Il n'est guère possible de répondre à cette question autrement que par une approximation malheureusement assez éloignée de la vérité.

Dans son rapport, M. Baillarger a essayé de résoudre ce difficile problème. Il a indiqué une augmentation de l'endémie dans 26 départements, une diminution de cette même endémie dans 17 départements. Ces différentes notions sont indiquées dans une carte tracée d'après Baillarger.

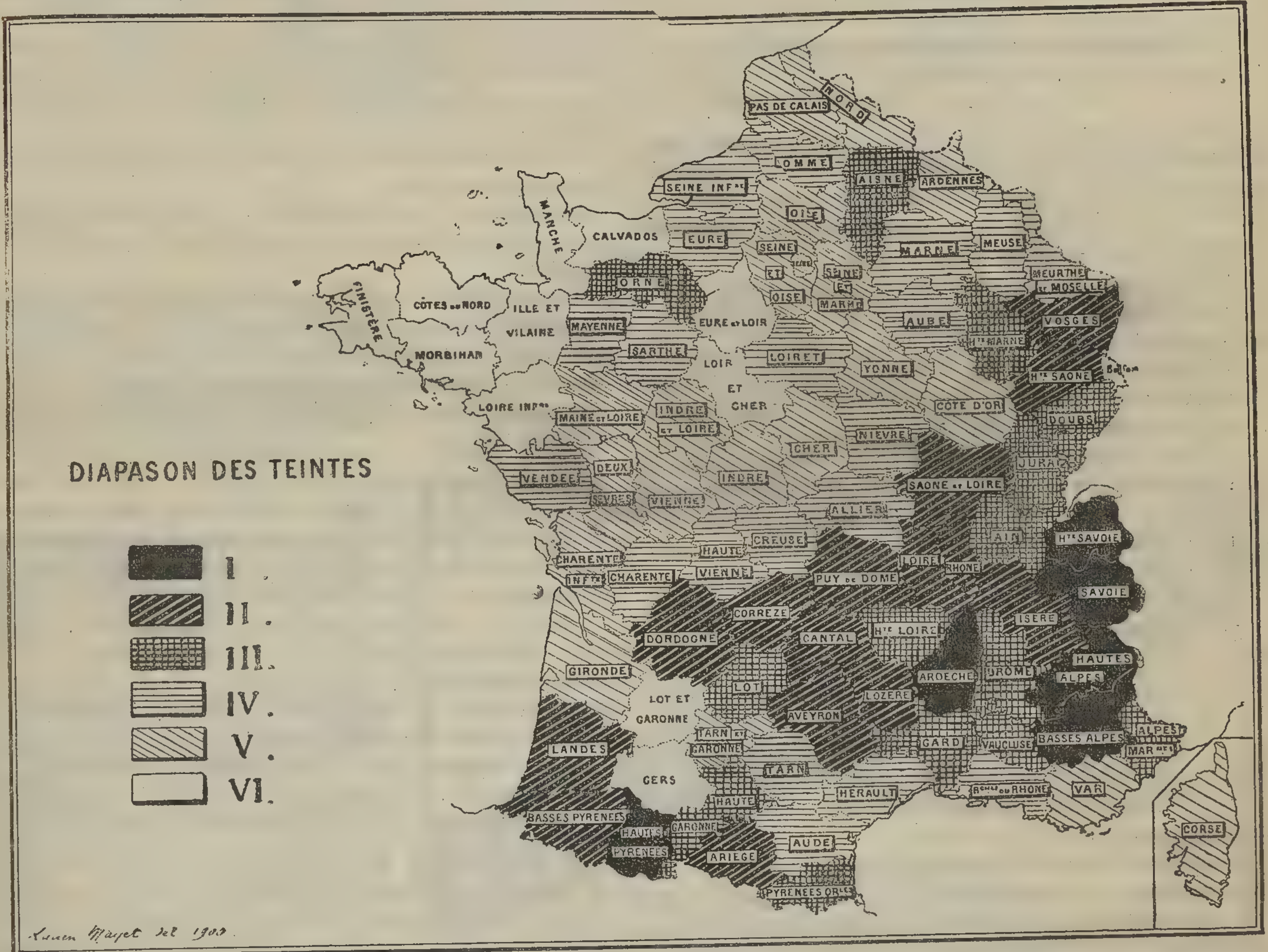
Pour éviter les critiques sérieuses qui peuvent être faites aux conclusions du rapporteur de la Commission française sur ce point, nous avons envisagé les variations de fréquence

du goitre à un point de vue et avons suivi une méthode quelque peu différents. Nous avons tracé trois cartes qui indiquent les départements ayant présenté plus de 2,5 exemptés pour 1000 examinés aux époques suivantes : 1816-1825, 1836-1845, 1887-1896.

D'autre part, l'étude de chacun des départements où sévit l'endémie du goitre, nous a montré que dans certains de ces départements le coefficient de la fréquence du goitre avait subi de profondes modifications.

Les cartes que nous avons dressées et les indications obtenues pour chaque département nous conduisent à dire :

Le goitre a augmenté de fréquence surtout dans la Haute-



Carte de la répartition géographique actuelle du goitre en France, par M. Lucien Mayet, 1900.

I.	Départements ayant pour 1000 conscrits examinés, réformés et classés dans l'armée auxiliaire.......	10 et plus.
II.	— —	5 à 10.
III.	— —	2,5 à 5.
IV.	— —	1,25 à 2,50.
V.	— —	0,50 à 1,26.
VI.	— —	au-dessous de 0,50.

Savoie, les Landes, l'Orne, la Sarthe, la Mayenne, la Haute-Saône, le Gard, l'Hérault, la Vendée, les Deux-Sèvres, etc.

Le goitre a diminué de fréquence danc un grand nombre de départements, surtout dans les suivants : Hautes-Alpes, Basses-Alpes, Hautes-Pyrénées, Ardèche, Loire, Rhône, Isère, Oise, Ardennes, Haute-Marne, Côte-d'Or, etc.

Les quelques noms qui viennent d'être cités ne veulent pas dire que dans les autres départements la fréquence soit restée stationnaire. Elle a augmenté ou diminué dans des limites variables et impossibles à préciser pour chaque département pris isolément. Le détail des variations de l'endémie du goitre nous échappe, et on ne peut donner des conclusions fermes que pour la totalité.

Ces conclusions sont les suivantes :

Les régions où le goitre se rencontre avec une certaine fréquence ne se sont pas sensiblement déplacées dans l'espace d'un siècle.

La surface occupée par l'endémie paraît avoir diminué d'étendue, surtout depuis cinquante ans.

Si dans quelques départements la fréquence du goitre a augmenté, elle a d'une façon indéniable diminué pour l'ensemble de la France, cela dans les limites qu'il ne semble pas possible actuellement de préciser.

II

Peut-on indiquer avec une approximation suffisante le nombre des individus aujourd'hui atteints de goitre en France?

Théoriquement? oui. Pratiquement? très probablement, non.

Baillarger proposait le nombre de 500000.

Personnellement, nous nous avons obtenu celui de 375000 à 400000.

L'un et l'autre sont évidemment trop faibles. On peut

toutefois les regarder comme un minimum, certainement de beaucoup au-dessous de la réalité.

Quant aux relations de fréquence du goitre et du crétinisme, dont les rapports de cause à effet sont si bien établis depuis quelques années, il n'existe aucun document permettant seulement de les soupçonner.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(12 juin 1900)

Nous avons à signaler aujourd'hui deux importantes communications, l'une de M. Championnière sur la **hernie inguinale avec ectopie testiculaire abdominale**, et l'autre de M. Poncet sur la **répartition géographique du goitre en France** (voir plus haut, p. 678).

M. Championnière a présenté un sujet opéré par lui, il y a plus de douze ans, d'une hernie inguinale double avec ectopie testiculaire abdominale double (cryptorchidie).

Il l'avait vu enfant très chétif, à l'âge de onze ans, porteur de deux hernies inguinales, les deux testicules restant tout à fait inclus dans l'abdomen.

En deux opérations faites en 1888, M. Championnière fit la cure radicale de chaque hernie par sa méthode, put sortir les testicules de l'abdomen et, après dissection, les abaisser et fixer au niveau des bourses. Immédiatement, à la suite de cette opération, le sujet vit toutes douleurs disparaître et subit un développement extraordinaire.

Aujourd'hui, il est vigoureux, bien développé. Les hernies sont restées guéries dans les meilleures conditions.

Les testicules sont remontés vers la racine de la verge. Le droit est volumineux et sensible. Le gauche, petit et remonté dans l'aine, était douloureux pendant le travail. M. Championnière vient d'en faire l'ablation.

Ce sujet est très intéressant, l'observation étant probablement unique.

Dans toutes les opérations signalées comme faites pour cryptorchidie, M. Championnière n'a trouvé que des cas d'ectopie inguinale. Aucun cas identique à celui-ci n'a pu être relevé.

Malgré des conditions opératoires très défectueuses en apparence, la guérison des hernies s'est parfaitement maintenue sans aucune application de bandage.

Si les testicules ne se sont pas maintenus au niveau d'un scrotum créé de toutes pièces, au moins ont-ils donné pour la santé générale du sujet et pour son développement génital des résultats très satisfaisants.

M. Championnère a eu l'occasion d'opérer de nombreux cas d'ectopie testiculaire avec hernie inguinale (42 opérations) en faisant 25 fixations du testicule et 17 castrations. Tous ses résultats ont été parfaits au point de vue de la hernie qui accompagne à peu près toujours l'ectopie.

M. Championnière a eu l'occasion d'opérer dans cinq autres cas d'ectopie *inguinale double*, les cas que l'on désigne ordinairement à tort comme cryptorchidie.

Dans quatre de ces cas il a opéré des deux côtés.

Pour deux sujets les deux testicules ont été abaissés. L'un a été revu au bout de huit ans, l'autre au bout de quatre ans.

Bien qu'avec un peu d'ascension d'un côté, dans les deux cas, les résultats étaient bien maintenus.

Dans les deux autres cas le testicule avait été conservé d'un côté et sacrifié de l'autre où il était atrophié et impossible à abaisser.

Résultats excellents au point de vue de la hernie et de la conservation des fonctions génitales.

Sur les 32 sujets restants, il a été fait 15 castrations et 17 fixations du testicule dans les bourses.

Pour toutes les fixations, M. Championnière montre que la difficulté opératoire tient à la présence de trousseaux fibreux qui retiennent le testicule en haut. C'est du succés de la dissection de ces trousseaux fibreux et de leur plus ou moins de résistance que dépendra le succès de l'opération et non du mode de fixation dans les bourses qui est à peu près indifférent.

Chez les très jeunes sujets l'ectopie n'est pas fixe et disparaît spontanément.

L'application des bandages est plus nuisible qu'utile. La cure de la hernie ne lui a jamais, dans ces cas, donné de récidive.

On ne doit recourir à la castration que dans les cas dans lesquels elle est tout à fait inévitable.

La conservation d'un testicule même médiocre est d'intérêt capital aussi bien pour les réflexes génitaux que pour l'influence exercée sur le développement et la santé générale du sujet.

A la fin de la séance, M. le professeur Wlaëff (de Saint-Pétersbourg) et M. d'Hautman de Villiers ont fait une curieuse communication sur le **traitement de l'épithéliome des lèvres et de la langue par un nouveau sérum**, dont ils ont fait connaître la composition.

Nous reviendrons sur ce travail à l'occasion du rapport dont il sera l'objet de la part de M. Championnière.

Signalons, parmi les présentations, celle qu'a faite M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur, sur un **nouveau modèle de règlement des hôpitaux et hospices**, que vient d'instituer le ministère de l'Intérieur. Il n'en a pas été fait depuis 1840 ; vraiment il se faisait temps de le changer.

La Science et le Mariage, tel est le titre d'un livre de M. Cazalis que présente M. Pinard : ce livre a pour but de mettre un terme aux crimes qui s'accomplissent chaque jour en matière de mariage, et M. Cazalis, avec l'aide puissante de M. Pinard, demande l'appui de l'Académie pour obtenir certaines réformes, pour accomplir une révolution qui s'impose :

Obligation pour tous de se présenter, avant le mariage, à un examen médical ; obligation morale de se conformer à la décision médicale ; notice médicale accompagnant le livret de mariage, etc., telles sont les réformes que demande M. Cazalis. Il ne s'agit de rien moins qu'un conseil de revision à l'usage du mariage. Sans doute, cela serait mieux et l'on éviterait ainsi bien des salpingites gonococciques et bien des transmissions de syphilis avec descendance compromise et bien d'autres infections, sans parler de la tuberculose ; mais, de cette idée rationnelle et généreuse à la mise en pratique, il y a loin malheureusement. Nous verrons ce qu'en pense l'Académie, puisqu'une commission a été nommée pour faire un rapport.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Le signe de Kernig aux membres supérieurs. — M. J. Buchanan a observé l'apparition très précoce du signe de Kernig dans quatre cas de méningite qu'il a vus depuis quelques mois. On sait que ce signe consiste dans ce fait

que, le malade étant assis sur son lit, les genoux restent toujours plus ou moins fléchis sans qu'on puisse arriver à les ramener dans l'extension complète. Cette position est due à la contracture des fléchisseurs. M. Buchanan a, en outre, constaté l'existence de ce signe aux membres supérieurs. Dans un cas, le sujet se plaignait d'une douleur vive au front et à la nuque; il était en état de subdélire. Le signe de Kernig était très manifeste aux membres inférieurs quand le malade s'asseyait; d'autre part, les avant-bras étaient dans l'attitude d'une flexion forcée au-devant de la poitrine et il était impossible de les étendre. L'état de contracture des muscles fléchisseurs rappelait de tous points celui des muscles du jarret. Il en fut ainsi jusqu'à une période avancée de la maladie, puis le relâchement musculaire fit place à la contracture, tandis qu'aux jambes les signes persistèrent jusqu'à la fin. L'auteur dit n'avoir trouvé nulle part aucune allusion à l'existence du signe de Kernig aux membres supérieurs. (*British med. Journ.*, 3 février, p. 255.) A. H.

Le signe de Musset. — M. Armand Delpeuch décrit un nouveau signe de l'insuffisance aortique, les secousses rythmées de la tête.

Ce sont des secousses régulières, des oscillations antéro-postérieures brusques, parfaitement isochrones aux pulsations radiales.

Chez un de ses malades, l'aspect était caractéristique. Comme le pouls ne dépassait pas 60 pulsations par seconde, la tête de cet homme battait, en quelque sorte, la seconde avec la régularité d'une pendule. Ce qui, dit M. Delpeuch, évoquait immédiatement l'image d'une enseigne bien connue des Parisiens, où l'on voit un nègre qui porte un cadran sur le ventre et salue chaque seconde d'une inclinaison de tête.

M. Delpeuch propose d'appeler ce nouveau signe aortique « le signe de Musset ». Voici pourquoi, et ce n'est pas la partie la moins curieuse de son article.

Dans la biographie d'Alfred de Musset par son frère Paul, on lit le passage suivant : « Un matin du mois de mars 1842, pendant le déjeuner, je m'aperçus que mon frère, à chaque battement du pouls, éprouvait un petit hochement de tête involontaire. Il nous demanda pourquoi nous le regardions d'un air étonné, ma mère et moi. Nous lui fîmes part de notre observation : « Je ne croyais pas, nous répondit-il, « que cela fût visible; mais je vais vous rassurer. » Il se pressa la nuque, je ne sais comment, avec l'index et le pouce, et, au bout d'un moment, la tête cessa de marquer les pulsations du sang. Nous nous rassurâmes par ignorance, car nous venions de remarquer le premier symptôme d'une affection grave à laquelle il devait succomber quinze ans plus tard. »

Et cette affection, comme nous l'apprend quelques pages plus loin Paul de Musset, était « une altération de valvules aortiques ». (*Presse méd.*, mai 1900.)

Le mal de mer et son traitement (M. Perdriolat). — Nos lecteurs se souviennent qu'il y a quelque temps, M. Dutremblay fit à l'Académie de médecine une intéressante communication sur le traitement du mal de mer par les inhalations d'oxygène pur. De ses expériences sur des chiens, il résulte que les troubles principaux du mal de mer sont dus à une ventilation pulmonaire imparfaite, à une auto-intoxication qui par ses réflexes bulbaires détermine les symptômes que l'on observe dans l'asphyxie par des gaz toxiques, le séjour dans l'air confiné, etc.

A la demande de M. Dutremblay, M. Perdriolat, médecin général de la Compagnie générale transatlantique, a essayé l'oxygène sur de nombreux malades qui ont été soulagés le plus souvent. Sous son influence, les nausées et les vomissements cessent, un sentiment de bien-être se fait sentir, auquel succède une période de calme et quelquefois de sommeil. Enfin, la respiration incomplète et fréquente se régularise, le pouls remonte, la céphalalgie disparaît. 20 litres suffisent à procurer une amélioration qui peut durer plusieurs heures; on recommence selon les besoins.

L'oxygène, pénétrant rapidement dans le sang, agit directement sur le bulbe et par suite sur le pneumogastrique.

M. Perdriolat conclut donc à l'efficacité de la méthode de M. Dutremblay. (*Marseille médical*, 1er juin 1900.)

CHIRURGIE

Traitement des plaies superficielles sans sutures. — D'après M. Whibech (de Rochester, New-York), il serait très simple d'obtenir sans sutures des réunions aussi belles que si l'on s'était servi de ce moyen.

Après avoir nettoyé convenablement les téguments environnants, au savon et à l'eau bouillie, puis à l'alcool, on éponge la plaie elle-même avec des tampons d'ouate préalablement trempés dans une solution de bichlorure de mercure à 1 p. 500, et exprimés. Aussitôt que les parties sont bien asséchées, on s'applique à réunir exactement d'abord les angles, puis le centre de la plaie avec de l'ouate hydrophile, sur laquelle on verse du collodion.

La présence d'un peu de sang sous la croûte collodionnée ne peut que favoriser la cicatrisation. Les jours suivants on ajoute une nouvelle couche de pansement. Généralement on peut enlever le tout au bout de huit jours, en employant soit l'eau chaude, soit l'éther.

Les cicatrices ainsi obtenues seraient fines, peu visibles, et cette méthode simple donnerait d'excellents résultats aux parties découvertes, surtout au visage où les considérations cosmétiques doivent diriger la thérapeutique. (*Bulletin méd.*, juin 1900.)

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la syphilis par le cacodylate de mercure (M. Vayas). — Les succès obtenus en thérapeutique par le cacodylate de soude, et qui sont dus surtout à la *forme chimique* sous laquelle l'arsenic est introduit dans l'économie ont amené M. Vayas à chercher si le mercure, sous forme de cacodylate, présenterait moins d'inconvénients dans la syphilis.

Il a commencé par rechercher le degré de toxicité du cacodylate de mercure. Les expériences ont été faites dans le laboratoire de M. le professeur Gautier. Elles ont porté sur six lapins d'un poids moyen de 2 kilos.

Ces animaux ont reçu des injections de cacodylate de mercure, les uns sous la peau, les autres dans les veines.

a. *Injections hypodermiques.* — Trois lapins ont reçu sous la peau quotidiennement et à dose progressive pendant quinze jours : le premier 0g02 de cacodylate de mercure; le deuxième 0g05; le troisième 0g08.

Ces injections ont été supportées sans aucun phénomène d'intolérance ou de réaction locale. Il a fallu 0g16 de cacodylate de mercure injectés à la fois sous la peau pour tuer un lapin de 1900 grammes.

b. *Injections intra-veineuses.* — Trois lapins ont reçu en injection dans la veine marginale de l'oreille : le premier 0g02 de cacodylate de mercure; le deuxième 0g05 et le troisième 0g10. Ce dernier seul a succombé au bout de trente-six heures. Les deux premiers sont à l'heure actuelle, quinze jours après l'injection, dans un état de santé satisfaisant.

Ces résultats positifs ont décidé M. Vayas à employer ce nouveau produit à l'hôpital Broca où, avec l'autorisation de M. Brocq, il a pu commencer à faire des injections intramusculaires chez les syphilitiques à la dose de 0g03 par jour. Les résultats obtenus seront publiés ultérieurement. (*Bull. de la Soc. biol.*, 25 mai.)

VARIÉTÉS

L'établissement dermatologique de Paris.

Le développement de la thérapeutique médicale est la cause directe du mouvement qui multiplie les maisons de santé, où les malades trouvent à leur portée tout ce qui est utile à leur guérison. La nécessité d'installations appropriées apparaît absolue dans tous les cas où, soit d'une manière essentielle, soit d'une manière accessoire, les agents physiques jouent un rôle dans le traitement. Tous les médecins et même le public français savent qu'il existe en Allemagne des maisons de santé où sont traités soit des dyspeptiques, soit des obèses, soit des cardiaques, soit des malades atteints d'affections de la peau. Sur ce point, le génie d'organisation de la race germanique rend les plus grands services au développement de son influence qui, au point de vue médical comme à tant d'autres, devient chaque jour plus écrasant.

Un dermatologiste, M. Leredde, qui a été de nos collaborateurs, vient d'ouvrir à Paris une maison de santé pour les maladies de la peau; l'organisation de cet établissement, d'une étendue modeste, est tout à fait remarquable et permet de faire, de la plus manière la plus formelle et la plus active, le traitement de malades externes ou internes. Une partie de la maison de santé est réservée au traitement de la gale; en dehors d'elle, on trouve une salle d'électrothérapie, une salle de douches, des pièces pour le pansement des malades externes, enfin, des chambres destinées aux malades hospitalisés. Un laboratoire d'anatomie pathologique et de bactériologie permet de faire tous les examens microscopiques qui sont indispensables aux diagnostics difficiles.

On sait qu'aujourd'hui l'électricité statique devient indispensable au traitement des prurits de tout ordre, et déjà les courants de haute fréquence rendent des services signalés; l'installation électrothérapique de M. Leredde est tout à fait complète et permet d'employer l'électricité sous toutes ses formes utiles.

La *Gazette des hôpitaux* est heureuse de donner son approbation à cette initiative et d'en souhaiter bien cordialement le succès.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de Paris. — Un concours pour les emplois vacants ci-dessous de chefs de clinique s'ouvrira le jeudi 5 juillet 1900 :

Médecine : quatre chefs de clinique titulaires et quatre chefs de clinique adjoints.

Chirurgie : trois chefs de clinique titulaires et trois chefs de clinique adjoints.

Obstétrique : un chef de clinique titulaire et un chef de clinique adjoint.

Maladies infantiles : un chef de clinique titulaire et un chef de clinique adjoint.

Se faire inscrire avant le 28 juin 1900. — Tous les docteurs en médecine français, sans limite d'âge, sont admis à concourir.

Guerre. — Par décret, en date du 4 juin, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Læderich et Flament.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins principaux de deuxième classe de l'armée active retraités Roux et Caillet; M. le médecin-major de première classe de l'armée active retraité Dornier.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Bachos, Catrin, Granier, Vuillemin, Hecquin, Lamps, Charpentier, Cristau et Duval.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active démissionnaires Montalti et Camille Dreyfus.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active démissionnaire Lévy; MM. les ex-médecins de première classe de réserve de la marine Deschamps et Tissot.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — M. Beaujeu, médecin aide-major de première de l'armée active dont la démission a été acceptée.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — M. Coste, ex-médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale réintégré.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs Cantin, Joanin, Heins, Finet, Fosse, Degorce, Scrini, Blanc, Baraillaud, Traissac, Amieux, Banteignie, Weber, Bulliod, Seringe, Coorevits, Debary, Grenet, Ombredanne, Gouzy, Hanot, Menetrel, Plauchu, Carrus, Laforgue, Robert, Sutter, Schœfer, Manuel, Bodin, Viollet, Jorrot, Husson, Julien, Ramonet, George, Thomas, Chambard, Oriot, Ducatte, Fernique, Jouany, Corneille, Malhesié, Debuchy, Gatian de Clérambault, Murer, Destouches, Chevé, Boisramé, Grillon, Dubief, Garmier, Jacq, Castin, Fayt, Lorot, Lemoine, Hautefeuille, Riquoir, Weill, Métayer, Bailey, Lafite-Dupont, Layré-Dufau, Lebœuf, Goupille, Lacoste, Kelle, Malécot, Faure, Besson, Deligné, Willemetz, Fostier, Surrel, Brongniart, Buisson, Piéry, Grépinet, Boulaud, Fouque, Guibert, Jarsaillon, Bouchet, Clermont, Nodet, Dayez, Guichard, Marmasse, Lalement, Cloupet, Seu, Bouvet, Cousin, Brochard, Laurent, Abrant, Viller, Lestage, Bernheim, Petitjean, Richon, André, Netter, David, Aubert, Rivemale, Payan, Hoummel, Gamet, Quintrie, Lamothe, Lamart, Jamart, Théret, Vichard, Becul, Collet, George, Dupouy, Carbanell, Bringuier, Lamy, Dropet, Bantigny, Coittier, Berne, Loiseau, Tranchant, Moiret, Leroux, Gadreau, Colmaire, Dumont, Bidault, Garnier, Dumas, Jannot, Micheleau, Solélis, Gerin, Callier, Lefeuvre, Veyrat, Blasart, Desbonnets, Melnotte, Beaugrand, Momer, Forquin, Bertrou.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs d'Ailhaud, Castelet, Benoist, Berthier, Lenoir, Bossion, Cantin, Costes, Grunberg, Giraud.

Marine.—M. le docteur Dessemond-Sicard, du cadre de Cherbourg, est désigné pour aller servir au 1er régiment de tirailleurs malgaches, en remplacement de M. le docteur Vallot.

— M. le médecin de deuxième classe Ferrandini, du cadre de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur le *Scorpion* (division navale de l'Océan indien), en remplacement de M. le docteur Lallemand.

XIIIe Congrès international de médecine. — *Programme des fêtes qui seront offertes à MM. les membres du XIIIe Congrès international de médecine.* — 2 août, jour de l'ouverture du Congrès, fête offerte le soir par M. le président du Conseil au nom du gouvernement de la République.

3 août, fête, le soir, sur invitation, offerte par M. le président du Congrès.

5 août, réception des membres du Congrès, le soir, par le M. le président de la République, au palais de l'Élysée.

8 août, fête, le soir, dans le palais du Sénat et le jardin du Luxembourg, offerte aux membres du Congrès par le bureau et les comités d'organisation du Congrès.

Une fête sera demandée au Conseil municipal de Paris.

En outre, des fêtes particulières seront organisées dans la plupart des sections.

Pour toutes ces fêtes seront invitées les femmes, filles et sœurs de MM. les membres du Congrès.

Un comité des dames est organisé pour la réception des femmes, filles et sœurs de MM. les membres du Congrès.

Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales. — La commission d'organisation a l'honneur d'in-

former les adhérents au Congrès international d'électrologie et de radiologie médicales, qu'il leur est accordé une réduction de 50 p. 100 sur les réseaux français suivants : Ouest, Nord, Est, Paris-Lyon-Méditerranée, Orléans et État, et une réduction variant, suivant le trajet parcouru, de 30 à 50 p. 100 sur tout le réseau italien.

Les adhérents qui désirent profiter de ces mesures de faveur doivent en informer le secrétaire général, M. Doumer, 57, rue Nicolas-Leblanc, à Lille, avant le 1er juillet 1900.

Elle les informe également que les cartes de membre adhérent leur donneront droit à l'entrée gratuite à l'Exposition pendant toute la durée de la session.

Hôpital Saint-Louis. — *Maladies cutanées et syphilitiques.* — M. Hallopeau fait tous les samedis, à dix heures et quart, pavillon Bazin, une présentation de malades avec conférence clinique.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cadet de Gassicourt, médecin honoraire des hôpitaux, membre et ancien secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine; Gibier, directeur de l'Institut Pasteur de New-York; Casanova (de Constantine); Moncoq (de Caen); Le Gruel (de Pont-l'Abbé-Puauville); M. Anghelof, sous-lieutenant dans l'armée serbe, étudiant à Lille.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 68. — SAMEDI 16 JUIN 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 16 JUIN 1900. — N° 68.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les gastropathies d'origine cardiaque, par M. G. CARRIÈRE, professeur agrégé des Facultés de médecine, chef du laboratoire des cliniques à l'Université de Lille. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Les gastropathies d'origine cardiaque.

Par M. G. CARRIÈRE,
Professeur agrégé des Facultés de médecine, chef du laboratoire des cliniques à l'Université de Lille.

Sous le titre de gastropathies d'origine cardiaque, je désire étudier l'ensemble des troubles gastriques consécutifs aux cardiopathies dues aux lésions du cœur.

Cette définition précise nous permet d'éliminer de suite, du cadre de ce travail, les manifestations gastriques constatées chez des sujets atteints de maladies du cœur et dues à l'action de l'alcool ou de certains médicaments (digitale, caféine, strophantine, iodure, etc.) sur la muqueuse gastrique. Nous ne décrirons pas non plus les gastropathies qui s'observent chez les cardiaques urémiques.

Enfin nous chercherons à distinguer soigneusement les troubles que nous étudions de ceux qui déterminent parfois l'apparition de perturbations cardiaques : je veux parler des cardiopathies d'origine gastrique.

Cette délimitation précise une fois faite, abordons notre sujet. Il faut avouer que, faute de précision, on a décrit, sous le titre de gastropathies d'origine cardiaque, une foule de troubles gastriques qui n'ont avec les cardiopathies que de lointains rapports.

I

Historique. — Ces troubles sont esquissés en quelques lignes dans les articles des *Dictionnaires de Dechambre* et *de Jaccoud* rédigés par Potain et Rendu et par Raynaud. Jusqu'à ce moment, c'est-à-dire jusqu'en 1867 environ, la littérature médicale reste muette sur ces faits ; ce n'est qu'accessoirement que Bouillaud, Gendrin, Andral et Cruvelhier signalent les troubles gastro-intestinaux survenus dans le cours de cardiopathies.

Leared est vraiment le premier auteur qui ait montré l'importance qu'acquièrent en certains cas ces troubles. « Ils peuvent parfois, dit-il, dominer la scène au point que le hasard seul fait découvrir au médecin leur cause première, la maladie du cœur. »

Nous trouvons quelques mots sur le sujet qui nous occupe dans les ouvrages de Peter et de Germain Sée. Lancereaux, dans son *Atlas d'anatomie pathologique*, représente et décrit les lésions de l'estomac cardiaque.

Ewald considère les cardiopathies comme une des causes de la gastrite glandulaire chronique.

Tous ces travaux sont résumés dans la thèse de Muller (1).

Mais bientôt apparaît le chimisme stomacal. De suite on le recherche dans les gastropathies d'origine cardiaque. Hüffler, Adler et Stern, Einhorn arrivent à des résultats contradictoires.

Plus près de nous encore, Harley, Olivier et Morrey à la Clinical Society de Londres, en 1889, reviennent et discutent sur cette question.

Enfin Hautecœur (2), dans une thèse fort étudiée, complète les notions que nous possédons sur ce sujet ; il étudie le chimisme gastrique dans ces cas et ses conclusions seront partiellement vérifiées par les nôtres. Ce qui manque, à mon avis, dans la plupart de ces travaux, c'est la notion, claire et précise, de l'origine cardiaque des troubles gastriques observés.

Aussi, pour combler cette lacune, ai-je cru nécessaire d'étudier minutieusement les cas que nous avons eu l'occasion d'étudier, soit dans les services de mon maître M. le professeur Pitres, soit dans le cours des suppléances que j'ai faites dans les services de MM. les professeurs Lemoine et Combemale, soit à ma consultation du dispensaire (3).

II

Etiologie.— Les troubles gastriques que nous étudions ne sont pas très fréquents. Sur 64 observations complètes de cardiopathies que je possède, je ne les trouve signalés que 15 fois, soit une proportion de 23,4 p. 100. Cette proportion, bien inférieure à celle d'Hüffler (80 p. 100) ou à celle d'Adler et Stern (35 p. 100), est due à la sélection rigoureuse faite dans les observations que j'ai en vue. Au point de vue chronologique on peut dire que :

1° Ces troubles sont précoces, c'est-à-dire apparaissent avant même que l'on ait constaté la lésion cardiaque, alors que celle-ci est encore compensée, alors que le malade est en hyposystolie non encore dévoilée : ceci s'observe dans 33,3 p. 100 des cas.

(1) MULLER. *La dyspepsie des cardiaques*, Th. de Paris, 1886.

(2) HAUTECŒUR. *Études sur les troubles et les lésions de l'estomac chez les cardiaques*, Th. de Paris, 1891, n° 189.

(3) Je suis heureux de remercier ici les personnes qui m'ont prêté leur aide dans le cours de quelques analyses. MM. Marcourt, Soulard, Dupouy (de Bordeaux); M. Carette (de Lille). La plupart des recherches chimiques ont été faites par moi-même.

2° Bien plus souvent les gastropathies dont nous nous occupons sont tardives, consécutives à l'asystolie : 67 p. 100 des cas.

Elles s'observent avec une fréquence égale dans les deux sexes mais, chose curieuse, ne frappent pas également les différents âges : c'est ainsi que ces troubles sont exceptionnels dans les cardiopathies juvéniles et ne s'observent guère que chez les adultes ou les vieillards.

Y a t-il un rapport entre la fréquence des gastropathies et les lésions cardiaques diverses? On peut l'affirmer et dire : que les troubles gastriques que nous avons en vue s'observent surtout dans les lésions mitrales, puis avec une fréquence décroissante dans les lésions aortiques, les myocardites, les dégénérescences du myocarde, les péricardites chroniques.

J'ai cherché à savoir si les troubles gastriques dont nous nous occupons n'étaient pas attribuables à une lésion antécédente de la muqueuse de l'estomac qui était endormie ou latente. Il est bien difficile de conclure à ce sujet, mais il me semble résulter de mon enquête que, chez 26,6 p. 100 des malades, il y a eu en effet une tare gastrique préexistante. Chez tous les autres l'estomac semble vierge.

III

Etude clinique. — Quelles sont maintenant les manifestations cliniques de ces gastropathies? Il me semble résulter de la lecture des observations publiées et de mes cas personnels que l'on peut adopter la classification suivante :

I. Gastropathies de l'hyposystolie. { Forme gastralgique. Forme dyspeptique hyposthénique.

II. Gastropathies de l'asystolie.

Cette classification cadre bien mieux avec les faits que celle qui consiste à distinguer des gastropathies mitrales et des gastropathies aortiques. Il suffit de parcourir les observations pour se rendre compte que ni les lésions mitrales, ni les lésions aortiques ne donnent naissance à une phénoménalité clinique univoque.

Etudions maintenant chacune de ces formes :

I. Gastropathies de l'hyposystolie : Forme gastralgique. — Les gastralgies d'origine cardiaque peuvent se présenter sous trois aspects principaux :

1° La gastralgie légère ;

2° L'accès gastralgique moyen ;

3° L'accès gastralgique violent.

a. *Forme légère.* — Dans le premier cas il s'agit d'un malade qui vient vous consulter pour des troubles divers, mais qui se plaint d'éprouver après chaque repas des troubles gastriques caractérisés par une sensation de tension douloureuse épigastrique. L'appétit est normal, les digestions faciles; on ne trouve aucun trouble fonctionnel de l'estomac. Il n'y a donc, en somme, qu'une douleur vague localisée dans la région de l'estomac. Cette douleur est ordinairement peu intense : c'est une sorte de crampe, de colique, qui dure pendant une heure environ puis disparaît pour reparaître au repas suivant s'il est trop copieux.

A jeun, ou lorsque le malade ne souffre pas, l'examen complet de l'estomac reste absolument négatif. Il n'en est plus de même quand le malade souffre. En ce cas on constate que la moindre pression exercée dans la région de l'estomac est douloureuse. On peut même arriver à localiser des points douloureux au niveau de l'appendice xyphoïde et sur la grande courbure de l'estomac.

Ces douleurs sont calmées par la pression large.

Cet ensemble symptomatique ne se produit qu'au moment des repas, dans la période digestive. On ne le trouve pas à la suite de n'importe quel repas et il me semble qu'il ne se produit guère qu'après les repas copieux, après l'ingestion d'une trop grande quantité de boisson ou lorsque le malade se livre à un travail physique pendant la période digestive.

Cette forme est rare, je ne l'ai trouvée que chez 2 malades.

b. *Abcès gastralgique moyen.* — On rencontre plus souvent le type gastralgique moyen.

Le patient ne souffre pas à jeun. L'appétit est normal. Mange-t-il un peu copieusement ou parfois même fort peu il éprouve, une demi-heure à trois quarts d'heure après, une sensation de tension épigastrique qui ne fait qu'augmenter. Il y a des éructations douloureuses, des nausées et des renvois alimentaires avec ou sans pyrosis.

Bientôt il se plaint de crampes intolérables. Il lui semble que l'estomac se tord, est serré dans les mors d'une pince, est déchiré.

Ces douleurs très intenses irradient violemment dans le dos, les espaces intercostaux, les omoplates. Le malade pâlit; ses traits se tirent, il s'assied, fléchit le corps en avant et comprime l'épigastre à l'aide de ses deux mains. Jamais on ne note de vomissements.

Rien ne calme ces douleurs.

L'accès dure une heure ou deux, avec des intermittences, puis tout rentre dans l'ordre jusqu'à la période digestive prochaine.

L'aspect général du malade pendant l'accès n'offre rien de particulier. La langue est normale; l'examen des matières du pharynx et du cou ne présente rien d'anormal.

L'abdomen est rétracté. Dans un cas, j'ai pu voir des ondes de contractions soulever la paroi abdominale et persister de une à trois minutes. La palpation est douloureuse, le malade ne peut la supporter, son visage se contracte et d'un mouvement de défense il cherche à repousser votre main. L'épigastre présente une hypersthénie cutanée formant un losange à sommets situés à l'ombilic d'une part, à l'appendice xyphoïde d'autre part. Il n'y a pas de points douloureux électifs.

On ne perçoit pas de clapotage.

La sonorité de l'estomac est à peu près normale, seule la limite inférieure semble un peu surélevée.

Cette forme me semble bien plus fréquente que la précédente : j'en possède 4 observations et j'en ai trouvé quelques cas dans les travaux de différents auteurs, en particulier dans ceux d'Hüffler.

c. *Accès gastralgique intense.* — L'accès gastralgique intense, véritable crise gastrique, est plus rare que le type que nous venons de décrire : je ne l'ai rencontré qu'une fois, mais j'en ai retrouvé quelques cas au cours de mes recherches dans la littérature médicale.

Le sujet, bien portant à jeun, mange avec appétit. Tout à coup, en pleine période digestive, il éprouve une douleur épigastrique exquise angoissante. La face pâlit, les traits se tirent, les extrémités se refroidissent, le pouls faiblit, s'accélère et se ralentit; il y a tendance à la syncope. Les éructations gazeuses se succèdent incessantes et douloureuses.

Bientôt, après une « crampe » plus douloureuse encore, le malade rejette le repas qu'il vient de prendre. Il est de suite soulagé si l'évacuation a été complète. Il n'en est plus de

même s'il reste quelque chose dans l'estomac. En ce cas les douleurs reparaissent, généralement moins vives, et aboutissent à un nouveau vomissement.

Examiné pendant la période douloureuse, le patient se présente sous un aspect misérable. Courbé en deux, les mains appliquées sur la région épigastrique, il évite de respirer, de tousser et de parler. Il pâlit, ses traits se tirent, ses extrémités se refroidissent. Le pouls est petit, serré et ralenti.

Le malade éprouve des vertiges et des sensations de défaillance.

L'abdomen est rétracté, la région épigastrique est hyperesthésiée et l'on voit se dessiner sous la paroi des ondulations très nettes dues aux contractions de l'estomac.

Il n'y a pas de clapotage.

Les limites de l'estomac sont normales.

L'auscultation épigastrique permet d'entendre les bruits intra-stomacaux très abondants.

De temps en temps le malade vomit. Ce vomissement est constitué par des matières alimentaires et un peu de bile.

Cet état dure une demi-heure, une heure ou deux, puis tout rentre dans l'ordre et ne se reproduit qu'à l'occasion d'un repas trop copieux ou d'un travail fatigant, fait dans le cours d'une période digestive.

Comment se comportent les fonctions de l'estomac dans ces différents cas? D'une manière presque uniforme : les recherches de mes prédécesseurs et les miennes sont d'accord sur ce point.

A jeun, l'estomac ne renferme rien.

J'ai fait, quand je l'ai pu, prendre un repas d'épreuve après évacuation du contenu de l'estomac, au moment même d'un accès. J'ai examiné également le liquide des vomissements.

La digestion du repas d'épreuve se fait à peu près normalement. Au bout d'une heure voici les résultats obtenus :

$A = 0{,}075$ à $0{,}095$ diminution.
$T = 0{,}210$ à $0{,}230$ diminution.
$H = 0{,}015$ à $0{,}030$ diminution.
$C = 0{,}125$ à $0{,}150$ diminution.
$F = 0{,}070$ à $0{,}090$ diminution.
$\frac{T}{F} = 3$ à $2{,}05$ faible.
$\alpha = 0{,}50$ à $0{,}60$ faible.

Ces caractères nous permettent de rattacher le type de ce chimisme à celui de l'hypopepsie du deuxième degré de Hayem.

Si l'on fait en ce cas l'examen en série interrompue et en série continue, on constate que le processus digestif se fait à peu près normalement, qu'il est seulement un peu accéléré. Après quatre-vingts minutes environ, il ne reste plus assez de liquide dans l'estomac pour faire une analyse.

L'analyse des vomissements ne dénote que l'hypochlorhydrie. L'absorption de la muqueuse stomacale est normale en général (procédé de Graves, Penzoldt et Faber). La puissance digestive du suc gastrique est diminuée (procédé de Gunzburg) et l'iodure n'apparaît dans la salive que de la cent dixième à la cent cinquantième minute.

J'ai cherché encore quel était l'état de la motricité dans les cas dont nous nous occupons. J'ai employé dans ce but le procédé d'Ewald et Siebers et celui de M. Mathieu, bien plus précis.

Dans le premier, après absorption de salol une heure après un repas, j'ai constamment trouvé l'acide salicylurique dans l'urine de quarante-cinq à cinquante minutes après. Le procédé de Mathieu me prouvait également que la motricité gastrique était exagérée.

En résumé : hypopepsie, exagération de la motricité, hypersthénie.

Forme dyspeptique hyposthénique.—Bien plus fréquente que la précédente, cette forme est caractérisée par la prédominance d'accidents caractéristiques de la dyspepsie flatulente avec hyposthénie.

Les malades ont généralement bon appétit, mais bon nombre d'entre eux s'observent, sachant qu'ils digèrent mal d'habitude la viande, les féculents, la charcuterie, ils s'en privent et présentent ainsi une fausse anorexie élective dont il faut être prévenu.

Ces malades mangent. Trois quarts d'heure à une heure après leur repas, ils commencent à bâiller; ils ont des pandiculations. Leur visage se congestionne, la tête est lourde, ils ont envie de dormir; l'inaptitude au travail est totale, ils s'assoupissent. Bientôt ils éprouvent une sensation de pesanteur épigastrique, un ballonnement douloureux de l'estomac qui les force à relâcher leur pantalon, à dégrafer leur corset. Les patients comparent ces sensations à celles qu'ils éprouveraient si une poutre énorme leur comprimait l'épigastre.

Au moindre effort physique, ils sont essoufflés.

Bientôt surviennent des éructations abondantes, qui se succèdent sans interruption, pendant une ou deux heures, et soulagent les malades.

Les vomissements sont très rares. Lorsqu'ils existent ils sont alimentaires.

Ces phénomènes disparaissent vers la quatrième heure après le repas, pour reparaître après le repas suivant.

La constipation est marquée.

A jeun, le malade ne ressent aucun trouble. L'estomac ne renferme rien. Si l'on examine le patient pendant la période digestive, on trouve la langue saburrale ou rouge. La région épigastrique est dure, tendue et douloureuse, on y voit souvent des battements synchrones à ceux du cœur.

La palpation est douloureuse, mais il s'agit plutôt d'une sensibilité plus grande de la région que d'une douleur véritable. Cet endolorissement est surtout prononcé au niveau de la grande courbure et ne présente aucune localisation élective.

On obtient facilement le clapotage et le bruit de succussion au-dessous de la ligne unissant les neuvièmes cartilages costaux pendant les quatre à cinq heures qui suivent les repas.

La sonorité gastrique est exagérée. A l'aide de la percussion ou du phonendoscope, j'ai pu constater qu'en ce cas la sonorité gastrique mesurait de 16 à 20 centimètres sur la ligne mamelonnaire gauche, 9 à 11 centimètres sur la ligne médiane, et 27 à 32 sur la ligne transverse.

On perçoit souvent des limites de bouillonnement stomacal.

Le cathétérisme stomacal fait pour retirer le repas d'épreuve nous révèle :

1° La difficulté de l'évacuation;
2° L'absence de contraction réflexe.

L'examen du chimisme gastrique nous révèle les indications suivantes dans presque tous les cas :

A = 0,080 à 0,060 donc diminution.
T = 0,315 à 0,390 donc exagération.
H = 0,040 à 0,020 donc diminution.
F = 0,170 à 0,210 donc exagération.
C = 0,165 à 0,160 normal.
$\frac{T}{F}$ = 2,1 à 1,8 faible.
α = 0,29 à 0,25 très faible.

Ceci nous indique : 1° un état hypopepsique prononcé (deuxième degré de Hayem); 2° une augmentation de la chlorurie.

L'examen du chimisme gastrique en série continue ou en série discontinue nous indique, dans presque tous les cas où j'ai pu le pratiquer, l'existence de la courbe de digestion prolongée en cent trente à cent cinquante minutes, celle de la digestion indéfiniment prolongée avec liquide résiduel hyperchlorurique, enfin, j'ai souvent observé la courbe policyclique.

L'examen microscopique révèle parfois l'existence de globules rouges assez nombreux dans le liquide retiré de l'estomac. Les réactions chimiques et spectroscopiques ne permettent pas, cependant, d'y caractériser le sang.

L'absorption de la muqueuse gastrique, étudiée par le procédé de Penzoldt et Faber, est constamment diminuée et l'iodure n'apparaît que de trente à quarante-cinq minutes après l'ingestion, au lieu de quinze à vingt minutes.

Le pouvoir digestif du suc gastrique est ainsi diminué et l'iodure, ingéré suivant le procédé de Gunzburg, n'apparaît que de la cent vingtième à la cent soixantième minute.

Quant à la motricité stomacale, elle est très notablement diminuée, comme on peut aisément s'en convaincre en employant le procédé de Mathieu. Le salol ne passe dans l'urine que de deux heures trois quarts à trois heures après l'ingestion.

En résumé, on trouve constamment, chez les cardiaques atteints de dyspepsie flatulente, le syndrome chronique suivant : *hypopexie du deuxième degré*, *hyperchlorurie*, *hyposthénie*.

II. Gastropathies de l'asystolie. — Les troubles gastriques, dans le cours de l'asystolie, se présentent suivant un type assez uniforme que je vais décrire maintenant.

L'anorexie est presque absolue. Spontanément ou dès qu'il ingère le moindre aliment, parfois la moindre boisson, le malade éprouve une sensation de pesanteur épigastrique due à la distension gazeuse de l'estomac. Il a du pyrosis, des renvois et des éructations gazeuses pendant un laps de temps qui varie suivant la quantité d'aliments ingérés.

Souvent au bout de quelques instants, le patient rejette ce qu'il vient de prendre, et dans quelques cas les vomissements sont véritablement incoercibles (cas d'Hüffler et d'Adler Stern). On a noté parfois des hématémèses (Gendrin, Müller, Hautecœur).

A jeun, le malade ne se plaint de rien. La bouche est sèche, amère, la langue est rouge et dépouillée; il éprouve des nausées et même une sensation de pesanteur épigastrique.

Cette région est habituellement tendue, dure, ballonnée et endolorie, sans que cet endolorissement présente de lieux d'élection spéciaux. Le clapotage est très net, ainsi que la succussion ; on les perçoit jusqu'au voisinage de l'ombilic.

L'estomac est distendu et la région sonore qui y correspond présente un agrandissement très appréciable.

Le cathétérisme stomacal à jeun nous révèle qu'il y a ordinairement un résidu des ingesta de la veille. De plus, on note la difficulté de l'évacuation et l'absence de contraction réflexe perceptible.

L'étude du chimisme nous donne les renseignements suivants (ce sont les chiffres moyens que nous avons obtenus) :

A = 0,080 à 0,120, donc diminution légère.
présence d'acide lactique.
T = 0,280 à 0,360, donc exagération.
H = 0,010 à 0,020, donc diminution très considérable.
C = 0,080 à 0,070, donc diminution très marquée.
F = 0,190 à 0,250, donc exagération.
$\frac{T}{F}$ = 1,4 faible.
α = 0,80 à 1,04, normal ou plus élevé qu'à la normale.

En résumé, hypochlorhydrie extrême, hypopepsie légère premier degré, hyperchlorurie due à l'augmentation des chlorures fixes.

L'examen en série continue et discontinue nous a révélé dans presque tous les cas l'existence de la courbe de digestion, indéfiniment prolongée, avec liquide résiduel hyperchlorurique ou fermentatif, parfois la courbe polycyclique.

L'absorption de la muqueuse est considérablement diminuée (cinquante à soixante minutes).

La puissance digestive du suc gastrique est diminuée et l'iodure n'apparaît que de la cent vingtième à la cent soixantième minute.

La motricité stomacale est considérablement diminuée, comme on peut s'en convaincre à l'aide de la méthode de Mathieu. L'acide salicylurique (procédé d'Ewald) n'apparaît que de deux heures trois quarts à trois heures après l'ingestion du salol.

Un fait m'a frappé dans ces cas de gastropathies d'origine asystolique c'est :

1° La fréquence de la présence du sang dans le liquide des graves vomissements ;

2° Sa présence éventuelle dans le liquide retiré par le cathétérisme.

Je me suis servi pour le caractériser de procédés très sensibles (1) : cela est nécessaire microscopiquement, on trouve des globules rouges déformés dans le liquide vomi ou le reliquat du repas d'épreuve.

En résumé, les gastropathies de l'asystolie sont caractérisées par l'hypopepsie du premier degré, l'hypochlorhydrie extrême, l'hyperchlorurie, l'hyposthénie extrême.

Tels sont cliniquement les troubles gastriques d'origine cardiaque. Les différences séméiologiques et chimiques qui séparent ces différents types sont donc des plus précises. Quels sont les rapports de ces divers syndromes avec les cardiopathies causales? C'est ce que je vais maintenant examiner.

---

(1) J'ai employé les trois procédés suivants :

a. Addition au liquide gastrique d'un tiers d'acide acétique glacial, d'éther. On agite; on décante l'éther. On l'additionne de xx à xxx gouttes d'essence de térébenthine : s'il y a du sang, on obtient une teinte bleue ou violette.

b. On additionne le liquide gastrique d'ammoniaque. On précipite à l'aide d'une solution de chlorure de calcium. On reprend le précipité par l'acide chlorhydrique étendu. On lave à l'eau, on redissout dans l'ammoniaque et on trouve, au spectroscope, la bande d'absorption de l'hémature en solution alcaline,

c. On place le liquide au bain-marie avec de l'acide sulfurique et un sel alcalin. On filtre. Au spectroscope, on trouve la bande de l'hémature en solution acide ; celle de l'hémature en solution alcaline si on ajoute un peu d'ammoniaque.

Les auteurs qui se sont, avant nous, préoccupés de cette question, classent les gastropathies des cardiaques en deux grandes catégories :

a. La dyspepsie des aortiques, correspondant à nos types gastralgiques.

b. La dyspepsie des mitraux, correspondant à la dyspepsie flatulente.

Cette division exacte en apparence est incomplète et erronée.

S'il est vrai, en effet, que les types gastralgiques s'observent de préférence chez les aortiques, je me hâte d'ajouter qu'ils apparaissent surtout chez les artério-scléreux. Il m'a suffi de lire les observations de Leared, de Broadbent, de Huchard, de G. Sée pour me convaincre de ce fait. D'autre part, et c'est un fait qui vient corroborer notre dire, je n'ai jamais vu ces gastralgies dans les lésions aortiques d'origine inflammatoire ni chez les jeunes. Ces faits nous serviront dans l'étude pathogénique : nous y reviendrons.

Retenons seulement que : les cardiopathies donnent naissance à des troubles gastriques variés qu'on peut classer en deux grandes catégories : *type gastralgique*, *type asthénique* et *que le premier de ces types ne s'observe guère que s'il y a artério-sclérose concomitante.*

IV

Évolution. — L'évolution de ces gastropathies est essentiellement variable :

1° En traitant le cœur, en améliorant son fonctionnement on peut guérir les troubles gastriques. Ils s'atténuent progressivement et disparaissent. Cette disparition peut être définitive. Ordinairement, elle n'est que transitoire, et quand le myocarde fléchit de nouveau, les troubles reparaissent.

2° Ils peuvent aller en augmentant jusqu'à l'asystolie et à la mort.

3° Ils peuvent amener la terminaison fatale soit du fait de l'inanition qu'ils entraînent à leur suite, soit surtout en produisant une manifestation ou une aggravation de l'asystolie. Ces deux dernières éventualités sont surtout importantes à retenir parce qu'elles montrent la nécessité d'une intervention thérapeutique énergique.

Nous connaissons bien de nos jours, et depuis les travaux de MM. Potain et Barié, ces dilatations du cœur consécutives aux affections gastriques : rien d'étonnant dès lors qu'une gastropathie consécutive à un trouble survenu dans le fonctionnement du cœur ne puisse déterminer une aggravation de cette perturbation.

4° Enfin ils peuvent aboutir à une hématurie mortelle. Le pronostic des gastropathies d'origine cardiaque est donc toujours sévère.

V

Diagnostic. — Comment reconnaîtra-t-on les accidents qui nous occupent? Ce sera toujours bien facile de diagnostiquer le trouble gastrique en lui-même : la gastralgie, la dyspepsie flatulente. Je ne puis exposer ici les arguments du diagnostic différentiel.

En présence de phénomènes gastralgiques, il convient tout d'abord de les bien caractériser, d'établir qu'il ne s'agit point d'angine de poitrine, de colique néphrétique ou intestinale. Il faut surtout soigneusement éliminer l'idée de lithiase biliaire, se rappelant qu'en ce cas la douleur siège surtout à droite et irradie vers l'épaule de ce même côté, qu'elle ne débute que quelques heures après le repas; qu'il existe un point douloureux au niveau de la douzième dorsale ; que l'hypocondre droit, seul, est sensible ; qu'enfin la tension de la vésicule biliaire, l'ictère, la fièvre et la présence de calculs dans les selles lèveront tous les doutes.

La cardialgie myopathique de Rosenbach s'observe chez des jeunes femmes ou des jeunes filles présentant les stigmates de l'hystérie. Les muscles abdominaux sont contracturés, la peau de l'épigastre est anesthésique ou hyperesthésique; c'est souvent une zone hystérogène. Les douleurs se calment dans le décubitus horizontal ou accroupi ; elles disparaissent par le massage.

La névralgie intercostale se rencontre surtout chez de jeunes femmes anémiques, nerveuses ou hystériques. Elle présente des points d'élection bien systématisés.

Une fois le diagnostic d'accès gastralgiques bien établi, on s'efforcera de se convaincre que cet accès n'est pas dû à une lésion gastrique primitive, à un ulcère rond, à une gastrite ulcéreuse, à l'hyperchlorhydrie, à l'hypersécrétion, à la sténose pylorique, au cancer de l'estomac. Je ne puis exposer ici, d'une manière complète, par quel moyen vous éliminerez ces diverses hypothèses : l'examen minutieux du malade, de son estomac, de son chimisme gastrique, vous permettront seuls d'arriver au diagnostic exact.

On recherchera les signes cardinaux du tabes, les stigmates de l'hystérie, ceux de la neurasthénie et, en présence des résultats négatifs obtenus, on devra songer à la possibilité d'une cardiopathie latente, cause des accès gastralgiques observés.

De même on reconnaîtra aisément le syndrome dyspepsie flatulente. En lui-même il ne présente rien de bien spécial chez les cardiaques et pour le rattacher à sa vraie cause il conviendra d'examiner très soigneusement cet organe et de rechercher l'existence d'une lésion, même légère.

Mais l'accès gastralgique, la dyspepsie flatulente, les troubles gastriques indiquant l'existence d'une gastrite chronique, quand ils sont constatés chez un cardiaque, ne sont pas forcément dus à la cardiopathie.

Avant d'être affirmatif, il convient de se demander s'il n'y a pas seulement coïncidence, coexistence, et si les phénomènes stomacaux ne sont pas dus à une autre cause.

Pour répondre à cette question, il faudra successivement examiner les éventualités suivantes :

a. S'agit-il de gastrites médicamenteuses, fréquentes chez les cardiaques soumis au traitement par la digitale, la caféine, la strophantine, l'iodure et d'autres encore?

b. S'agit-il de gastrite alcoolique? L'alcoolisme est si fréquemment en cause dans la genèse des affections cardiaques!

c. S'agit-il d'urémie à forme gastrique? Le rein des cardiaques étant souvent atteint, soit par l'artério-sclérose, soit par la congestion asystolique, il y a lieu de se demander, si, dans les gastropathies asystoliques, l'urémie ne joue pas le principal rôle.

d. Enfin le foie hyperémié peut parfois donner lieu, chez les cardiaques, à de fausses gastropathies.

Les troubles gastriques, d'origine digitalique, se reconnaîtront aux caractères suivants :

a. Le malade a pris depuis quatre à cinq jours déjà, de la digitale.

b. Il présente les autres signes de l'intoxication digitalique qu'il convient toujours de rechercher : la pâleur terreuse du visage, le refroidissement général, la cyanose, les coliques tormineuses, les lypothymies et les syncopes. On recherchera aussi le délire nocturne, le hoquet continuel, la

prostration, les vertiges, la céphalée, la dilatation pupillaire, la xanthopsie, la diminution de l'acuité visuelle, le pouls ralenti et bigeminé : en un mot tous les signes qui témoignent l'accumulation de la systole dans l'organisme.

c. Enfin tous ces troubles gastriques digitaliques disparaissent lorsqu'on suspend la médication.

L'ingestion prolongée ou intensive de la caféine donne lieu également à des troubles gastriques qui pourraient, mais à tort, être rapportés à la cardiopathie.

En eux-mêmes, ces troubles ne présentent aucun stigmate qui puissent permettre de les caractériser. On n'y parviendra qu'en recherchant les autres signes de l'intoxication par la caféine : l'insomnie, le délire nocturne avec ou sans hallucination ; l'agitation continuelle, les trémulations, les convulsions des membres et leur parésie plus ou moins prononcée.

Les troubles gastriques observés, s'ils se rapportaient à la strophantine (comme cela s'observe parfois) s'accompagneraient également des autres signes de cette intoxication bien mis en évidence par M. le professeur Lemoine : l'amaigrissement, les phénomènes nerveux, la diarrhée, l'albuminurie.

Les cardiaques sont souvent soumis au traitement ioduré : ils sont de ce fait exposés à présenter les symptômes de la gastrite iodique qu'on peut dès lors rattacher à la cardiopathie sans voir qu'ils sont du ressort de l'iodisme. La céphalée, le coryza, la conjonctivite, la sialorrhée, la pharyngite, les exanthèmes, les vertiges, les tremblements, l'insomnie, tous symptômes révélateurs de l'intoxication iodique, mettraient sur la voie du diagnostic.

Les cardiaques sont souvent des alcooliques. L'alcoolisme a pu chez eux produire des lésions gastriques susceptibles d'être mises sur le compte de la cardiopathie. Une enquête minutieuse sur les antécédents du malade permet tout d'abord de se faire une opinion sur ce sujet. De plus, les caractères mêmes des troubles fonctionnels accusés par le malade, leur prédominance matutinale, à jeun ; les pituites classiques lèveront tous les doutes.

Il est souvent très difficile, pour ne pas dire impossible, d'établir ce qui revient à l'urémie dans la genèse des gastropathies d'origine cardiaque. Il faut bien se souvenir en ce cas des caractères si spéciaux des troubles gastriques urémiques : l'anorexie élective et portant sur les viandes ; l'intensité de la soif ; l'aspect de la langue, rouge, rôtie, sèche et collante. Il faut se rappeler encore que les vomissements sont fréquents, surtout à jeun ; qu'ils sont faciles, peu abondants et consistent en un demi-verre ou un verre d'un liquide souvent fétide, d'odeur ammoniacale, renfermant une forte proportion d'urée. Une baguette de verre trempée dans l'acide chlorhydrique et placée au-dessus du liquide vomi, donne des vapeurs blanches de chlorhydrate d'ammoniaque.

Enfin certaines douleurs constatées chez des cardiaques dont le foie est très congestionné peuvent simuler une gastropathie. En ce cas on trouve une augmentation manifeste de la matité hépatique et les douleurs sont prédominantes au niveau d'une ligne correspondant au bord antérieur du foie.

Une fois parvenu par exclusion au diagnostic de gastropathie d'origine cardiaque il faudra avant de conclure d'une manière définitive se rappeler qu'il est nécessaire pour ce faire de relever les deux constatations suivantes :

1° Les troubles gastriques apparaissent ou s'exaspèrent lorsque l'état du cœur s'aggrave, lorsque son fonctionnement devient plus défectueux.

2° Ils disparaissent au contraire si le fonctionnement du cœur s'amende, soit spontanément, soit thérapeutiquement.

VI

Étude anatomo-pathologique. — L'histologie nous a appris que la muqueuse stomacale est très riche en vaisseaux.

Il existe autour de chaque glande un lacis vasculaire qui l'enveloppe de toute part.

Cette richesse vasculaire nous permet de comprendre avec quelle facilité les troubles circulatoires dus aux cardiopathies retentiront sur la muqueuse gastrique.

Les lésions histologiques des gastropathies d'origine cardiaque sont cependant mal connues ou mal décrites. Les raisons en sont faciles à saisir. Presque toujours ce sont les lésions de l'estomac consécutives à l'asystolie que l'on a décrites et souvent celles d'une asystolie fort ancienne ou déjà plusieurs fois répétée. Les lésions du début, celles de l'hyposystolie, celles qui correspondent aux accès gastralgiques ne sont pas connues.

Il faut pour les étudier des cas bien spéciaux. J'ai eu l'occasion en 1896 de pratiquer l'autopsie d'un malade du service de M. le professeur Pitres, atteint d'insuffisance mitrale ; présentant des troubles de dyspnée flatulente d'origine cardiaque. Ce malade s'était pendu et dans ces conditions nous pûmes saisir sur le fait les lésions de l'estomac. En 1897, dans le même service, je recueillis les organes d'un homme atteint de rétrécissement et d'insuffisance aortique d'origine athéromateuse, mort subitement après avoir présenté des accès gastralgiques. J'ai encore recueilli, en 1898, à l'hôpital de la Charité de Lille, l'estomac d'un homme mort d'une embolie cérébrale volumineuse consécutive à une maladie mitrale et qui présentait des troubles dyspeptiques.

Ces trois cas me serviront pour décrire les lésions de l'estomac des malades présentant des troubles gastriques d'origine cardiaque en hyposystolie. Quant aux lésions d'origine asystolique elles sont de constatation banale, bien qu'on ne les remarque guère.

Dans l'étude et l'appréciation de ces lésions il convient de distinguer soigneusement les cas purs, ceux où seule la cardiopathie semble en cause dans la genèse des lésions gastriques. Il convient donc de rejeter dans cette étude l'estomac des sujets alcooliques, urémiques, celui de ceux qui ont pris des médicaments à dose massive ou prolongée, celui des malades qui souffrent déjà d'une affection de l'estomac indépendante de la cardiopathie : le choix est difficile mais il est nécessaire.

Lésions des gastropathies de l'hyposystolie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve l'estomac atone et flasque, généralement augmenté de volume. Les vaisseaux qui rampent à sa surface sont turgescents. Après incision de l'estomac, il s'écoule un liquide d'aspect variable. Les parois sont épaissies, rougeâtres. La muqueuse est bousouflée, hyperémiée. Les capillaires injectés deviennent des arborisations extrêmement délicates. Parfois on distingue quelques taches ecchymotiques punctiformes dues à des suffusions hémorragiques. Elles prédominent sur la grande courbure. A signaler encore, quelquefois mais rarement, les érosions bien décrites par Hautecœur : elles affectent une prédilection toute particulière pour la face antérieure et les courbures.

Microscopiquement ce qui domine c'est la congestion. Tous les capillaires sont dilatés au maximum, même dans

les couches profondes de la paroi. Au niveau de la musculeuse les fibres musculaires sont souvent comprimées par les capillaires ectasiés. Cette compression retentit sur leur texture : leur protoplasma semble grenu, leur noyau est peu énergiquement coloré et parfois résolu en fines granulations chromatiques. On observe parfois une infiltration des fibres cellules musculaires par un pigment ocre ou brun qui formes de très fines granulations surtout autour du noyau. On rencontre quelques hémorragies interfibrillaires.

Dans la sous-muqueuse, mêmes ectasies vasculaires.

Dans la muscularis mucosæ, mêmes lésions que dans la musculeuse.

Dans la couche glandulaire on voit encore les vaisseaux très dilatés séparant les uns des autres les culs-de-sac glandulaires. Ces vaisseaux sont bourrés de globules rouges. Parfois, mais rarement, ils se rompent, il se produit une petite hémorragie. Les mailles du tronc conjonctif sont parfois infiltrées de sérosité granuleuse. La lumière des glandes est effacée. Elles sont comprimées du fait de l'hyperémie interglandulaire. Quelques-unes d'entre elles présentent cependant des culs-de-sac dilatés, comme si les produits sécrétés n'avaient pu s'écouler au dehors par suite de l'oblitération du goulot. En ce cas, le cul-de-sac renferme une substance granuleuse teintée par l'éosine. En général, on ne voit plus la lumière. Les cellules glandulaires comprimées ne présentent pourtant pas de lésions très manifestes. Le plus souvent elles sont aplaties, leur noyau est pâle et leur protoplasma souvent vacuolisé. Les cellules puerpérales sont bien moins abondantes que les cellules de revêtement.

Il semble cependant que si la gastropathie est ancienne, les lésions glandulaires sont plus prononcées et qu'on voit alors les cellules principales presque complètement et les épithéliums glandulaires présenter la dégénérescence granulo-fragmentaire.

Lésions des gastropathies de l'asystolie. — Chez les cardiaques atteints de gastropathies dues à la lésion du cœur et morts après une ou plusieurs attaques d'asystolie, les lésions sont tout à fait différentes.

A l'ouverture de l'abdomen on trouve généralement l'estomac distendu. Les vaisseaux qui sillonnent sa surface sont considérablement distendus et dessinent sous la séreuse d'élégantes arborisations. Parfois on aperçoit de petites ecchymoses.

Après incision, on voit s'écouler des matières grisâtres, fétides, de nature diverse. Les parois sont épaissies, œdémateuses, congestionnées et brunâtres. La surface de la muqueuse est ardoisée et souvent recouverie de mucus adhérent. On y voit se dessiner de très fines arborisations dues aux capillaires ectasiés. Les hémorragies punctiformes sont nombreuses et forment un fin piqueté. Enfin on trouve souvent, sur la face antérieure et les courbures, de petites érosions superficielles à bords effacés et à fond rougeâtre ou noirâtre.

Histologiquement l'hyperémie est encore la caractéristique de cet état. Les capillaires ectasiés dissocient les fibres-cellules de la musculeuse. Celles-ci sont altérées : leur noyau ne se devine qu'à peine, résolu qu'il est en une fine poussière chromatique. Leur protaplasma est granuleux, infiltré de pigment ocre. Certaines fibres-cellules m'ont paru fissurées, mais je n'ose affirmer qu'il ne s'agit pas de traumatismes techniques; cependant j'ai trouvé presque toujours cette lésion et jamais je ne l'ai trouvée sur d'autres estomacs. De petits foyers hémorragiques sont disséminés de-ci de-là à ce niveau.

La sous-muqueuse présente les mêmes lésions d'hyperémie avec les mêmes suffusions hémorragiques. Les mailles du tissu conjonctif, élargies, sont souvent infiltrées de sérosité transsudée des capillaires dilatés.

La muscularis mucosæ présente les mêmes lésions que la musculeuse.

La muqueuse présente aussi la même hyperémie. Les glandes comprimées de ce fait sont réduites à l'état de boyaux cellulaires sans lumière. Leurs cellules ont subi des dégénérescences diverses. Les cellules principales sont très peu nombreuses et difficiles à reconnaître.

Les épithéliums sont souvent très aplatis, réduits à l'état épidermoïde, si bien décrit par le professeur Hayem. Leur protoplasma est souvent imprégné de pigment ocre; parfois il est vacuolisé ou translucide : cette dernière lésion est exceptionnelle. Leur noyau est fragmenté et réduit à l'état de poussière chromatique à peine teintée.

Les parois vasculaires, parfois simplement animées, sont en d'autres cas atteintes d'endo-périvascularite. En général il n'y a pas de cirrhose et c'est àpeine si en quelques points et dans les cas très anciens on trouve un peu de réaction conjonctive et de prolifération embryonnaire périvasculaire, péri et interglandulaire. En ce cas les glandes sont étouffées par la cirrhose, elles tendent à s'atrophier, mais généralement la mort survient avant que l'atrophie ne soit trop prononcée.

La sclérose peut également dissocier les fibres des tuniques musculaires : le fait est rare.

Quant aux érosions, elles sont constituées aux dépens des tubes et des culs-de-sac glandulaires. Elles ne dépassent pas la muscularis mucosæ.

M. Balzer les attribue à l'action du suc gastrique sur de petits abcès dus à une prolifération abondante de cellules embryonnaires autour des glandes. Je les crois plutôt dues à la même action du suc gastrique sur de petits foyers hémorragiques superficiels. Ce qui me le fait penser, c'est qu'en certains cas on peut voir des érosions toutes nouvelles présentant un fond constitué par des amas de globules rouges ou par un tissu imprégné d'hématies. C'est la confirmation de l'hypothèse émise par Hautecœur.

Enfin, je voudrais dire un mot d'un fait qui m'a frappé : c'est le suivant. Dans plus de la moitié des cas de gastralgie, d'accès ou de crises gastralgiques d'origine cardiaque, les lésions semblent très spéciales.

Ici, rien d'appréciable extérieurement, si ce n'est la constatation fréquente d'athérome des troncs d'origine. Dans un cas où les douleurs avaient été particulièrement vives, je trouvai à l'autopsie une plaque athéromateuse oblitérant presque complètement l'orifice du tronc cæliaque.

Les parois de l'estomac sont dures et crient parfois légèrement sous le scalpel. La muqueuse est pâle et ne présente macroscopiquement rien de particulier. Histologiquement, on ne trouve qu'une seule lésion : l'endo-périartérite généralisée; c'est ici l'endartérite végétante qui prédomine, rétrécissant considérablement le calibre des artères et les transformant quelquefois en un cordon fibreux.

Ici, pas de lésions cellulaires ou glandulaires appréciables.

J'ai cherché, dans un de ces cas, à faire des colorations des filets nerveux de la paroi de l'estomac : j'y suis parvenu non sans difficulté, mais je n'ai pas cru trouver d'altération bien appréciable.

J'ai étudié de même à ce point de vue, et avec des résultats également négatifs, le plexus solaire et les ganglions semi-lunaires. Dans ces derniers, je n'ai point trouvé d'altérations cellulaires, mais leurs capillaires sanguins étaient très ectasiés et gorgés de sang.

Retenons toutes ces lésions; elles nous serviront dans un instant pour établir l'interprétation pathogénique des faits que nous étudions.

Auparavant, essayons de reconnaître les lésions de l'estomac cardiaque et de les différencier sur la table d'autopsie de celles qui peuvent leur ressembler. Telles sont celles de l'urémie gastro-intestinale, celles de l'alcoolisme, celles des gastrites médicamenteuses.

Les lésions de la gastrite urémique, bien étudiées par Pilliet, se différencient de celles de l'estomac cardiaque parce que la muqueuse est plus épaissie. L'infiltration embryonnaire prédomine en ce cas; elle est rare ou tardive dans l'estomac cardiaque. L'hyperémie est absente ou à peu près. Mais ce qui domine en ce cas, c'est la dégénérescence des épithéliums glandulaires. J'ai pu m'en convaincre chez un homme observé en août dernier à l'hôpital de la Charité et atteint d'urémie gastro-intestinale. On ne trouve pas une seule glande saine; toutes ont subi une sorte de nécrose massive caractérisée par la désintégration granulo-fragmentaire du noyau ou du protoplasma, la vascularisation ou la nécrose de coagulation. Or, nous l'avons vu, les dégénérescences épithéliales de l'estomac cardiaque ne présentent point ces caractères.

Les lésions de la gastrite alcoolique prédominent au cardia et sur la petite courbure. La muqueuse présente des taches laiteuses bien spéciales. Les ulcérations sont ici linéaires, fissuraires et non punctiformes. Enfin, ici encore, ce qui prédomine histologiquement, c'est la dégénérescence graisseuse, l'état grenu ou translucide des épithéliums glandulaires.

Les lésions des gastrites médicamenteuses ne sont que fort mal connues au point de vue anatomo-pathologique. Expérimentalement, j'ai pu m'en rendre compte chez l'animal en faisant ingérer de la poudre de digitale. Ici encore, c'est la prédominance des lésions dégénératives et nécrotiques des épithéliums glandulaires qui permettra de faire un diagnostic anatomique.

VII

Pathogénie. — Essayons maintenant d'interpréter la pathogénie des phénomènes que nous venons d'étudier.

Il me semble utile, à ce point de vue, de dissocier les phénomènes observés et de tenter de les expliquer séparément.

I. A quoi correspondent les accès gastralgiques des cardiaques? Leur pathogénie est complexe et je crois qu'un certain nombre de facteurs entrent en jeu dans leur production.

a. Au premier rang je placerai l'artério-sclérose des vaisseaux qui apportent à l'estomac le sang destiné à le nourrir, à assurer son bon fonctionnement.

Supposons que ces vaisseaux soient rétrécis par suite d'un processus d'endartérite chronique portant soit sur les troncs originels, soit sur les rameaux de la paroi elle-même. L'estomac reçoit assez de sang pour suffire à sa nutrition et à son fonctionnement quand il est vide ou peu rempli, comme à la suite d'un repas modéré. Mais voilà que survient une surcharge alimentaire, un repas trop copieux. L'estomac ne reçoit pas alors suffisamment de sang. Il se produit une crampe douloureuse analogue à la crampe douloureuse du cœur dans l'angine de poitrine coronarienne, identique à celle du muscle dans sa claudication intermittente. A mon avis, dans ces cas, il s'agit d'une véritable claudication intermittente de l'estomac.

Quelles sont les preuves sur lesquelles je me base pour émettre cette hypothèse?

1° Les accès gastralgiques des cardiaques ne s'observent guère que chez ceux qui sont artério-scléreux. Qu'on lise seulement les observations de Leared, de Broadbent : il est aisé de s'en convaincre. Ces accès appartiennent ordinairement aux lésions aortiques; le fait est vrai; mais seulement aux lésions d'origine athéromateuse. Je n'ai trouvé qu'exceptionnellement des observations probantes d'accès gastralgique dans l'insuffisance aortique d'origine rhumatismale, pas une seule fois je ne l'ai vu signaler dans les affections aortiques des jeunes sujets.

Quand on trouve des accès gastralgiques chez les mitraux, dans les myocardites chroniques ou dans d'autres lésions orificielles, dans les lésions dégénératives du myocarde, il s'agit presque toujours de lésions dues à l'artério-sclérose ou d'individus concurremment atteints d'artério-sclérose.

2° Anatomiquement j'ai constaté, dans les quelques autopsies qu'il m'a été donné de pratiquer, qu'on trouve presque constamment, chez les cardiaques à accès gastralgiques, l'endartérite proliférante chronique. Bien plus, dans un cas observé en août 1895 dans le service de mon maître, le professeur Pitres, j'ai trouvé à l'autopsie d'un malade atteint de maladie d'Hodgson et présentant des accès gastralgiques violents (forme de crises gastriques) une plaque d'athérome à l'embouchure du tronc cœliaque dans lequel on ne pouvait passer qu'une aiguille à tricoter. C'est là, me semble-t-il, une observation vraiment démonstrative.

Cette notion de la claudication intermittente de l'estomac explique-t-elle les phénomènes observés? Bien certainement.

L'insuffisance fonctionnelle de l'estomac, inaperçue quand l'estomac est vide, dès qu'il est plein à la suite d'un repas un peu copieux, à la suite d'ingestion d'une quantité trop grande de boissons, aussitôt la meïopragie apparaît, la crampe douloureuse se produit : la clinique nous l'a montré.

Cette crampe est parfois visible ou tangible.

Ces crampes qui peuvent se succéder sans interruption pendant toute la période digestive donnent un coup de fouet à la motricité de l'estomac, elle s'accélère : l'épreuve d'Ewald ou celle de Mathieu nons l'a prouvé. Enfin la diminution de la chlorurie nous prouve bien que la muqueuse ne reçoit que fort peu de sang puisque ce facteur dépend directement de l'activité de la circulation.

La claudication intermittente du cœur me semble donc admissible.

Mais tous les cas ne sauraient s'expliquer de cette manière.

b. Je me demande si, dans certains cas, l'hyperémie du plexus solaire, celle des ganglions semi-lunaires que j'ai pu constater ne peuvent pas jouer un rôle dans la genèse des accès gastralgiques des cardiaques.

La démonstration ne peut en être fournie en présence du manque de preuves indéniables. Seule la constatation anatomique que j'ai pu faire vient à l'appui de cette thèse.

Mais comment expliquer, en l'admettant, que cette hyperémie des ganglions se fasse d'une manière intermittente et précisément après le repas?

Peut-être en supposant qu'après le repas le cœur ayant à accomplir un surcroît de travail se dilate transitoirement. La circulation se ralentit dès lors et l'hyperémie se produit.

Je ne donne ceci que comme une hypothèse.

c. Ne peut-on pas admettre encore une irritation du plexus solaire consécutive à l'athérome aortique? Une compression de ces plexus ou des ganglions semi-lunaires par le cœur dilaté après un repas copieux, par l'aorte distendue par suite de la difficulté de la circulation pendant la période digestive?

Ce sont là des hypothèses admissibles mais que je ne puis démontrer.

d. J'en dirai autant de la compression possible des pneumogastriques par le cœur dilaté transitoirement après un repas trop copieux.

Cette supposition m'a été suggérée par la constatation de la dilatation du cœur des cardiaques après un repas un peu abondant. Cette constatation a pu être faite à l'aide de la percussion et du phonendoscope : elle a été vérifiée à l'écran fluoroscopique.

Or, les pneumogastriques ne sont pas éloignés de la face postérieure du cœur et du péricarde. N'est-il pas logique de penser dès lors que le cœur dilaté puisse les comprimer et qu'il en résulte un accès gastralgique? Ceci m'avait semblé d'autant plus logique que j'ai pu observer parfois pendant l'accès gastralgique des phénomènes qui pouraient indiquer la compression de ces nerfs : telles sont la dyspnée, l'augmentation de la tension artérielle, les vomissements, la bradycardie, tous symptômes observés dans le cours des accès gastralgiques.

Mais à cette hypothèse je ferai une sérieuse objection. Si l'accès gastralgique est dû à la compression du pneumogastrique par le cœur dilaté, pourquoi n'observe-t-on pas ces mêmes accès dans les péricardites avec gros épanchements, dans les dilatations aiguës du cœur, dans l'hypertrophie de cet organe où sa compression doit être bien plus forte? Pourquoi ne les rencontre-t-on pas dans les compressions par tumeur du médiastin?

En résumé la théorie de l'accès gastralgique dû à une claudication intermittente de l'estomac me semble la plus plausible et la mieux démontrée.

II. La forme de dyspepsie hyposthénique est plus facile à expliquer. L'hyperémie de la paroi de l'estomac et de sa muqueuse nous semble devoir être seule mise en cause.

Elle est prouvée anatomiquement et chimiquement par l'élévation de la chlorurie. Elle a pour conséquence :

a. Des altérations glandulaires;

b. Des lésions de la musculeuse.

Les lésions glandulaires nous expliquent les symptômes de la dyspepsie, la diminution de l'acidité, de l'acide chlorhydrique, celle des coefficients $\frac{T}{F}$ et α.

Les lésions de la musculeuse, la dissociation et la compression de ses fibres par les vaisseaux ectasiés; les dégénérescences de ces fibres musculaires consécutives à cette compression nous expliquent les symptômes de la myasthénie observée, l'hyposthénie constatée.

III. Un degré de plus, et nous voilà en asystolie, exagération des phénomènes précédents. Ici, un élément anatomique nouveau entre en scène : l'érosion. Le mécanisme de sa production est complexe.

Au premier rang, je placerais l'hémorragie superficielle, la diminution de la vitalité dans la région correspondante, bientôt attaquée par les sucs digestifs. J'ai donné la preuve de la réalité de ce mode : le fond de bon nombre de ces ulcérations toutes récentes est nettement constitué par des hématies déformées.

On peut invoquer encore l'attaque par le suc gastrique de territoires correspondant à une embolie ou à une thrombose capillaire.

VIII

Traitement. — Voilà partiellement expliqués les accidents que nous avons décrits. Essayons maintenant d'exposer le traitement qu'il conviendra d'y opposer.

Étant donné que les gastropathies d'origine cardiaque sont l'indice habituel de l'hyposystolie ou de l'asystolie latente ou confirmée, étant donné qu'elles peuvent provoquer cette dernière, il y a lieu d'intervenir aussi rapidement que possible.

Il y a lieu tout d'abord d'entourer de soins pieux l'estomac des cardiaques, de ne le fatiguer ni par les médicaments, ni par une alimentation défectueuse ou trop abondante.

Pour prévenir les gastropathies de l'hyposystolie, il suffit de prévenir ces complications en soumettant les cardiaques à une hygiène et à une diététique que je n'ai pas à exposer ici.

Mais voici la gastropathie déclarée, comment lutter contre elle? En traitant l'hyposystolie ou l'asystolie causale?

Mais ici se pose une question : doit-on recourir au médicament de choix en cette circonstance, la digitale, qui est capable par elle-même de produire des accidents gastriques?

Il n'y a pas d'hésitation à avoir; il faut y recourir quand même. La digitale suffit souvent, en effet, pour faire disparaître pour plus ou moins longtemps les accidents cardiaques et les accidents gastriques qui n'en étaient que la manifestation.

Quelques précautions sont néanmoins nécessaires.

Parmi les préparations digitaliques, il convient en cette circonstance de n'en retenir que deux : l'infusion de feuilles et la digitaline cristallisée. Une règle s'impose à nous : ne donner la digitale qu'à doses réfractées, soit 0,20 à 0,30 centigrammes de poudre de feuilles, x à xv gouttes de la solution de digitaline :

Digitaline cristallisée...	1 gramme.
Glycérine pure........	333 centim. cubes.
Eau distillée..........	147 —
Alcool à 95 degrés......	Q. s. p. 1 lit. à 15°.

Ces doses seront répétées pendant quatre à cinq jours, puis suspendues. Si les malades vomissent, on donnera quand même la digitale, aux mêmes doses, mais par prises fractionnées, par cuillerées à café dans la journée. Aussitôt l'ingestion, on avale un fragment de glace.

Bien entendu, il conviendra de n'administrer la digitale que si les indications exigées pour son emploi se trouvent réunies chez le malade, s'il y a hypotension artérielle, oligurie, bradycardie ou arythmie.

En même temps, le malade sera condamné au repos absolu et à la diète lactée. Ici encore quelques précautions sont nécessaires. Les malades ne doivent pas boire plus d'un litre de lait et par petites quantités réparties dans la journée.

Ajoutons à ceci une prise de 0gr50 centigr. de calomel, et nous aurons dans son ensemble la ligne de conduite à suivre les cinq premiers jours.

Les jours suivants, on aura recours pour tonifier le cœur, soit à la spartéine, soit à la caféine. Il est préférable, pour

ménager les susceptibilités gastriques, d'administrer ces médicaments par la voie hypodermique.

On administrera donc de une à trois injections de la solution suivante :

Sulfate de spartéine.........	0g50 centigr.
Eau stérilisée................	10 grammes.

ou une à deux injections par jour de la solution :

Caféine......................	4 grammes.
Salicylate de soude..........	3g10 centigr.
Eau stérilisée...............	Q. s. p. 10 cent. c.

Dans les cas où il s'agit d'hyposystolie, on se trouvera bien d'agir simultanément sur l'estomac.

Contre la dyspepsie flatulente et l'hyposthénie, on a recours avec succès aux indications suivantes.

Le malade prendra avant les repas (en l'espèce ils sont remplacés par du lait) une cuillerée à café de la teinture composée suivante :

Teinture de noix vomique.....	5 grammes.
Gouttes amères de Baumé. / Teinture de gentiane.....	ãã 10 —
Teinture de rhubarbe composée................ / Eau de laurier-cerise.....	ãã 20 —
Eau de menthe............	Q. s. p. 100 c. c.

Si le patient mange, on pourra encore lui faire prendre, au milieu du repas, une cuillerée à bouche de la solution :

Acide chlorhydr. officinal..	3 grammes.
Sulfate de strychnine......	0g05 centigr.
Eau.....................	300 cent. cubes.

La formule de Coutaret m'a donné bien souvent d'excellents résultats :

Acide sulfurique chimiquement pur..............	2g40 centigr.
Acide nitrique............	0g80 —
Alcool à 80 degrés.........	18 grammes.

Laissez quarante-huit heures au contact et ajoutez :

Sirop de limon...........	100 grammes.
Eau de fontaine..........	150 —

Une cuillerée à soupe après le repas dans un demi-verre d'eau.

Contre les accès gastralgiques ou hypersthéniques on aura recours tout d'abord au traitement préventif, celui de l'artério-sclérose, à l'iodure de potassium ou de sodium aux doses quotidiennes minimes de 0g50 centigr. par jour. L'alimentation sera légère, le malade se reposera pendant la digestion; on l'aidera à l'aide de la solution précédemment formulée d'acide chlorhydrique et de strychnine.

Appelé au moment de l'accès, on tirera de bons effets de la médicatiou suivante :

Eau chloroformée saturée...	150 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne....	0g50 centigr.
Eau de fleurs d'oranger.....	50 grammes.
Eau distillée...............	100 —

Une à trois cuillerées à soupe au moment des accès.

Je me suis encore bien trouvé, en quelques cas, de faire inhaler le nitrite d'amyle suivant le mode habituel, et c'est là, n'est-il pas vrai, une nouvelle preuve de la nature artérielle de phénomènes.

Enfin si, dans la période d'asystolie, surviennent des vomissements incoercibles, on fera prendre avec chaque dose de lait de I à IV gouttes de la mixture :

Picrotoxine................	0g10 centigr.
Alcool pour dissoudre.......	Q. s.
Chlorhydrate de morphine...	0g05 centigr.
Sulfate d'atropine..........	0g01 centigr.
Eau de laurier-cerise........	10 grammes.

Enfin, on essaiera la potion de Rivière, celle de La Haën, la mixture de M. Hufland, dont la composition se trouve dans tous les formulaires; ou bien encore l'injection d'éther au-dessous de l'appendice xyphoïde.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(13 JUIN 1900)

M. Nélaton décrit un procédé personnel de **rhinoplastie** qui lui a donné des résultats remarquables. Le malade qu'il présente est d'ailleurs une preuve indéniable de l'excellence de la méthode. Ayant remarqué que presque tous les procédés rhinoplastiques avaient le tort de réparer la perte de substance nasale à l'aide de parties molles, qui donnaient un nez en général difforme et flasque; ayant remarqué, d'autre part, que les corps étrangers rigides étaient mal tolérés, et par suite éliminés, M. Nélaton imagina de tailler un lambeau frontal cutanéo-ostéo-périostique, en continuité avec le squelette de l'ogive nasale, qu'il détachait d'un trait de scie, et rabattait horizontalement. Ce lambeau osseux devenait le squelette rigide du nouvel orifice nasal.

L'infirmier qu'il a opéré et qu'il a présenté est un des plus beaux exemples de rhinoplastie que nous ayons pu voir. Il a un nez véritable, à peine un peu large au niveau de son orifice, mais un véritable nez. C'est un éloge qu'on ne peut guère adresser aux autres procédés rhinoplastiques.

On entend ensuite une communication de M. Galezowski sur un cas de **cysticerque de la rétine**. Les membres de la Société, généralement peu familiarisés avec l'ophtalmologie, semblent avoir quelque peine à suivre la lecture de cette observation, cependant très intéressante.

Avec M. Mignon, nous revoyons les **kystes hydatiques de l'abdomen**, dans un fait complexe et curieux de véritable échynococcose ayant envahi presque tous les organes.

Mais le clou de la séance est la reprise et la fin (?) de la discussion sur la **néphrectomie dans la tuberculose rénale**.

M. Tuffier prend le premier la parole pour défendre une deuxième fois l'opinion qu'il a émise dans les précédentes séances. Il nous paraît ajouter peu de choses à ce qu'il avait déjà dit.

M. Routier, qui lui succède à la tribune, essaye de poser les indications de la néphrectomie dans la tuberculose. Il faut, bien entendu, qu'il n'y ait qu'un seul rein d'envahi. Aussi tout l'intérêt se porte dans le diagnostic de l'unilatéralité de la lésion. Le cathétérisme des uretères lui paraît un moyen précieux. Il ne le pratique pas lui-même, mais il l'a fait maintes fois pratiquer dans son service par M. Albarran ou par ses élèves, et il peut affirmer que ce cathétérisme, dont la technique lui paraît délicate et même difficile, a toujours été inoffensif pour les malades.

M. Albarran clot la discussion. Il répond avec une grande netteté et une grande conviction aux orateurs qui l'ont précédé. On sent qu'il est plein de son sujet, et les arguments qu'il a développés semblent avoir convaincu ses collègues. Il concède que le cathétérisme des uretères est délicat. Mais si certains chirurgiens le critiquent et le rejettent, c'est qu'ils n'ont pas voulu se donner la peine de l'étudier et de le pratiquer. Déjà passés maîtres, ils ont dédaigné de s'astreindre à apprendre ce qu'ils ne connaissaient pas. Ils ont déclaré inapplicable un procédé qu'on peut voir exécuter tous les jours par les élèves de la Clinique des voies urinaires. La critique est souvent un voile jeté sur l'ignorance.

Ce ne sont peut-être pas les propres paroles de l'orateur, mais c'est une conclusion qui se dégage de son discours.

Nous ne reviendrons pas sur les arguments développés une seconde fois par M. Albarran, nous bornant à renvoyer à sa précédente communication (1).

La séance se termine par quelques présentations de malades : un **chryptorchide**, opéré par M. Championnière il y a dix ans, et dont les organes génitaux, jusqu'alors infantiles, se sont développés après l'opération ; un **chondrome pur des os du pied**, dont M. Picqué apporte le moulage et les pièces et qui ressemblait à un ostéo-sarcome.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 645.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Écoles de médecine. — *Amiens.* — M. Sauné est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux physiques et chimiques.

Dijon. — M. Michaut est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux de physiologie.

Rouen. — M. Jeanne, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé des fonctions de chef des travaux de médecine opératoire.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Érythème scarlatiniforme du aux injections sous-cutanées de cacodylate de soude, par M. Breton (de Dijon), ancien interne des hôpitaux. — L'entéro-colite muco-membraneuse, d'après M. P. Froussard, médecin consultant à Plombières. — Notes de clinique thérapeutique. Traitement du diabète sucré. Les cures thermales, par M. Guihal, interne des hôpitaux. — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

ÉRYTHÈME SCARLATINIFORME

DU AUX INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE CACODYLATE DE SOUDE

Par M. Breton (de Dijon), ancien interne des hôpitaux.

Depuis les publications des professeurs A. Gautier et Renaut, nous avons employé le cacodylate de soude chez un grand nombre de malades, tuberculeux, anémiques, débilités, convalescents de maladies graves. Jusqu'ici nous n'avions relevé aucun méfait dû à l'administration du médicament; soit qu'il fût pris par le tube digestif, soit qu'il fût administré par la voie hypodermique, la tolérance était toujours absolue.

Le fait suivant est le premier où le cacodylate ait déterminé des accidents.

Nous avons en traitement à l'hôpital, salle Eudes-III, un homme de trente-huit ans, atteint de tuberculose pulmonaire droite au début. Comme à d'autres malades, nous lui prescrivons tous les cinq jours une injection sous-cutanée d'un centimètre cube d'une solution rigoureusement titrée et stérilisée de cacodylate de soude dosée à 0g30 par centimètre cube. Alors que les autres malades tolèrent parfaitement le médicament, cet homme est pris dès la première injection d'un érythème scarlatiniforme généralisé. Pour bien déterminer l'action du cacodylate de soude, nous avons persisté dans le traitement. Après chaque injection, il s'est produit une poussée d'érythème.

Voici comment les choses se passent. L'injection étant faite le soir, le malade est pris pendant la nuit suivante de malaise général, de sensation de chaleur et de brûlure à la peau provoquant l'insomnie. Un prurit très désagréable contraint le malade à se gratter et détermine de l'agitation.

Douze à quatorze heures après l'injection, faisant suite à ces prodromes, paraît l'érythème.

D'aspect scarlatiniforme, il est généralisé, accusé surtout aux zones de pression, telles que le dos, les épaules, les fesses. La rougeur s'efface sous la pression digitale et reparaît sitôt qu'elle cesse. L'apyrexie est absolue. Rien d'anormal du côté des muqueuses; urines normales, pas de constipation. Le malade perd un peu l'appétit mais n'a aucun goût caractéristique dans la bouche. Le maximum d'intensité de l'éruption se fait dans la journée qui suit l'injection. Trente-six heures après, l'érythème pâlit et disparaît le troisième jour sans laisser de traces.

La peau reprend sa coloration normale. Il n'y a pas de desquamation.

Il s'agit certainement d'une idiosyncrasie, mais il est bon de la signaler puisque le cacodylate de soude est employé dans certaines dermatoses. On ne peut, en effet, incriminer ni la pureté de la solution, ni les précautions antiseptiques, puisque, seul sur un grand nombre de malades traités, ce malade a présenté cet érythème.

Ce cas vient donc s'ajouter à ceux qu'a publiés M. Balzer, où une dermatite exfoliatrice se produisit à la suite de l'administration de cacodylate de soude.

L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

D'après M. P. Froussard,
Médecin consultant à Plombières (1).

L'entéro-colite muco-membraneuse est une affection plus particulièrement observée chez les neuro-arthritiques, à marche continue ou intermittente, caractérisée essentiellement par de la constipation habituelle entrecoupée de diarrhée, par des douleurs, et enfin par le rejet de mucus se présentant dans les selles sous forme de glaires ou de fausses membranes. Elle a encore été désignée sous le nom de *diarrhée glutineuse*, d'*entérite glaireuse*, de *croup intestinal*, d'*entérite interstitielle*, etc., et a donné lieu, surtout dans ces dernières années, à d'importants travaux.

L'*étude clinique* de l'entéro-colite est difficile à exposer d'une façon exacte et complète. Il s'agit, en effet, d'une maladie essentiellement chronique, à début le plus souvent obscur, sujette à des rémissions et à des exacerbations de durée variable. Il faut donc, pour en donner une description véridique, rechercher parmi les symptômes ceux qui, par leur constance et leur valeur séméiologique, peuvent être considérés comme véritablement *cardinaux*.

Ces symptômes forment une triade constante. Ce sont la *constipation* opiniâtre, entrecoupée de débâcles diarrhéiques, les *douleurs abdominales*, et enfin le *rejet dans les selles de mucus*, pouvant parfois prendre l'aspect de fausses membranes.

La *constipation* est le symptôme primordial, comme le

(1) Th. de Paris, 1900.

plus constant. Elle peut cependant passer inaperçue. C'est qu'elle n'est pas toujours caractérisée par « des évacuations alvines moins abondantes, moins fréquentes et plus sèches qu'à l'état normal » (Potain). Elle peut consister parfois en selles régulières, mais constituées par des matières dures et fragmentées, et aussi en selles fréquentes, mais anormales par leur minime volume. Il existe donc, à côté des constipations ordinaires, *totales*, des constipations *dissociées*, et l'on peut décrire, après Lasègue, Mathieu, Soupault, des constipations *horaires*, des constipations *quantitatives* et des constipations *qualitatives*.

La constipation *horaire* est assez difficile à définir. Un sujet n'est constipé que « quand, de l'insuffisance des évacuations, résultent pour lui certains troubles, certains malaises » (Potain). On ne dira donc pas d'une personne qu'elle est constipée, lorsqu'elle a moins d'une selle par jour, mais seulement lorsque la rareté des selles détermine chez cette personne des désordres appréciables.

La constipation *quantitative* donne lieu aux mêmes remarques. Il est impossible de fixer exactement la quantité de matières fécales qu'un adulte sain doit rendre dans les vingt-quatre heures. Cette quantité varie, en effet, suivant de nombreuses conditions, et, en particulier, suivant la nature de l'alimentation. Nous ne possédons donc pas de critérium absolu de la constipation quantitative.

La constipation *qualitative* porte sur le volume, la forme et la sécheresse des matières rendues ; elle décèle toujours un trouble profond de la fonction du gros intestin.

Ces différents types de constipation semblent se rattacher à des conditions pathogéniques différentes. L'atonie intestinale produirait surtout les constipations totale, horaire, quantitative, le spasme du muscle moteur intestinal déterminerait au contraire la constipation qualitative.

Tous ces modes cliniques de la constipation peuvent se rencontrer dans l'entéro-colite muco-membraneuse, mais avec une inégale fréquence. La constipation quantitative paraît la plus constante.

Les débâcles diarrhéiques accompagnent toujours la constipation. Parfois constituées par des matières molles, semi-liquides, elles sont, d'autres fois, franchement liquides, d'odeur infecte, contenant en suspension du mucus sous forme de glaires, de petites masses ovillées, de scybales, de fragments informes de matière fécale. Ce dernier aspect est caractéristique. Ces crises diarrhéiques sont précédées de vives douleurs abdominales; elles déterminent, sur les différentes régions de l'intestin qu'elles traversent, une sensation de brûlure, de cuisson très pénible pour le malade ; dues à l'action irritante exercée par la coprostase sur la muqueuse intestinale, elles reviennent à intervalles inégaux et s'accompagnent de phénomènes réactionnels d'intensité variable.

La *douleur* est également constante. Elle persiste même pendant les périodes de rémission. Tantôt ce n'est qu'un simple malaise intestinal, avec sensation d'angoisse. Tantôt la douleur est plus aiguë, et comparée par les malades à des tortillements, à des tiraillements intestinaux : elle revient alors sous forme de crises entéralgiques, parfois espacées, parfois subintrantes, de durée variable, que calme souvent l'ingestion ou l'expulsion des aliments.

Chaque sujet paraît avoir une localisation spéciale de la douleur. Dans certains cas, la douleur siège nettement dans tout ou partie du côlon; d'autres fois, elle débute par le cæcum et gagne ultérieurement le côlon transverse. On pourrait alors la confondre avec une gastralgie, dont elle diffère cependant par ses irradiations transversales.

L'*expulsion de mucus* est le symptôme caractéristique de l'entéro-colite muco-membraneuse. Elle en est véritablement le signe pathognomonique, lorsqu'elle coexiste avec la constipation.

Ce mucus se présente sous deux formes principales : le type *amorphe* et le type *membraneux*. Le type *amorphe* est constitué par des glaires filantes, comparées à du blanc d'œuf non cuit. Ces glaires sont parfois arrondies (*crachats intestinaux* de Lasègue), parfois très régulièrement sphériques : elles peuvent encore être formées par une simple mousse recouvrant les déjections. Ce type amorphe semble être le plus fréquent.

Moins caractéristique est le type *membraneux*. Les fausses membranes sont alors rubanées, cylindriques ou filamenteuses.

Dans la forme *rubanée*, le mucus concret prend l'aspect de lanières aplaties, plus ou moins élastiques, de longueur parfois considérable, larges de quelques millimètres. La coloration de ce ruban est blanc grisâtre. De leurs deux faces, l'une est jaune sale, — c'est celle qui regarde la lumière intestinale, — l'autre est blanche, tomenteuse, — c'est celle qui adhère à la muqueuse. Leurs bords, enfin, sont habituellement déchiquetés.

La forme *cylindrique* est moins fréquente : il s'agit alors de cylindres creux, membraniformes, de dimensions variables. Le diamètre de ces concrétions est-il extrêmement réduit? on a alors affaire à la forme *filamenteuse*.

Quelle que soit la forme sous laquelle il est expulsé, le mucus peut d'ailleurs adhérer aux matières ou se rencontrer à l'état isolé au milieu d'elles. Le plus ordinairement, les mucosités entourent les scybales, leur donnant un aspect caractéristique. Parfois aussi, le mucus n'adhère pas aux matières et nage dans le liquide. Enfin, mais plus rarement, l'expulsion du mucus peut être indépendante de celle des matières fécales : le malade éprouve le besoin de se présenter à la selle, mais il n'expulse qu'une petite quantité de mucus ou quelques débris de pseudo-membranes; ce sont là de *fausses défécations*.

Ces symptômes cardinaux de l'entérite muco-membraneuse, constipation, douleur, expulsion de mucus, sont le plus souvent accompagnés de *symptômes secondaires*, de constance variable et d'inégale valeur.

Les *voies digestives supérieures* sont habituellement troublées dans leur fonctionnement : la langue est étalée, pâteuse; la muqueuse linguale est blanchâtre, jaunâtre à la partie médiane; la muqueuse buccale présente parfois une rougeur érythémateuse spéciale. L'appétit est variable, souvent capricieux. L'ingestion des aliments peut être suivie de phénomènes gastriques sans caractères précis, probablement liés à des fermentations anormales. On a signalé les troubles de la sécrétion biliaire, constants pour Glénard, et se révélant par la décoloration intermittente des fèces avec ou sans une modification du volume du foie.

La *vessie* peut être le siège de spasmes, d'où dysurie, ténesme vésical, mictions douloureuses.

Les *troubles de la circulation cardio-pulmonaire* signalés au cours des affections gastro-intestinales (Teissier, Potain), sont particulièrement fréquents au cours de l'entéro-colite.

Les *symptômes nerveux* s'observent souvent : ils consistent en tremblements généralisés, sensations de lassitude, céphalées, migraines, arthralgies, etc.

Les *signes physiques* donnent ici de précieux renseignements. La palpation du côlon révèle tantôt une mollesse particulière de l'intestin (intestin chiffonné), tantôt une distension extrême du côlon. Les spasmes intestinaux sont fréquents, locaux et segmentaires. On perçoit alors la sensation spéciale de tube épais, résistant, mais élastique, roulant sous les doigts. Cette sensation de *tube glissant* sous les doigts est caractéristique : elle est surtout nette au niveau du cæcum et de l'S iliaque, mais peut être observée aussi au niveau du côlon transverse (*corde colique* de Glénard). Il importe, à ce sujet, d'insister sur la variabilité de l'état intestinal. Telle partie qui, un jour, est contracturée, le lendemain sera dilatée à l'extrême et réciproquement. C'est là une notion capitale dans l'histoire de l'entérite muco-membraneuse.

La *palpation* permet aussi de trouver une partie de l'intestin encombrée par des matières stercorales sous forme d'une masse pâteuse, ou, au contraire, sous celle de scybales roulant sous les doigts. On devra terminer l'examen de l'abdomen par la recherche du rein mobile, complication assez fréquente, surtout chez la femme.

Les *crises d'entéralgie*, au cours de l'entéro-colite, méritent une mention spéciale. Tantôt l'entéralgie est généralisée, tantôt au contraire elle est localisée. Quelle que soit la forme qu'elle revêt, elle est annoncée par des prodromes semblables.

Rarement, en effet, le début de la crise est subit; elle est précédée d'habitude d'une recrudescence des symptômes. Souvent aussi on peut lui trouver une cause nettement déterminante (changement brusque dans les habitudes du malade, erreur dans l'alimentation, excitation psychique).

Sous l'influence de l'une ou l'autre de ces causes, la constipation augmente, les digestions deviennent plus pénibles, les douleurs coliques apparaissent. Les phénomènes nerveux précèdent de près la crise.

Ce qui caractérise essentiellement cette crise, ce sont les phénomènes douloureux, que la douleur soit généralisée ou localisée.

Les crises d'*entéralgie généralisée* revêtent le plus souvent la forme d'entéralgie simple. Dans ce cas, la douleur atteint rapidement son maximum d'intensité; elle s'accompagne souvent de phénomènes réactionnels intenses, augmente par les mouvements respiratoires, diminue par la compression forte et large de l'abdomen. La durée de la crise est variable, mais lorsqu'elle se prolonge, l'entéralgie devient paroxystique et peut alors se compliquer de fièvre. La crise se termine toujours par une débâcle de matières stercorales dures, abondantes. Elle peut, à la suite de cette débâcle, disparaître complètement ou se reproduire, de façon à créer un véritable état de mal.

Pendant les crises, le ventre est en général météorisé, douloureux à la pression. Le maximum de la douleur siège nettement au niveau du côlon, qui semble contracturé, revenu sur lui-même.

L'entéralgie généralisée peut encore revêtir les formes, cliniquement moins importantes, de l'*obstruction intestinale* et de la *dysenterie*.

L'entéralgie *localisée* est caractérisée surtout par le siège nettement défini de la douleur. Elle peut, suivant les cas, affecter la forme *néphrétique* — mais, dans ce cas, la corde colique est douloureuse; le type *hépatique*, et enfin simuler la *typhlite* (*entéro-typhlo-colite* de Dieulafoy). Enfin, dans une dernière variété, l'entéralgie s'accompagne de phénomènes généraux graves, et mérite alors le nom d'entéralgie *typhoïde*.

La variabilité d'allure de l'entéro-colite muco-membraneuse a imposé depuis longtemps la nécessité de *formes cliniques* distinctes.

Pour M. Froussard, on peut distinguer trois formes principales : une latente, une commune, une continue grave:

La *forme latente* est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit d'habitude. Elle n'est souvent que le prélude de la *forme commune*.

Le début de cette dernière est souvent difficile à préciser; parvenue à sa période d'état, elle évolue suivant une des modalités suivantes.

Forme continue. — Les différents symptômes sont permanents, persistent sans subir grande aggravation. La constipation est ordinaire, et souvent accompagnée de coliques. Malgré l'existence de troubles réflexes variés, l'état général du malade est satisfaisant, la nutrition ne paraît pas trop souffrir.

Forme rémittente. — Elle ne diffère de la précédente que par sa marche. Les différents symptômes s'amendent par périodes jusqu'à disparaître complètement. La constipation seule persiste. Entre ces périodes d'accalmie complète apparaissent des poussées subaiguës ou aiguës.

Forme gastrique. — Ici les phénoménes gastro-intestinaux prennent le premier rang. L'état saburral des voies digestives supérieures est constant; les troubles gastriques sont très accusés.

Forme nerveuse. — Cette forme se rencontre surtout chez les prédisposés. L'entéro-colite peut alors provoquer des accidents de névrose, et en particulier de l'asystolie cardio-pulmonaire (Potain).

Forme spasmodique. — C'est la plus fréquente. La constipation est ici qualitative; les spasmes intestinaux, les flux diarrhéiques ne manquent guère.

Forme atonique. — Elle présente des symptômes moins caractéristiques : les matières rendues sont dures, grossièrement fragmentées, la défécation est toujours pénible, le passage des matières à travers l'anus extrêmement douloureux.

Forme continue grave. — Cette forme, décrite par M. Potain, se caractérise par sa marche rémittente, l'acuité des douleurs, l'altération de l'état général, et en particulier les hémorragies multiples dues peut-être à une prédisposition hémophilique du malade.

Telles sont les principales formes cliniques chez l'adulte. Il faut encore dire un mot des *formes infantiles*. L'affection décrite sous le nom d'*entérite folliculaire* diffère singulièrement de l'entéro-colite muco-membraneuse. Il en est de même de la *colite aiguë*.

Ce qui caractérise essentiellement l'entéro-colite des jeunes enfants, c'est la violence particulière des symptômes infectieux qui accompagnent les crises paroxystiques. La crise est, le plus souvent, multiple. Les symptômes ne diffèrent pas de ceux que l'on observe chez l'adulte.

Au fur et à mesure que l'entéro-colite évolue chez un sujet qui se rapproche de la puberté, sa marche devient plus franchement chronique. Grande est, dans ces cas, la fréquence des paroxysmes accompagnés de fièvre et de phénomènes réactionnels violents. L'entéro-colite peut enfin exercer une influence néfaste sur le développement de l'organisme : elle s'associe souvent au rachitisme (Guinon).

Parmi les *complications* de l'entéro-colite on a fréquemment signalé les *gastropathies* dont la nature a donné lieu à de nombreuses discussions. Il semble que l'on ne puisse

décrire une gastropathie spéciale, véritable complication de l'entéro-colite muco-membraneuse. Suivant les cas observés, en effet, les troubles gastriques sont très variables par leur date d'apparition, leurs caractères cliniques et chimiques.

L'association des *troubles hépatiques* et de l'entéro-colite s'explique sans doute par l'arthritisme, si souvent relevé dans les antécédents des malades. La coïncidence des *ptoses viscérales*, de la lithiase intestinale avec l'entéro-colite, est aujourd'hui universellement admise. Signalons encore, parmi les complications les plus souvent citées, les *hémorroïdes*, la *péritonite chronique*, les *affections utéro-annexielles* et certaines *dermatoses*, telles que la couperose pustuleuse miliaire (Broq).

Le *pronostic* de l'entéro-colite muco-membraneuse est ordinairement bénin. Il ne faut pas oublier cependant qu'il s'agit d'une affection éminemment chronique, sujette à des exaspérations pénibles, et retentissant fréquemment sur l'état général des malades. Le pronostic est surtout grave dans les formes infantiles et dans les formes continues.

Le *diagnostic* est généralement facile dans l'intervalle des crises. Il est impossible de passer en revue les différentes affections avec lesquelles on pourrait confondre l'entérite muco-membraneuse. Les symptômes cardinaux et secondaires que nous avons rappelés, l'évolution spéciale de la maladie fixeront le plus souvent ce diagnostic.

Il faut enfin instituer un *traitement* efficace. Les règles suivantes ont été posées par G. Sée :

1° Évacuer les matières stercorales et les produits pseudo-membraneux sans recourir aux purgatifs;

2° Calmer les douleurs sans employer les narcotiques;

3° Éviter les accumulations gazeuses, le météorisme, le pyrosis;

4° Combattre l'auto-intoxication.

Nous n'entrerons pas dans le détail des prescriptions médicamenteuses, ce sujet ayant été traitée récemment ici même (1), et nous renvoyons ceux de nos lecteurs que la question intéresse à l'excellent chapitre par lequel M. Froussard termine une monographie à tous égards remarquable.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement du diabète sucré. Les cures thermales.

Par M. Guihal, interne des hôpitaux.

Le traitement hydrominéral du diabète sucré est une question beaucoup trop complexe pour que nous puissions, dans ces notes, l'analyser jusque dans ses détails; nous nous contenterons de fixer les quelques points qui paraissent maintenant acquis. Les stations thermales qui peuvent être recommandées aux diabétiques sont extrêmement nombreuses, et chacune d'elles répond à des indications spéciales. Déterminer, pour un cas donné, la station thermale qui convient, constitue un problème thérapeutique dont l'importance pratique est indéniable; nous essaierons de préciser les données de ce problème et d'en indiquer les diverses solutions possibles. Pour ce faire, nous diviserons les diabétiques en diverses catégories, justiciables chacune d'un traitement hydrominéral d'ordre différent; cette classification, artificielle et forcément incomplète, nous permettra cependant d'envisager les principales questions qui peuvent se poser dans la pratique journalière.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1900, n° 47, p. 475.

La première catégorie comprend les malades qui présentent les symptômes cardinaux du diabète constitutionnel, et qui sont avant tout des diabétiques, dans le sens le plus restreint du mot. Aucune manifestation viscérale prédominante n'entraîne d'indications spéciales; l'état général est assez satisfaisant pour qu'une hygiène suffisamment sévère puisse être appliquée; ce sont des sujets obèses, sanguins, à face vultueuse, plus ou moins pléthoriques. Ces cas de diabète pour ainsi dire schématique sont justiciables de la cure alcaline forte, et les deux stations les plus fréquentées sont *Vichy* en France, *Carlsbad* en Bohême.

L'accord est loin d'être fait entre les divers auteurs sur le mode d'action et partant sur l'utilité même de la cure alcaline. Laissant de côté toute considération théorique, nous envisagerons les résultats habituellement obtenus par la cure de Vichy ou celle de Carlsbad, sans essayer de déterminer si ces résultats dépendent de la composition chimique de l'eau absorbée, ou bien surtout des facteurs hygiéniques secondaires, tels que la vie au grand air, les exercices physiques, le massage.

Les résultats obtenus sont satisfaisants dans la grande majorité des cas. La glycosurie, tout d'abord, se trouve diminuée dans de larges proportions. Frémont a examiné 130 malades rendant en moyenne 60 grammes de sucre par jour. Après la cure de Vichy, le sucre tombe à zéro chez 57 d'entre eux, la glycosurie diminue de moitié chez 68 autres; chez 4 malades, coupables d'écarts alimentaires, la glycosurie ne s'améliore pas. Frémont a également étudié avec beaucoup de soin le coefficient d'utilisation de l'azote chez les malades qu'il a eu à traiter; ce coefficient est tantôt supérieur, tantôt inférieur à la normale; la cure thermale ramène dans les deux cas ce coefficient à la normale, ou en, d'autres termes, régularise l'élimination de l'azote urinaire. La soif et la polyurie s'atténuent; la polyphagie persiste plus longtemps; la sécheresse de la bouche disparaît. Dans les cas heureux, l'état général s'améliore au point de donner au malade l'illusion complète du retour à la santé. Il faut bien savoir cependant, et tous les auteurs insistent sur ce point, qu'il s'agit le plus souvent d'une rémission temporaire, et que ces bons résultats persistent rarement. Dans quelques cas, le malade aura avantage à faire une seconde cure à Vichy deux mois après la première. Par une série de cures répétées on peut arriver à prolonger notablement la vie du diabétique.

Les considérations précédentes s'appliquent particulièrement à la cure de Vichy. Les eaux de Carlsbad, bien que de composition différente, — elles sont sulfatées sodiques, tandis que les eaux de Vichy sont bicarbonatées sodiques, — donnent des résultats très comparables. Ces deux stations thermales se partagent la clientèle des diabétiques : Carlsbad réunit la majorité des suffrages germaniques, Vichy est préférée des médecins français. Cependant, même en Allemagne, de nombreux auteurs, tels que Naunyn, von Mering, von Noorden, ont insisté sur l'action dépressive et asthénique de la cure de Carlsbad. Dreyfus-Brisac réserve Carlsbad aux « diabétiques obèses, à ventre gros, hémorroïdaires, atteints de dyspepsie intestinale avec constipation rebelle ou diarrhée tenace, ou chez qui le foie, la rate, les reins sont congestionnés, et même en voie de dégénérescence, en un mot ceux qui présentent cet état morbide qu'on a désigné sous le nom de stase veineuse, de pléthore abdominale ». On peut faire les mêmes réserves pour les eaux de *Marienbad* (Bohême) et de *Tarasp-Schuls* (Basse-Engadine).

Nous avons réservé la cure alcaline de Vichy et de Carlsbad aux diabétiques gras, assez resistants et ne présentant pas de complications viscérales. C'est qu'en effet l'action de ces eaux sur la nutrition est très énergique. Gubler est porté a admettre que le « bicarbonate de soude agirait à la manière des alcalins en général,... c'est-à-dire qu'il favoriserait les combinaisons des matières combustibles avec l'oxygène et occasionnerait dans l'organisme les divers changements qui signalent un accroissement d'activité de la combustion respiratoire : à savoir l'augmentation de l'urée aux dépens de l'acide urique et des autres matériaux peu ou point brûlés, l'accroissement de la dénutrition ». Suivant ces idées, quelques auteurs ont prétendu que l'usage des eaux alcalines fortes peut entraîner une notable dénutrition et même une véritable cachexie, la *cachexie alcaline*, sur laquelle insistait tant Trousseau. Presque tous les auteurs admettent aujourd'hui que les dangers de la cachexie alcaline ont été beaucoup exagérés. « Les alcalins, dit Martin-Damourette, activent la nutrition en la perfectionnant dans toute la série des actes qui la constituent, et notamment ils élèvent le chiffre des globules sanguins et favorisent la désassimilation... Ce surcroît de dépense communique une impulsion plus grande à l'assimilation, et, de ce chef, les alcalins sont des nutritifs déperditeurs à la façon de l'exercice musculaire, de l'hydrothérapie... » Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins acquis que la cure alcaline forte doit être réservée à des malades suffisamment résistants à ceux que nous avons rangés dans une première catégorie. Il convient cependant d'ajouter que Vichy et Carlsbad sont les stations qui donnent de beaucoup les meilleurs résultats dans le traitement du diabète. Lorsque le malade ne peut les aborder, il y a beaucoup moins à attendre des diverses cures thermales qui peuvent alors être recommandées.

Un deuxième groupe comprend les malades anémiés, amaigris, sans que cependant l'état nerveux ou quelque autre manifestation morbide réclament particulièrement l'attention. Dans ces cas, les eaux de la *Bourboule* peuvent rendre des services. Cette eau, à la fois alcaline et arsenicale, diminue le taux du sucre dans des proportions beaucoup moindres que ne le font Vichy ou Carlsbad; aussi la cure doit-elle être prolongée beaucoup plus longtemps, et les résultats obtenus seront-ils moins brillants. Mais l'action] reconstituante qui lui est conférée par l'arsenic peut être ici d'une grande utilité. Danjoy, médecin de la Bourboule, avait conclu de ses statistiques que l'eau de cette station ramène à la normale le taux de l'urée excrétée, et conseillait son emploi chez les diabétiques azoturiques.

Les eaux de *Vals* ont le mérite de répondre aux deux indications principales que nous avons envisagées jusqu'ici. En effet, d'une part cette station thermale possède trois types d'eaux alcalines, de minéralisation décroissante, qui conviennent admirablement aux diabétiques gras; d'autre part, deux de ses sources, la Dominique et la Saint-Louis, renferment une notable quantité d'arsénite de soude (3 milligrammes), qui les rendent précieuses aux diabétiques anémiés.

Il est des malades qui, arrivés à la période de cachexie, ne peuvent supporter même les eaux alcalines faibles, telles que la Bourboule. Cependant le traitement hydrominéral peut encore être d'une certaine utilité, à la condition d'être uniquement reconstituant; les stations ferrugineuses seront alors conseillées. Dreyfus-Brisac recommande surtout les stations d'altitude moyenne (500 à 1000 mètres), telles que *Bussang* dans les Vosges, ou encore les sources du massif de Kniebis (grand-duché de Bade); et parmi les stations à de hautes altitudes, il signale Morgins (val d'Illiez, Suisse), situé à 1400 mètres.

Les eaux de faible minéralisation peuvent encore s'employer dans des conditions tout opposées, au début de la maladie, lorsque les principaux signes du diabète sont encore très atténués. Une cure thermale légère peut avoir dans ces conditions une réelle valeur palliative. Les eaux d'*Evian* sont prescrites par beaucoup d'auteurs, aussi bien au début de l'évolution morbide qu'au moment de la cachexie; leur faible minéralisation et leur action diurétique justifient ces indications. Dans cette catégorie rentrent également les eaux de *Pougues* (bicarbonatées calcaires) et de *Sail-les-Bains* (silicatées calcaires).

Il nous reste maintenant à envisager plusieurs catégories de malades, chez lesquels le diabète s'associe à d'autres affections faisant partie de la même famille morbide : c'est ainsi qu'un diabétique peut avoir de la goutte, de la lithiase rénale. Si ces affections surajoutées viennent au premier plan du tableau symptomatique, elles réclament de la part du médecin une intervention plus urgente que la glycosurie même sur laquelle elles sont venues se greffer. Les diabétiques qui ont la goutte ou la gravelle seront traités par les eaux minérales calciques, *Contrexéville*, Vittel, Capvern, Wildungen. Un état neurasthénique prédominant sera justiciable de *Royat* ou des eaux ferrugineuses pures s'il est par trop prononcé. Les affections broncho-pulmonaires non tuberculeuses, les troubles asthmatiformes se traitent surtout au *Mont-Dore*. Il est impossible de passer en revue toutes les cures thermales, qui, dans cet ordre d'idées, peuvent être conseillées; elles varient à l'infini. « C'est affaire de tact pour le médecin de dégager, dans l'ensemble clinique souvent complexe, le trait dominant, pour faire un choix raisonné entre les stations qui se disputent les diabétiques » (Dreyfus-Brisac).

Quelles sont maintenant les contre-indications du traitement hydro-minéral dans le diabète? La cachexie trop prononcée, des accidents acétonémiques éloignent toute idée de cure thermale. Il en est de même de toute grave complication, rénale ou hépatique. La tuberculose pulmonaire est également, de l'avis de tous, une contreindication formelle. Enfin lorsque le diabète évolue pendant l'enfance, l'adolescence ou la vieillesse, les indications des eaux minérales se restreignent beaucoup, pour des raisons opposées. Dans l'enfance ou l'adolescence le diabète évolue trop vite pour que l'on puisse songer à un traitement d'ordre plutôt hygiénique.

Le vieillard, au contraire, vit souvent en assez bonne intelligence avec son diabète; et rien n'autorise à faire intervenir l'influence perturbatrice d'une cure hydrominérale. Ces contre-indications sont, on le voit, assez restreintes, et la majorité des diabétiques est justiciable de la cure thermale alcaline; nous avons vu cependant que c'est là une médication qui mérite d'être surveillée de près. Suivant la remarque de Proust et Mathieu, la formule habituelle, diabète sucré = Vichy ou Carlsbad, ne doit pas être considérée comme une équation thérapeutique, mais au contraire modifiée dans un grand nombre de circonstances.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(15 JUIN 1900)

Quand on a fait une erreur de diagnostic, on cherche souvent à se consoler en l'expliquant. Celle que M. Le Gendre signale dans sa communication peut intéresser les lecteurs par la multiplicité des circonstances propres à égarer le médecin.

La différence des deux titres donnés à la même communication en dit déjà long : il y a quinze jours, M. Le Gendre intitulait son travail : **Angine diphtérique compliquant un rétrécissement de l'œsophage**; actuellement, le titre exact est : **Escare œsophagienne par déglutition d'acide chlorhydrique**.

En deux mots, voici les faits :

Une jeune femme, hystérique à stigmates évidents, entre à l'hôpital avec des hématémèses abondantes accompagnant des douleurs stomacales très vives. L'interne de garde fait le diagnostic très probable d'ulcère gastrique; il pense qu'une intervention sera peut-être urgente; il fait placer la malade dans un service de chirurgie.

L'hémorragie s'arrête, et en même temps la malade accuse une douleur vive dans la gorge ; on examine et on aperçoit que les amygdales, le voile du palais, l'extrémité de la luette, sont recouverts d'un exsudat blanchâtre ; la muqueuse sous-jacente saigne facilement, l'adénopathie angulo-maxillaire est évidente, quoique peu prononcée ; il n'y a pas d'albumine dans l'urine. On apprend que, quelque temps auparavant, la malade a perdu un enfant du croup; dès lors on n'hésite plus, et on pose le diagnostic d'angine diphtérique. On prélève des morceaux de la fausse membrane, des cultures sont faites qui, au bout de vingt heures, donnent des colonies d'un bacille court prenant le Gram. Le doute n'est plus possible; M. Le Gendre injecte à sa malade vingt centimètres cubes de sérum de Roux.

Le lendemain, la malade expulsait une longue fausse membrane tubulée, qui ne fit d'abord que confirmer le diagnostic de diphtérie.

Peu à peu, la dysphagie devint considérable, et la malade finit par avouer — elle l'avait soigneusement caché jusque-là — qu'elle avait avalé une certaine quantité d'acide chlorhydrique concentré. Il devint évident que le premier diagnostic était erroné et qu'il s'agissait seulement d'une brûlure due à l'ingestion d'un caustique violent.

M. Danlos présente un malade de vingt-trois ans, lequel, au mois de janvier, prend la **chaudepisse**; puis, au mois de février, un double chancre de la verge. Une éruption de syphilides papulo-acnéiques se développe très intense et se généralise à tout le corps, excepté sur le membre inférieur droit, qui a été atteint de paralysie infantile.

M. Bourcy communique deux observations d'**albuminurie orthostatique** tout à fait caractéristiques. Dans les deux cas, il s'agissait de jeunes gens de dix-neuf ans, malingres, chétifs, n'offrant aucun signe de brightisme, ayant une perméabilité rénale tout à fait normale et qui, tous deux, avaient d'une manière intermittente des urines fortement albumineuses.

La seule condition qui présidait à l'apparition de cette albuminurie était la station debout; toutes les fois que les malades gardaient le lit, l'albuminurie disparaissait.

MM. Merklen et Rendu ont observé des faits semblables.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 25 AU 30 JUIN 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 25 JUIN, à une heure. — 1er, *Faculté, salle n° 1* : MM. Rémy, Poirier et Sébileau.

2e, *Faculté, salle n° 2* : MM. Ch. Richet, Broca (André) et Retterer; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Tuffier et Legueu ; — (2e série) : MM. Delens, Jalaguier et Lejars; — (2e partie) : MM. Hayem, Déjerine et Launois ; — M. Walther, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Kirmisson et Broca (Aug.) ; —(2e série) : MM. Lannelongue, Mauclaire et Delbet ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Gaucher et Teissier; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Heim, suppléant.

MARDI 26 JUIN, à une heure. — 2e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 3* : MM. Blanchard, Rémy et Langlois.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Cornil, Joffroy et Desgrez; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Charrin et Dupré ; — (2e série) : MM. Raymond, Achard et Thoinot ; — M. Roger, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Brun et Thiéry ; — (2e série) : MM. Berger, Quénu et Albarran; et Albarran ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Chantemesse et Thiroloix ; — M. Vaquez, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich; — M. Marfan, suppléant.

MERCREDI 27 JUIN, à une heure. — 3e (oral, 1re partie), *Grand amphithéâtre* : MM. Terrier, Lejars et Lepage.

1er de sages-femmes, *Faculté, salle n° 1* : MM. Ch. Richet, Varnier et Retterer; — M. Thoinot, suppléant.

5e (2e partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Potain, Déjerine et Gaucher ; — (2e série) : MM. Fournier, Brissaud et Teissier; — M. Wurtz, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* (1re série) : MM. Delens, Mauclaire et Sébileau ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Tuffier et Legueu ; — M. Widal, suppléant.

JEUDI 28 JUIN, à une heure. — 3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 3* : MM. Guyon, Nélaton et Wallich ; — *Faculté, salle n° 2* (2e série) : MM. Budin, Schwartz et Faure.

3e (oral, 2e partie, nouveau régime), *Grand amphithéâtre* : MM. Chantemesse, Ménétrier et Roger.

4e, *Ecole pratique, salle n° 4* : MM. Pouchet, Charrin et Vaquez.

1er de sages-femmes, *Petit amphithéâtre* (1re série) : MM. Ribémont-Dessaignes, Poirier et Langlois ; — *Faculté, salle n° 1* (2e série) : MM. Rémy, Gley et Bonnaire ; — M. Teissier, suppléant.

VENDREDI 29 JUIN, à une heure. — 1er, *Grand amphithéâtre* : MM. Poirier, Gley et Sébileau ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Jalaguier et Delbet; — (2e série) : MM. Delens, Tuffier et Legueu; — (2e partie) : MM. Potain, Tessier et Launois ; — M. Déjerine, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Lejars et Broca (Aug.) ; — (2e série) : MM. Kirmisson, Mauclaire et Walther; — (2e partie) : MM. Grancher, Widal et Wurtz ; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. André, suppléant.

SAMEDI 30 JUIN, à une heure. — 2e, *Faculté, salle n° 1* : MM. Gautier, Retterer et Gley.

1er (officiat), *Petit amphithéâtre* : MM. Blanchard, Schwartz et Langlois ; — M. Weiss, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Nélaton, Quénu et Faure ; — (2e série) : MM. Berger, Brun et Thiéry ; —

(2e partie) : MM. Chantemesse, Vaquez et Thiroloix ; — M. Albarran, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Debove, Ménétrier et Marfan ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Achard et Dupré ; — M. Teissier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich ; — M. André, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Agrégation de médecine. — Par décret, en date du 14 juin 1900, le nombre des places d'agrégés des Facultés de médecine mises au concours en 1900-1901, est porté de trente-six à trente-huit.

Ces deux places supplémentaires sont réservées à l'Université de Paris : la première, dans la section de chirurgie et accouchements (accouchements); la deuxième, dans la section des sciences anatomiques et physiologiques (anatomie).

Concours de l'adjuvat. — Sont nommés aides d'anatomie : MM. Alglave, Chifoliau, Alexandre, Reynon, Léo.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Icard, directeur du *Lyon médical*, décédé le jeudi 14 juin; Millot-Carpentier, collaborateur de la *Tribune médicale*.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Du choix que le praticien doit faire en ville de la trachéotomie ou du tubage dans le traitement du croup, par M. Paul Viollet. — Séance de l'Académie de médecine. — Revue de la Presse. *Médecine* : Comment agit le système nerveux dans les infections; — Méthodes nouvelles d'exploration du cœur; — *Chirurgie :* De l'extirpation des ganglions du cou; technique opératoire; — *Neurologie :* Troubles cutanés dans la maladie de Parkinson; — *Otologie* : Les affections de l'oreille chez les diabétiques; — *Thérapeutique :* De l'action des sels de quinine pendant la grossesse; — Des collyres huileux. — Intérêts professionnels. Timbre; certificat de médecin; militaires. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

DU CHOIX QUE LE PRATICIEN DOIT FAIRE EN VILLE DE LA TRACHÉOTOMIE OU DU TUBAGE DANS LE TRAITEMENT DU CROUP

Par le docteur Paul Viollet.

Nous avons, à deux reprises différentes (1), rendu compte de statistiques qui nous avaient paru témoigner en faveur de l'opportunité du tubage en ville. Deux articles récents de M. E. Escat [de Toulouse (2)], dans lesquels l'auteur, se basant sur les résultats de sa pratique personnelle, préconise le tubage en ville sans surveillance, sont assez documentés pour mériter un examen un peu approfondi, d'autant que les idées qu'y émet l'auteur sont également celles d'un certain nombre de praticiens français et étrangers. On peut donc être tenté d'imiter ces médecins, il importe de savoir si on peut et doit le faire; en d'autres termes, la règle de conduite généralement adoptée et ainsi formulée : « tubage à l'hôpital, trachéotomie en ville, à moins de surveillance médicale permanente, » est-elle toujours aussi justifiée?

Pour résoudre la question, nous avons cherché, en compulsant les statistiques et les ouvrages récents, à préciser, aussi exactement que possible, la mortalité respective du tubage, surveillé tel qu'il se pratique dans les hôpitaux d'enfants de Paris, et de la trachéotomie, pratiquée également à l'hôpital avant et depuis l'emploi du sérum antidiphtérique (3); cette mortalité une fois déterminée, nous avons cherché à apprécier quelles modifications l'absence de surveillance pouvait apporter à la statistique du tubage. De la comparaison de ces différents chiffres devait résulter la ligne de conduite que nous cherchions.

MM. Sevestre et L. Martin, comparant le tubage et la trachéotomie au cours de la récente étude sur la diphtérie qu'ils ont publiée dans le nouveau *Traité des maladies de l'enfance* (1), font la réflexion qu'il est impossible de savoir aujourd'hui les résultats que donnerait la trachéotomie dans des hôpitaux comme celui de Trousseau ou celui des Enfants-Malades, car le tubage ayant pris une grande extension, et ayant été mis en pratique en France, à peu près en même temps que le sérum, la trachéotomie n'y a guère été pratiquée depuis que pour des cas désespérés et dans lesquels le tubage avait été impraticable ou impuissant.

Le tubage doit être aussi la méthode de choix à l'hôpital de la Charité de Berlin, dont Slawyk a publié récemment une statistique de diphtérie que j'ai analysée dans un des numéros de ce journal, mentionné plus haut; on ne peut tirer de cette statistique les conclusions en faveur du tubage que j'en tirais.

Par contre, il existe de nombreux hôpitaux dans lesquels on ne pratique pas le tubage, mais la trachéotomie; si on parcourt à ce point de vue les statistiques reproduites par Bayeux (2), depuis l'emploi du sérum, on trouve pour certains hôpitaux allemands des chiffres de mortalité oscillant entre 25 ou 26 p. 100 (Kinderhospital, Hottingen, Zürich, Kinderheilanstalt, Dresde) et 43 p. 100 (Carolinen Kinderspital, Vienne).

Lenhartz donne une statistique de 25 cas ayant donné une mortalité de 24 p. 100.

Belin en publie une autre de 130 cas (dont 2 tubages) ayant donné une mortalité de 44 p. 100.

En 1898, Variot, dans son livre sur la diphtérie, donnait des chiffres analogues en se basant sur la mortalité par trachéotomie, depuis l'emploi du sérum, dans les hôpitaux anglais du Metropolitan Asylum Board où la trachéotomie était encore seule pratiquée à cette époque; la mortalité étai de 42,5 p. 100, « chiffre intermédiaire, ajoutait Variot, à mes deux statistiques de tubage à l'hôpital Trousseau : 47 p. 100 (1895) et 37 p. 100 (1896). »

(1) Le tubage en ville, *Gaz. des hôp.*, 12 avril et 17 mai 1900, nos 43 et 57.

(2) *Presse méd.*, 1899, n° 70, 2e sem., p 128, et *Arch. intern. de laryng.*, 1899, n° 2, p. 87.

(3) On verra que nous n'avons malheureusement pas pu comparer la statistique du tubage et de la trachéotomie dans un même hôpital. Pour établir une comparaison parfaite, il faudrait connaître un hôpital où la substitution du tubage à la trachéotomie (ou réciproquement) se soit faite un certain temps avant ou après l'apparition du sérum. Peut-être pourrait-on trouver ces conditions réalisées dans quelque hôpital étranger, anglais ou allemand.

(1) *Traité de médecine*, publié sous la direction du professeur Grancher, t. I, p. 702.

(2) Th. de doctorat, Paris 1899.

Si, au lieu de ces chiffres de Variot, on prend comme termes de comparaison ceux que donnent les statistiques de tubage les plus récentes des Enfants-Malades ou de Trousseau publiées par MM. Sevestre et Richardière à la Société médicale des hôpitaux pour l'année 1897 (1), on trouve des chiffres bien inférieurs : 19,70 p. 100 pour l'hôpital des Enfants-Malades (M. Sevestre), 27,3 p. 100 pour l'hôpital Trousseau (M. Richardière), mais cette infériorité n'est qu'apparente et tient à ce que MM. Sevestre et Richardière ne comprennent pas, dans la mortalité du tubage, celle des trachéotomies secondaires au tubage, tandis que M. Variot ne fait qu'une catégorie (2), considérant sans doute et à juste titre, selon nous, que les trachéotomies secondaires au tubage sont, en réalité, bien plus des insuccès non pas de la trachéotomie mais du tubage. Les statistiques de MM. Sevestre et Richardière, présentées à la façon de M. Variot, donneraient, d'après les chiffres mêmes que ces auteurs donnent dans les tableaux annexés à leurs communications une mortalité du tubage de 24,5 p. 100 (M. Sevestre) et de 40,3 p. 100 (M. Richardière). Ce dernier chiffre établi à l'hôpital Trousseau comme ceux de M. Variot, leur est, on le voit, intermédiaire. Le premier est identique à celui que le docteur Chaillou donnait dans sa thèse (3), 24,48 p. 100. Sa statistique portait sur 49 cas observés, comme ceux de M. Sevestre, à l'hôpital des Enfants-Malades (4).

Nous parlons ici de croups et de croups tubés, c'est-à-dire de cas de diphtérie toujours graves, on ne peut donc espérer obtenir des chiffres de mortalité absolument voisins de ceux que donne la diphtérie générale, soignée par le même personnel et dans le même hôpital; elle comprend un grand nombre de cas bénins à côté des cas graves, ce qui allège d'autant sa statistique. La moyenne de la mortalité globale de la diphtérie était, pour les trois années antérieures à 1898, de 16,35 p. 100 dans le service de M. Sevestre, chiffre qui est du reste également celui de M. Variot; c'est le chiffre moyen auquel conduisent les statistiques générales de la diphtérie prise en bloc (5), depuis l'emploi du sérum, bien entendu. Si on le compare au chiffre de 24,5 p. 100, auquel nous arrivons pour la mortalité des croups tubés dans le service de M. Sevestre, ce dernier chiffre doit paraître en réalité superbe; le chiffre de 19,7 p. 100 faisait vraiment la part trop belle au tubage.

(1) Voir *Bull.* de cette Société, 1898, p. 378 et 341.

(2) Variot et Tollemer. *La diphtérie*, Paris 1898, p. 516.

(3) Th. de doct., Paris, 1894-95, p. 61.

(4) La mortalité des croups tubés est, on le voit, plus élevée de 15 p. 100 dans les statistiques de l'hôpital Trousseau (40 p. 100 en moyenne) que dans celle des Enfants-Malades (25 p. 100 environ) et cependant la mortalité globale de la diphtérie dans ces deux hôpitaux est sensiblement la même (16 p. 100).

Cette différence m'a paru réelle et ne pas tenir à un mode particulier à chaque hôpital d'établir ses statistiques, elle tient peut-être en partie à des habitudes d'expectative plus grande dans l'intervention, combinées à l'emploi moins large du sérum à l'hôpital Trousseau; M. Richardière, en rendant compte de sa statistique à la Société médicale des hôpitaux en 1898, insistait sur l'utilité de l'expectation dans un certain nombre de cas, expectation qui lui semblait facilitée par le séjour dans les chambres à vapeur instituées dans le service, par M. Variot. Quant au sérum, la quantité inoculée dans les cas graves aux Enfants-Malades dans le service de M. Sevestre, atteint souvent 60 à 80 centimètres cubes, dose double de celle que M. Richardière dit avoir couramment employée. Mais peut-être aussi faut-il tenir compte de conditions hygiéniques différentes? Le personnel secondaire peut être aussi plus ou moins bien stylé.

(5) Cf. à ce sujet les statistiques de Variot et de Bayeux, ouvrages cités. La statistique de ce dernier auteur porte sur 230000 cas.

Ainsi les chiffres de mortalité par trachéotomie et tubage surveillé, depuis l'emploi du sérum, sont très comparables et oscillent de part et d'autre entre 25 et 45 p. 100 environ.

MM. L. Martin et Sevestre, au cours de l'article dont nous avons déjà parlé, disent, du reste, que les statistiques antérieures à la période du sérum donnaient, pour chacun des modes d'intervention, trachéotomie ou tubage, une mortalité à peu près égale de 70 p. 100.

Il n'y avait pas de raison, en effet, pour que l'apparition du sérum modifiât cette équivalence.

Il nous faut maintenant envisager les résultats du tubage sans surveillance que nous trouvons exposés dans les articles d'Escat, déjà mentionnés. L'auteur a pratiqué, dans ces conditions, 44 tubages avec une mortalité de 34,8 p. 100 qu'il compare à la mortalité de 37,6 p. 100 de l'hôpital Trousseau en 1897.

Sur le nombre de ces tubages, l'auteur a eu à déplorer 3 cas de mort résultant du défaut de surveillance : une fois le tube s'est obstrué; dans les 2 autres cas, le tube a été rejeté avant qu'Escat ait pu être rappelé. Escat dit bien qu'il aurait pu éviter ces deux derniers accidents, l'un des enfants qui a succombé ayant rejeté son tube 9 fois, il se reproche de ne pas avoir pratiqué la trachéotomie plutôt qu'un nouveau tubage à la suite de ces rejets successifs; l'autre enfant est mort moins d'une demi-heure après le départ d'Escat; or il a l'habitude de ne jamais quitter un enfant qui vient d'être tubé avant ce temps, il avait manqué à ses habitudes ce jour-là. Ces explications ont leur intérêt. Cependant on ne peut, je crois, en tenir un très grand compte dans la pratique.

Les rejets pouvant se produire à tout moment et être mortels dès le premier, on ne saurait donner de règle qui permette au praticien de savoir exactement au bout de combien de rejets il doit trachéotomiser; un médecin occupé ne pourra du reste pas toujours rester bien longtemps auprès de son petit malade; si encore il était bien sûr qu'une demi-heure soit toujours suffisante? Pour ces différentes raisons, je crois qu'il vaut mieux s'en tenir au chiffre brut de la statistique d'Escat, non sans avoir noté que la fréquence des accidents par défaut de surveillance y est peut-être particulièrement élevée (1).

En fait, la part de mortalité résultant de l'absence de surveillance dans la pratique du tubage équivaut, dans la statistique d'Escat, à 6,8 p. 100; d'ailleurs si la mortalité de 34,8 p. 100 obtenue par Escat n'est pas des plus élevées, ainsi qu'il le fait remarquer lui-même, elle dépasse cependant largement celle qui résulte des statistiques de M. Sevestre (24 p. 100).

La comparaison ne peut, du reste, que très difficilement

(1) En effet, Escat, d'après une statistique de 1780 cas de tubage en ville non surveillés réunis par lui, estime à 1 p. 100 la fréquence de l'obstruction (voir *Arch. de laryng.*, loc. cit., p. 121). Trumpp, dans la statistique qu'il publie au cours d'un article intitulé : « Die Intubation in Privatpraxis » (*Münch. Med. Wochenschrift*, 1890, n. 49), parle de 13 cas de mort seulement sur un total de 4.065 intubations pratiquées en Amérique dans les mêmes conditions. Quand j'ai analysé cet article (*Gaz. des hôpitaux* du 12 avril 1900, n. 43), je n'avais pas sous les yeux l'original, je l'ai vu depuis et j'y ai constaté que la mortalité attribuée par Trumpp, tant à l'ensemble des cas recueillis par lui qu'aux cas américains pris à part, était à peu près la même (18 p. 100), l'écart de mortalité entre ces deux séries de cas qui m'avait alors paru inexplicable n'existait donc pas. La confusion est née de ce que je n'avais envisagé que les 13 cas de mort dus à l'absence de surveillance, dans la série américaine, sans tenir compte des morts dues à d'autres causes dans cette même série.

s'établir entre des statistiques émanant de médecins divers et basées sur des pratiques différentes, surtout quand les milieux de malades sont aussi différents que la clientèle de ville et celle d'hôpital.

La question, à mon sens, ne peut que se poser ainsi : augmente-t-on, oui ou non, sa propre mortalité en pratiquant en ville le tubage sans surveillance? A M. Escat de nous répondre en substituant lui-même la trachéotomie au tubage dans sa propre clientèle de ville ou d'hôpital pendant quelque temps.

Tablant, il est vrai, pour le moment, sur la comparaison de statistiques provenant d'hôpitaux différents, mais toujours d'hôpitaux, je crois avoir montré que la mortalité par tubage surveillé ou trachéotomie étant à peu près équivalente, on s'expose, en pratiquant le tubage sans surveillance plutôt que la trachéotomie, à grever plus ou moins sa mortalité. Si mes appréciations sont justes, je suis obligé d'admettre que M. Escat a grevé sa mortalité de 6,8 p. 100 en pratiquant le tubage sans surveillance; qu'en pratiquant la trachéotomie sa mortalité se serait abaissée de 34,8 p. 100 à 28 p. 100, c'est-à-dire d'un cinquième.

Les conclusions pratiques de cette étude sont faciles à tirer :

La trachéotomie et le tubage surveillé donnant à peu près les mêmes chances de guérir l'enfant, la préférence doit être donnée au tubage, opération non sanglante, ne créant pas de plaie ouverte, ne laissant ni cicatrice, ni rétrécissement trachéal, dans les hôpitaux où les internes sont exercés au tubage et le service de garde régulièrement assuré ; à fortiori, en ville, si l'on peut placer près de l'enfant une personne sachant tuber, détuber et au besoin pratiquer une trachéotomie, c'est-à-dire un médecin ou un étudiant en médecine rompu à ces différentes manœuvres; car, alors, les conditions seront encore meilleures qu'à l'hôpital, où l'interne de garde a tout un monde à surveiller et peut être occupé d'un côté pendant qu'un enfant asphyxie d'un autre.

En sera-t-il de même au cas où la surveillance ne pourra pas être aussi active? Je ne le crois pas; si nos appréciations de statistiques sont exactes, la mortalité par tubage surveillé ou trachéotomie s'équilibrant à peu près, l'adjonction à la mortalité du tubage surveillé, de la mortalité résultant de l'absence de surveillance (rejet ou obstruction du tube) devant augmenter cette mortalité dans une proportion variable. On ne peut être autorisé à le pratiquer dans ces conditions, et il vaut mieux recourir à la trachéotomie, en prenant du reste pour celle-ci toutes les précautions d'usage concernant la filtration et l'humidité de l'air inspiré. Une exception cependant pourra résulter de l'opposition absolue de la famille à la trachéotomie malgré toutes les remontrances du médecin.

Il est bien évident, en effet, que si la famille professe une telle répulsion pour la trachéotomie qu'elle ne doive l'autoriser qu'à la dernière extrémité, il vaudrait mieux pratiquer, de bonne heure, même sans surveillance, un tubage qui, *seul admis à temps* par la famille, aurait alors plus de chances de sauver l'enfant (1). Ces considérations ont une grande valeur dans une affection où la promptitude de l'intervention décidera souvent du succès.

J'ajoute qu'il est volontiers admis que le tubage demande plus d'exercice que la trachéotomie, qu'en outre il existe certaines particularités dans la pratique du tubage en ville sans surveillance qu'il sera bon de lire dans les articles déjà signalés de Jacques, Castelain, Escat, et autres partisans du tubage dans tous les cas.

A quelques réserves près, nos conclusions, on le voit, confirment, pour le moment, la pratique généralement adoptée.

(1) Ces idées sont exprimées dans une étude récente de M. Rocaz parallèle à la nôtre, publiée dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, 1900, nos 17, 18, 19 et 20. L'auteur tend peut-être trop à faire la règle de ces cas exceptionnels. Bien que fervent partisan du tubage, l'auteur admet que la broncho-pneumonie s'observe après le tubage comme après la trachéotomie. Cette assertion est intéressante et mériterait confirmation. Ce sont encore, je crois, les statistiques qui nous renseigneraient le mieux à ce point de vue, n'en déplaise à l'auteur.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(19 JUIN 1900)

M. Lemaistre (de Limoges) a rapporté un **cas de rage** qu'il a observé chez un enfant de neuf ans dans les conditions suivantes : cet enfant se trouvait chez un coiffeur lorsqu'il fut mordu par un chien que l'on avait toutes raisons de croire enragé ; immédiatement, le coiffeur versa de l'alcool sur la plaie, puis l'enfant fut conduit chez un pharmacien, où sa plaie fut encore lavée avec une solution de sublimé; enfin, il fut envoyé à l'Institut Pasteur, où on le soumit au traitement intensif. L'enfant revint à Limoges en apparence complètement guéri. Dans une querelle qu'il eut avec une petite fille, il reçut un pot d'eau sur la figure et, quelques jours après, c'est-à-dire trente-six jours après la morsure, cet enfant présenta les symptômes de la rage et succomba en quatre jours.

Sans incriminer positivement le traitement intensif de l'Institut Pasteur, sans même insister autrement sur son inefficacité dans ce cas particulier, M. Lemaistre émet quelques doutes; il accepte que le chien était bien enragé, il admet à la rigueur que les lotions antiseptiques, qui ont été pratiquées immédiatement, aient pu retarder l'évolution de la rage; mais il n'en reste pas moins évident pour lui que, s'il n'a pas été nuisible, le traitement pastorien s'est au moins montré inefficace.

En voyant M. Nocard s'approcher de la tribune pour mieux entendre M. Lemaistre, nous nous doutions bien qu'il demanderait la parole et qu'il ne laisserait pas passer sans protestations les conclusions de son collègue. M. Lemaistre, dit M. Nocard, garde ses convictions, mais quelles sont-elles? Ce cas de rage, le seul qu'il ait observé, lui a laissé des doutes sur l'efficacité et l'innocuité du traitement de l'Institut Pasteur. Il ne faut pas laisser passer dans le public de pareilles opinions; il faut qu'on sache bien que le seul traitement efficace de la rage est celui de l'Institut Pasteur; il faut bien que l'on sache qu'il n'y a rien de mieux établi que l'innocuité de ce traitement; enfin, ajoute M. Nocard, qu'on veuille bien se rappeler qu'avant ce traitement la mortalité de la rage était de 15 p. 100, tandis qu'elle est aujourd'hui de 0,1 p. 100. Sans doute, l'inoculation antirabique n'est pas toujours infaillible; mais quel est le traitement qui l'est toujours? On étudie à l'Institut Pasteur quelles peuvent être les causes de ces insuccès; on a constaté que ceux qui succombent ont généralement une tare héréditaire, quelque affection du système nerveux ou, ce qui est plus fréquent, qu'ils ont subi un refroidissement. Nous avons pu faire cette dernière constatation chez les douaniers qui, plus que d'autres, sont exposés aux morsures des chiens enragés et qui fréquemment ont des refroidissements; nos statistiques montraient que la mortalité était relativement plus

fréquente chez les douaniers que chez les autres, et c'est en recherchant les causes de cette plus grande fréquence que l'on reconnut qu'elle était due à l'action du froid; c'est là un fait d'observation qui a été confirmé par l'expérimentation. Des animaux étaient inoculés avec le virus rabique, les uns étaient tenus au chaud, les autres étaient exposés au froid, et souvent ces derniers succombaient malgré le traitement.

M. Nocard insiste avec éloquence sur l'importance de ces faits et, s'adressant directement à M. Lemaistre, il lui reproche les doutes qu'il a émis sur l'efficacité et l'innocuité du traitement pastorien. Vous empêcherez ainsi, dit-il, un certain nombre de personnes mordues de se faire inoculer, et vous aurez une part de responsabilité dans leur mort; il faut avoir la conviction profonde que tous les soins préliminaires, y compris les lavages antiseptiques et la cautérisation, sont tout à fait insuffisants et qu'il n'existe jusqu'ici qu'un seul traitement de la rage, celui de Pasteur.

M. le secrétaire perpétuel exprime le regret qu'il n'y ait pas de sténographe à l'Académie et que les paroles si justes de M. Nocard ne puissent être fidèlement reproduites, et toute l'Académie se joint à son secrétaire perpétuel pour applaudir et féliciter M. Nocard.

Au cours de son exposition, M. Lemaistre avait quelque peu critiqué les vétérinaires pour leur manie d'inoculations, faisant ainsi allusion au traitement préventif de la péripneumonie, du rouget, du charbon, etc.

M. Leblanc proteste, à son tour, contre ces critiques tout à fait injustifiées et rappelle les excellents résultats que donnent ces inoculations préventives.

Au début de la séance, M. Delorme a fait une importante communication sur la **désinfection de l'eau de puits à l'aide de solution de permanganate de potasse.**

Après avoir essayé au camp de Châlons la désinfection des puits par la vapeur d'eau sous pression, moyen inapplicable en pratique, M. Delorme a eu recours au permanganate de potasse.

Après avoir calculé approximativement la quantité d'eau contenue dans le puits, on y projette 1 litre de solution de permanganate de potasse à 1 p. 100, pour 1 hectolitre d'eau de puits. On laisse ensuite tomber un peu de charbon pulvérisé, et en trois ou quatre jours, ainsi que les examens bactériologiques l'ont montré, la désinfection est complète.

L'analyse montre également qu'il reste à peine des traces de potasse dans l'eau, après le traitement.

M. Vaslin insiste sur les avantages de ce mode de désinfection qui est simple, facile et peu coûteux.

Signalons enfin une lecture de M. Artaud sur l'emploi de l'**extrait de marrons d'Inde dans le traitement des hémorroïdes.** Le principe actif, antihémorroïdaire, est l'argyrine, glucoside ainsi appelé parce qu'il est voisin de l'argyrescine de Frémy, sans en présenter cependant les réactions générales.

L'argyrine se donne à la dose de 1 centigramme en pilule au sucre et au miel. Deux ou trois suffisent, en général, pour calmer les crises les plus violentes.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Hutinel, sur les candidatures à la place vacante dans la section de thérapeutique. Les candidats sont présentés dans l'ordre suivant: en première ligne à l'unanimité, M. Sevestre; en deuxième ligne, à l'unanimité, M. Du Castel; en troisième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique MM. Bardet, Merklen et Trouessart.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Comment agit le système nerveux dans les infections. — J. Salvioli et S. Spangaro concluaient de précédentes recherches que l'on peut diminuer l'immunité des pigeons pour le charbon par des opérations sur le système nerveux. Ils constatent maintenant que l'infection charbonneuse évolue d'une manière différente suivant le laps de temps écoulé entre le moment de la résection du nerf crural ou sciatique et celui de l'infection.

Si celle-ci a lieu immédiatement après la section du nerf, les symptômes inflammatoires locaux sont plus marqués, ce qu'ils expliquent par une réaction plus vive résultant d'une nutrition plus parfaite des tissus, conséquence de la paralysie vaso-motrice; plus tard, au contraire, la réaction est atténuée par suite de la nutrition défectueuse qui résulte de l'atrophie.

L'extirpation de parties ou de la totalité du cerveau entier favorise l'évolution de l'infection charbonneuse; au contraire celle-ci ne se produit pas quand on a soin de donner à l'animal une nourriture choisie et restée assimilable par un tube digestif dont les fonctions ont subi un certain degré d'atonie par le fait de la suspension de l'influx nerveux.

A la suite de ces recherches, J. Salvioli et Spangaro s'élèvent contre la théorie des fonctions dites « trophiques » des nerfs. Leur raisonnement est le suivant : si, disent-ils, l'on devait attribuer la perte de l'immunité contre le charbon chez les pigeons dont le cerveau a été lésé par la disparition de l'influx nerveux, cette perte ne devrait pas être modifiée par un changement de nourriture; si elle disparait, c'est par suite de l'inanition à laquelle les animaux succombent en pareil cas.

Le système nerveux central régularise les fonctions et par suite la nutrition des organes par une voie indirecte (en excitant leurs fonctions et en agissant sur le cours du sang), mais non pas directement par des nerfs trophiques. Les modifications de la nutrition observées sont la conséquence de ce rôle indirect de l'influx nerveux. (*Centralbl. f. Inn. Med.*, 1900, n° 20, p. 524.) P. V.

Méthodes nouvelles d'exploration du cœur. — M. Smith, après avoir rappelé les procédés objectifs de recherches basés sur l'emploi des rayons Röntgen et du phonendoscope perfectionné dont Bianchi s'est servi pour baser la méthode qui porte son nom, expose le procédé subjectif suivant : l'électrode indifférente est placée, de préférence, en arrière du côté gauche, le tampon de l'autre électrode répondant à la zone de matité absolue du cœur; on fait alors passer un courant faradique induit, dont on augmente lentement et progressivement l'intensité. A un moment donné, la personne examinée ressent une secousse alors qu'au début elle ne sentait le courant que superficiellement, à la surface des téguments.

L'attention de la malade est attirée sur cette sensation, puis l'on promène le tampon de côté et d'autre et dans tous les sens sur la région précordiale. Chaque fois que la personne examinée ressent la sensation en question, elle doit pousser une exclamation et on marque le point où l'électrode se trouve à ce moment au crayon bleu. La réunion des différents points ainsi trouvés donne les limites du cœur et ces limites coïncident avec celles que révèlent la percussion ou le procédé de Bianchi. (*Centralbl. f. Inn. Med.*, 1900, n° 19, p. 505.) P. V.

CHIRURGIE

De l'extirpation des ganglions du cou, technique opératoire. — M. Lassansky décrit la technique opératoire qu'il suit dans l'extirpation des ganglions hypertrophiés du cou et dont le principal avantage est de rendre accessibles

les ganglions sous-sterno-mastoïdiens. On sait en effet que dans les adénopathies tuberculeuses, les plus fréquentes, la réaction inflammatoire du tissu voisin et les adhérences qui s'étendent souvent au muscle sterno-mastoïdien, rendent généralement les ganglions profonds de cette région très difficilement accessibles. C'est pour remédier à cet inconvénient que l'auteur recourt au procédé suivant :

L'incision commence à un travers de doigt du cuir chevelu et à 1 1/2 à 2 travers du bord externe du sterno-mastoïdien. De là l'incision descend parallèlement au muscle, jusqu'à la clavicule. De l'extrémité supérieure de cette incision on en mène une autre, légèrement arquée, à travers le muscle et se dirigeant vers l'angle du maxillaire, à 1 1/2 à 2 travers au dessous de l'apophyse mastoïde. Arrivée à l'angle de la mâchoire, l'incision est dirigée en bas jusqu'au cartilage thyroïde et parallèlement au muscle sterno-mastoïdien à 1 ou à 1/2 travers de doigt du muscle; si des ganglions hypertrophiés se trouvent au niveau même de l'angle de la mâchoire, la dernière incision est faite non pas parallèlement au muscle, mais plus rapprochée du bord inférieur du maxillaire. Dans la partie transversale l'incision intéresse le muscle sterno-mastoïdien; le lambeau musculo-cutané est rejeté en bas. On n'a ensuite qu'à extirper les ganglions malades en allant de la clavicule vers le cuir chevelu et en suivant le bord du muscle sterno-mastoïdien. L'opération se trouve facilitée d'une façon remarquable par la section de ce muscle. L'extirpation terminée, on suture les deux moitiés du muscle sectionné.

En somme ce procédé diffère de celui recommandé récemment par Kuttner, en ce que le lambeau est ici à base inféro-interne au lieu d'être inféro-externe, ce qui facilite l'ablation des ganglions situés en dehors du muscle sterno-mastoïdien. (*Wratch*, 1900, n° 18, 29 avril.) S. B.

NEUROLOGIE

Troubles cutanés dans la maladie de Parkinson. — Robert Reuling confirme les observations de Frenkel au sujet des manifestations cutanées qui peuvent survenir, au cours de la paralysie agitante. Suivant Frenkel, il s'agit de zones d'épaississement de la peau, irrégulièrement disséminées. Parfois, tout le tégument d'un membre est épaissi, tandis que le membre du côté opposé présente un revêtement cutané normal. On note ordinairement, à la périphérie d'une grande surface de peau épaissie, des zones plus petites où l'épaississement est circonscrit. Le derme adhère si intimement au tissu sous-cutané qu'il est impossible de faire un pli à la peau, et cela dans des régions où, d'ordinaire, on pratique très aisément cette manœuvre. Les modifications les plus accentuées s'observent au niveau de la région frontale. L'aspect général de la peau épaissie diffère peu de l'état normal, aussi, bien souvent, ne peut-on dépister cette lésion que par la comparaison attentive de deux régions symétriques. Reuling pense avec Frenkel que les douleurs et la paresthésie qu'on observe chez les parkisoniens sont dues aux lésions cutanées.

Dans un cas typique de paralysie agitante décrit par Reuling, on notait, du côté de la peau les modifications suivantes : Au niveau de la région dorsale de l'avant-bras droit la peau était légèrement luisante (glossy skin) et comme tendue. Sur le bras gauche, il y avait un épaississement diffus, s'étendant depuis le tiers inférieur de l'avant-bras droit jusqu'à l'épaule. Autour de cette région épaissie était une zone de plaques circonscrites où les lésions étaient très marquées. La peau du bras gauche était plus adhérente que celle du bras droit.

Un fragment de peau fut prélevé au niveau de chacun des deux bras. Du côté gauche son épaisseur était de 4 millimètres d'épaisseur au lieu de 2 millimètres du côté droit. La différence portait sur le tissu sous-cutané et le derme. Le tissu conjonctif de la peau était très hypertrophié ; ses fibres étaient disposées en faisceaux grossiers.

Sur 6 cas, l'auteur a constaté 4 fois l'existence de troubles cutanés. Il croit qu'il en est ainsi dans la majorité des cas, bien qu'on puisse constater leur absence dans des cas par ailleurs typiques. Ces lésions seraient surtout marquées dans les régions où le tremblement est apparu d'abord. (*Maryland med. Journ.*, mars 1900). A. H.

OTOLOGIE

Les affections de l'oreille chez les diabétiques. — M. Lannois (de Lyon). Les affections de l'oreille sont relativement fréquentes chez les diabétiques. Malgré cela elles sont presque complètement passées sous silence, soit dans les traités de pathologie, soit dans les traités du diabète. Aussi, M. Lannois vient-il d'appeler l'attention sur ce point dans le *Lyon médical* (n° 8). Son travail peut se résumer dans ces deux propositions :

1° Il est relativement fréquent d'observer, chez les diabétiques, du prurit, de la desquamation épidermique et de la furonculose du côté de l'oreille externe.

2° L'otite moyenne aiguë revêt fréquemment, chez les diabétiques, des caractères spéciaux (début brusque, grande intensité et persistance des douleurs, écoulement souvent hémorragique) et se complique facilement d'inflammation et de nécrose mastoïdiennes. N.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action des sels de quinine pendant la grossesse. — MM. Chambrelent et Bruyère. Il semble résulter de l'analyse des différents travaux publiés jusqu'à ce jour sur l'influence des sels de quinine sur la gestation, que cette action est éminemment variable, suivant les cas. Si un certain nombre d'observations semblent démontrer, d'une façon indiscutable, que les sels de quinine, pris à doses même modérées, ont pu réveiller les contractions utérines et, quelquefois, amener l'expulsion prématurée, il n'en est pas moins vrai que, dans la plus grande majorité des cas, les sels de quinine, pris à dose même exagérée, ont été sans action sur la contractilité de l'utérus.

Les expériences sur les animaux ne sont pas plus démonstratives; tandis que, dans quelques cas, l'action abortive a semblé indiscutable, dans d'autres cas, et c'est ce que viennent d'observer MM. Chambrelent et Bruyère, des doses considérables ont pu être administrées à des femelles pleines sans paraître influencer en rien la contractilité utérine.

Aussi, ces auteurs, comme conclusion pratique, croient qu'il sera sage d'user avec modération de la quinine chez les femmes enceintes, et de ne pas donner d'emblée des doses fortes de ce médicament avant d'avoir, par l'administration de doses faibles, tâté pour ainsi dire la susceptibilité spéciale et éminemment variable que peut présenter chaque femme à cet égard. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1900, n° 11.) N.

Des collyres huileux. — M. Chevalier (du Mans), après avoir employé pendant six mois dans sa pratique des collyres huileux à l'atropine, à la cocaïne, à l'ésérine et à la pilocarpine, a constaté :

« *a*. Leur parfaite conservation, spécialement en ce qui concerne le collyre huileux d'ésérine, lequel se conserve indéfiniment, est bien toléré et ne donne pas lieu à la transformation en rubrésérine ;

b. L'absence de spasme et de larmoiement provoqués par leur instillation ;

c. Leur action plus rapide, plus durable, même à doses moins élevées que les collyres aqueux ;

d. Les opérations usuelles sur le globe oculaire s'exécutent aussi bien avec ces collyres; le strabisme m'a paru moins facile qu'avec des collyres aqueux, mais, sur ce point, mes expériences ne sont pas suffisantes pour pouvoir donner une affirmation. » (*Arch. méd. d'Angers*, 20 février 1900.) N.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Timbre, certificats de médecins, militaires (1).

Les médecins, auxquels on vient demander des certificats en vue du service militaire, sont souvent embarrassés par le point de savoir s'ils doivent ou non rédiger ces certificats sur papier timbré. Aussi croyons-nous opportun de signaler à leur attention une solution de l'Administration de l'enregistrement, en date du 10 septembre 1898, qui vient d'être publiée dans le *Répertoire périodique de l'Enregistrement*, numéro de mai 1900, article 9774.

Elle distingue quatre catégories de certificats :

1° Certificat délivré à un militaire par un médecin militaire ou par un médecin civil, en cas de maladie grave rendant tout déplacement impossible;

2° Certificat de maladie délivré à un militaire pour obtenir une saison aux eaux thermales.

Sans conteste, ces deux certificats rentrent dans la catégorie des « engagements, enrôlements, congés, *certificats*, cartouches... et autres pièces ou écritures concernant les *gens de guerre* », expressément exemptés du timbre par l'article 16 de la loi du 13 brumaire an VII;

3° Certificat de maladie dans le cas d'impossibilité de se présenter lors du tirage au sort ou de la révision.

Sans conteste, ce certificat est assujetti au timbre, par le motif que la personne à laquelle il est délivré ne fait pas encore partie de l'armée des gens de guerre, et qu'elle ne sera peut-être jamais incorporée;

4° Certificat de maladie ou d'infirmités à l'époque de la révision.

Pour ce certificat, il y a lieu à des sous-distinctions.

Ou bien il s'agit d'un certificat de médecin civil produit par le jeune homme qui se prétend impropre au service. Ou bien il s'agit de certificat délivré par l'autorité compétente après la revision.

Le premier, dont la production ne paraît prescrite par aucun texte, tombe sous l'application du droit commun comme ayant exclusivement en vue l'intérêt privé de l'intéressé; il est, par suite, assujetti au timbre. Le second n'en sera exempté que s'il limite l'aptitude de l'intéressé aux seuls services auxiliaires, car alors l'intéressé peut être rangé dans les « gens de guerre »; mais au contraire, il sera soumis au timbre, s'il constate l'inaptitude complète de l'intéressé à tout service militaire.

Remarque générale : pour justifier leur rédaction sur papier non timbré, les divers certificats médicaux exempts de timbre doivent faire mention de leur destination, alors tout au moins que cette destination ne résulte pas clairement de leur libellé.

On trouvera, soit dans le traité sur la *Responsabilité médicale* de M. Brouardel, page 292, soit dans le *Code pratique des honoraires médicaux* de M. Floquet, page 301, une liste des certificats médicaux qui doivent être délivrés sur papier timbré, liste que ces auteurs ont, du reste, raison de présenter comme imcomplète. J. JACQUEY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de Paris. — Le concours du prosectorat vient de se terminer par la nomination de MM. Guibé et Veau.

Concours pour une place d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Ce concours s'est terminé par la nomination de M. Morax.

Universités de province. — Sont nommés :

A la Faculté de médecine de Lille, professeur d'hygiène et de bactériologie, M. Calmette, professeur de bactériologie et de thérapeutique expérimentale à la même Faculté.

Professeur de pharmacie à la même Faculté, M. Deroide, agrégé.

A la Faculté de médecine de Montpellier, professeur d'anatomie pathologique, M. Bosc, agrégé.

A la Faculté des sciences de Caen, M. Houllevigue, docteur ès sciences, chargé d'un cours de physique à la même Faculté.

Nomination. — M. le docteur Lombard (de Paris) vient d'être nommé au grade de chevalier dans l'ordre du Mérite agricole.

Le doctorat des internes de Bordeaux. — La réunion des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Bordeaux a été d'accord d'autoriser les internes de quatrième année à passer leur thèse sans cesser d'être en fonctions durant cette même année, et de demander à l'Administration compétente, pour les internes de troisième année ayant passé leur cinquième examen, le droit de pratiquer, quand il y aura lieu, les opérations d'urgence dans l'hôpital.

Marine. — M. le médecin principal Vergos, du cadre de Brest, est désigné pour aller servir au 14e d'infanterie de marine au Sénégal, en remplacement de M. le docteur Bertrand.

— M. le médecin de deuxième classe Arnould, du cadre de Toulon, ira remplacer au 2e régiment de tirailleurs sénégalais M. le docteur Chauvin.

— M. le médecin principal Rit, du cadre de Toulon, est désigné pour aller servir à l'hôpital français de Smyrne, en remplacement de M. le docteur Féraud.

— Par décision présidentielle du 11 juin 1900, a été acceptée la démission de leur grade offerte par MM. les docteurs Hache et Sainte-Rose Suquet, médecins de première et deuxième classe de la réserve de l'armée de mer.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 23e semaine, 1,004 décès, chiffre voisin de celui de la semaine précédente.

La fièvre typhoïde a causé 10 décès, elle est en diminution.

La rougeole a causé 38 décès; la scarlatine, 6 décès; la coqueluche, 6; la diphtérie, 4. Ces chiffres sont voisins de la moyenne ordinaire. La variole a causé 3 décès.

La diarrhée infantile n'a causé que 21 décès de 0 à 1 an (la moyenne atteint 41).

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 132 décès, au lieu de 110 pendant la semaine précédente et au lieu de 86, moyenne ordinaire de la saison.

XIIIe Congrès international de médecine. — *Fêtes.* — Le bureau du Conseil municipal de Paris a décidé de donner le 31 juillet et le 7 août, dans les salons de l'Hôtel de Ville, deux grandes fêtes avec concert ou bal. L'une sera la fête des lettres; on y invitera les membres des congrès de l'enseignement, des associations de presse, de la gravure, de l'édition, etc... L'autre sera la fête des sciences; elle concordera avec la réception des membres du Congrès de médecine, de chirurgie et d'assistance publique.

Création d'une caisse des recherches scientifiques. — La semaine dernière, M. Audiffred a déposé sur le bureau de la Chambre des députés une proposition de loi ayant pour objet la création d'une caisse des recherches scientifiques, investie de la personnalité civile et divisée en deux sections, dans le but de favoriser les travaux de science pure relatifs : 1° à la découverte de nouvelles méthodes de traitement des maladies qui atteignent l'homme, les animaux domestiques et les plantes cultivées; 2° à la découverte, en dehors des sciences médicales, des lois qui régissent les phénomènes de la nature.

Cette proposition de loi a été renvoyée à la commission du budget.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur H. Dorvau (de Châtellerault).

On vient de ramener à Nancy, pour y être inhumés, les restes de notre malheureux confrère, M. le docteur Sibut, médecin-major de la mission Gentil, décédé à Libreville (Congo français), le 10 avril 1899, dans sa trente-troisième année.

(1) *Écho méd. du Nord*, juin 1900.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de chirurgie d'armée, par J. Toubert, médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce. Un vol. in-18 colombier, cartonné toile, de 528 p. avec 234 graphiques ou fig., dont 104 en couleurs dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Traité clinique de la digestion et du régime alimentaire, d'après les données de l'exploration du tube digestif, par le docteur Sigaud (de Lyon). Tome Ier. Un vol. de XIX-210 p. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

L'hystérie infantile et juvénile, par P. Bezy, chargé de cours de clinique infantile à l'Université de Toulouse, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de V. Bibent, docteur en médecine. Un vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Comment on se défend contre les maladies du rein. La lutte contre le sucre et l'albumine, par le docteur Henry Labonne, licencié ès sciences, officier de l'Instruction publique. Une br. in-8° de 40 p. avec fig. dans le texte. — Prix : 1 franc. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. DU CANCER THYROÏDIEN. QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR SON ÉTIOLOGIE ET SA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE, par M. A. CARREL, interne des hôpitaux, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon. — CANCER EN NAPPE DE L'ESTOMAC. RÉSECTION TOTALE. ABOUCHEMENT TERMINO-TERMINAL DU DUODÉNUM ET DE L'ŒSOPHAGE, par M. Victor PAUCHET, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — FORMULAIRE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Du cancer thyroïdien. Quelques considérations sur son étiologie et sa physiologie pathologique.

Par A. CARREL,
Interne des hôpitaux, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

Nous nous sommes, dans ces derniers mois, occupé, à la clinique chirurgicale de M. Poncet, de l'étude du cancer de la thyroïde. La fréquence de cette dégénérescence dans le milieu où nous nous trouvions placé, l'importance considérable, prise dans ces dernières années par le corps thyroïde, tant au point de vue physiologique qu'au point de vue pathologique; enfin le nombre relativement restreint de publications parues, en France, sur ce sujet, nous ont engagé à choisir, comme sujet de nos recherches, la thyrocarcinose.

Ce n'est guère que depuis une dizaine d'années, à la suite des observations cliniques de M. Poncet (1) et des travaux importants de ses élèves Orcel (2), Rivière (3), Bertrand (4), que l'attention a été véritablement appelée, en France, sur le goitre cancéreux et sur sa fréquence. Jusqu'alors en effet, à en juger par les ouvrages classiques, cette redoutable dégénérescence pouvait être considérée comme exceptionnelle. Grâce aux travaux que nous venons de signaler, grâce aux importantes recherches anatomiques et cliniques de M. le professeur Bard (5) sur la forme médicale du cancer thyroïdien, beaucoup de points, jusqu'alors ignorés, ont été élucidés, soit au point de vue clinique, soit au point de vue anatomo-pathologique.

Le goitre cancéreux a, en effet, bénéficié dans son étude des progrès réalisés dans le traitement chirurgical du goitre en général, progrès auxquels l'Ecole de Lyon a pris une part importante. Qu'il nous suffise de rappeler les noms de MM. Jaboulay (1), Bérard (2), Rivière, Dor, etc., qui se sont tout particulièrement occupés, avec M. Poncet, des lésions et de la thérapeutique chirurgicale du corps thyroïde.

Nos recherches nous ont fourni quelques documents intéressants relativement à l'étiologie, à la physiologie pathologique du cancer thyroïde. Ce sont elles, précisément, que nous désirons faire connaître au cours de cet article. Nous avons réuni 86 observations de thyrocarcinose, recueillies dans ces dernières années à l'Hôtel-Dieu de Lyon, soit surtout à la clinique de M. Poncet, soit dans différents autres services. C'est en nous appuyant sur ces documents nombreux et importants, que nous envisageons les causes et la physiologie pathologique de la thyrocarcinose.

I

Nous ne rechercherons pas les causes intimes de la dégénérescence maligne de la glande thyroïde. En l'absence de toute base solide, les hypothèses auxquelles on a recours pour expliquer l'origine et la nature du cancer ne servent qu'à voiler notre ignorance absolue. Il est donc inutile, à l'heure présente, de nous attacher à des considérations, trop imprécises encore pour être utilisées dans le traitement prophylactique ou curatif de la maladie qui nous occupe. [illegible] mieux, en analysant, de façon aussi exacte que possible, l'état du *milieu*, de l'*individu* et de la *glande*, où se produit habituellement le néoplasme, essayer de connaître les causes prédisposant à la thyrocarcinose, afin de pouvoir les supprimer, s'il est possible, et agir ainsi de manière indirecte sur cette redoutable affection.

1° INFLUENCE DU MILIEU. — Tous les pays ne sont pas également fertiles en cancers thyroïdiens, qui, presque inconnus en certaines régions, se montrent souvent dans les localités riches en goitreux. Le nombre des tumeurs bénignes, et celui des tumeurs malignes, subissent des oscillations parallèles; où le goitre abonde, le cancer est fréquent.

(1) A. PONCET. Discussion sur la thyroïdectomie dans le cancer du corps thyroïde, Soc. nat. de méd. de Lyon, 1887. — Des larges incisions circumthyroïdiennes dans le cancer du corps thyroïde, Cong. de chir., 1889. — Cancer de la thyroïde, *Gaz. hebd.*, 1893. — Le cancer du corps thyroïde (en collaboration avec M. Rivière), XIIIe Cong. de chir., 1899.

(2) ORCEL. Le cancer du corps thyroïde, *Province méd.*, 1889. — *Contribution à l'étude du cancer du corps thyroïde*, Th. de Lyon, 1888-1889.

(3) RIVIÈRE. *La glande thyroïde et les goitres*, Th. de Lyon, 1893. — Traitement chirurgical des goitres. Indications et complications opératoires, Rev. gén. de la *Gaz. des hôpit.*, 1896. — Le cancer du corps thyroïde, XIIIe Cong. de chir., 1899.

(4) BERTRAND. *Formes aiguës et formes latentes du cancer thyroïdien*, Th. de Lyon, 1896.

(5) BARD. Observations cliniques et anatomo-pathologiques, Th. d'Orcel, Lyon 1889. — Forme médicale du cancer thyroïdien, Th. de Gruié, Lyon 1899.

(1) JABOULAY. Exothyropexie, manuel opératoire, Soc. de chir., 1894; — Acad. de méd., 1894; — *Méd. moderne*, 1893-1894; — Résection du sternum dans les goitres plongeants, *Lyon méd.*, 1896.

(2) BÉRARD. *Thérapeutique chirurgicale du goitre*, Th. de Lyon, 1887.

C'est ainsi que Lyon, placé au milieu d'une vaste zone goitrigène, est une des villes d'Europe les plus favorisées à ce point de vue. Considéré comme une chose rare, dans beaucoup de centres chirurgicaux, le cancer du corps thyroïde s'observe assez souvent dans nos hôpitaux, pour que nous ayons pu en rassembler 86 observations recueillies, pour la plupart, à la clinique de M. Poncet. Il est très vraisemblable, d'ailleurs, qu'un certain nombre de malades nous ont échappé, et sont morts avec le diagnostic de goitre simple ou de thyroïdite. Le cancer thyroïdien devient plus fréquent depuis qu'on le recherche plus attentivement.

Les thèses d'Orcel et de Bertrand ont déjà attiré l'attention sur cette maladie et, les années suivantes, les observations s'en sont multipliées.

Depuis le mois de novembre 1899, jusqu'au mois de mai 1900, nous avons vu, soit à la clinique, soit dans les autres services des hôpitaux de Lyon, plus de 15 malades atteints de tumeur thyroïdienne maligne. C'est donc une affection beaucoup moins rare qu'on ne le croit généralement et dont la fréquence augmentera encore, lorsque les médecins la connaîtront bien.

Il est vrai que Lyon se trouve être en quelque sorte au centre de régions où l'endémie du goitre est particulièrement intense, à la tête desquelles se placent les profondes et misérables vallées des Alpes ; la plupart des villages de la Haute-Savoie, de la Maurienne, de la Tarentaise, des Hautes-Alpes ; un grand nombre de cantons de l'Isère, de l'Ardèche, de la Loire, du Rhône, etc. La ville de Lyon elle-même est loin d'être indemne et le nombre des goitres y est assez élevé, toute défalcation faite des goitres immigrés.

La fréquence des goitres et la fréquence des tumeurs malignes du corps thyroïde semblent être unies par des liens étroits.

L'enquête de la *Commission française* (1861-1873) a montré que parmi les régions goitrigènes, les départements de la Savoie, de la Haute-Savoie, des Hautes-Alpes, de l'Ardèche, des Basses-Alpes, etc., étaient surtout atteints.

En 1896, M. Du Cazal (1) a indiqué la répartition par département des *réformes* prononcées pour certaines infirmités, notamment pour le goitre, par les conseils de revision, de 1887 à 1893.

Plus récemment, l'étude de la distribution géographique du goitre en France a été reprise par notre ami et collègue, M. Lucien Mayet (2), qui a donné comme base à sa statistique, les relevés de la totalité des cas d'*exemption* pour goitre [illegible] *auxiliaires de l'armée* — qui se sont produits de 1887 à 1896, soit pendant une période de dix années. Cette étude a précisé, d'après les documents les plus récents, ce point particulier de l'étiologie du goitre : sa distribution à la surface du territoire.

La carte, dressée par M. Mayet, met bien en lumière la proportion considérable des goitreux dans les départements du Sud-Est de la France. C'est là une contatation dont il n'est pas besoin de faire ressortir l'importance au point de de vue des faits qui nous préoccupent.

On comprend pourquoi dans les hôpitaux de Lyon, vers lesquels convergent les malades des régions où l'endémie du goitre présente son maximum d'intensité, le cancer thyroïdien est assez fréquemment observé.

Bien que le nombre total des goitreux paraisse avoir diminué depuis un demi-siècle, en France, il n'en reste pas moins très élevé et le chiffre de 450000 à 500000 qui a été proposé (Baillarger) est un chiffre minimum, certainement au-dessous de la réalité.

En résumé, les pays à goitre sont aussi les plus riches en cancer, et les courbes de fréquence de ces deux affections s'élèvent ou s'abaissent simultanément.

La fécondité en tumeurs malignes des vallées profondes des Alpes et des Cévennes, est due, en partie, à la misérable existence des montagnards, soumis pendant toute leur vie à l'action mystérieuse qui, en ces pays, s'exerce sur la glande thyroïde et dont le goitre, le crétinisme, le myxœdème, et peut-être le cancer, sont les manifestations les plus habituelles. Beaucoup de malades ont toujours vécu dans ces pays pauvres, au climat rigoureux et à l'hygiène déplorable où les conditions de l'existence sont particulièrement dures. Vienne l'âge du cancer, qui, en dehors d'une cause nettement définie, peut être considéré comme une maladie de misère, de déchéance physiologique et morale, la glande thyroïde, déjà malade et adénomateuse, lui offre un terrain bien disposé, sur lequel il s'établit.

Mais les hôpitaux de Lyon voient passer beaucoup de goitres malins, pour d'autres raisons que leur situation géographique. Les travaux de M. Poncet, de M. Bard et de leurs élèves, Rollet, Orcel, Rivière, Bertrand, Gruié ont attiré l'attention des médecins sur la pathologie de la glande thyroïde, et ainsi, des cas sont diagnostiqués qui, dans d'autres régions, auraient passé inaperçus. A la vérité, chacun peut faire le diagnostic du cancer thyroïdien normal, mais, pour le dépister lorsqu'il prend l'aspect décrit par M. Bard sous le nom de « forme médicale », il faut y songer et le rechercher systématiquement (1).

Dans les autres villes de France, le goitre malin est beaucoup moins fréquent. A Paris (2) cependant, on publie chaque année des observations de cancer, mais en petit nombre, et depuis les thèses de Boursier (3) et de Coulon (4), aucun travail important n'a été fait sur ce sujet. Les chirurgiens de Bordeaux (5) en ont observé plusieurs cas fort intéressants, qui sont consignés dans la thèse récente de Duboe. Mais ces observations sont peu nombreuses.

Il s'agit, d'ailleurs, de pays où le goitre est assez rare, quoique, dans le midi de la France, les vallées des Pyrénées constituent un centre goitrigène, où l'on doit, très probablement, trouver de nombreux cas de cancer.

Quant aux départements du Nord, ils jouissent d'une immunité presque complète vis-à-vis des tumeurs thyroïdiennes.

La répartition géographique du cancer thyroïdien en Allemagne, en Autriche, en Suisse et en Italie, montre que les pays les plus riches en tumeurs malignes sont également ceux où se trouvent le plus grand nombre de goitreux.

En Suisse (6), les travaux de Kocher, de Roux, etc., en

(1) Du Cazal. *Bull. de la Soc. d'anthrop. de Paris*, 1896.

(2) Mayet. *Arch. gén. de méd.*, 1900, et *Gaz. des hôp.*, 1900, nº 67.

(1) Dans la thèse de son élève Gruié, M. Bard a en effet montré que la glande thyroïde pouvait être le siège d'une sorte de carcinose latente que ne révélait aucune augmentation apparente de la glande.

(2) Voir les *Bull. de la Soc. anat.*

(3) Boursier. Th. d'agrég., Paris 1880.

(4) Coulon. *Cancer du corps thyroïde*, Th. de Paris, 1883.

(5) Leurs observations sont contenues dans la thèse de Duboe, *Contribution à l'étude de l'évolution clinique du goitre malin*, Bordeaux 1897.

(6) En Suisse, parmi les travaux les plus récents, nous trouvons : Kocher. Eine neue Serie von 600 Krepfoperationen, *Corresp. f. Schw. Ærzte*, 1896 ; — Jœger. Métastases goitreuses, *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1897, et Th. de 1898 (inspirée par le professeur Kronlein) ; —

Allemagne les thèses publiées sur ce sujet à Strasbourg (1), à Wurtzbourg (2), à Heidelberg (3), à Kiel (4), à Marbourg (5), à Greifswald (6), à Munich (7), et enfin les récentes publications autrichiennes (8) et italiennes (9) nous renseignent sur la fréquence du goitre malin dans ces différents pays.

En résumé, l'étude de la distribution géographique du cancer thyroïdien en France et dans l'Europe centrale, d'après les cartes de Bircher (10) et de Mayet (11), montre qu'il y a une corrélation constante entre son existence et celle du goitre. Par conséquent, dans les régions goitrigènes, il faut toujours songer à la possibilité du cancer, et le rechercher attentivement.

2° Influence des conditions individuelles. — *Le sexe*, *l'âge* et *les maladies antérieures* ont une influence évidente sur le développement du cancer.

a. *Sexe.* — Les femmes sont plus exposées que les hommes au cancer thyroïdien. Notre statistique personnelle, qui porte sur quatre-vingt-six cas, montre que le sexe féminin est plus atteint que le masculin dans la proportion de 5 à 3. Et cette prédisposition s'explique bien lorsqu'on sait quels rapports étroits unissent les organes génitaux et la glande thyroïde. Chacun des incidents de la vie génitale de la femme retentit sur elle. Saine ou adénomateuse, elle manifeste souvent, par des poussées congestives, l'influence qu'exercent sur elle la puberté, la grossesse et la ménopause. Il est donc possible que ces irritations, tombant sur un tissu glandulaire déjà prédisposé, soient le point de départ de l'évolution atypique de quelque cellule thyroïdienne. Cette explication d'ailleurs n'est qu'une bien vague hypothèse et la nature intime du phénomène nous échappe. Le fait seul demeure certain. Maintes et maintes fois, nous avons vu des cancers se développer à la suite d'une grossesse, d'un accouchement, et surtout de la ménopause. Ces femmes racontaient parfois, que depuis longtemps leur corps thyroïde présentait une grande susceptibilité et augmentait beaucoup de volume à chaque grossesse, par exemple, pour revenir ensuite à ses dimensions normales. A un moment donné, à la suite d'une poussée analogue aux premières, il reste volumineux, s'accroît encore, et le cancer apparaît.

La plupart des auteurs admettent cette inégale répartition dans les deux sexes. Les statistiques anciennes de Lebert, de Coulon (6 fois chez l'homme et 13 fois chez la femme), et d'Orcel (5 fois chez l'homme et 14 fois chez la femme), portaient sur des cas trop peu nombreux, pour qu'il soit possible de formuler une conclusion ferme.

Cependant, Braun, examinant une série de 32 observations, rencontra aussi une plus grande quantité de femmes. L'année dernière, Gruié, qui observait dans le service de Bard, où cependant les hommes étaient deux fois plus nombreux que les femmes, trouva, sur 20 malades atteints de cancer latent, 5 hommes seulement.

Cependant, si on examine un grand nombre d'observations, cette prédilection du cancer thyroïdien pour la femme devient bien douteuse.

Les 110 observations d'Enrique Carranza confirme nos conclusions, car elles mentionnent 49 hommes et 61 femmes.

Mais, d'autre part, Van Straaten, sur 73 cas, trouve 41 hommes et 32 femmes seulement.

De même, Hermann Schmidt, se basant sur 124 observations, rencontre 55,56 p. 100 d'hommes, et 44,44 p. 100 de femmes.

En somme, il faut revenir actuellement à l'ancienne opinion de Lebert, qui croyait à une répartition à peu près égale du cancer dans l'un et l'autre sexe.

b. *Age.* — La période de la vie la plus favorable au développement du cancer s'étend de quarante à soixante ans. La plupart des auteurs ont, sur ce sujet, une opinion identique.

Les premières recherches, qui portaient sur un petit nombre de cas, donnèrent des résultats à peu près semblables aux nôtres. C'est ainsi que Lebert, Coulon et Rose pensent que l'âge moyen du goitre malin doit être placé vers cinquante et un ans à cinquante-cinq ans.

Notre statistique est de 102 observations et a donné les résultats suivants :

Au-dessous de 20 ans	2 cas.
De 20 ans à 30 ans	3 —
De 30 ans à 40 ans	4 —
De 40 ans à 50 ans	25 —
De 50 ans à 60 ans	25 —
De 60 ans à 70 ans	26 —
Au-dessus de 70 ans	7 —

Hermann Schmidt (1), van Straaten (2), et Enrique Carranza (3), qui disposaient également de nombreuses observations, sont arrrivés aux conclusions suivantes :

Kummer. Sarco-adénome de la thyroïde, *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1898; — Reverdin. Tumeur du corps thyroïde, *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1897; — Roux. Remarques sur 115 opérations de goitre, *Centralbl. f. Chir.*, 1891; — Remarques sur 200 opérations de goitre, Th. de Kopp, Lausanne 1898.

(1) Bœckel. Sarcome du corps thyroïde, *Gaz. des hôp.*, 1884. — Sarcome du corps thyroïde, Extirpation, *Bull. de thérap.*, 1879. — Th. de Carranza, Strasbourg 1897.

(2) Les travaux de l'École de Wurtzbourg sont nombreux : Th. d'Hermann Schmidt, 1890; — Th. d'Andresen, 1892 : *Ein Fall von Carcinom des Schilddrüse nelst Lymphdrüsen Metastasen;* — Th. d'Apostolos Petrakidès, 1892 : *Ein Fall von Struma maligna;* — Th. de Schmalbach, 1893 : *Beitrag zur Casuistik der Struma maligna;* — Th. de Bœtticher, 1894 : *Uber Struma maligna;* — Th. de Hesse, 1895 : *Struma maligna, in venas progrediens;* — Th. de Pfeiffer, 1897; — Th. d'Erlanger, 1897; — Th. de Hahne, 1898 : *Ein Fall von Struma carcinomatosa.*

(3) Hochgesand. Die Krapfoperationen an der chir. Klin. zu Heidelberg, *Beitr. z. Klin. Chir.*, Bd. VII.

(4) Karl. Furer. *Einige Fælle von Metastasien der Schilddrüsengeschwulsten*, Th. de Kiel, 1889. — Schutt. *Beitrage zur Lehre von den Schilddrüsenkrebs*, Th. de Kiel, 1891. — Bornholdt Heinrich. *Beitr. zur Casuistik und chirurgischen Behandlung des Krapfes*, Th. de Kiel, 1899.

(5) Metzner. *Uber ein Fall von Struma, mit multiplen knochen Metastasen*, Th. de Marbourg, 1894.

(6) Gœhtz. *Ein Fall von Struma maligna*, Th. de Greifswald, 1890.

(7) Hase. *Ein Fall von Struma maligna* (*Struma sarcomatosa*), München 1897.

(8) Hinterstoïsser. Beitrage zur Lehre von Schilddrüsenkrebs, *Centralbl. f. Chir.*, 1893.

(9) Carle. Metastasiriender Schilddrüsentumor, *Italien. Gesells. Wien med. Wochens.*, 1897. — Usiglio. *Sui tumori della tiroide*, Trieste 1895.

(10) Bircher. Voir la carte publiée à la fin du travail d'Ewald : *Die Erkrank. der Schilddrüse* (in *Specielle Pathologie und Therapie*, 1896).

(11) Mayet. Loc. cit.

(1) Schmidt. *Ein Fall von Scirrhus der Thyroïdea*, Th. de Wurtzbourg, 1896.

(2) Von Straaten. *Drei Falle von Carcinom der Schilddrüse*, Th. de Fribourg, 1898.

(3) Enrique Carranza. *Uber maligne Tumoren der Schilddrüse und ihre Behandlung*, Th. de Strasbourg, 1897.

	Van Straaten.	Schmidt.	Carranza.
Au-dessous de 20 ans.....	—	2 cas.	4 cas.
— de 20 à 30 ans.	2 cas.	8 —	11 —
— de 30 à 40 ans.	15 —	25 —	27 —
— de 40 à 50 ans.	19 —	34 —	30 —
— de 50 à 60 ans.	22 —	39 —	25 —
— de 60 à 70 ans.	10 —	14 —	10 —
— de 70 à 80 ans.	4 —	1 —	2 —
— de 80 à 90 ans.	—	1 —	—
Au-dessus de 90 ans.....	—	—	1 —
	72 cas.	124 cas.	110 cas.

Les auteurs précédents se sont occupés uniquement de la forme chirurgicale du cancer thyroïdien. La forme médicale ou latente se produit chez des individus plus âgés. Gruié, qui a rassemblé 26 cas de cette catégorie, n'a trouvé qu'un malade âgé de moins de cinquante ans.

Il existe peut-être quelques rapports entre l'âge du sujet et la nature histologique de la tumeur maligne. Les sarcomes ont une prédilection pour les individus âgés de cinquante à soixante ans, bien que Bircher l'ait rencontré chez un jeune homme de vingt et un ans, et que Madelung ait enlevé à une jeune fille de seize ans un goitre sarcomateux, déjà opéré trois ans auparavant par Lücke. Le carcinome atteint les sujets plus jeunes, au-dessous de cinquante ans. Ce sont des distinctions par trop absolues, auxquelles il ne faut pas attacher grande importance.

En somme, la strume maligne apparaît avec son maximum de fréquence de la cinquantième à la soixantième année. Mais notre statistique montre que de quarante à soixante-dix ans, il faut la redouter également.

Sans être absolument exceptionnel, le cancer des jeunes sujets est cependant une chose rare. Bircher et Schuh l'ont rencontré chez des individus âgés de moins de vingt ans. Lücke a opéré un sarcome chez une jeune fille de treize ans. Nous avons vu, l'hiver dernier, dans le service de M. Maurice Pollosson, un jeune homme de quinze ans, atteint d'un épithéliome qui provoquait des troubles respiratoires, tels que la mort survint rapidement.

Le goitre malin peut donc se développer au moment de la puberté; parmi les 488 observations rassemblées par Schmidt, van Straaten, Carranza et par nous, il n'est mentionné que huit fois.

A partir de vingt ans, sa fréquence augmente un peu, mais il est rare encore, trois fois sur 102 observations, 24 fois sur 488 observations.

De trente à quarante ans, il se montre bien plus souvent, 91 fois sur 488.

Mais la véritable période des tumeurs malignes commence vers la quarantième année, pour se prolonger jusqu'à la soixante-dixième avec le maximum de fréquence aux approches de cinquante ans. C'est l'époque de la ménopause chez la femme, et chez l'homme, des travaux pénibles, des grandes responsabilités, des soucis et des chagrins : c'est l'âge du cancer. Les graphiques de Mayet sur la fréquence du goitre aux différentes périodes de la vie, montre une ascension brusque de la courbe à ce moment. Ce nouveau contingent de goitres tardifs, est probablement fourni par les cancers, qui se développent au moment où la glande thyroïde entre dans sa période de repos.

C'est alors aussi qu'on voit apparaître le cancer médical, ou latent. Jamais il ne se développe chez les jeunes qui sont atteints surtout des formes chirurgicales typiques avec marche rapide, foudroyante parfois.

c. *Maladies antérieures.* — Au début du développement du cancer thyroïdien vient se placer souvent une maladie infectieuse, influenza ou angine, qui paraît jouer le rôle de cause déterminante. Nous avons vu, dans beaucoup d'observations, l'augmentation de volume du cou commencer après une grippe; cette influence paraît réelle, et nous ne croyons pas qu'il s'agisse ici d'une simple coïncidence. M. Poncet a remarqué depuis longtemps quels rapports intimes existent entre les inflammations et certaines tumeurs thyroïdiennes, dont la nature cancéreuse est rendue évidente par l'examen histologique. Il a observé des sarcomes, qui, au moment de l'intervention, présentaient des poches remplies de pus, et avaient d'ailleurs une allure vraiment inflammatoire. Gerolamo Gatti (1) a publié un cas du même genre. Son malade était atteint d'un sarcome à marche rapide, avec élévation de température, rougeur et gonflement du cou. L'examen du sang montra qu'il contenait des streptocoques pyogènes. Au moment de l'opération, il s'écoula un peu de pus, dans lequel on trouva également des streptocoques. Nous avons vu des malades, chez lesquels l'élément infectieux paraissait avoir joué un rôle important, au moment de l'établissement du cancer, mais il est bien difficile, à l'heure actuelle, de savoir par quel mécanisme l'inflammation peut agir dans la genèse des néoplasmes.

Les souffrances morales ont également une influence indiscutable, comme, du reste, pour d'autres néoplasies cancéreuses, et en particulier pour le cancer du tube digestif. C'est souvent à l'occasion de pertes d'argent ou de grands chagrins, que commence l'évolution du cancer de la thyroïde.

3° Influence de l'état antérieur de la glande. — Le cancer thyroïdien s'établit dans une glande saine ou déjà adénomateuse.

La préexistence du goitre est le fait qui domine l'étiologie du cancer. Dans presque toutes les observations, on lit que le malade était atteint de goitre depuis plusieurs années, et qu'après être demeurée tranquille pendant dix, vingt, trente ans et même davantage, la tumeur a pris soudain une allure menaçante. Orcel admettait cette préexistence trois fois sur quatre. Bertrand le ramenait aux deux tiers, en spécifiant qu'il envisageait les cancers aigus. Nous avons trouvé un goitre antérieur dans la proportion de trois fois sur quatre, et il est probable qu'il existe plus souvent encore.

Les individus, appartenant à la catégorie sociale qui fréquente les hôpitaux, s'analysent peu, et les paysans, les manouvriers peuvent ne pas remarquer une hypertrophie thyroïdienne légère, qu'ils portent cependant depuis plusieurs années.

Ne nous arrive-t-il pas souvent de découvrir à un malade, entré à l'hôpital pour tout autre motif, un petit goitre dont il ne s'était jamais aperçu? Une malade de Reverdin (2), atteinte de goitre néoplasique suffocant, affirmait que sa tumeur remontait seulement à quatre mois. Et cependant, l'autopsie montra qu'avant toute tumeur maligne, un goitre colloïde occupait le lobe gauche de la glande.

Il est donc probable que, dans plusieurs observations, le goitre antérieur manque, parce qu'il n'a pas été suffisam-

(1) G. Gatti. *Revue de chir.*, 1895.
(2) Reverdin. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1897.

ment recherché, ou que le malade ne l'a pas remarqué. Au dire de Rivière, les Savoyards sont fort ambitieux en matière de goitre; ils négligent une tuméfaction thyroïdienne peu prononcée; ils considèrent même qu'elle donne à leurs femmes comme un goût de terroir point déplaisant.

On peut donc affirmer que la préexistence du goitre est la règle.

Il existe cependant des cas où, d'une manière indiscutable, le cancer s'est installé dans une glande saine, ou plutôt de volume normal. Les tumeurs qui se développent dans ces conditions, ont parfois une allure spéciale et prennent souvent la forme aiguë, ou la forme latente. Les cas aigus, publiés par Rollet (1), par Rabé (2), et par beaucoup d'autres, se rapportent à des individus jeunes, qui ne portaient aucune tumeur thyroïdienne apparente avant le début de leur strume maligne.

Le cancer latent s'établit aussi de manière insidieuse dans une glande normale, mais le plus souvent, le malade est déjà porteur d'une hypertrophie du cou. Six fois seulement sur vingt cas, il n'a été précédé d'aucune augmentation de volume du corps thyroïde.

Le goitre se rencontre non seulement dans les antécédents personnels du malade, mais aussi dans son hérédité. Il appartient souvent à une famille de goitreux; ses parents ou ses voisins sont atteints de goitres, dispositions qui achèvent de montrer quels rapports intimes existent entre les tumeurs thyroïdiennes bénignes et malignes.

En résumé, le cancer thyroïdien paraît reconnaître les mêmes causes occasionnelles que le cancer en général. Un fait cependant, que nous avons tenu à mettre tout particulièrement en relief, domine son étiologie : l'existence antérieure depuis un temps plus ou moins éloigné de lésions goitreuses et, dans les cas même où un goitre apparent fait défaut, l'existence d'altérations du parenchyme thyroïdien en dehors de toute hypertrophie apparente. Cette relation entre le goitre simple et la thyrocarcinose a toujours paru si nette à M. Poncet, qu'il considère comme une indication de l'extirpation des tumeurs goitreuses, la possibilité, à un moment donné, de leur dégénérescence. Les pays goitrigènes sont donc ceux où on observera à peu près exclusivement la thyrocarcinose. Tumeurs bénignes et tumeurs malignes du corps thyroïde ont la même répartition géographique.

II

Les bouleversements anatomiques, que subit une glande atteinte de cancer, modifient de manière profonde la quantité et la nature de ses sécrétions. Les cellules épithéliales ont proliféré abondamment, et sont revenues à l'état embryonnaire et leurs rapports avec les canaux excréteurs, et les vaisseaux lymphatiques et sanguins, se sont transformés. Il est donc logique que, à leur tour, les produits de l'activité glandulaire, subissant l'influence de ces changements, s'exagèrent, ou se suppriment, ou s'altèrent.

Dans la dégénérescence maligne des glandes à fonction importante, ces phénomènes ont été mainte et mainte fois constatés. Les cellules pancréatiques cancéreuses ne peuvent plus former les produits, qui, déversés dans l'appareil circulatoire, règlent, de manière directe ou indirecte, la teneur en sucre du sang; et la glycosurie apparaît alors.

La suppression et surtout l'altération d'une sécrétion normale, sont d'autant plus importantes, que l'épithélium malade est plus hautement différencié; chacun connaît la rapidité avec laquelle survient la cachexie dans le cancer de la muqueuse gastrique.

La dégénérescence de la glande thyroïde, dont l'existence est indispensable à l'organisme, est suivie fatalement de troubles sécrétoires, en rapport avec la nature et l'étendue des lésions. Nous savons que ces lésions varient depuis l'adénome malin, où les cellules épithéliales ne sont pas modifiées, jusqu'au cancer à éléments embryonnaires, en passant par toute une série de formes intermédiaires de malignité progressivement croissante; nous savons aussi que quelques noyaux cancéreux peuvent exister seuls au milieu d'une glande saine, tandis que, dans d'autres cas, il est impossible de trouver une parcelle de tissu glandulaire normal, au milieu des masses néoplasiques qui ont envahi le corps thyroïde tout entier. La nature et le rôle des sécrétions de ces tumeurs doivent être aussi variables que leur aspect anatomique.

L'étude histologique et chimique de la glande dégénérée et de ses métastases, complétée par l'observation clinique, nous montre, que, dans le cancer, la fonction thyroïdienne est modifiée par l'exagération et l'altération des sécrétions, ou bien par leur suppression.

A. Exagération et altération de l'activité thyroïdienne. Hyperthyroidation et dysthyroidation dans le cancer. — La glande thyroïde sécrète une substance facilement visible. L'examen d'une coupe de tumeur thyroïdienne renseigne immédiatement sur la présence ou l'absence de substance colloïde, et sur sa quantité. Dans les adénomes malins, on l'aperçoit, au centre des vésicules; dans les tumeurs plus jeunes, elle s'infiltre entre les cellules épithéliales, et dans les tumeurs tout à fait embryonnaires elle disparaît complètement, le simple examen ne donne des indications que sur la quantité de substance colloïde secrétée; il montre également que les voies d'excrétion sont modifiées par les changements de l'architecture connectivo-vasculaire de la glande.

Quant à la qualité de cette substance colloïde, il est infiniment probable qu'elle varie avec l'âge de la cellule, et que la sécrétion d'une cellule épithéliale jeune est différente des produits de l'activité d'une cellule adulte. Les propriétés histochimiques de ces produits de sécrétion permettent d'apprécier leurs modifications. Cette étude n'a pas été faite encore dans le cancer thyroïdien, mais, dans ses recherches sur le goitre exophtalmique, M. Renaut a montré que les matières sécrétées dans les follicules néoformés, ne sont pas les mêmes que dans les follicules plus anciens. Cette matière jeune ne se colore pas par l'éosine, elle est identique à la substance brillante qu'on trouve dans la thyroïde d'un fœtus de trois mois. Cette substance, que sécrète l'épithélium thyroïdien, quand il est jeune, M. Renaut la nomme thyromucoïne, réservant le nom de thyrocolloïne au produit de sécrétion normale qui répond, comme constitution histochimique, à la matière colloïde telle qu'on la connaît.

Ces faits montrent que la quantité et la nature du produit de sécrétion varient avec l'âge de la cellule, conclusion que le raisonnement faisait prévoir. Il sera facile d'étudier, à l'avenir, quelles sont, dans le cancer, les modifications histochimiques de la substance colloïde.

Les examens chimiques de la glande thyroïde ont montré que la présence de l'iode, du brome et de l'arsenic constitue le meilleur signe de son activité. La recherche du brome et

(1) Rollet. Note sur deux cas de cancer du corps thyroïde à forme suraiguë, *Gaz. méd. de Paris.* 1888.

(2) Rabé. Sarcome du corps thyroïde, *Bull. de la Soc. anat.*, 1897.

de l'arsenic n'a été pratiquée encore que sur des glandes thyroïdes normales. Quant à l'iode, certaines tumeurs malignes en contiennent, tandis que certaines autres n'en renferment aucune trace. Ewald (1) examinant par la méthode de Baumann, un adéno-carcinome de la glande thyroïde, qui avait subi la dégénérescence graisseuse et formait une bouillie informe, ne trouva pas d'iode. Au contraire, M. Dor, étudiant, au même point de vue, un épithéliome thyroïdien, extirpé à un de nos malades, a trouvé de l'iode en quantité notable. Il s'agissait d'un cancer encore au début, développé chez un homme qui présentait des signes de dysthyroïdation.

En somme, ces recherches histologiques et chimiques montrent que, suivant la forme et l'étendue du cancer, suivant qu'il y a hyperproduction ou suppression des éléments sécréteurs, on constate une exagération ou plutôt une adultération de l'activité sécrétoire, ou bien une suppression complète.

Les symptômes généraux, qui accompagnent l'évolution du cancer thyroïdien, présentent une physionomie spéciale, en rapport avec les transformations fonctionnelles de la glande.

On sait que la cachexie cancéreuse, loin de consister simplement en un phénomène banal d'affaiblissement dû à l'ulcération du néoplasme, aux hémorragies ou aux douleurs, est une véritable intoxication chronique, capable d'évoluer parfois de façon aiguë, et d'atteindre ainsi une grande rapidité d'action. Les sécrétions, supprimées ou adultérées par la dégénérescence maligne, varient avec chaque glande. Aussi n'est-il pas étonnant que le cancer du corps thyroïde marque l'organisme tout entier d'une empreinte différente de celle qui caractérise par exemple le cancer de l'estomac ou le cancer du pancréas.

Après avoir examiné les signes de la cachexie cancéreuse thyroïdienne, nous verrons qu'il est possible de la considérer comme une intoxication due aux modifications de la sécrétion glandulaire, comme un phénomène de dysthyroïdation.

La thyrocarcinose n'altère souvent l'état général que d'une manière fort tardive. Mais, avant l'apparition de la cachexie décrite par les auteurs classiques, on voit survenir un certain nombre de phénomènes, qui coexistent rarement chez le même malade, mais se concentrent à l'état isolé chez un grand nombre.

1° *Signes cardio-vasculaires, tremblement, exophtalmie, amaigrissement rapide.* — La tachycardie est signalée dans beaucoup d'observations, accompagnée ou non de palpitations. Le tremblement, présente, dans le cancer, des caractères analogues à celui de la maladie de Basedow. Quand à l'exophtalmie, c'est un phénomène beaucoup plus rare, bien qu'il soit signalé dans plusieurs de nos observations. L'amaigrissement rapide est un signe fréquent.

Il est exceptionnel de rencontrer simultanément ces trois symptômes : cependant le goitre malin se manifeste parfois, au début de son évolution, sous l'aspect du goitre exophtalmique. M. Bouveret a bien voulu nous communiquer l'observation d'un malade qui, goitreux depuis de longues années, vit sa tumeur subir brusquement un accroissement rapide, en même temps qu'apparaissaient les signes habituels de la maladie de Basedow. La suite de son histoire montra qu'il s'agissait d'un cancer thyroïdien.

Nous savons, depuis les recherches de M. Renaut, que les troubles basedowiens sont dus, dans certains cas, à une véritable intoxication par les produits modifiés de la glande thyroïde, intoxication comparable à celle du thyroïdisme expérimental. L'apparition de ces signes, dans le cancer, s'explique plus facilement encore ; la quantité et la qualité de la sécrétion ont changé; et la glande déverse dans la circulation des produits anormaux, une iodothyrine adultérée, qui provoque, de la part de l'organisme, des réactions variées, de forme basedowienne.

2° *Troubles vaso-moteurs et thermiques.* — Les malades se plaignent parfois d'une sensation perpétuelle de chaleur ; ou de bouffées congestives; ils se figurent avoir la fièvre.

Celle-ci existe d'ailleurs, de façon réelle, quoique beaucoup de malades atteints d'épithéliome thyroïdien soient demeurés apyrétiques pendant toute la durée de leur séjour à l'hôpital.

Lorsqu'elle existe, l'élévation de température est peu considérable : 38 degrés, 38°5, 39 degrés, et ne s'accompagne pas d'un état général fébrile. Elle est due, probablement comme la fièvre thyroïdienne décrite par MM. Poncet et Bérard à la suite des opérations de goitre, au passage, dans la circulation sanguine, des produits de sécrétion de la glande malade dont la toxicité est augmentée par la dégénérescence de l'élément épithélial sécréteur.

3° *Troubles de la sécrétion urinaire.* — L'analyse complète de l'urine a été rarement pratiquée dans le cancer. Nous avons recherché chez quelques-uns de nos malades les variations de l'albumine, de l'urée et du sucre. Les résultats ont été assez variables. Chez un vieillard, malade depuis plusieurs mois, 7 grammes 5 d'urée étaient éliminés en vingt-quatre heures ; ni sucre ni albumine. Au contraire, une femme encore jeune, atteinte depuis peu de temps d'un épithéliome à marche rapide, perdait par jour 56 grammes d'urée, et l'urine était albumineuse. Un dernier malade présenta un phénomène beaucoup plus intéressant encore. Cet individu était porteur d'un épithéliome thyroïdien. Il s'était beaucoup amaigri et se plaignait de palpitations. Son urine contenait, par vingt-quatre heures, 30 grammes d'urée, de l'albumine et du sucre. La tumeur fut extirpée, et les jours suivants, nous avons vu l'albumine et le sucre disparaître, et le taux de l'urée tomber à 10 grammes.

Ce fait montre, de façon évidente, le mode d'action d'une d'une tumeur maligne thyroïdienne sur les échanges interstitiels. Pendant la période où le néoplasme versait dans la circulation ses produits adultérés, le taux de l'urée était élevé, et l'urine contenait de l'albumine et du sucre. Et ces désordres étaient bien en rapport direct avec la tumeur, puisque son extirpation les supprima.

D'ailleurs, on sait, depuis longtemps déjà, que la glande thyroïde joue dans les échanges nutritifs un rôle imprécis encore, mais certainement important. Après la thyroïdectomie totale, l'excrétion de l'azote subit une notable diminution ; le taux de l'urée et de l'acide urique s'abaisse également; d'après Vermehren, il y aurait 6 ou 7 grammes d'azote éliminé en moins. Au contraire, à la suite de l'opothérapie thyroïdienne, la suractivité de la désassimilation des matériaux albuminoïdes se manifeste par une augmentation de l'excrétion de l'azote, qui peut atteindre le triple de la quantité normale, par l'accroissement de la quantité de

(1) Ewald. De l'iode dans un adéno-carcinome de la thyroïde et ses métastases, *Wien. klin. Wochens.*, 1896.

l'urée éliminée et même, lorsque la dénutrition devient intense, par de la glycosurie alimentaire, transitoire ou permanente. Cette propriété du suc thyroïdien doit être rapprochée de ce fait, qu'on peut provoquer aisément chez les basedowiens une glycosurie alimentaire, en leur faisant ingérer une petite quantité de sucre. Il n'est pas rare de trouver du sucre dans leur urine. Cette glycosurie peut être due à l'action du produit adultéré de la sécrétion thyroïdienne sur la région bulbaire, dont l'irritation détermine le plus souvent le diabète nerveux.

Il est donc prouvé que l'hyperthyroïdation et l'hypothyroïdation ou les altérations des produits thyroïdiens dans la maladie de Basedow, s'accompagnent de modifications des échanges interstitiels. Par conséquent, on ne doit pas s'étonner de voir la dysthyroïdation d'un organisme en puissance de cancer thyroïdien se traduire par des phénomènes à peu près analogues.

4° *Cachexie.* — La cachexie proprement dite, amaigrissement, perte des forces, etc., n'apparaît qu'à une époque si tardive que bien souvent les malades meurent d'accidents de compression avant qu'elle se soit montrée. Il semble que l'épithéliome thyroïdien sécrète une substance presque identique à l'idothyrine normale et dont l'influence sur l'organisme ne se traduit d'abord que par les troubles que nous avons étudiés plus haut. On voit des malades atteints depuis plusieurs mois d'énorme tumeur thyroïdienne, respirant mal, se plaignant d'éprouver des douleurs au moment de la déglutition, qui, cependant, ne présentent pas le moindre signe de cachexie.

Au contraire, certaines formes aiguës ont une malignité redoutable et une allure hypertoxique. Avant l'apparition de la tumeur cervicale, le malade s'amaigrit et se cachectise, la température s'élève et la mort arrive en quelques semaines. La sécrétion thyroïdienne paraît alors profondément modifiée, les cellules sécrètent des substances toxiques qui provoquent des accidents de dysthyroïdation aiguë.

En somme, il est permis de considérer la cachexie cancéreuse thyroïdienne comme possédant une individualité très nette, quoique l'inconstance des signes généraux rende parfois sa recherche difficile. Ces phénomènes, disparates au premier abord, peuvent se réunir en un groupe homogène. En effet, la tachycardie et les palpitations, les tremblements et les contractures, l'exophtalmie, la fièvre, l'amaigrissement extrême, les troubles de l'urine, les signes d'intoxication rapide constituent un syndrome dont l'analogie avec la maladie de Basedow, et l'hyperthyroïdation expérimentale ou thérapeutique, est frappante.

Il ne s'agit, d'ailleurs, que d'une ressemblance grossière. Entre les signes de l'hyperthyroïdation, de la maladie de Basedow, et du cancer thyroïdien, les différences sont profondes. La variabilité très grande des signes généraux, leur inconstance, leur allure toxique, la prédominance de quelques-uns d'entre eux, distinguent toujours de l'hyperthyroïdation, la thyrocarcinose qui se rapproche parfois davantage de la maladie de Basedow.

La glande malade jette dans la circulation des produits anormaux, viciés dans leur quantité ou leur qualité, comme l'a montré déjà d'autre part l'étude directe de l'organe. Et il faut conclure que l'organisme sur lequel végète un goitre malin est dans un état de dysthyroïdation, dont la cachexie cancéreuse thyroïdienne est l'expression clinique.

B. Suppression de la sécrétion thyroïdienne. Rôle des métastases. — Lorsque dans la glande cancéreuse il n'existe plus d'éléments sécréteurs, la fonction thyroïdienne se trouve abolie. On voit souvent le corps thyroïde tout entier transformé en une masse puriforme, une bouillie dans laquelle n'existe plus aucun lobule sain. D'ailleurs, Ewald, dans l'observation citée plus haut, a constaté une absence totale d'iode dans la tumeur primitive. Et cependant, bien que cette suppression fonctionnelle soit complète, on ne voit jamais apparaître de signes d'hypothyroïdation. C'est un caractère très important du cancer thyroïdien, car la syphilis, qui produit des lésions presque identiques, s'accompagne de myxœdème, lorsque la portion de glande détruite est trop étendue.

Dans le cancer thyroïdien, le myxœdème ne se montre jamais, parce que les métastases ganglionnaires, osseuses, ou viscérales jouent le rôle de glandes thyroïdes accessoires, comme l'ont démontré Bontsch (1), Metzner (2), von Eiselsberg (3), et Schmidt (4).

Les métastases goitreuses possèdent habituellement une structure identique à celle de la glande thyroïde normale et doivent, par conséquent, en avoir les propriétés. Schmidt, après avoir constaté que les noyaux secondaires contiennent une matière colloïde, semblable à celle de la tumeur primitive, matière colloïde qu'il considère comme le véritable produit de sécrétion des cellules épithéliales, admet que ces métastases ont une activité sécrétoire réelle. D'ailleurs, les recherches d'Ewald, que nous avons citées déjà, montrent bien que les métastases sont tout à fait comparables, à ce point de vue, à des glandes thyroïdes accessoires : en effet, cet auteur, étudiant des noyaux métastatiques développés dans les poumons et les ganglions bronchiques d'un individu mort d'adénocarcinome de la thyroïde, y trouva des quantités très appréciables d'iode, tandis que la tumeur primitive n'en contenait pas.

Et sans doute la présence de ces noyaux secondaires, en état d'activité sécrétoire, avait préservé le malade des atteintes du myxœdème.

En effet, les expériences de von Eiselsberg ont démontré depuis longtemps qu'il n'est pas besoin que la glande thyroïde se trouve à sa place habituelle pour avoir un rôle utile; il suffit que ses produits soient versés dans la circulation, de telle sorte qu'une métastase osseuse ou pulmonaire fonctionne de manière aussi efficace que la glande cervicale. Dans certaines autopsies, on trouve des lésions si avancées de la glande thyroïde, que son rôle sécréteur est d'une insuffisance évidente. Sievenkinh rapporte l'observation d'un homme de quarante-deux ans, atteint de dégénérescence sarcomateuse de la glande thyroïde avec sarcomatose généralisée, qui ne présentait aucun phénomène de cachexie thyréoprive, bien que la glande fût détruite presque complètement; elle était suppléée sans doute par les noyaux secondaires du foie, des reins, de l'épiploon, de l'intestin grêle et du rectum, qui se comportaient comme les greffes thyroïdiennes expérimentales chez les animaux.

Aussi l'ablation de ces métastases peut-elle être dangereuse et provoquer l'apparition du mxyœdème. L'observa-

(1) Bontsch. *Ueber das Vorkommen von Metastasen bei gutartigen Krapf.*

(2) Metzner. Th. de Marbourg, loc. cit.

(3) Von Eiselsberg. Uber physiologische Funktion eines im Struma zur Entwicklung gekommenen Krebsigen Schilddrüsenmetastase, *Arch. f. klin. Chir.*, 1894.

(4) Schmidt. *Virchow's Archiv*, 1897.

tion suivante de Von Eiselsberg en est un exemple typique.

Von Eiselsberg enleva, à une femme de quarante ans, un goitre qui depuis quelque temps provoquait de la dyspnée; l'examen histologique montra qu'il s'agissait seulement de noyaux adénomateux. Peu de temps après l'opération, apparurent les premiers symptômes d'une cachexie thyréoprive, qui guérit deux ans plus tard, après le développement d'une tumeur dans le manubrium. Cette tumeur fut enlevée, et l'examen montra un néoplasme malin, formé, non pas de tissu thyroïdien normal, mais d'un carcinome à cellules cylindriques, dans l'intervalle desquelles se trouvait de la substance colloïde. Après cette dernière opération, apparurent de nouveau, les signes de la cachexie strumiprive, qui, cette fois, ne rétrocéda plus.

Dans cette altération, qui a la netteté d'une expérience, on voit qu'un noyau cancéreux secondaire possédait des propriétés à peu près analogues à celles du tissu thyroïdien normal, puisqu'il a été capable de guérir des accidents myxœdémateux, déterminés par l'extirpation de la glande malade.

En résumé, de l'ensemble des faits que nous venons d'exposer, il est possible de présenter les conclusions suivantes, au sujet des fonctions des tumeurs thyroïdiennes et de leurs métastases :

1° *La sécrétion de la glande thyroïde malade peut être exagérée, viciée, diminuée ou supprimée.*

2° *L'exagération, la diminution et l'adultération sécrétoire se traduisent par des symptômes que nous englobons sous le nom de dysthyroïdation, et qui varient depuis les phénomènes légers de basedowisme, jusqu'à la cachexie à marche suraiguë.*

La pathogénie de ces accidents nous paraît, suivant la remarque de M. Poncet, reconnaître un double mécanisme. Lorsqu'il s'agit d'une dégénérescence d'un goitre encapsulé, et par suite isolé, dans une certaine mesure, du parenchyme ambiant, le tissu thyroïdien normal subit une sorte d'irritation mécanique. A ce rôle d'épine, vient s'ajouter plus ou moins rapidement la fonction propre du néoplasme, c'est-à-dire la sécrétion d'un poison thyroïdien spécial. La dysthyroïdation, en pareil cas, peut donc avoir deux causes, excitation anormale des parties saines de la glande, et pénétration des produits néoplasiques dans la circulation. A-t-on affaire à un goitre cancéreux massif, c'est-à-dire à une dégénérescence envahissant rapidement tout le tissu thyroïdien, la sécrétion est rapidement viciée, et les signes d'intoxication apparaissent, conséquence immédiate de la transformation du parenchyme normal.

3° *Lorsque la sécrétion est supprimée, par suite de la disparition complète des éléments glandulaires, les signes d'hypothyroïdation ne se produisent pas, parce que les métastases se comportent comme des glandes thyroïdes accessoires et s'opposent ainsi à la venue du myxœdème.*

FORMULAIRE

Pastilles contre la fétidité de l'haleine.

Café en poudre	45	grammes.
Charbon végétal	15	—
Sucre en poudre	15	—
Vanille	15	—
Mucilage de gomme du Sénégal.	Q. S.	

Mêlez pour faire des pastilles de 1 gramme (cinq à six par jour).

CANCER EN NAPPE DE L'ESTOMAC

RÉSECTION TOTALE. ABOUCHEMENT TERMINO-TERMINAL DU DUODÉNUM ET DE L'ŒSOPHAGE (1)

Par M. Victor PAUCHET (d'Amiens),
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Mme L..., institutrice, cinquante ans, souffre depuis longtemps de troubles dyspeptiques avec conservation d'un bon état général. Sa gastropathie est caractérisée par des douleurs épigastriques accompagnant l'ingestion des aliments et irradiant vers le dos. Cette sensation l'empêche de se redresser. Pas de vomissements, l'appétit est bon, un peu de constipation.

En février 1900, elle consulte M. Viger (d'Abbeville) qui évacue le contenu de l'estomac à jeun et fait l'examen chimique du suc gastrique après un repas d'épreuve. Cet examen révèle l'absence complète de stase, une notable diminution de l'acidité totale, et l'absence d'HCl libre. A cette époque la malade ne souffre plus mais elle maigrit, perd ses forces et présente des vomissements alimentaires ou aqueux. M. Viger prescrit un régime dirigé contre l'hypo-acidité.

En mai 1900, M. Viger revoit la malade. Celle-ci maigrit de 1 kilog par semaine, perd ses forces, les liquides seuls sont digérés, les autres substances, même les œufs crus, sont vomies. Mon confrère m'adresse alors la malade avec le diagnostic suivant : néoplasie très probable de l'estomac, siégeant en un point impossible à déterminer, mais non au pylore, avec possibilité d'une intervention justifiée par l'état général encore bon, et la date encore peu éloignée du début de la maladie.

Le 20 mai 1900, quelques jours avant l'opération, je vois la malade; par le palper je ne perçois ni masse ni clapotage; par l'insufflation, j'arrive à introduire à peine quelques bulles d'air et j'en conclus que l'estomac est petit et rétracté.

Le 23 mai, j'opère la malade avec l'aide de MM. Viger et Bailey. A l'ouverture du ventre, je trouve un gâteau épiploïque recouvrant une masse indurée qui doit être l'estomac infiltré par le néoplasme. Je sectionne le ligament gastro-colique au ras du côlon transverse, sur une longueur de 15 centimètres environ. En séparant, de ses adhérences coliques, l'estomac et la masse épiploïque qui lui adhérait, je déchire le mésocôlon transverse sur la surface égale à celle d'une paume de main environ. Je sectionnai ensuite le petit épiploon dans toute sa longueur au ras de la petite courbure. Ainsi dégagé, l'estomac se montra petit, rétracté comme à l'état de jeûne, les deux tiers de l'organe étaient fortement épaissis et indurés. Je décidai de réséquer la plus grande partie de cet organe, en ménageant simplement le cardia avec une partie de la grosse tubérosité, et de suturer ensuite bout à bout les deux orifices suivant le procédé de Billroth. J'emploie ce dernier procédé dans les pylorectomies depuis que M. Ricard l'a réhabilité, et en a fait connaître la simplicité comme la bénignité. Comme le duodénum était très souple et paraissait indemne de toute infiltration néoplasique, je commençai l'exérèse à 1 centimètre à peine du pylore et j'enlevai ainsi les deux tiers de l'organe.

Cette résection étant faite, je constatai que la portion de l'estomac laissée en place ne paraissait pas saine, qu'elle se laissait écraser par les clamps, et couper par les aiguilles. Je sectionnai donc les vaisseaux courts et le ligament gastro-splénique. La grosse tubérosité et l'œsophage se laissè-

(1) Communication à la Société de chirurgie, 20 juin 1900.

rent alors attirer avec une étonnante facilité. Je séparai l'estomac au niveau du cardia par une section transversale et j'essayai de l'amener au contact du bout duodénal. Le contact était possible à condition de mettre en jeu l'élasticité des tissus. Je tentai alors d'amener au niveau de l'orifice cardiaque une anse jéjunale, mais je reconnus à cette manœuvre deux inconvénients. Tout d'abord, l'anse jéjunale, pour être ainsi attirée, formait un coude très prononcé et susceptible de gêner le cours des aliments, d'autre part, le côlon tranverse, séparé de ses attaches gastriques, tendait à tomber vers le bassin en se coudant lui-même sur le mésentère de l'anse jéjunale, j'aurais pu sans doute passer l'anse grêle au travers de la brêche accidendelle du mésocolon. Mais j'augmentais les chances d'étranglement. Dans l'alternative de coudre bout à bout les deux orifices en laissant aux tissus le risque d'exercer une traction sur les sutures ou d'anastomoser une anse jéjunale avec possibilité d'un étranglement ultérieur, je choisis le procédé le plus rapide et le plus simple et j'unis les deux orifices par deux plans de suture à la soie. L'application de cette suture fut délicate. Je posai d'abord un premier rang de points séparés, comprenant toute l'épaisseur des parois. Je fis ensuite un surjet séro-séreux. L'orifice duodénal étant plus large que le cardia je dus commencer par le rétrécir d'un tiers avant de pratiquer l'œsophago-duodénoraphie. Quand la continuité du canal digestif fut rétablie, il restait au-devant de la colonne vertébrale un tube obliquement dirigé en bas et à droite, et allant du diaphragme vers la deuxième portion du duodénum. J'examinai alors le côlon pour me rendre compte de l'intégrité de ses vaisseaux nourriciers, je le pressai entre les doigts et je vis que malgré la section du ligament gastro-colique et la déchirure méso-colique, les vaisseaux sillonnant sa surface continuaient à recevoir l'ondée sanguine. Je réparai donc par quelques sutures la brèche méso-colique et fermai le ventre sans drainer.

Les suites opératoires furent d'une simplicité extrême. Pendant trois jours, la malade reçut dans les muscles de la cuisse deux litres d'eau salée par vingt-quatre heures, à seule fin de l'empêcher de boire. Le quatrième jour elle commença à prendre du lait. Le sixième jour, elle goba quelques œufs crus. Le quinzième jour, elle se levait ; et le dix-septième jour quittait ma clinique.

Quelques jours après l'opération, je présentai la pièce à la Société médicale de Picardie.

Cette pièce se composait des deux portions de l'estomac que j'avais successivement enlevées. L'une comprenait le pylore et les deux tiers de l'organe, l'autre représentait la grosse tubérosité. L'orifice résultant de la section transversale immédiatement sous-jacente au cardia permettait l'introduction du pouce. On constatait en outre, sur cette pièce, un chapelet de ganglions indurés le long des deux courbures et une grosse masse d'épiploon adhérente à la face antérieure de l'estomac, sur une surface limitée.

En fendant l'organe suivant sa petite courbure, on voyait que l'infiltration néoplasique commençait nettement à l'orifice pylorique sans empiéter sur le duodénum et qu'elle se continuait sur le reste de l'organe en s'effaçant progressivement pour disparaître à quelques centimètres du cardia. Dans l'antre pylorique, on constatait l'existence d'un ancien ulcère pouvant encore admettre la pulpe de l'index et répondant extérieurement au point précis où la masse épiploïque adhérait à la face antérieure de l'estomac. C'était sur les confins de cet ulcère que l'infiltration cancéreuse donnait le plus d'épaisseur aux parois de l'organe.

Cette observation nous permet de noter les points suivants :

I. La bénignité des symptômes limités à quelques troubles dyspeptiques, chez une femme qui avait porté successivement un ulcère et un cancer d'estomac.

II. Le rôle protecteur de l'épiploon qui a un moment donné a défendu la cavité péritonéale contre la perforation de l'organe.

III. Le rôle mainte fois noté de l'ulcère comme point de départ d'un cancer en nappe de l'estomac.

IV. La bénignité de l'intervention et surtout l'absence absolue de choc à la suite d'une opération en apparence grave.

La pièce fut examinée par mon ami et collègue d'internat M. Meslay :

« Le morceau examiné de l'estomac a été choisi sur le bord de la plaque la plus large, après fixation au formol, inclus au collodion, coloré à l'hématoxyline-éosine, monté dans le baume. Sur la bordure muqueuse de la coupe on voit les glandes de cette muqueuse très hypertrophiées, avec amas lymphoïdes par places. Au-dessous, la muscularis mucosæ est hypertrophiée et se confond avec la sous-muqueuse qui est très scléreuse.

Sur la plus grande largeur de la coupe, la limite entre la muscularis mucosæ et la sous-muqueuse est respectée, sauf en quelques endroits où cette couche est envahie par des traînées épithéliales qui se détachent du fond des culs-de-sac glandulaires. Dans cette couche, les cellules épithéliales dessinent de larges placards entourés de cellules embryonnaires, ce sont des cellules à noyaux volumineux polygonaux par pression réciproque, ces traînées épithéliales ont par place une régularité et un contour net qui caractérise une lymphangite cancéreuse. L'infection épithéliale envahit également la tunique musculaire de l'organe sous forme de boyaux larges fusant entre des vaisseaux musculaires lisses épaissis et atteignent la lame conjonctive sous-péritonéale.

Sur les bords de l'ancien ulcère les lésions épithéliales sont au maximum. La muqueuse atteint la couche musculaire de l'organe ; sans interposition de sous-muqueuse, sur le point répondant au fond de l'ancien ulcère, on voit des éléments épithéliaux irréguliers ou cerclés par un tissu de fibrose et au-dessous se détachent des traînées épithéliales qui dissocient jusqu'au tissu sous-péritonéal les fibres musculaires lisses. »

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(21 JUIN 1900)

Depuis quelque temps les discussions à la Société de chirurgie prennent un caractère de polémiques personnelles qui est plutôt fâcheux. Dans la dernière séance c'était M. Picqué qui prenant part à la discussion sur l'**asepsie**, formulait un certain nombre de critiques sur le service que dirigeait, à Bichat, M. Terrier. Naturellement, M. Terrier n'accepte pas ces critiques dont il démontre l'inexactitude et défend, non sans quelque amertume, et son service et ses statistiques.

La discussion sur la **tuberculose rénale** était close. M. Bazy l'a ouverte de nouveau pour combattre avec la plus grande énergie le cathétérisme de l'uretère, défendu, dans la der-

nière séance, avec tant de conviction et d'habileté, par M. Albarran. Pour M. Bazy une néphrotomie exploratrice est moins dangereuse que le cathétérisme de l'uretère à travers une vessie infectée. A l'appui de cette opinion, M. Bazy invoque des faits et des arguments qui ont certainement leur valeur; il en appelle non seulement à ses propres faits, mais à ceux de plusieurs de ses collègues, de Routier, de Ricard, etc. Il vante de nouveau l'utilité et l'immunité absolue de l'épreuve par le bleu de méthylène. Dans cette communication très intéressante de M. Bazy, à côté des faits d'ordre scientifique se trouvent des critiques un peu trop personnelles à l'égard d'un collègue, critique que nous ne reproduirons pas.

MM. Kirmisson, Delbet, Walter et Reynier ont élevé quelques protestations contre cette condamnation trop absolue du cathétérisme de l'uretère, en ajoutant avec raison que ceux qui ne savaient pas le faire feraient peut-être mieux de l'apprendre que de le repousser de parti pris sans le connaître.

Retenons de cette discussion que, si le cathétérisme de l'uretère est un procédé d'examen difficile, délicat, demandant une certaine habitude, il n'en reste pas moins un moyen de diagnostic ingénieux, non sans valeur et pouvant, dans certains cas plus ou moins exceptionnels, rendre de grands services. Si M. Albarran en a peut-être un peu trop vanté les avantages, reconnaissons que M. Bazy s'est montré pour lui beaucoup trop sévère.

M. Rochard a fait un rapport sur une observation de M. Morestin. Il s'agit d'une femme, venant d'accoucher, qui fut prise de phénomènes d'**occlusion intestinale aiguë**. Elle se trouvait dans un état des plus graves, et on sentait une tuméfaction sur le côté gauche de l'ombilic. M. Morestin fit la laparotomie et trouva une anse intestinale tordue passant à travers un orifice de son propre mésentère et étranglée par cet orifice. Il y avait donc double cause d'obstruction. M. Morestin a eu la bonne fortune de se trouver tout de suite sur le siège de l'étranglement, de n'avoir pas de recherches à faire et de pouvoir très vite lever les deux obstacles qui s'opposaient au cours des matières. Aussi sa malade a-t-elle parfaitement guéri.

M. Pauchet (d'Amiens) a communiqué une intéressante observation de **résection totale de l'estomac**. (Voir plus haut, p. 720.)

M. Broca a relaté un cas de **hernie enkystée dans un kyste du cordon** observé par M. Chenavaz.

M. Monod a communiqué un fait d'**obstruction intestinale** par l'appendice formant bride.

MM. Potherat et Walter ont observé des cas analogues.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — M. le médecin principal Bellot, du cadre de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur le transport la *Nive* au lieu et place de M. le docteur Prat.

— M. le médecin de première classe Depied, du cadre de Toulon, est désigné pour embarquer sur le *Terrible* (division des garde-côtes), en remplacement de M. le docteur Bourit.

— M. le médecin de première classe Hagen, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur le *Friant* à Brest.

— MM. les médecins de deuxième classe Mielvaque et Aldebert, du cadre de Lorient, sont désignés pour embarquer sur le transport de première classe la *Nive*, en armement à Toulon.

— M. le médecin de première classe Labadens, du cadre de Rochefort, est désigné pour remplir les fonctions de médecin-major de la défense mobile à Rochefort, en remplacement de M. le docteur Chassériaud.

— M. Aurégan, médecin de deuxième classe du port de Brest, est désigné pour embarquer sur l'aviso *Ibis*, en remplacement de M. le médecin de deuxième classe Bavay.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 24e semaine, 942 décès, chiffre voisin de celui de la semaine précédente (1,004).

La fièvre typhoïde a causé 14 décès; la rougeole présente une grande diminution (18 au lieu de 38 la semaine précédente). La scarlatine n'a causé que 1 seul décès; la coqueluche, 6; la diphtérie, 5. Il n'y a pas eu un seul décès par variole.

La diarrhée infantile a causé 44 décès de 0 à 1 an, presque tous (35) dans les dix derniers arrondissements, c'est-à-dire dans les arrondissements pauvres de la périphérie. Les chaleurs persistantes que nous traversons font craindre que ce chiffre ne s'élève encore; on ne saurait trop recommander aux familles de veiller avec plus de soin que jamais à la bonne qualité du lait servi aux enfants et à la méticuleuse propreté des vases dans lesquels ce lait leur est présenté.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 92 décès, au lieu de 132 pendant la semaine précédente et au lieu de 86, moyenne ordinaire de la saison.

XIIIe Congrès international de médecine. — Un Comité des dames s'est formé sous la présidence de Mmes Lannelongue et Brouardel. Ce Comité disposera, à la Faculté de médecine, d'une très belle salle où les « Dames congressistes » pourront retirer leurs insignes, se réunir et trouver, auprès des dames membres du Comité, tous les renseignements qui leur seront utiles.

Nous rappelons que, pour recevoir, en temps utile, leur carte et leur feuille de chemin de fer, les membres du Congrès ont le plus grand intérêt à envoyer, le plus tôt possible, leur adhésion au bureau du Congrès, 21, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

Les amis et élèves du docteur Riche se proposent de lui offrir à l'occasion de sa nomination aux hôpitaux, un banquet.

Ils se réuniront le samedi 30 juin, à sept heures et demie du soir au pavillon Ledoyen, avenue des Champs-Élysées.

La cotisation est fixée à 20 francs.

Prière d'envoyer les adhésions à MM. Grenet et Piquand, internes à la Charité, avant le 26 juin.

Mission scientifique. — Le Collège des maladies tropicales envoie dans le sud de l'Amérique une expédition scientifique humanitaire. Cette expédition, qui passera d'abord par le Canada et les États-Unis, se rendra au Para. Elle a pour objet d'étudier la fièvre jaune, la dysenterie et les autres maladies du sud de l'Amérique, qui portent atteinte aux intérêts commerciaux britanniques et causent la mort de tant de marins anglais.

Hôpital Saint-Joseph. — Un concours pour cinq places d'internes, dont une pour les spécialités, s'ouvrira à l'hôpital à l'hôpital Saint-Joseph, le lundi 2 juillet.

Les internes sont nommés pour deux ans : ils reçoivent un traitement annuel de 600 francs, une indemnité de logement de 500 francs et prennent à l'hôpital le petit déjeuner du matin et le repas du midi.

Pour tous renseignements, s'adresser ou écrire à l'hôpital Saint-Joseph, 5, rue Pierre-Larousse, à l'administrateur délégué.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Contancin, sénateur de la Vienne; Hinglais, médecin de colonisation de Ouled-Soltan, qui a succombé à l'âge de trente-trois ans aux suites du typhus contracté en soignant ses malades; Paul Marès, membre de l'Association des médecins du département d'Alger.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

Erratum. — Dans la Revue générale de M. Carrière sur les gastropathies cardiaques se sont glissées un certain nombre d'erreurs typographiques que nos lecteurs auront certainement rectifiées d'eux-mêmes :

P. 686, col. 2, ligne 32, *lire* l'examen du pharynx *au lieu de* l'examen des matières du pharynx; — ligne 39, *lire* hyperesthésie *pour* hypersthénie; — ligne 59, ou *pour* et.

P. 687, col. 1, ligne 18, intense *pour* abondant; — col. 2, ligne 54, bruits *pour* limites.

P. 688, col. 1, ligne 50, Einhorn *pour* Gendrin; — col. 2, note (*b*. et *c*.), hématine *pour* hémature.

P. 689, col. 1, ligne 46, hématémèse *pour* hématurie.

P. 690, col. 1, ligne 4, digitale *pour* systole; — col. 2, ligne 24, dyspepsie *pour* dyspnée; — ligne 54, décrivent *pour* deviennent.

P. 691, col. 1, ligne 28, principales *pour* puerpérales; — ligne 32, *supprimez* presque complètement.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Trois observations de polynévrites grippales, par MM. R. Cestan, chef de clinique, et L. Babonneix, interne, à la Salpêtrière. — Notes de clinique thérapeutique. Traitement du diabète sucré. La médication arsenicale, par M. Guihal, interne des hôpitaux. — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — Médecine pratique. L'azotate de plomb dans le chancre mou — Phosphate physiologique. — Intérêts professionnels. Un médecin peut-il, en engageant un remplaçant, lui imposer légalement l'obligation de ne pas venir s'établir ultérieurement comme médecin dans la même région? — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

TROIS OBSERVATIONS DE POLYNÉVRITES GRIPPALES

Par R. Cestan, chef de clinique, et L. Babonneix, interne, à la Salpêtrière.

L'existence des polynévrites grippales semble aujourd'hui définitivement établie. L'étude attentive des épidémies récentes démontre en effet que la grippe peut, à l'égal des autres infections, retentir sur le système nerveux périphérique pour y déterminer des lésions de siège et d'intensité variables.

Ces névrites, malgré leur extrême fréquence, sont encore assez souvent méconnues, et l'étiquette d'asthénie post-grippale a couvert bien des erreurs de diagnostic. Auss nous a-t il paru intéressant de relater quelques observations de névrite grippale recueillies dans le service de notre maître, le professeur Raymond, d'en souligner les principaux caractères cliniques, et d'indiquer enfin l'heureuse influence du traitement sur leur évolution.

Observation I. — *Névrite survenant au décours d'une grippe assez intense; début par œdème des malléoles, sensation de lourdeur et d'engourdissement des jambes. Paralysie des triceps fémoraux. Troubles de la sensibilité subjective et objective. Suppression des réflexes. Evolution rapide vers la guérison.* — M..., âgé de quarante-six ans, employé.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père mort de pneumonie. Mère bien portante, un peu nerveuse. Une sœur morte en couches. Nombreux parents bien portants.

Antécédents personnels. — Né à terme. A marché et parlé de bonne heure. Pas de convulsions dans l'enfance. Variole à trois ans.

En 1875, à vingt et un ans, a fait son service militaire en Algérie. Lors de son arrivée au régiment, le malade a contracté une bronchite qui a été soignée à l'hôpital, bronchite probablement simple, car elle n'a été ni accompagnée d'hémoptysies, de sueurs nocturnes, etc., ni suivie d'amaigrissement.

Depuis cette époque, et à chaque hiver, le malade aurait été atteint de grippe légère déterminant quelques symptômes pulmonaires et généraux, mais ne l'empêchant nullement de vaquer à ses occupations ordinaires.

Vers la fin de février 1900, *nouvelle attaque de grippe* survenant au plus fort de l'épidémie. Cette attaque, manifestement plus grave que les précédentes, s'est caractérisée par son invasion brusque et les symptômes habituels de la grippe : céphalée, état gastrique, asthénie. Au bout d'un mois, le malade entrait en convalescence lorsqu'il s'aperçut que ses *chevilles enflaient* et que *ses jambes devenaient lourdes après la marche.* En même temps survenaient par intermittences des *engourdissements* et des *picotements.*

Deux jours après, *apparition des mêmes phénomènes aux pieds*, enfin, dans l'espace d'une semaine, *la faiblesse et l'engourdissement gagnent les cuisses.* La marche devient alors difficile : le malade se plaint du peu de solidité de ses jambes : il lui arrive parfois, lorsqu'il a fait quelques pas, de fléchir sur ses genoux et de tomber.

Entrée à la Salpêtrière le 25 avril 1900.

Au moment de son entrée, le malade présentait les symptômes suivants :

Membres inférieurs. — *Motilité.* — A gauche, tous les muscles sont normaux, sauf le *triceps fémoral* dont la paralysie est complète; le malade ne peut détacher la jambe du plan du lit; il n'est plus capable de s'opposer à la flexion provoquée de la jambe sur la cuisse.

A droite, mêmes symptômes, un peu moins accusés toutefois.

Marche. — Le malade marche à petits pas prudents, réguliers, avec une sorte d'appréhension qu'il explique par la crainte de voir ses jambes se dérober sous lui.

Perte de l'équilibre dans le mouvement de demi-tour et aussi dans la station verticale.

Enfin, lorsque le malade est assis, il lui est absolument impossible de se relever seul : il lui faut un soutien auquel il s'accroche en prenant des points d'appui de plus en plus élevés.

Sensibilité. — Quelques troubles de la sensibilité subjective : *sensation de froid généralisée et à peu près continue* dans les deux membres inférieurs, surtout à gauche.

Pas d'hyperesthésie cutanée.

Sensibilité objective normale au tact, à la douleur et à la température. On note cependant une *légère douleur à la pression des masses musculaires.*

Pas de signe de Lasègue.

Réflexes. — Les réflexes du tendon d'Achille et du tendon rotulien sont *abolis*.

Signe de Babinski en flexion.

Réflexes cutanés normaux.

Troubles trophiques et vaso-moteurs. — La prédominance de l'atrophie musculaire à gauche, peu appréciable à la vue, est rendue évidente par la mensuration.

Jambes :	tiers inférieur...	droite 19cm	gauche 18cm
—	— moyen.....	— 28cm	— 28cm
—	— supérieur..	— 29cm	— 29cm
Cuisses :	tiers inférieur...	— 35cm	— 33cm
—	— moyen.....	— 43cm	— 42cm
—	— supérieur..	— 52cm	— 46cm

Pieds légèrement cyanosés.

Les *réactions électriques* ont été étudiées, pour ce cas comme pour les suivants, par M. Huet, qui a bien voulu nous communiquer les résultats de son examen.

A la cuisse, on constate de la D. R. (réaction de dégénérescence) très accusée dans les trois parties du triceps crural. Le vaste externe présente cependant une excitabilité électrique un peu meilleure que les deux autres parties du triceps.

L'excitation électrique est un peu plus affaiblie à droite qu'à gauche.

Dans les autres muscles innervés par le crural (couturier et pectiné), l'excitabilité électrique est assez bien conservée des deux côtés.

A la jambe, on constate de la D. R. partielle dans les divers muscles innervés par le sciatique poplité externe, sauf pour le jambier antérieur. Mais, tandis que le jambier antérieur droit est un peu plus affaibli que le gauche, les autres muscles sont plus altérés à gauche qu'à droite.

Dans les jumeaux, il existe aussi de la D. R. partielle, plus accusée à droite qu'à gauche.

Membres supérieurs normaux.

Tronc, cou, face, normaux.

Pas de signes de *névrite du pneumogastrique*.

Pas de troubles du côté des *sphincters*.

Organe des sens normaux.

Etat psychique normal.

Rien de particulier à relever du côté de l'*état général*.

Traitement. — Électricité, massage; strychnine à l'intérieur.

Depuis le 25 avril 1900, la névrite s'est singulièrement améliorée, et aujourd'hui le malade est capable de marcher pendant un certain temps sans fatigue; les troubles de la sensibilité ont complètement disparu.

La localisation des troubles initiaux aux extrémités des membres inférieurs, l'existence de troubles de la sensibilité tant objective que subjective, l'abolition des réflexes montrent qu'il ne saurait s'agir là que d'une polynévrite dont la notion de grippe antécédente vient préciser la signification étiologique; la marche rapide de la maladie comme sa tendance à la complète guérison confirment encore ce diagnostic.

Obs. II. — *Névrite post-grippale ayant évolué en deux phases : 1° Parésie des membres, engourdissement des extrémités, abolition des réflexes; 2° Paralysie faciale double périphérique avec intégrité des autres nerfs bulbaires.* — B..., quarante-sept ans, imprimeur.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'hémorragie cérébrale; mère morte à quatre-vingt-trois ans de sénilité; un frère vivant, âgé de soixante-dix ans; une femme bien portante; a eu deux enfants : un petit garçon, mort à huit ans et demi de méningite, une petite fille, âgée de quatre ans actuellement bien portante.

Antécédents personnels. — Né à terme. Pas de convulsions, pas de fièvres éruptives dans l'enfance.

A trente-six ans, sciatique à forme névralgique, qui a duré trois mois.

A quarante-deux ans, gastro-entérite simple, puis phénomènes neurasthéniques à la suite de la mort de son enfant.

Pas de syphilis; pas de malaria; pas d'alcoolisme; pas de saturnisme.

Début de la maladie actuelle en janvier 1900.

Le 25 janvier, *grippe* que jugent le milieu épidémique et les différents symptômes éprouvés par le malade (courbature, lassitude, céphalée sus-orbitaire, broncho-pneumonie légère, état gastrique).

Le malade reste huit jours couché : il se lève le neuvième, se plaignant de sensations vertigineuses et d'asthénie générale. Il essaye cependant de faire un peu d'exercice, descend même à sa cave, mais il lui est impossible de remonter seul, et l'on est obligé de le porter jusque dans son lit. Un médecin, appelé, diagnostique une simple asthénie post-grippale.

Le malade éprouvait alors (4 février) une *grande faiblesse des jambes et des mains*, faiblesse *compliquée d'engourdissement des extrémités*, mais *sans rachialgie*, *sans troubles sphinctériens*, *sans poussées fébriles*. Il reste cinq ou six jours au lit; lorsqu'il se relève, il constate que la parésie des membres inférieurs n'a pas diminué. On fait venir un second médecin qui parle, lui aussi, d'asthénie grippale.

Cependant, le 15 février, la parésie des membres semblait rétrocéder, lorsque le malade ressentit quelques fourmillements accompagnés de secousses dans la commissure labiale droite, et, le lendemain, spontanément, sans aucune cause appréciable, apparaissait *une paralysie faciale double*. Cette paralysie a persisté sans aucune modification jusqu'au moment où le malade est entré à la Salpêtrière, le 26 février 1900.

État du 3 mars 1900 :

Membres inférieurs : la force segmentaire est assez bien conservée, aussi bien aux jambes qu'aux cuisses.

Le malade marche les jambes écartées, mollement, comme un convalescent. Il sent très bien le sol sur lequel il marche; il ne bute pas, il n'accroche pas le sol avec la pointe de ses souliers. Pas de Romberg.

Les masses musculaires et nerveuses ne sont pas douloureuses à la pression, sauf au niveau du mollet. Pas de signe de Lasègue.

Abolition du réflexe du tendon d'Achille.

Le réflexe rotulien gauche est à peine sensible par la méthode de Jendrassik; le réflexe rotulien droit est mieux conservé. Le réflexe des adducteurs apparaît nettement, au contraire, lorsqu'on percute le tendon rotulien.

Abolition du réflexe cutané plantaire des deux côtés.

Réflexes crémastérien et cutané abdominal normaux.

Absence complète *de troubles de la sensibilité objective.*

Pas d'incoordination motrice, pas de troubles sphinctériens.

Membres supérieurs : *diminution de la force segmentaire* (22 des deux côtés, au dynamomètre).

Tous les mouvements des muscles des mains s'effectuent, mais sans grande force.

Pas de troubles de la sensibilité.

Thorax : normal.

FACE. — L'aspect de la face frappe immédiatement : visage sans rides, de carton, la moustache tombante, la bouche en arc-en-ciel par suite de l'abaissement des commissures labiales, le front sans expression, l'air triste et pleurard. La palpation montre la flaccidité des joues et du front.

Impossibilité de fermer les paupières, avec signe de Ch. Bell; de chaque côté, dans l'effort d'occlusion des paupières, les globes oculaires se portent en haut et sont animés alors de mouvements de translation latérale. L'œil gauche se porte plutôt en haut et en dehors, l'œil droit en haut et en dedans.

Impossibilité de découvrir les dents complète à droite, moins marquée à gauche.

Impossibilité de former le bol alimentaire, les aliments solides venant se placer entre les joues et les dents.

Impossibilité de siffler, de souffler, d'envoyer un baiser, de rider le front, d'éverser les lèvres. Donc *double paralysie faciale périphérique, plus marquée à droite. Voile du palais* normal; déglutition normale; pas de troubles de la salivation.

Organes des sens : normaux.

Absence de troubles de sensibilité dans le territoire du trijumeau.

Pouls = 110-120.

Mouvements de la nuque non douloureux; pas de céphalée ni de vomissements.

Pas de *troubles psychiques.*

Réactions électriques. — Du côté des membres, simples modifications quantitatives sans modifications qualitatives.

A la face, caractères de la D. R. des deux côtés, toutefois sans inversion polaire.

Santé générale excellente, pas de fièvre.

En avril 1900, on constate une grosse amélioration. Les membres supérieurs et inférieurs sont absolument normaux.

La paralysie faciale est à peu près guérie à gauche ; elle est encore assez accusée à droite.

Le diagnostic de polynévrite grippale s'impose ici : nous ne nous attarderons donc pas à le justifier, et nous en arrivons immédiatement à la dernière observation.

(*A suivre.*)

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement du diabète sucré. La médication arsenicale.

Par M. GUIHAL, interne des hôpitaux.

La médication arsenicale a subi un regain d'actualité depuis que de nombreux auteurs l'ont employée sous la forme d'acide cacodylique, et particulièrement de cacodylate de soude. Cependant les nouveaux essais thérapeutiques se sont adressés surtout à la tuberculose, et le diabète, à ce point de vue spécial, a été fort négligé des expérimentateurs; aussi ne pourrons-nous donner de conclusions précises à cet égard. Quant au traitement arsenical proprement dit, les opinions les plus contradictoires se sont produites au sujet de sa valeur thérapeutique. Conseillé par beaucoup de médecins, et non des moindres, tels que Hogg, Trousseau, Jaccoud, Martineau, Dujardin-Beaumetz, Lecorché, Quinquaud, il compte parmi ses détracteurs Berndt, Cantani, Frerichs, etc. Une étude physiologique préalable nous semble nécessaire pour prendre un parti. L'action de l'arsenic sur la nutrition en général, sur la glycogénèse en particulier, sont les points importants à connaître, si l'on veut prescrire utilement de l'arsenic aux diabétiques.

Les travaux publiés sont nombreux, les résultats obtenus sont minimes et souvent contradictoires. L'action sur la nutrition reste encore obscure, presque mystérieuse. A fortes doses, l'arsenic se comporte comme le phosphore, c'est-à-dire qu'il augmente l'excrétion d'urée : cela ressort des expériences de Gathaens et Kossel, de V. Bœck. Par analogie on a également supposé que, comme le phosphore, il diminue dans ces mêmes conditions l'exhalation d'acide carbonique par les poumons ainsi que l'absorption d'oxygène. Wertheimer interprète les deux faits précédents en disant que l'arsenic provoque le dédoublement d'une grande quantité d'albumine : « mais, alors que l'azote de la molécule d'albumine est éliminée en excès, les produits de décomposition non azotée qu'elle fournit sont retenus dans l'organisme, comme le prouve, si l'on applique à l'arsenic les faits observés pour le phosphore, l'élimination moindre de CO^2. » L'on peut ainsi comprendre comment l'accumulation de graisse, l'un des résultats les mieux connus de la médication arsenicale, peut se concilier avec une excrétion plus abondante d'urée, attestant l'activité plus grande du processus de désassimilation. L'action de l'arsenic à hautes doses sur la nutrition semble ainsi suffisamment caractérisée. L'arsenic ralentit la nutrition, disent les uns; il l'excite, disent les autres. Si l'on se rapporte aux travaux précédents, on conclura que cette action est plus complexe : il active la désassimilation azotée, mais retient dans la cellule les matières ternaires et spécialement les graisses, par un mécanisme intime encore inconnu.

Quand il s'agit de doses plus faibles, la question se pose plus obscure encore. Les expériences de Ritter et Vaudey, de Weiske et Focker, permettent simplement d'affirmer que, dans ces circonstances, l'arsenic entraîne une utilisation plus parfaite et plus complète de tous les matériaux de la nutrition. Il semble bien alors que les processus d'assimilation l'emportent sur les processus contraires. Le dépôt de graisse n'aurait plus ici la même signification que précédemment; il serait simplement l'un des témoins de l'amélioration générale de la nutrition. Nous n'insisterons pas sur le mécanisme intime de cette action sur les phénomènes nutritifs. Le professeur Gautier pense que l'arsenic tend à se substituer au phosphore des lécithines et nucléines des éléments nerveux ; c'est par l'intermédiaire de ces centres nerveux qu'il exercerait une action bienfaisante sur la nutrition.

Quelles conclusions pratiques tirer des faits précédents? En résumé, l'arsenic améliore la nutrition, à la condition d'être employé à petites doses. A ce titre, il rendra de grands services aux diabétiques affaiblis et émaciés, comme il rend des services aux tuberculeux, à tous ceux dont la nutrition est défectueuse; c'est, en somme, un médicament symptomatique, et les données expérimentales précédentes démontrent qu'il est indiqué chez les diabétiques en état de dénutrition.

Faut-il demander plus à l'arsenic et lui reconnaître, avec quelques-uns, une réelle valeur antidiabétique? Quelle est l'action de ce métalloïde sur la glycogénèse hépatique? Tout d'abord, à petites doses, cette action est nulle, d'après les expériences de Lehmann. Ingéré à hautes doses, il n'en est plus de même. Salkowsky a signalé, dans ces circonstances, la diminution et même l'absence totale du glycogène hépatique, de sorte que, chez les animaux intoxiqués par l'arse-

nic, la piqûre diabétique, le curare, resteraient inefficaces pour produire la glycosurie. Quinquaud a confirmé ces recherches. De tels résultats pouvaient en imposer au premier abord et permettre de supposer à l'arsenic une action antidiabétique. Mais d'autres expérimentateurs, Lehmann, Naunyn, Luchsinger ont établi que l'arsenic empêche la transformation du sucre en glycogène dans l'intimité du tissu hépatique. Chez les animaux intoxiqués, l'ingestion de sucre n'entraîne pas une néoformation de glycogène hépatique; mais, fait important, le sucre injecté par la veine porte (Lehmann) ou dans le sang (Luchsinger) entraîne la glycosurie, sans que le foie ni les muscles ne contiennent de glycogène. Le foie arsenical laisse donc passer le sucre absorbé sans l'emmagasiner sous forme de glycogène, et il en résulte de la glycosurie, dans les conditions expérimentales précédentes. On ne peut voir là qu'un indice sérieux de souffrance hépatique, car, suivant la remarque de Roger, le glycogène est le témoin de l'activité cellulaire du foie.

Il faut en convenir, ces résultats sont peu encourageants et il semble bien qu'il faille refuser toute action antidiabétique vraie à l'arsenic. Seules, de fortes doses agissent sur la glycogénèse, et de telle manière que l'on ne voit pas très bien comment cette action pourrait être utile au diabétique. L'arsenic, à doses thérapeutiques, n'a décidément dans le diabète qu'une valeur reconstituante. Son rôle n'en est pas moins fort important, quoique tout symptomatique. Il est indiqué toutes les fois que le diabétique se trouve dans un état de dénutrition évidente, lorsque l'on peut craindre l'apparition de la tuberculose pulmonaire, en un mot toutes les fois que l'usage des toniques s'impose. L'un de ses plus précieux avantages sera d'enrayer la désassimilation excessive du diabétique azoturique. L'embonpoint et les forces peuvent peu à peu revenir, et même la glycosurie et la polyurie diminuer; mais, on le comprend facilement, ce sont là des améliorations passagères, et la médication arsenicale ne peut guère prétendre à autre chose.

Faut-il espérer davantage du cacodylate de soude? Il est impossible à l'heure actuelle de répondre à cette question, car le nouveau médicament a été expérimenté surtout chez les tuberculeux. Les publications qui se sont multipliées ces derniers mois semblent prouver que le cacodylate présente une action reconstituante plus énergique que les préparations arsenicales habituellement employées, tout en ne présentant pas les inconvénients bien connus de l'arsenic. A ce titre, il mériterait d'être expérimenté dans le diabète. Renaut a prescrit les injections rectales à la dose de 2 à 3 centigrammes par jour; depuis ce temps, le professeur Gautier a insisté sur les avantages nombreux qu'il y aurait à se servir des injections sous-cutanées. On s'est occupé des tuberculeux, bien peu des diabétiques; aussi ne pouvons-nous conclure.

Il y a peu de choses à dire sur le mode d'administration des arsenicaux. On les prescrit d'ordinaire sous forme de liqueur de Fowler. Il est bien évident que l'état des voies digestives sera surveillé de près; il peut même devenir une véritable contre-indication. On part de doses faibles pour arriver, quand il ne se produit pas de phénomènes d'intoxication, à des doses plus élevées; mais il est difficile de dépasser la dose de XV gouttes. Puis, peu à peu, le nombre des gouttes sera progressivement amoindri, pour arriver au repos complet. Pour prendre un exemple, la médication arsenicale, sous la forme précédente, peut être prolongée pendant une vingtaine de jours; suit un repos de vingt jours également, après lequel on reprend la cure arsenicale pour le même temps. Afin de prévenir la diarrhée on peut associer à la liqueur de Fowler II ou III gouttes noires anglaises ou IV à V gouttes de laudanum de Sydenham.

La médication arseniacale peut se combiner aux diverses autres médications, alterner, par exemple, avec la médication alcalino-opiacée, ou avec l'antipyrine. A. Robin emploie les arsenicaux, associés au sulfate de quinine, à la codéine et au carbonate de lithine, à la deuxième étape de son traitement général du diabète, dans les détails duquel nous ne pouvons entrer (V. Académie de médecine, 11 juin 1895). Il prescrit ainsi :

Arséniate de soude.....	2 à 3	milligrammes.
Carbonate de lithine....	10 à 15	centigrammes.
Codéine...............	2 à 5	—
Poudre thériacale......	25	—
Extrait de quinquina sec et pulvérisé	40	—

pour un cachet, deux par jour.

Cependant, il ne faut pas perdre de vue que l'arsenic agit avant tout comme reconstituant, et que, le cas échéant, il doit laisser le champ libre aux diverses médications qui peuvent prétendre à une action plus directe sur le syndrome diabétique lui même.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(22 juin 1900)

La question de l'**albuminurie orthostatique**, soulevée par M. Bourcy dans la précédente séance, a été reprise par MM. Achard et Lœper. Ces auteurs s'appuyant sur une observation très minutieusement prise, et dont nous allons rappeler les points principaux, pensent — leur conception est confirmée par les observations de MM. Widal, Siredey, etc. — que le pronostic de cette variété d'albuminurie doit être réservé, et que bien souvent, à l'origine de cette albuminurie, il y a une petite lésion rénale, liée à une infection antérieure.

Dans le cas de MM. Achard et Lœper, il s'agit d'une petite fille de douze ans, chez laquelle l'urine renferme une petite quantité d'albumine, apparaissant sous l'influence de la station debout. Les urines assez abondantes ne renferment pas de cylindres. On ne relève pas dans les antécédents de la petite malade les stigmates névropathiques, ni la tendance aux troubles vaso-moteurs des extrémités, qui ont servi à édifier une théorie nerveuse de l'albuminurie orthostatique. Les renseignements recueillis permettent seulement de soupçonner la possibilité d'une néphrite infectieuse à l'origine des accidents, car l'enfant, à l'âge de six ans, a été atteinte d'une maladie fébrile, accompagnée de convulsions et d'albuminurie. L'étude cryoscopique montre que la concentration moléculaire du sérum est normale; l'épreuve du bleu de méthylène a montré l'élimination d'un taux sensiblement normal de matière colorante; mais aussi une *prolongation un peu excessive de cette élimination*. En outre, la circulation rénale, appréciée suivant la méthode de Lorangi, a démontré un certain degré d'insuffisance rénale. On peut donc affirmer, de par ces recherches toutes modernes, qu'il y a chez la malade les signes indicateurs d'une lésion rénale à l'état d'ébauche. D'où la réserve qu'on doit garder pour le pronostic.

MM. Louis Rénon et Latron ont étudié l'**action de l'aspirine sur la fièvre des tuberculeux**. L'aspirine, employée

avec succès en Allemagne comme succédané du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, jouit aussi de propriétés antipyrétiques qui viennent d'être mises en évidence par H. Liesan.

Les auteurs ont eu l'idée d'utiliser cette intéressante action contre la fièvre tenace des tuberculeux, escomptant dans l'aspirine (acide acétyl-salicylique) l'effet de l'acide salicylique employé avec succès par le professeur Jaccoud dans le même but. Ils ont donné l'aspirine, à la dose de 1, 2 et 3 grammes par jour, aux phtisiques les plus atteints de leur service, minés par la fièvre hectique.

Dans les trois quarts des cas, les auteurs ont observé un effet antipyrétique immédiat. La température baissait de 1, 2 et même 3 degrés dans l'après-midi, avec tendance à remonter le soir, vers huit ou neuf heures. La température, prise quatre et cinq fois dans la journée, donnait une courbe d'aspect inverse du type normal avec maximum le matin. Très rarement l'effet antipyrétique ne se produisait que le lendemain. Quand on supprimait l'aspirine, la température remontait presque toujours aux degrés élevés qu'elle marquait avant son emploi. L'apyrexie ne manquait jamais avec 3 grammes; il est souvent suffisant de 2 grammes et même de 1 gramme.

L'action antipyrétique de l'aspirine est-elle susceptible d'utilisation thérapeutique?

Sans discuter si l'on doit ou non combattre la fièvre des tuberculeux, qui peut tomber par la cure seule du repos, en recherchant les avantages et les inconvénients de l'aspirine, on voit que le plus gros inconvénient, et c'est peut-être même la cause de la baisse de température, tient aux transpirations abondantes qu'elle provoque. On est obligé de changer le phtisique plusieurs fois de suite de linge, et il peut en résulter un affaiblissement temporaire consécutif à cette sudation énergique; mais jamais on n'a vu de collapsus, ni même de fléchissement du pouls. Par contre, certains malades se sont très bien trouvés de l'absence de fièvre, la période de transpiration passée. Chez tous, l'appétit s'est maintenu comme avant, et il est devenu meilleur chez quelques-uns. La tolérance gastrique était absolue. En un mot, il a semblé que, chez ces malades parvenus au dernier degré de la phtisie, plongés dans le plus lamentable état, la vie s'était maintenue dans des conditions peut-être moins mauvaises qu'on ne pouvait l'espérer.

L'action antipyrétique de l'aspirine, sur la plupart des cas de fièvre hectique des tuberculeux, est un fait acquis; les recherches ultérieures diront si cette action est susceptible d'applications pratiques.

C'est une notion courante et couramment admise que la découverte chez un malade d'un **épanchement pleuro-péritonéal hémorragique** implique de suite l'idée de cancer ou de tuberculose. Aussi bien l'observation que rapporte M. Fernet peut-elle être considérée comme la première qui démontre la possibilité d'une inflammation chronique liée à l'alcoolisme. Il s'agit d'un homme de cinquante ans, alcoolique avéré, atteint de néphrite scléreuse avec bruit de galop, porteur d'une ascite que la ponction démontra être hémorragique; une pleurésie survint dont le liquide présenta le même caractère : à l'autopsie, aucune trace de tubercule ou de cancer; inflammation chronique qu'on ne peut rapporter qu'à l'alcoolisme.

M. Ménétrier présente des pièces anatomiques qui proviennent d'une femme de quarante-six ans, ayant présenté les signes presque au complet du type de **cirrhose hépatique avec hypersplénomégalie** individualisé par MM. Gilbert et Fournier; le foie, sans être ficelé ou capitonné, présentait de nombreuses productions gommeuses; la rate pesait 1750 grammes. Il s'agissait de cirrhose syphilitique impossible à diagnostiquer du vivant de la malade.

MÉDECINE PRATIQUE

L'azotate de plomb dans le chancre mou.

M. Melazzo emploie dans le traitement du chancre mou le nitrate de plomb.

Voici d'après le *Bulletin médical* la façon dont il procède :

La surface de l'ulcère doit être, au préalable, bien détergée et nettoyée avec la solution de sublimé à 1/1000.

On assèche la région avec de l'ouate hydrophile, puis on remplit l'ulcère de nitrate de plomb finement pulvérisé, et on comprime la poudre afin qu'elle pénètre dans tous les replis du chancre. On enlève soigneusement l'excédent de nitrate qui dépasse les bords, enfin on applique une compresse de gaz hydrophile plusieurs fois repliée sur elle-même, qu'on fixe par un bandage. Une escare se forme dans les quarante-huit heures, escare qui s'élimine rapidement, et le cratère est fermé au bout de quelques jours.

Cette méthode aurait l'avantage d'être rapide, efficace et d'éviter les complications habituelles du chancre mou (bubon, phagédénisme, etc.).

PHOSPHATE PHYSIOLOGIQUE

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Un médecin peut-il, en engageant un remplaçant, lui imposer légalement l'obligation de ne pas venir s'établir ultérieurement comme médecin dans la même région?

Voilà une question qui se pose tous les jours, et au sujet de laquelle nous trouvons dans le *Bulletin médical* une intéressante consultation juridique :

« Certainement oui, une pareille convention est absolument légale à deux conditions toutefois :

1° Que cette interdiction d'établissement soit limitée dans sa durée; il faudrait, par exemple, préciser que le remplaçant ne pourrait s'établir dans la même ville, pendant deux ans, ou cinq ans, etc., à partir du dernier remplacement.

2° Que cette interdiction soit également limitée comme région : dans la même ville, dans le même canton, dans le même département.

Une clause, qui interdirait l'établissement d'un médecin, d'une façon générale et absolue, sans limitation de durée ni de région, serait considérée comme nulle, parce qu'elle

porterait atteinte à la liberté des professions et industries.

En réalité, le contract de remplacement n'est, en droit, qu'un véritable contrat de louage de services; le remplaçant s'engage à venir exercer aux lieu et place du remplacé, pendant un temps plus ou moins long, et reçoit, comme rémunération, des appointements généralement fixés, plus le logement, la nourriture, les frais de toute nature, etc.

Le remplaçant peut être considéré comme une sorte de gérant intérimaire appointé.

Il n'est pas douteux, en matière commerciale et industrielle, que le chef de maison qui prend un gérant peut, valablement, lui interdire le droit de s'établir dans son voisinage à l'expiration de sa gérance.

Aucun principe légal ne peut mettre obstacle à la validité d'une pareille clause entre remplaçants et remplacés.

Cette clause d'interdiction a, d'ailleurs, été fréquemment appliquée dans les cas de cessation de cabinet médical et sa validité toujours consacrée.

Donc le médecin remplacé peut interdire à son remplaçant de venir s'établir près de lui avant une époque déterminée.

Mais quelle serait la sanction de cette clause? Toute obligation de faire ou de ne pas faire se résout en dommages-intérêts : si le remplaçant, au mépris de sa convention, venait s'établir dans la région interdite, il serait condamné à des dommages-intérêts envers le remplacé.

Ces dommages-intérêts seraient fixés d'une façon plus ou moins arbitraire par les tribunaux, si la convention elle-même ne les déterminait pas; il serait donc prudent d'en fixer le quantum.

Cette convention peut être établie soit par simple correspondance entre les parties, soit par un contrat régulier. Nous ne pouvons ici donner le texte même d'un pareil contrat, car, aux clauses et conditions que nous venons d'indiquer, doivent s'en ajouter d'autres d'un caractère plus technique et pour lesquelles nous sommes assez peu compétents : rétribution du remplaçant, paiement des visites, etc.

Nous estimons que les syndicats médicaux devraient s'occuper de cette question et arrêter les termes généraux d'un contrat de remplacement qui pourrait servir de base à tous.

En attendant, comme une pareille convention peut être établie par la simple correspondance des médecins, nous conseillons vivement au médecin remplacé de toujours faire insérer, dans les lettres du remplaçant, les deux clauses suivantes :

M. X... (le remplaçant) s'interdit le droit de venir s'établir dans la ville de... ou la commune de..., etc. pendant un délai de cinq ans (dix ans, etc.), à partir de... (telle date).

Au cas où M. X... manquerait à cet engagement, il devrait payer à M. Z... (le remplacé) une indemnité convenue à forfait et sans réduction possible, la somme de...

La crainte des dommages-intérêts est, dit-on, le commencement de la moralité. Peut-être verrons-nous, grâce à l'extension que pourraient prendre les conventions que nous préconisons, disparaître peu à peu ces conflits si douloureux, si malhonnêtes et trop fréquents, hélas! dans la pratique médicale. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 2 au 7 juillet 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 2 JUILLET, à une heure. — 5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Mauclaire et Legueu; — (2e série) : MM. Jalaguier, Poirier et Broca (Aug.); — (2e partie) : MM. Hayem, Brissaud et Teissier; — M. Kirmisson, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Lejars et Walther; — (2e série) : MM. Lannelongue, Tuffier et Delbet; — (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine et Gaucher; — M. Sébileau, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

MARDI 3 JUILLET, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Schwartz, Quénu et Thiéry; — M. Chassevant, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Charrin et Achard; — (2e série) : MM. Raymond, Vaquez et Dupré; — M. Roger, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Nélaton et Albarran; — (2e série) : MM. Berger, Brun et Faure; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Chantemesse et Thiroloix; — M. Thoinot, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

MERCREDI 4 JUILLET, à une heure. — 2e (2e partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Rémy, Wurtz et Desgrez.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salles nos 2 et 3* : MM. Lannelongue, Poirier et Lepage; — (2e partie), *Faculté, salle n° 3* : MM. Potain, Blanchard et Launois; — (2e partie), *Grand amphithéâtre* : MM. Joffroy, Widal et Thoinot; — M. Broca (André), suppléant.

JEUDI 5 JUILLET, à une heure. — 2e (2e partie), *Faculté, salle n° 1* : MM. Blanchard, Chassevant et Launois.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 2* (1re série) : MM. Lannelongue, Nélaton et Bonnaire; — *Grand amphithéâtre* (2e série) : MM. Schwartz, Faure et Wallich.

4e, *Petit amphithéâtre* : MM. Pouchet, Widal et Langlois; — M. Charrin, suppléant.

VENDREDI 6 JUILLET, à une heure. — 2e, *Faculté, salle n° 1* MM. Hanriot, Heim et André; — M. Sébileau, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Mauclaire, Jalaguier et Lejars; — (2e partie) : MM. Déjerine, Gaucher et Wurtz; — M. Broca (Aug.), suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Potain, Landouzy et Thoinot; — (2e série) : MM. Brissaud, Widal et Teissier; — M. Walther, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

SAMEDI 7 JUILLET, à une heure. — 4e, *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Langlois et Thiroloix; — M. André, suppléant.

5e (2e partie), *Necker* (1re série) : MM. Raymond, Hutinel et Ménétrier; — (2e série) : MM. Chantemesse, Marfan et Achard; — M. Nélaton, suppléant.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Cornil, Joffroy et Vaquez; — (2e série) : MM. Debove, Roger et Dupré; — M. Brun, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — Par décret présidentiel, la hiérarchie et la correspondance des grades dans le corps de santé de la marine sont fixées comme il est indiqué ci-après :

Inspecteur général du service de santé : vice-amiral.

Directeur du service de santé : contre-amiral.

Médecin ou pharmacien en chef de première classe : capitaine de vaisseau.

Médecin ou pharmacien en chef de deuxième classe : capitaine de frégate.

Médecin ou pharmacien principal : capitaine de corvette.

Médecin ou pharmacien de première classe : lieutenant de vaisseau.

Médecin ou pharmacien de deuxième classe : enseigne de vaisseau.

Médecin ou pharmacien de troisième classe : aspirant de première classe.

Au grade correspondant, la préséance appartient toujours à l'officier de marine, sans préjudice, d'ailleurs, des règles spéciales à la dévolution du commandement et au service à bord.

— MM. les médecins de première classe Jourdan, du port de Cherbourg, désigné pour le 1er bataillon de marche, et Ominus, du cadre de Toulon, sont autorisés à permuter.

La variole à Lyon. — L'épidémie est en légère diminution : 23 cas seulement cette semaine au lieu de 32 la semaine passée.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chauveau et Hantz, médecins de première classe des colonies; Bonnefoy, interne des hôpitaux de Lille; Charles Frœreisen (d'Épinal) étudiant en médecine à Nancy,

---

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 73. — JEUDI 28 JUIN 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 28 JUIN 1900. — N° 73.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE **9** H. A **11** H. ET DE **2** H. A **5** H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Cholécystite calculeuse suppurée ; cholécystotomie, extraction d'un gros calcul de cholestérine, résection secondaire de la vésicule, guérison (*1 fig.*), par M. A. Ricard, agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. — Trois observations de polynévrites grippales (*fin*), par MM. R. Cestan, chef de clinique, et L. Babonneix, interne, à la Salpêtrière. — Séance de l'Académie de médecine. — Revue de la Presse. *Médecine* : Diphtérie primitive de la vulve ; — *Gynécologie :* Chute du mamelon causée par des gerçures du sein ; — *Thérapeutique :* Nouveau traitement de l'artério-sclérose. — Chronique et nouvelles scientifiques.

CHOLÉCYSTITE CALCULEUSE SUPPURÉE

CHOLÉCYSTOTOMIE, EXTRACTION D'UN GROS CALCUL DE CHOLESTÉRINE RÉSECTION SECONDAIRE DE LA VÉSICULE, GUÉRISON

Par M. A. Ricard, agrégé,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Pauline R..., âgée de quarante ans, mécanicienne, entre le 13 novembre, salle Cruveilhier, n° 2, pour une tumeur douloureuse de l'hypocondre droit.

Pas d'antécédents héréditaires. Pas de maladie grave antérieure. Trois enfants vivants, le dernier il y a dix ans. La malade s'est toujours bien portée, malgré un travail fatigant et assidu.

Il y a quinze ans, elle ressentit, pendant trois ou quatre jours, des douleurs peu violentes dans l'hypocondre droit, qui ne l'obligèrent pas à s'aliter et qui disparurent sans médication.

Il y a trois mois, au moment des règles, les mêmes douleurs reparaissent, accompagnées d'embarras gastrique et de vomissements. Ces douleurs siègent au-dessous du foie et irradient en arrière, vers la fosse lombaire. Elles ne se manifestent que dans la position debout ou à l'occasion des mouvements; la position couchée les fait disparaître. La malade garde le lit pendant sept jours, puis tout rentre dans l'ordre et elle reprend son travail.

Deux mois après, toujours au moment des règles, la douleur reparaît avec les mêmes caractères et persiste jusqu'à l'entrée à l'hôpital.

L'examen local montre une voussure manifeste de l'hypocondre droit. A la palpation, on sent une masse dure, volumineuse, siégeant au-dessous du foie, descendant à 10 centimètres du rebord costal, n'atteignant pas en avant la ligne médiane, se prolongeant en arrière pour combler la fosse lombaire.

Cette tumeur ne suit pas les mouvements de la respiration et donne de la façon la plus nette, la plus typique, la sensation du ballottement rénal. La percussion montre de la sonorité au-dessous du foie, en avant de la tumeur.

L'état général est conservé. La malade n'a guère maigri. Elle n'a jamais eu d'ictère, jamais non plus de troubles urinaires. L'examen des urines est négatif. Cœur et poumons sains. Rate normale. Pas de fièvre.

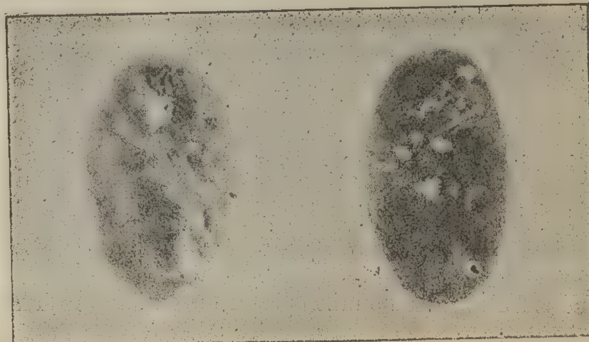
Opération le 18 novembre. L'examen sous le chloroforme ne modifie pas les signes physiques.

Laparotomie haute latérale droite. Le péritoine pariétal est adhérent à la vésicule biliaire sur une très petite surface, de la grandeur d'une pièce de 1 franc. La vésicule elle-même est recouverte en partie par le côlon transverse, qui, à son niveau, forme une courbe à concavité supérieure dont les deux extrémités touchent au foie. Le contact de la vésicule avec la paroi se fait au point adhérent, situé au centre de cette courbe. La vésicule, le côlon et un assez gros paquet d'épiploon sont réunis par des adhérences.

On décolle la face antérieure de la vésicule que l'on ouvre sur des compresses. Le liquide qui s'écoule en assez grande abondance, d'abord clair, devient bientôt séro-purulent et enfin franchement purulent. Le doigt, introduit dans la vésicule, perçoit un volumineux calcul biliaire que l'on extrait aisément.

Marsupialisation et drainage de la poche. Au-dessous, sutures de la paroi abdominale en un seul plan au fil d'argent.

Les suites opératoires sont excellentes. Pas la moindre ascension thermique. Plus trace de douleurs. Au dixième jour, ablation des fils, réunion parfaite. Le drain, maintenu dans la vésicule, ne donne bientôt plus qu'une petite quantité de bile et est supprimé.



Corps du calcul suivant son grand axe. (Réduction d'un tiers.)

Le calcul solitaire extirpé est de forme ovalaire; il a les dimensions d'un œuf de pigeon. Il est composé de cholestérine, avec une très faible proportion de matières colorantes de la bile. La surface, de couleur ambrée, est mamelonnée,

d'aspect muriforme. La cassure est nette, parsemée de points brillants.

La malade quitte l'hôpital le vingt-troisième jour, conservant une fistulette dont l'orifice presque capillaire continue à laisser suinter une petite quantité de bile.

En janvier, la fistule persistant, M. Ricard pratique la cholécystectomie.

Le 15 janvier incision de l'ancienne cicatrice. Mise à nu de la vésicule, qui est détachée et libérée jusqu'au canal cystique. Incision circonférencielle de la vésicule à 2 centimètres au-dessus de l'embouchure du canal cystique dans le cholédoque en respectant la muqueuse. Décortication de cette muqueuse, jusqu'au voisinage du cholédoque, où elle est liée circulairement par un fil de catgut. La collerette musculo-séreuse est fermée par un surjet séro-séreux qui enferme le moignon muqueux.

Fermeture de la paroi par un seul plan de fil d'argent, guérison sous un seul pansement.

TROIS OBSERVATIONS DE POLYNÉVRITES GRIPPALES (1)

Par R. Cestan, chef de clinique, et L. Babonneix, interne, à la Salpêtrière.

Obs. III. — *Névrite survenant un mois après une grippe. Début par fourmillements des extrémités. Paralysie presque totale des quatre membres. Paralysie d'une corde vocale. Extension aux muscles du tronc. Guérison.* — B..., trente ans, épicier.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère variqueuse, très sujette aux maux de tête. Six frères et une sœur actuellement en bonne santé. Une sœur morte à trente ans d'une maladie indéterminée.

Antécédents personnels. — Né à terme. A marché à neuf mois. Rougeole dans le bas âge, suivie d'adénite sous-maxillaire non suppurée. Rhumatisme à dix ans (?). Bronchite suspecte à vingt-deux ans.

Au mois de mai 1899, *grippe* (début brusque, fièvre, asthénie, angine) qui dura une semaine. Pendant les quinze jours qui suivent, le malade peut se croire complètement guéri, lorsque apparaissent, vers la fin du troisième septénaire, des *fourmillements* d'abord localisés aux orteils et aux mains. Ces fourmillements gagnent bientôt les pieds et les avant-bras. Enfin, cinq semaines après le début de la grippe, la *parésie motrice* envahit les membres.

Entrée à la Salpêtrière le 3 juillet 1899.

État du malade au moment de son entrée :

Membres inférieurs. — Les différents mouvements segmentaires des membres inférieurs peuvent encore s'exécuter, mais ils sont très affaiblis. La marche est impossible sans soutien. La station verticale ne peut être gardée.

Les *réflexes rotuliens* sont *abolis*; le signe de Babinski est normal. Les *réflexes cutanés* ont disparu.

Pas de troubles de la sensibilité objective ou subjective : cependant, le *signe de Lasègue* existe nettement des deux côtés. De plus, les *masses musculaires et les troncs nerveux sont douloureux à la pression.*

La mensuration des membres inférieurs donne les résultats suivants :

Jambes :	partie moyenne...	droite, 35cm 5;	gauche, 35cm 5.
Cuisses :	partie inférieure..	— 43cm 5;	— 45cm 5.
—	partie supérieure.	— 53cm;	— 53cm.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 725.

Membres supérieurs. — Tous les mouvements des membres supérieurs sont possibles, sauf le mouvement d'opposition du pouce. Ils s'effectuent sans aucune énergie, et s'accompagnent d'une évidente incoordination.

Dynamomètre { à droite, 0. / à gauche, 2.

Les *réflexes* des membres supérieurs (tendineux, périostiques) sont *abolis.*

Douleur à la pression des masses musculaires et des nerfs.

Mensurations : Avant-bras (5cm au-dessous de l'olécrâne) 26cm à droite; 25cm à gauche.

Bras (15cm au-dessus de l'olécrâne) 29cm à droite; 28cm à gauche.

Face, cou, tronc normaux.

Organes des sens normaux. *Larynx* : paralysie d'une corde vocale.

Sphincters intacts.

Pas de *troubles psychiques.*

État général, bon.

Le 21 juillet 1899, la névrite a fait de sensibles progrès.

Motilité : membres inférieurs. Le malade est absolument confiné au lit; les jambes sont inertes : sauf la flexion de la jambe sur la cuisse, les différents mouvements segmentaires sont absolument impossibles.

Les muscles du *tronc* sont atteints par la paralysie : le malade ne peut s'asseoir sur son lit.

Face et cou intacts, mais le *larynx* est toujours paralysé.

Les *membres supérieurs* sont inertes, inaptes à tout service. Aucun trouble du côté des *sphincters*.

Sensibilité. — La pression des masses musculaires provoque toujours de vives douleurs.

Réflexes tendineux, périostiques, cutanés : abolis.

Réactions électriques. — En juillet 1899, D. R. dans le domaine du médian, du cubital, et dans le long supinateur, le biceps, le nerf crural, les muscles antérieurs de la jambe et les jumeaux. Les modifications de l'excitabilité électrique ont présenté, comme toujours, une marche irrégulière, frappant au hasard les territoires musculaires les plus variés. Elles se sont améliorées peu à peu, et, à l'heure actuelle, on ne constate plus de D. R. que dans les muscles antéro-externes de la jambe et dans les muscles de l'éminence thénar, qui sont cependant en voie de réparation.

Quelques remarques intéressantes semblent se dégager de l'examen de ces observations.

Les névrites grippales sont un accident de la convalescence, comme les névrites diphtériques auxquelles elles ont souvent été comparées [Brionne (1)]. Elles surviennent à une époque assez éloignée du début de l'infection dans nos cas [dix jours (Obs. II), trois semaines (Obs. III), un mois (Obs. I)] comme dans la plupart des observations publiées : dix jours [Brionne (2)], quinze jours [Bonnet (3)], vingt jours [Brionne (4), Brosset (5)], un mois [Bonnet (6), Jacobson (7), Remak (8)]. Le terme de *névrite post-grippale* est donc parfaitement justifié, puisqu'il s'agit, dans tous ces cas, d'une

(1) Th. de Paris, 1889-1890.
(2) *Id.*, Obs. I.
(3) Th. de Lyon, 1893, Obs. IX.
(4) Loc. cit., Obs. II.
(5) *Lyon méd.*, 15 mars 1891.
(6) Loc. cit., Obs. I.
(7) *Hospitalstidende 1894*, p. 1153.
(8) *Berlin. klin. Wochens.*, 30 oct. 1893.

complication tardive, survenant d'habitude du dixième au trentième jour.

Le *début* en est essentiellement variable : tantôt la névrite est annoncée par des troubles de la sensibilité, comme dans l'observation III, et alors les phénomènes de parésie motrice n'apparaissent qu'ultérieurement; tantôt les troubles moteurs ouvrent la scène. La maladie, arrivée à la période d'état, se caractérise surtout par les modifications de la motilité volontaire. Les quatre membres peuvent être atteints [Obs. III, Remak (1)]. Mais, le plus souvent, la paralysie se cantonne soit aux membres inférieurs [Bonnet (2), Brionne (3)], soit aux membres supérieurs [Brosset (4)], avec prédominance d'un côté [Trouillet et Vallet (5)]. Les muscles du tronc sont rarement pris (Obs. III). Il en est de même des muscles du cou et de la face. Rappelons cependant qu'un de nos malades a présenté une paralysie faciale double périphérique. Une observation de M. Bonnet relate, elle aussi, la diplégie faciale. Le pneumogastrique est souvent touché, et l'on peut se demander, avec Burney Yeo (6), quelle part il faut attribuer à la névrite du vague dans les troubles cardiaques ou cardio-pulmonaires que l'on observe si souvent au cours de l'influenza. Il faut enfin consacrer une mention toute spéciale aux paralysies des muscles de l'œil : ces paralysies, fréquemment signalées, peuvent porter sur l'oculo-moteur commun [Faye (7), Fukula (8), Uhtoff (9)], sur l'oculo-moteur externe [Valude (10)], sur le nerf optique [Antonelli (11), Bergmeister (12), Eperon (13), Hartridge Cross (14), Lee (15), Macnamara (16), Weeks (17)]. La névrite auditive post-grippale est notée dans l'observation de Gradenigo (18). Les muscles du voile et du pharynx ne sont pris qu'exceptionnellement [Bonnet (19), Charpentier (20)]. La paralysie du diaphragme a été observée une fois [Bonnet (21)].

Quel que soit leur siège, ces paralysies présentent des caractères communs qu'il importe de préciser. C'est d'abord l'irrégularité de leur marche, si précieuse pour le diagnostic [Raymond (22)]; c'est leur prédilection pour les extrémités des membres et pour les muscles extenseurs; c'est l'adjonction si fréquente de phénomènes ataxiques aux troubles paralytiques (Obs. III); c'est enfin la flaccidité constante de la paralysie.

Les *troubles de la sensibilité* existent constamment. Tantôt ils précèdent la paralysie, et consistent en sensations d'engourdissement, de fourmillement localisées aux extrémités (Obs. III). Tantôt ils l'accompagnent, et se traduisent alors par des désordres variés. L'hyperesthésie cutanée est fréquente. La douleur que provoque la pression des masses musculaires et des troncs nerveux est notée dans la plupart des cas et acquiert de ce chef la haute valeur diagnostique qu'elle possède dans les autres polynévrites. L'état de la sensibilité articulaire est peu connu : il est cependant signalé comme normal dans une observation de M. Bonnet.

En somme les troubles de la sensibilité, bien que constants, n'atteignent jamais ici l'intensité qu'ils présentent dans certaines polynévrites, et en particulier dans les polynévrites alcooliques, et l'on pourrait peut-être résumer la symptomatologie des névrites grippales, dans la formule suivante : troubles moteurs prédominants, troubles sensitifs peu accusés. *La polynévrite grippale est donc surtout une polynévrite motrice.*

Rien de particulier à signaler du côté des *troubles trophiques* et *vaso-moteurs*, si ce n'est qu'ils peuvent parfois marquer le début même de la névrite (Obs. I). Il conviendrait de leur rattacher, d'après M. Bidon (1), les éruptions de zona comme les escares que l'on observe parfois au cours ou au déclin de la grippe.

Les *sphincters* sont le plus souvent intacts : nous n'avons relevé leur paralysie que dans l'observation, déjà citée, de M. Bonnet (2). Il a malheureusement été impossible, dans ce cas, en raison de la symptomatologie complexe présentée par la malade (névrites généralisées, fièvre et délire), d'élucider la pathogénie des paralysies sphinctériennes, de résoudre définitivement la question de leur origine psychique ou névritique.

Les *réactions électriques* ont été celles des polynévrites en général.

L'*état psychique* des malades, enfin, n'a subi aucune modification du fait de la polynévrite. La *psychose polynévritique* ne semble donc pas faire partie du tableau clinique des névrites grippales.

L'*évolution* des névrites mérite d'être signalée. Comme toujours elles procèdent irrégulièrement, par à coups, avec des rémissions et des récidives. Elles peuvent durer un mois (3), deux mois (4), cinq mois (5), un an et plus (6). Quelques-unes guérissent complètement, d'autres sont suivies d'une atrophie incurable de certains groupes musculaires; d'autres enfin, heureusement exceptionnelles, par la multiplicité des troubles qu'elles provoquent, par l'atteinte des muscles de la vie organique, déterminent l'issue fatale [en deux mois dans l'observation de M. Bonnet (7)]. Le pronostic des névrites grippales devra donc être toujours réservé.

Nous n'insisterons pas sur l'*histo-pathologie* de ces névrites. Les recherches de M. Bonnet ont prouvé l'existence des lésions névritiques. Cet auteur a trouvé, en effet, dans les nerfs de son malade, « des lésions dégénératives très nettes et surtout marquées aux extrémités, de nombreuses gaines vides tout infiltrées de noyaux, et au milieu de tubes sains, d'autres tubes fragmentés (8). » L'existence des névrites périphériques grippales est donc scientifiquement démontrée.

La *nature* bactériologique de ces névrites est encore peu connue. S'agit-il, comme dans les paralysies diphtériques,

(1, 2, 3, 4) Loc. cit.
(5) *Dauphiné méd.*, 1er fév. 1895.
(6) *Bull. méd.*, 1892, p. 732.
(7) *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1890, p. 423.
(8) *Therap. Monats.*
(9) *Deuts. Wochens.*, 18, 1890.
(10) Soc. d'opht. de Paris, 1890.
(11) *Giorn. internat. d. sc. med.*, 2, 1892.
(12) *Wien. klin. Wochens.*, 1891, p. 120.
(13) *Progrès méd.*, 13 déc. 1890.
(14) *Trans. Opht. Soc. unit.*, XIII, 1892.
(15) *Liverpool med. chir. Journ.*, janv. 1892.
(16) *Bull. méd.*, 1891, p. 777.
(17) *New-York med. Journ.*, 8 août 1891.
(18) *Allg. Wien. med. Zeit.*, 1893, XXXVIII.
(19) Loc. cit., Obs. IV.
(20) Th. de Paris, 1892-1893.
(21) Loc. cit., Obs. IX.
(22) *Cliniques de la Salpêtrière*, 2e série, XXe leçon.

(1) *Revue de méd.*, 1890, p. 661.
(2) Loc. cit.
(3) Brionne. Obs. II.
(4) Bonnet. Loc. cit.
(5) Trouillet et Vallet. Loc. cit.
(6, 7, 8) Bonnet. Loc. cit.

de l'imprégnation toxique de certains tubes nerveux, ou bien d'une lésion véritablement infectieuse? Et dans cette dernière hypothèse, les infections secondaires peuvent-elles être incriminées, comme l'admet M. Vaillard (1)? Ce sont là des points sur lesquels il serait prématuré de se prononcer, et qui appellent de nouvelles recherches.

Nous sommes du moins mieux renseignés sur l'influence qu'exerce un *traitement* bien dirigé sur la marche de ces polynévrites. L'électrisation ménagée, le massage, la strychnine à l'intérieur [car il s'agit souvent en pareil cas de *cellulo-névrites* (2)] font merveille lorsqu'on les prescrit à temps. C'est en effet une vérité définitivement établie aujourd'hui que les polynévrites sont aussi curables au début de leur évolution que rebelles aux efforts de la thérapeutique lorsqu'on a laissé aux lésions le temps de se constituer. Et c'est ce qui explique l'importance d'un diagnostic précoce dans les cas de polynévrites grippales.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Polynévrites grippales. — Bernhardt. Paralysies suites d'influenza, *Jahresbericht*, 1890. — Bidon. Accidents nerveux post-grippaux, *Revue de méd.*, 1890, p. 661. — Bonnet. Th. de Lyon, 1893. — Brionne. Th. de Paris, 1889-1890. — Brosset. Un cas de névrite périphérique post-grippale, *Lyon méd.*, 15 mars 1891. — Burney Yeo, *Bull. méd.*, 1892, p. 732. — Charpentier. Th. de Paris, 1893-1894. — Church. Névrites multiples post-grippales, *Journ. of the amer. med. assoc.*, nov. p. 57. — Feege. Complications de la grippe, *Allgem. med. Centr. Zeitschr.*, 24, 1890. — Havage. Un cas de névrite, peut-être grippale, *Rev. de méd.*, 10 fév. 1891. — Holmer. *Névrite post-grippale*, Eira XIV, p. 7, 1890. — Homen. Névrites post-grippales, *Finska läkar Handlingar*, XXXIII, 12. — Jacobson. *Hospit.*, 1894, p. 1153. — Leyden. Soc. berl. de psych., 8 mai 1893. — Joffroy. Soc. méd. des hôp., 1890. — Kohts. Paralysies post-grippales chez l'enfant, *Therap. Monatsch.* — Lojanoco. Un cas de polynévrite grippale, *Sicilia medica*, 4, 1890, p. 61. — Martel. Névrites radiculaires post-grippales, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1890, t. VII, p. 286. — Morselli. Paralysies de l'influenza, *Riforma med.*, 19 avril 1890. — Mossé. Congr. de Bordeaux, 1895. — Putmann. 1° Névrites multiples, suites d'influenza. *Boston med. Journ.*, 13 oct. 1892; — 2° Un cas de névrite chronique consécutive à l'influenza, *Idem*, 27 oct.; — *Berlin klin. Wochens.*, 30 oct. 1893 : Discussion sur les polynévrites grippales. — Remak. Soc. méd. de Berlin, 29 janv. 1890. — Strange. Affection grave du vague, suite d'influenza, *Brit. med. Journ.*, 13 sept. 1890. — Testi. Névrites multiples consécutives à l'influenza, *Giorn. med. di esercit.*, 1890, p. 857. — Teissier (cité par Gaillard). — Trouillet et Vallet. Névrite d'origine grippale, *Dauphiné médical*, 1er fév. 1895. — Virey. Th. de Paris, 1892-1893. — Watson. Une observation de névrite grippale, *Philad. county med. Soc.*, 28 fév. 1894. — Westphalen. Névrites multiples suite de grippe, *St-Petersb. med. Woch.*, 21, 1890.

Névrites oculaires grippales. — Antonelli. Névrite optique papillaire, suite de grippe, *Giorn. int. d. Sc. med.*, 1892. — Bergmeister. Névrites oculaires, *Wien. Klin. Woch.*, 1891, 120. — Deuti. Névrites oculaires post-grippales, *Arch. f. Aug.*, 1891, p. 67. — Eperon. Névrite rétro-bulbaire consécutive à la grippe, *Progrès méd.*, 13 déc. 1890. — Faye. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1890, p. 423. — Fukula. Paralysie du III post-grippale, *Therap. Monatschr.* in th. Bonnet. — Gradenigo. Un cas de névrite anditive, suite de grippe, *Allg. Wiener med. Zeit.*, XXXVIII, 1893. — Hausen. *Névrites oculaires post-grippales*, 1891, p. 120; *Centralbl. f. Aug.* — Hartridge-Cross. Névrite optique suite de grippe, *Trans. opht. Soc. unit.*, Kingdom, XIII, p. 77. — Königstein. Névrites oculaires post-grippales, *Wien. med. Blätt.*, XIII, p. 9. — Lebeau. Névrites oculaires grippales, *Opht. Record*, oct. 1891. — Lee. Névrite optique double suite de grippe, *Liverpool med. chir. Journ.*, janv. 1892. — Macnamara, *Bull. méd.*, 1891, p. 777. — Morselli. Névrites oculaires post-grippales, *Bull. di ocul.*, XIII, p. 5. — Stöber. Névrites oculaires grippales, *Monatsch. f. Aug.*, 1890, p. 418. — Uhthoff. Paralysie de l'accommodation post-grippale, *Deut. Woch.*, 1890. — Valude. Soc. d'ophth. de Paris, 1890. — Vignes. Névrites oculaires grippales, *Ann. d'occul.*, 115-244. — Weeks. La grippe cause de névrites rétro-bulbaires, *New-York med. Journ.*, 8 août 1891.

(1) Cité par Mossé. Cong. de Bordeaux, 1895.

(2) Voy. Raymond. *Cliniques de la Salpêtrière*, 4e série, XXIIe leçon. — Les lésions des cellules motrices des cornes antérieures sont notées dans l'observation de M. Bonnet.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(26 juin 1900)

M. Dieulafoy rapporte le fait suivant :

Le 7 mai, entre dans son service un homme de trente-trois ans se plaignant de céphalée, de vertiges, étant tombé une fois sur le côté gauche, une fois sur le côté droit, souffrant beaucoup et arrivé à une sorte de torpeur dont on a quelque peine à le faire sortir. Cet état caractérisé par de la céphalée, des vertiges, de la titubation, des vomissements, dure depuis une dizaine de jours. La température est à 37 degrés, le pouls à 56. Cet ensemble de symptômes constitue le syndrome cérébelleux. Cet homme avait donc une **lésion cérébelleuse.**

Mais quelle lésion? Une tumeur, un sarcome ou un gliosarcome, de la syphilis, un abcès? L'interrogatoire du malade est absolument négatif tant au point de vue de la syphilis qu'au point de vue d'une otite ou d'une lésion quelconque de l'oreille. M. Dieulafoy prescrit des injections de 6 milligrammes de biiodure d'hydrargyre qui restent sans effet. L'état du malade s'aggrave, il n'y a cependant pas de paralysie, seulement un peu de parésie faciale, rien du côté des yeux. La situation empire; M. Dieulafoy montre ce malade à M. Brissaud qui, comme lui, diagnostique une lésion cérébelleuse sans pouvoir dire laquelle et tous deux sont d'accord pour demander à M. Marion, chef de clinique de M. Duplay, d'intervenir chirurgicalement. C'est la seule chance de sauver le malade.

Mais M. Marion demande de quel côté il doit intervenir. Un examen plus attentif du malade révélant une légère parésie de la commissure labiale gauche, une certaine flaccidité de la joue, un rétrécissement du champ visuel de ce côté, il est décidé que c'est du côté du lobe gauche du cervelet qu'il faut intervenir. M. Marion applique donc trois couronnes du trépan et se propose de faire sauter la portion de crâne comprise entre ces trois couronnes, quand le malade, soumis à l'éthérisation, cesse de respirer; tous les moyens employés pour le rappeler à la vie, y compris les tractions rythmées de la langue, demeurent sans résultats; cependant M. Marion incise la dure-mère; le malade ne respire toujours pas et semble bien définitivement mort quand, M. Marion ayant touché la face postérieure du bulbe, le malade fait une grande inspiration, alors qu'il y avait vingt et une minutes qu'il ne respirait plus. A trois ou quatre reprises, M. Marion cesse de presser le bulbe et, chaque fois, le malade cesse de respirer et meurt de nouveau. Enfin, une dernière fois la respiration semble à peu près rétablie. On ne juge pas prudent de pousser plus loin l'intervention chi-

rurgicale et on rapporte le malade dans son lit. Le lendemain dimanche, il vivait encore, mais n'était pas mieux qu'avant l'opération. Sa femme vient le voir et on apprend d'elle que, un mois auparavant, il avait eu une otite et un écoulement de l'oreille; il avait donc bien un abcès du cervelet consécutif à une otite. Plusieurs ponctions du cervelet n'amenèrent rien et le malade finit par succomber.

A l'autopsie, on trouva un petit abcès, gros comme une cerise, du lobe gauche du cervelet, le diagnostic avait donc été exact.

Cette communication prouve donc, après beaucoup d'autres, qu'on peut avoir une otite légère et mourir un mois après d'abcès du cervelet.

M. Dieulafoy a relevé un certain nombre de faits dans lesquels il s'est écoulé un espace de temps très variable entre l'otite et l'abcès cérébelleux, deux mois, dix-huit mois, deux ans, trois ans, sept ans, douze ans, quarante-trois ans même dans un cas.

Comment se produisent ces abcès cérébelleux à la suite d'une otite? quelle est leur pathogénie? C'est ce que M. Dieulafoy cherche à expliquer par la transformation de la trompe d'Eustache en cavité close, la formation, par l'exaltation de la virulence des microbes, d'un abcès s'ouvrant tantôt à l'extérieur, en perforant le tympan, tantôt se propageant du côté du cervelet.

Dans ce cas particulier, on a eu affaire au syndrome cérébelleux dans toute sa pureté. Mais il y a des cas où ce syndrome est plus complexe. Ici M. Dieulafoy établit un diagnostic différentiel entre les tumeurs cérébelleuses et les lésions labyrinthiques, entre le syndrome cérébelleux proprement dit et le syndrome auriculaire auquel on a donné le nom de vertige de Ménière.

Arrivant au traitement, M. Dieulafoy dit qu'il doit être d'abord prophylactique; toute otite doit être sérieusement et énergiquement traitée. Quand apparaissent les symptômes de l'abcès cérébelleux, c'est à la chirurgie qu'il faut s'adresser, car l'affection devient alors médico-chirurgicale. Restent à poser les indications du siège de l'opération par les localisations.

M. Dieulafoy fait suivre cette intéressante observation des conclusions suivantes :

1° A quelques exceptions près, l'abcès du cervelet est toujours consécutif à une otite. Que l'otite soit aiguë ou chronique, qu'elle soit accompagnée ou non d'écoulement, peu importe, du moment que la caisse du tympan a été infectée, les agents pathogènes peuvent exalter leur virulence à la faveur des cavités closes qui ont pour siège la caisse, l'antre, les cellules mastoïdiennes. Dès lors ils se propagent en différentes directions.

2° Les lésions intra-craniennes consécutives aux otites sont multiples : méningite cérébrale, méningite cérébro-spinale, pachy-méningite, phlébite et thrombose des sinus, abcès du cerveau et du cervelet.

3° L'abcès du cervelet provoque généralement le syndrome cérébelleux : céphalée à prédominance occipitale, vertiges, ictus, perte de l'équilibre, titubation, démarche ébrieuse, vomissements, nystagmus, contracture cervicale, névrite optique, asthénie musculaire, état de somnolence et de torpeur voisin du coma. Ces symptômes composent le syndrome cérébelleux à l'état de pureté, ils peuvent exister, quelle que soit la partie du cervelet lésée, lobe droit, lobe gauche ou vermis.

Deux autres symptômes, la parésie faciale et la parésie du nerf moteur oculaire externe, permettent de localiser la lésion cérébelleuse à l'un des lobes du cervelet; c'était le cas chez notre malade.

4° Le diagnostic de l'abcès du cervelet présente quelque difficulté. Le syndrome cérébelleux a les plus grandes analogies avec le syndrome auriculaire ou labyrinthique; voici quels peuvent être les éléments de diagnostic. La céphalée d'origine labyrinthique n'a ni la violence, ni la persistance, ni la localisation de la céphalée d'origine cérébelleuse; la somnolence, la torpeur qui s'accentuent tous les jours dans la lésion cérébelleuse, n'ont rien de comparable dans le syndrome labyrinthique.

5° L'abcès du cervelet doit être distingué de l'abcès du cerveau (lobe temporo-sphénoïdal et lobe occipital). Au cas d'abcès cérébral, les troubles moteurs, parésie, contracture, spasmes, siègent du côté opposé à la lésion et à l'otite, la cécité verbale et l'hémianopsie sont deux signes importants.

6° Les tumeurs du cervelet, gliome, glio-sarcome, tuberculome, tumeurs parasitaires, produisent, elles aussi, le syndrome cérébelleux; mais ce syndrome est rarement à l'état de pureté, parce que les tumeurs, dans leur tendance à s'extérioriser, provoquent des symptômes d'emprunt et de voisinage.

7° La syphilis du cervelet mérite une place à part au point de vue du diagnostic et du traitement.

8° L'intervention chirurgicale, en temps voulu, est le seul traitement applicable aux abcès du cervelet.

Après cette observation de clinique pure, à laquelle il ne manque rien, pas même le résultat de l'autopsie, M. Laborde est venu présenter à la tribune des faits expérimentaux très intéressants à rapprocher des faits cliniques analogues à celui-ci : il a montré que, sans autre traumatisme qu'une simple piqûre portée directement à travers les tissus dans un point bien déterminé, on pouvait produire tantôt le syndrome cérébelleux, tel que vient de le décrire M. Dieulafoy; tantôt un mouvement de giration de l'animal sur lui-même; tantôt un mouvement de manège (piqûre du pédoncule cérébelleux), etc.

Il résulte de ces faits, rapprochés de celui de M. Dieulafoy, que, dans l'espèce, l'expérimentation physiologique et l'observation clinique se trouvent dans un parfait accord.

M. Henrot (de Reims) a cité un fait de **sinusite chez une petite fille**, qui a donné lieu au même syndrome que celui qu'a observé M. Dieulafoy chez son malade.

M. Laborde donne lecture d'un rapport sur un procédé d'**antisepsie des voies respiratoires** soumis à l'Académie par M. Lacroix.

En faisant passer un courant d'air à travers un mélange, chauffé à vase clos, de 0g50 de menthol, de II à X gouttes de bromoforme et de V gouttes à 20 grammes d'adéhyde formique, on obtient un gaz médicamenteux inhalable qui est parfaitement toléré par l'organisme et qui agit d'une façon très favorable sur le larynx et le poumon; pourvu de propriétés antiseptiques réelles, il atténue la virulence du bacille de Koch et stérilise les parties malades.

M. Cerné (de Rouen) lit une note sur les **opérations conservatrices dans les salpingo-ovarites suppurées**. Il insiste sur les bons résultats que donne cette méthode. Sur 28 laparotomies, il n'a fait l'ablation des trompes que sept fois. La plupart des opérées ont été revues, toutes sont restées guéries.

M. Hervieux lit une note de M. Lafforgue sur le rôle des

mouches dans la propagation de la conjonctivite granuleuse dans le sud de l'Algérie.

M. Michaux présente, au nom de M. Michel, une pince destinée à l'application d'un **nouveau procédé de suture rapide** et nullement douloureux et applicable surtout dans les laparotomies, les amputations de cuisse, les ablations du sein.

Par 64 suffrages sur 71 votants, M. Sevestre a été élu membre titulaire dans la section de thérapeutique. Nous sommes heureux d'adresser toutes nos félicitations à notre sympathique confrère.

La liste de présentation des candidats au titre de correspondant national a été arrêtée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Lalesque (d'Arcachon); en deuxième ligne, M. Catrin, médecin militaire; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Boinet (de Marseille), Lortet (de Lyon), Motais (d'Angers) et Triaire (de Tours).

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Diphtérie primitive de la vulve. — M. Bruno Leick a observé une jeune fille de seize ans, ayant depuis trois jours, avec un état de maladie générale, un gonflement des parties génitales externes très douloureux. La malade n'était pas encore réglée. A douze ans elle aurait eu une angine diphtérique. Rien à la gorge et au nez. A la face interne des petites lèvres symétriquement on voit un exsudat grisâtre, purulent, formé de tissu nécrosé. Autour, la muqueuse est ulcérée et il y a des hémorragies punctiformes. Des cultures donnèrent à l'état de pureté le bacille diphtérique au niveau des organes génitaux, mais rien dans le nez et la gorge. On injecta du sérum et on répéta l'injection. La fièvre tomba lentement et la guérison suivit; elle était complète seulement au trente-quatrième jour. On comprend l'importance du diagnostic au point de vue de la prophylaxie. (*Deutsch med. Woch.*, 22 mars 1900.)

GYNÉCOLOGIE

Chute du mamelon causée par des gerçures du sein. — MM. Raynaud (de Lautrec) rapporte, dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, un fait peu curieux en lui-même, mais dont l'existence n'a pas été souvent signalée :

Il s'agit d'une femme bien constituée, de tempérament général bon, sans aucune tare, âgée de vingt et un ans. Elle met au monde un enfant de sexe masculin qu'elle nourrit elle-même. L'enfant prend le sein avec avidité. Au bout de trois semaines environ, sous les efforts violents de succion, la mère éprouve, au moment des tétées, des douleurs intolérables au bout du sein. Il existe en effet des gerçures nombreuses qui laissent écouler chaque fois quelques gouttes de sang. La mère se contente pour tout traitement de quelques lavages et, malgré la douleur, continue à donner le sein à son enfant. Un jour elle est tout étonnée de voir que « son mamelon lui resta dans les doigts » (sic); il s'est en effet détaché sans effort, comme il l'aurait fait s'il eût été enserré par un fil à ligature. L'on voit manifestement comme sur la surface d'un crible les parties des canaux galactophores où viennent perler quelques gouttes de lait. La mère continue la lactation avec le sein de l'autre côté où il existe encore des gerçures. Le même phénomène se produit et le mamelon tombe à son tour. Présentement cette femme ne présente comme vestige des mamelons qu'une petite pointe analogue à une tête d'épingle un peu plus foncée que la zone des tubercules qui l'entourent et sans aucune trace de la moindre induration.

THÉRAPEUTIQUE

Nouveau traitement de l'artério-sclérose, par Kowalewski. — 1° Diminuer les sels calcaires de l'alimentation : par jour 250 grammes de viande, 100 grammes de pommes de terre, 100 grammes de pain, 100 grammes de fruit ou de légume, 400 grammes de poisson. Un peu de beurre et de sucre. — 2° Proscrire lait, fromage, œufs, radis, riz, épinards. Ne boire que de l'eau distillée ou bouillie. — Calomel, sublimé, iodure de mercure augmentant l'élimination calcaire; de même acétate de potasse, acide oxalique, acide lactique, soit la potion de Rumpf : carbonate de soude 10, acide lactique quantité suffisante pour saturer, eau 200. (*Gaz. med. lombarda*, mars 1899.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — *Stage hospitalier.* — MM. les étudiants dont la scolarité est soumise au stage hospitalier, et qui n'auraient pu, pour des motifs sérieux, accomplir le stage en 1899-1900 (du 1er décembre 1899 au 15 juin 1900), sont informés que, dans le but de régulariser leur situation, ils seront admis, pendant la période des vacances (du 1er juillet au 1er novembre), dans certains services de cliniques qui leur seront désignés.

Ceux d'entre eux qui voudraient bénéficier de cette mesure devront adresser une demande écrite au doyen de la Faculté avant le 15 juillet, en indiquant s'ils désirent suivre un service de médecine ou de chirurgie.

Guerre. — Sont nommés pour les postes ci-après désignés : M. Beaussenat, médecin-major de deuxième classe au 100e régiment d'infanterie, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; — MM. les médecins aides-majors de première classe Capmas, Guignot et Theaulon, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Julia, pour les hôpitaux militaires de la division de Tunisie.

Marine. — MM. les médecins de première classe Duranton, du cadre de Toulon, et Vergues, du cadre de Cherbourg, sont désignés, le premier pour les deux batteries d'artillerie, le second, pour le 3e bataillon de marche en formation à Toulon.

M. le médecin de première classe Marchandon est désigné pour embarquer sur le transport la *Nive*, en armement à Toulon.

M. Colin, ancien médecin de la marine et médecin du corps de santé des colonies, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer, au grade de médecin de deuxième classe.

Xe Congrès international d'hygiène et de démographie à Paris du 10 au 17 août 1900. — L'appel que les hygiénistes français ont adressé aux savants étrangers, à propos du Xe Congrès international d'hygiène et de démographie, qui se tiendra à Paris du 10 au 17 août prochain, a été partout entendu. Les réponses favorables ne se sont pas fait attendre. Tous les gouvernements, les académies et les sociétés savantes ont tenu à honneur de se faire représenter par une délégation spéciale et, dès aujourd'hui, on peut annoncer qu'aucun des Congrès internationaux d'hygiène précédents n'aura réuni un aussi grand nombre d'adhérents.

Dans toutes les sections les rapports sont sous presse et parviendront à tous les membres avant l'ouverture du Congrès. Un grand nombre de communications ont été déjà signalées au Secrétariat.

Le comité d'organisation s'est assuré le concours d'un certain nombre d'interprètes spéciaux qui traduiront immédiatement en français le résumé des communications et discussions faites en langue étrangère.

Pour être membre du Congrès, il suffit d'adresser son adhésion au secrétariat, 21, rue de l'École-de-Médecine, à Paris, en faisant parvenir en même temps une somme de 25 francs.

Les dames (épouses ou parentes) accompagnant les membres

du Congrès peuvent se faire inscrire comme membres, si elles justifient d'un diplôme médical ou scientifique ou de tous autres titres se rapportant aux sciences de l'hygiène et de la démographie. Dans le cas où elles ne posséderaient pas ces titres, elles peuvent, moyennant une cotisation de dix francs, bénéficier des avantages accordés aux membres du Congrès sans avoir cependant le droit de prendre part aux discussions.

Pendant la durée du Congrès, des visites scientifiques et des conférences spéciales seront organisées par les soins du comité.

De plus, les avantages assurés aux adhérents du Congrès sont dès maintenant : l'entrée gratuite à l'Exposition ; des réductions de tarifs sur les prix des places des chemins de fer et des compagnies de navigation ; des facilités assurées pour le logement pendant le séjour à Paris, etc.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion aux Gorges du Tarn, par le Bourbonnais.* — Les Compagnies P.-L.-M., Orléans et Midi organisent, avec le concours de l'Agence des voyages économiques, une excursion aux Gorges du Tarn, suivie d'une visite à la vieille cité de Carcassonne.

Départ : le dimanche 1er juillet 1900,

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 275 fr. ; 2e classe, 245 fr.

S'adresser, pour renseignements et billets, à l'Agence des voyages économiques, 17, rue Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

SIROP CROSNIER — Succédané des Eaux sulfureuses.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Le traitement de la coxalgie chez l'enfant et l'adulte, par M. H. MORESTIN, chirurgien des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MÉDICAMENTS NOUVEAUX. L'Igazol dans la tuberculose pulmonaire. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

REVUE GÉNÉRALE

Le traitement de la coxalgie chez l'enfant et l'adulte.

Par M. H.-MORESTIN, chirurgien des hôpitaux.

I

Le traitement de la coxalgie est toujours une tâche longue et un peu ingrate. Il faut beaucoup de soins, de patience et de temps, pour conduire à la guérison les cas les plus simples. Les résultats sont souvent imparfaits et même médiocres, en dépit d'un traitement bien dirigé par des chirurgiens d'expérience et très soucieux de leurs malades. Ils sont détestables quand l'affection a été abandonnée à elle-même, tardivement combattue, ou encore soumise à une thérapeutique mal dirigée.

Des soins minutieux doivent entourer les coxalgiques pendant toute la durée de leur maladie. On peut dire que, dans un très grand nombre de cas, dans la majorité même, le pronostic immédiat et le pronostic éloigné dépendent du traitement mis en œuvre. Commencé de bonne heure et rigoureusement suivi, il évite de graves conséquences et réduit au minimum le danger et l'infirmité consécutive. Dans des circonstances différentes on n'obtient rien de bon.

Le traitement a donc ici une importance capitale. Or, il n'est ni simple, ni facile, et ce serait une erreur de croire qu'on puisse adopter une ligne de conduite uniforme. Les malades se présentent à nous dans des conditions très diverses, et les indications varient naturellement d'un sujet à l'autre. Il suffit d'avoir un peu vécu dans les hôpitaux d'enfants pour savoir combien cette question est en réalité complexe. C'est une des grosses difficultés de la pratique.

Les premiers principes de ce traitement ont été posés pour la première fois d'une façon rigoureuse, méthodique et précise par Amédée Bonnet, dont il est juste de rappeler le nom chaque fois qu'il est question de maladies articulaires chroniques, et principalement de la coxalgie.

En 1858, Bonnet vint à Paris pour essayer de vulgariser ses méthodes, craignant de les voir languir en province. Il exposa ses idées à l'Institut, à l'Académie, à la Société de chirurgie et à l'hôpital des Cliniques, où Nélaton lui céda sa chaire et fut son auditeur. Il opéra publiquement deux malades de Nélaton, devant un public nombreux, où Verneuil était au premier rang. Bonnet a rassemblé lui-même en un volume tous les documents concernant cette expédition chirurgicale, y compris les discussions de la Société de chirurgie, et les articles de critique parus dans divers journaux. Bien qu'on lui eût fait à Paris un accueil sans précédent, le grand chirurgien ne dissimule pas la déception et l'amertume que lui causent quelques critiques.

On lui fit tout d'abord des objections au sujet de la gravit des manœuvres qu'il employait pour redresser la hanche, des dangers qu'il faisait courir aux malades, et enfin des résultats, car redresser n'était pas guérir; puis quand il eut montré publiquement et la possibilité du redressement et la bénignité des suites, il se trouva, c'était fatal, des gens pour diminuer son mérite d'inventeur. A cela Bonnet avait répondu par avance qu'il avait pris à l'un ceci, à un autre cela, autre chose à un troisième, et que de la combinaison logique de tous ces éléments, dont la valeur prise isolément était discutable et médiocre, il avait fait sa méthode; cette synthèse heureuse constituait le fait nouveau.

Mais les idées justes demeurent et s'affermissent. La pratique qui en découle bénéficie de la critique. Elle subit des changements de détail, mais reste dans ses grandes lignes. C'est ce qui arriva pour les travaux de Bonnet. Au bout de peu d'années les préceptes qu'il avait si judicieusement posés furent adoptés, et devinrent des règles de pratique courante. Sans doute on laissa rapidement de côté certaines parties de son traitement et en modifia d'autres, mais les idées fondamentales et la partie essentielle de la méthode, ayant subi l'épreuve du temps, sont des progrès acquis, incontestés, et maintenant encore constituent, dans le plus grand nombre des cas, la base de notre thérapeutique. On peut dire sans exagération que de Bonnet, date le traitement rationnel de la coxalgie.

Avant lui, le rôle du chirurgien était fort limité, et se bornait à des applications de révulsifs, de moxas et de caustiques, ou à des ouvertures d'abcès.

Partant de considérations anatomapathologiques et physiologiques sur la situation respective du bassin et du fémur, il établit que l'allongement est toujours apparent, que le raccourcissement dans l'attitude de flexion-adduction est également apparent dans la plupart des circonstances, et établit qu'il est de toute nécessité de corriger la flexion, l'adduction et la rotation interne et ensuite d'immobiliser le membre dans une attitude irréprochable. Il n'hésitait

point à faire d'énormes sections musculaires sous-cutanées pour arriver à ce résultat. Le redressement obtenu, il mettait un grand appareil amidonné de Seutin, auquel il incorporait une attelle de fil de fer.

C'était un progrès considérable. La mise en bonne attitude et l'immobilisation modifiaient de la façon la plus heureuse la marche de la coxalgie, et quand la guérison survenait, la locomotion devenait possible dans des conditions relativement bonnes. Les anciens coxalgiques étaient à peine infirmes. Aussi Verneuil pouvait-il dire : « La coxalgie est devenue moins grave, depuis que Bonnet nous a appris à la traiter. »

« Le pronostic, on sait ce qu'il était il y a quelques années; tous les auteurs ont proclamé sa gravité.

Pour la coxalgie du jeune âge en particulier, j'en appelle aux chirurgiens des hôpitaux d'enfants. J'ai fait naguère des remplacements dans ces hôpitaux, la thérapeutique y est presque illusoire; bien entendu je ne faisais pas mieux que mes collègues.

Depuis la publication des travaux de Bonnet et leur introduction dans notre pratique parisienne, les choses ont, ce me semble, complètement changé de face...

Je suis persuadé que mes collègues ont changé d'opinion sur la gravité actuelle de la coxalgie; or, il n'y a que deux explications de cet heureux changement : ou la maladie est devenue moins grave de nos jours, ou la thérapeutique est devenue plus efficace. Le choix n'est pas douteux entre ces deux interprétations. »

Verneuil abordait ensuite le traitement qui « malgré les progrès accomplis laisse encore un vaste champ ouvert à la discussion ». On pourrait, aujourd'hui encore, employer la même formule, car la doctrine, en dépit d'une foule d'excellents travaux, n'est pas encore fixée, et d'importantes questions sont encore pendantes.

Le travail de Verneuil auquel je viens de faire un emprunt fut l'origine de la mémorable discussion de 1866 à la Société de chirurgie. La Société entière, ralliée aux idées de Bonnet, adoptait comme traitement la nécessité de la mise en attitude correcte et de l'immobilisation. On se séparait sur la manière d'opérer le redressement, que Bonnet faisait brusque et que d'autres voulaient successif, ou incomplet quand il était trop difficile d'arriver à la rectitude. On abandonnait les sections des adducteurs, et la cautérisation sous le pansement amidonné qui était une des imperfections que Bonnet avait gardées de ses prédécesseurs.

Chacun avait son appareil pour immobiliser. Sans préjudice de la gouttière de Bonnet, et de l'appareil amidonné, Marjolin avait sa planche, Guersant ses attelles, Bouvier son appareil en cuir moulé, Verneuil son grand appareil silicaté. C'est alors que Le Fort fit connaître les travaux des chirurgiens américains qui jusque-là étaient restés à peu près inconnus en France, et montra comment l'extension continue pendant la marche avait été adoptée par Cooper (de San-Francisco), Sayre, Davis, Andrews. « L'extension permanente semble avoir rendu à nos voisins d'éminents services dans le traitement de la coxalgie; le moyen appliqué dans le but de guérir la maladie et d'empêcher les douleurs nous est à peu près inconnu en France; personne que je sache ne l'a jusqu'à présent signalé à l'attention des chirurgiens et j'ai cru utile de le faire, car il me paraît y avoir là un progrès réel dans la thérapeutique d'une maladie si difficile et si longue à guérir. » Pour ne pas être en retard, Le Fort apportait aussi son appareil. Bien qu'il fût un des meilleurs du genre, il n'est guère sorti de la pratique de son inventeur et suivant le sort commun à toutes ces machines, il est tombé dans l'oubli à peu près complet. Le Fort avait débuté en posant cette prémisse « que la luxation spontanée est considérée encore aujourd'hui par la plupart des chirurgiens français, comme la conséquence de la marche naturelle de la coxalgie abandonnée à elle-même ou imparfaitement traitée », tandis « qu'une connaissance plus parfaite des lésions anatomiques qui caractérisent la coxalgie avait donné naissance à cette méthode thérapeutique ».

Bouvier releva énergiquement cette assertion : « J'en demande pardon à mon savant collègue, mais ce n'est pas là de l'histoire contemporaine; tout ce passage de son discours est un anachronisme. Est-ce que nous sommes encore au temps où Larrey seul contre l'école de Desault, contre mon maître Boyer, niait la luxation comme conséquence de la coxalgie? Depuis plus de trente ans une suite de travaux est venue donner raison à Larrey. La connaissance plus précise des lésions anatomiques de la coxalgie nous appartient. Il y a au moins dix ans qu'elle est devenue vulgaire chez nous, et la jeune Amérique n'a fait ici, comme en tant d'autres occasions, que puiser dans les enseignements de la vieille Europe. »

Déjà à cette époque la méthode américaine avait pris son plein développement. L'extension avait été conçue par Le Sauvage (de Caen) qui écrivit en 1835 un remarquable mémoire sur les luxations spontanées du fémur. Elle était aussi employée par Velpeau, qui s'empressa de réclamer ses droits de priorité, s'étonnant qu'on présentât comme une chose nouvelle une méthode que beaucoup de membres de la Société qui avaient été ses internes connaissaient pour l'avoir apprise dans son service. Mais l'emploi systématique de l'extension, et surtout dans des conditions permettant le traitement ambulatoire de la coxalgie, constituait bien une chose nouvelle. L'appareil de Martin et Collineau, qui réalisait l'extension dans la demi-flexion était, très imparfait, l'on ne lui ménageait pas les reproches, et les officiels de l'époque n'en voulaient pas. C'était si bien une chose différente, qu'elle n'est jamais entrée dans notre pratique. Aujourd'hui encore, malgré les beaux succès remportés par les Américains, et qui sans doute sont véritables, nous n'avons aucune tendance à évoluer vers ce mode de traitement. Nous sommes surpris par les résultats énoncés, et tellement que nous renonçons même à faire l'essai de la méthode.

Cependant elle a été acceptée par quelques chirurgiens étrangers et en particulier par Hoffa qui s'en est déclaré grand partisan.

Les Américains lui restent généralement fidèles, bien qu'il y ait de nombreux dissidents, ralliés à la pratique de l'immobilisation. A diverses reprises, on a vanté en particulier à l'American orthopedic Association et à l'Académie de New-York, l'extension pendant la marche à l'aide des attelles les plus variées.

Mais l'extension appliquée au traitement de la coxalgie entrait avec Volkmann (1868) dans une voie autrement féconde. Il montrait les bienfaits de la traction appliquée dans le décubitus horizontal. Très rapidement la méthode de l'extension continue au lit est devenue un traitement de choix de la coxalgie; d'intéressantes expériences ont donné des expli-

cations plus ou moins concluantes de son mode d'action; mais quelque opinion qu'on puisse se former à cet égard les résultats étaient indiscutables, et prouvaient clairement qu'il s'agissait d'un moyen très efficace, conduisant à la guérison dans de larges proportions. On trouvera tous les détails concernant l'historique de l'extension dans un excellent mémoire de Monod (*Arch. méd.*, 1878).

C'est surtout à M. Lannelongue que nous devons de bien connaître cette méthode et la meilleure manière de l'appliquer. La contre-extension était jusque-là le point faible de la méthode, et d'autre part on n'obtenait que d'une façon imparfaite la fixation et la bonne attitude du bassin. L'appareil qu'il a imaginé, et qu'il a décrit dans ses remarquables leçons sur la coxo-tuberculose, triomphe de ces difficultés. L'immobilisation du bassin est obtenue indirectement par l'intermédiaire de la colonne vertébrale et du tronc, et le malade fixé d'une manière aussi ingénieuse que solide sur une planche couverte d'un matelas dur.

L'extension continue, d'après les idées de M. Lannelongue, est restée chez nous un traitement très répandu de la coxalgie.

Cependant la thérapeutique de la tuberculose de la hanche devait se ressentir de la grande crise opératoire qui suivit la vulgarisation et la diffusion des doctrines antiseptiques. Dans les quelques années que dura cette période on étudia toutes les questions au point de vue opératoire, et dans ce travail de revision de la chirurgie ancienne, on s'attaqua à la coxalgie comme à tout le reste. Avec une apparente logique, songeant que la coxalgie était une tuberculose ostéo-articulaire, on lui appliqua les procédés radicaux, qui étaient couramment préconisés pour d'autres lésions du même ordre et donnaient des résultats en général satisfaisants. On fut conduit de cette manière à des interventions précoces et larges, à un traitement d'emblée opératoire, dans l'espoir d'obtenir une guérison plus rapide et meilleure. Croft et Annandale en Angleterre, et en Allemagne une foule de chirurgiens préconisaient ces mesures violentes contre la tuberculose de la hanche. Cette crise dura peu; car d'une manière générale les résultats furent médiocres au point de vue immédiat, et les suites éloignées peu satisfaisantes. Aussi la plupart des chirurgiens, en France principalement, reviennent de plus en plus au traitement conservateur.

Les résections hâtives n'ont pour ainsi dire plus de partisans; et même pour les cas graves, beaucoup préfèrent s'abstenir de toute grande intervention. A la vérité nous disposons aujourd'hui d'excellents moyens pour traiter d'une manière efficace les abcès de la coxalgie. Des injections pratiquées suivant une bonne technique, permettent d'introduire dans la poche des modificateurs appropriés, et amènent la cicatrisation de ces abcès dans une telle proportion, qu'il est évident que le pronostic de cette complication, autrefois très grave, s'est considérablement amélioré depuis qu'elles sont entrées dans la pratique. Aussi peut-on comprendre qu'en 1898 la Société de chirurgie, après une discussion importante, provoquée par une communication de Ménard (de Berck), se soit prononcée résolument pour le traitement conservateur.

Il semble bien toutefois qu'un certain nombre de cas puissent bénéficier d'une thérapeutique un peu plus hardie, et la récente discussion de la Société de chirurgie indique une nouvelle oscillation dans ce sens. On a vu aux prises un interventionniste très convaincu et un conservateur à outrance. Mais la note dominante a été une tendance à scinder la pratique au sujet de la coxalgie de l'enfance et de la coxalgie de l'adulte. Chez ce dernier les méthodes de patience et de douceur ne donnent point, de l'aveu de tous, des résultats aussi consolants, et peut être y aurait-il lieu, à la suite de Ch. Nélaton, Delorme et Schwartz, d'intervenir, non point la main forcée, comme nous l'avons tous fait jusqu'ici, mais de bonne heure et dans l'espoir d'obtenir des guérisons durables et relativement rapides.

Cette revue sommaire nous mettra plus à l'aise pour exposer maintenant les indications que comporte la maladie à ses différentes périodes et les diverses manières de les réaliser.

Nous mettrons à part la coxalgie de l'adolescent et de l'adulte, pour y revenir après avoir parlé de celle de l'enfant. Quand on parle de coxalgie, c'est toujours cette dernière que l'on a en vue. Or, il est très important de faire cette séparation.

Chez l'*enfant*, suivant en cela la division acceptée dans les travaux de tous ceux qui ont écrit récemment sur ce sujet, il y a lieu d'envisager la maladie suivant qu'il existe ou non des abcès. La présence de collections arthrifluentes change beaucoup le pronostic; ces abcès mal traités ou abandonnés à leur évolution spontanée finissent par conduire à des fistules, ce qui aggrave encore, et de beaucoup, la situation. Il faut donc s'occuper des mesures à prendre dans ces trois états : coxalgie avant la *période d'abcès*, *coxalgie suppurée*, *coxalgie fistuleuse*.

II

Coxalgie avant la période d'abcès. — Tout au début, alors qu'un peu de claudication et de raideur de la hanche sont les seuls symptômes apparents, on pourrait être tenté de patienter, de mettre en œuvre de petits moyens. Ce serait une détestable pratique. Au moindre indice de l'affection, ou du moins aussitôt qu'on aura pu porter un diagnostic ferme, il faut instituer un traitement rigoureux. Trop souvent on se heurtera à des résistances tenaces, parfois invincibles, de parents qui ne pourront consentir à laisser immobiliser leur enfant. On leur laissera la responsabilité de cette opposition, l'événement vient toujours assez tôt donner raison au chirurgien. Quand il y a doute, on peut se borner à prescrire le repos au lit, et quelques topiques, qu'on aura soin de choisir très inoffensifs, étant destinés à calmer la sollicitude de l'entourage. Si le doute se prolonge, il vaut mieux conclure à la maladie fréquente et grave et traiter l'affection comme s'il s'agissait d'une coxalgie.

Les cas où l'on observe ainsi l'affection avant l'attitude vicieuse sont en somme assez rares. Presque toujours au moment où les malades nous sont conduits, les contractures musculaires sollicitées par les lésions ostéo-articulaires, ont placé le membre dans une attitude fixe, ou à peu près fixe. Au début de la maladie, la position du membre est presque toujours l'abduction et la rotation externe, avec allongement apparent. L'adduction avec rotation interne est habituellement un phénomène tardif, et cette attitude succède à la première. Mais on peut l'observer dès le commencement. Tous les auteurs ont signalé cette sorte d'anomalie dont j'ai vu moi-même des exemples incontestables. Quelle que soit l'attitude vicieuse, il y a lieu de la rectifier et de remettre le membre dans sa situation normale. Bonnet,

nous l'avons vu, faisait, en une séance, le redressement brusque. Il avait soin d'exagérer d'abord la flexion, manœuvre qu'il avait empruntée à Palasciano (de Naples), et qui est excellente, puis il exerçait des mouvements de mobilisation dans tous les sens, de circumduction et finissait par la réduction en bonne attitude, quand toutefois il n'y avait pas subluxation, pas destruction du rebord cotyloïdien, ce qu'il avait la prétention de reconnaître en imprimant des mouvements de va et vient dans le sens vertical à la tête du fémur.

Pour peu qu'il rencontrât quelque obstacle de la part des adducteurs, il n'hésitait pas à les trancher à l'aide d'un long ténotome introduit à la partie postérieure de l'articulation. On a beaucoup adouci ces manœuvres, comme le remarquait Bouvier. Ces vastes sections musculaires sont inutiles, dans l'immense majorité des cas, et si peut-être dans certaines circonstances, elles peuvent trouver leur indication, ces cas sont absolument exceptionnels, et il faudrait alors renoncer aux aveugles sections sous-cutanées, infiniment dangereuses dans cette région traversée par d'importantes artères. P. Broca faisait cette grave objection à Bonnet sans réussir à le convaincre.

La plupart de ces attitudes vicieuses n'opposent pas de résistance insurmontable. Aussitôt le malade anesthésié, on constate que les mouvements présentent une amplitude plus grande, tous s'exercent dans une limite plus étendue, et l'écart entre ce qu'on obtenait à l'état de veille, et ce qu'on obtient à la faveur de la résolution due à l'anesthésie, indique la part que prenait la contracture des muscles à l'attitude anormale. Ce qui persiste dépend des adhérences contractées par les surfaces articulaires et surtout de la rétraction des tissus fibreux de nouvelle formation. C'est dire que ces raideurs d'ordre cicatriciel seront proportionnelles à l'ancienneté des lésions et à leur mode d'évolution, qu'au début la contracture musculaire jouera le principal rôle, et qu'à ce moment où il n'y a pas encore de notables déformations articulaires, ni d'ankylose, le redressement s'exécutera avec une très grande facilité.

Que si on n'arrivait point à obtenir la restauration complète au point de vue de la forme, il n'y aurait pas lieu de s'acharner après la jointure malade pour l'obtenir quand même. Il est sage de « rester en deçà plutôt qu'aller au delà des limites de la prudence » (Verneuil).

Ce résultat obtenu extemporanément, à l'aide de l'anesthésie générale et du redressement brusque, on peut l'acquérir bien souvent à moins de frais, graduellement et le plus simplement du monde à l'aide de l'extension continue. Différents appareils mécaniques ont pu être proposés dans ce but, mais il est inutile de revenir sur ces choses démodées.

Pour que la méthode produise son plein effet, il faut surtout veiller à la contre-extension et empêcher le bassin de se déplacer. Ces inclinaisons que peut prendre le bassin dans le lit, au cours d'un traitement toujours long, étaient l'écueil de la méthode.

Mais les ingénieuses dispositions de l'appareil de Lannelongue obligent le malade à garder une bonne attitude. Sans doute l'immobilisation de l'article n'est pas absolument rigoureuse, mais ce qui est le plus important, la traction s'exerce dans des conditions favorables et avec son maximum d'effet. Le principe de cet appareil est le suivant, maintenir le bassin et réaliser le problème de la contre-extension par l'intermédiaire de la colonne vertébrale et du tronc. Autrement on est forcé soit d'exercer une traction en sens contraire de l'extension en prenant un point d'appui périnéal, soit de fixer le bassin en prenant point d'appui sur lui-même. Dans l'un et l'autre cas les pressions sont ou douloureuses et mal tolérées, ou insuffisantes.

Pour réaliser la donnée première, Lannelongue immobilise le thorax à l'aide de deux ceintures superposées, s'attachant par des lacs à la tête, au pied, et aux bords du lit. Le sujet est fixé sur le dos dans une attitude invariable, dans la situation absolument horizontale, les deux membres inférieurs rapprochés et maintenus l'un contre l'autre à l'aide d'une autre ceinture spéciale.

Sur un lit mou et dépressible, ces mesures seraient insuffisantes, il faut que le matelas ne puisse céder sous le poids du corps, autrement il se produirait une flexion de la cuisse sur le bassin. Au contraire une planche couverte d'une couche de crin ou de varech, contribue grandement au résultat en empêchant le siège de s'enfoncer et partant le corps de se plier au niveau de l'articulation coxo-fémorale.

On peut encore appliquer la traction avec un appareil d'Hennequin, qui, comme l'on sait, réalise une traction sans déperdition de forces, étant construit d'après les principes des sciences exactes.

Dans le cas où la déviation est déjà assez accentuée, et où l'application de l'appareil à traction souffre quelque difficulté en raison de cette attitude, deux partis sont à prendre, ou bien résoudre le problème par une méthode de lenteur, en appliquant des tractions multiples, à la manière de Volkmann, traction s'exerçant dans le sens vertical pour remédier à la flexion, dans le sens latéral, obliquement ou transversalement selon l'attitude à laquelle il faut porter remède. Ou bien réduire sous le chloroforme pour appliquer ensuite la traction continue, et c'est un des points sur lesquels insiste Lannelongue.

On sait que les Américains font l'extension sans garder le malade au repos. Le malade pourvu d'une attelle à extension continue à marcher. Il y a à cela un avantage énorme, c'est la facilité avec laquelle l'enfant peut être déplacé, respirer au grand air. L'état général se conserve meilleur. Mais il ne faut pas exagérer et donner à un tel argument une trop grande portée. Les enfants acceptent fort bien l'immobilisation. On n'en sait aucun dont l'état général périclite du fait de ce séjour au lit. Au contraire, l'amélioration apportée dans l'état local, la disparition des douleurs et le bien-être qui en résulte amènent, c'est la règle, un changement très heureux chez les petits malades. Leur physionomie est meilleure, l'appétit et le sommeil reviennent. On en voit qui restent ainsi immobilisés pendant des mois, sans présenter jamais aucun phénomène imputable à ce long séjour au lit. D'ailleurs s'ils ne peuvent pas bouger, ils sont susceptibles d'être facilement déplacés. La planche qui les supporte est aisément placée sur une voiture, et les enfants peuvent être ainsi transportés chaque jour au grand air. Dans la belle saison, on peut les laisser tout le jour hors des salles, sous des galeries, des tentes ou même en plein air.

A l'hôpital, cette bienfaisante méthode donne son plein effet et les résultats en sont des plus satisfaisants, car la surveillance est exacte et rigoureuse, le traitement appliqué sans interruption et sans faiblesse. En ville, il n'en va pas toujours de même, et si l'on ne peut suivre de très près son malade, on est exposé à ne pas recueillir de ce traitement tout

le bénéfice qu'on en doit espérer. Par contre, chez les parents, dont le dévouement bien compris vient en aide au chirurgien, on obtient davantage, l'enfant étant parfois mieux nourri, et échappant aux dangers des agglomérations d'enfants.

Actuellement, grâce au système d'isolement, non seulement de tous les malades atteints de fièvres éruptives, ou des suspects, dans des pavillons spéciaux, mais encore de chaque entrant pendant une période de quelques jours, pendant lesquels il reste en observation, grâce aux procédés de désinfection, aux précautions et aux mesures de propreté qu'on exige de tout le personnel dans les hôpitaux d'enfants, les cas de contagion sont devenus rares, et le séjour dans les salles ne constitue plus à lui seul un danger permanent.

Cependant il faut toujours compter avec cette éventualité possible.

On a essayé d'établir par des expériences comment agissait l'extension continue sur la jointure malade. L'expérimentation a fourni des données contradictoires tant au point de vue des résultats de la traction sur la pression intra-articulaire, que de l'écartement des surfaces.

A la vérité les notions acquises de cette manière, fussent-elles à l'abri de toute contestation, ne sauraient être acceptées pour véritables et démontrées, que pour le cadavre. Ce qui se passe dans une articulation saine et sur un sujet mort ne peut être appliqué rigoureusement à une jointure malade d'un être vivant.

Les recherches expérimentales donnent des résultats intéressants sans doute, mais plus l'articulation sera malade, et la coxalgie ancienne, moins la comparaison sera rigoureuse, car les lésions étendues et destructives modifient la forme des surfaces articulaires et la résistance des ligaments. Aussi M. Lannelongue a-t-il raison d'insister beaucoup sur l'expérience très démonstrative [qu'il a eu l'occasion de faire sur la hanche d'une enfant coxalgique, qui avait succombé accidentellement, alors qu'elle était soumise à l'extension continue. Après la mort, on remet en place l'appareil à traction et le sujet ayant été congelé, une coupe du bassin permet de constater un écartement des surfaces articulaires de la hanche malade.

Les considérations théoriques sont toutes en faveur de cette méthode. La traction continue lutte d'une manière permanente et très efficace contre les contractures, par suite elle combat la tendance aux attitudes vicieuses, elle tend à séparer les surfaces, partout elle met à l'abri des déplacements pathologiques et des déformations par ulcération compressive. Cet écartement joint à l'abolition des contractures et à l'immobilisation supprime les douleurs. Enfin l'on peut très aisément explorer la région malade, la surveiller, voir poindre et éclore les abcès, que l'on peut ainsi traiter dès le début, enfin les soins de propreté sont relativement très simplifiés.

La pratique montre que tout cela n'a rien d'exagéré, et que ce traitement donne des résultats tout à fait remarquables.

L'immobilisation de la jointure est une des conséquences de l'application d'un appareil à extension continue, et explique en partie les bons effets de cette méthode.

Un grand nombre de chirurgiens considèrent que cette immobilisation est l'indication la plus essentielle, et une fois le redressement effectué emprisonnent le membre dans un appareil qui empêche le retour à l'attitude vicieuse et supprime tout déplacement des surfaces articulaires.

On a fait un très grand nombre de ces appareils, qui, pour la plupart, réalisent assez bien ces indications. Le plus connu et le plus ancien est la gouttière de Bonnet, qui a encore ses partisans. Malgré son aspect archaïque, cette gouttière peut en effet rendre des services, le malade y est commodément couché, on peut le nettoyer facilement, lotionner tout le corps, appliquer l'extension. Mais cet appareil est inapplicable à l'hôpital, il est très coûteux et pour être utile dans le cas particulier doit être fait sur mesure. En outre on doit surveiller très attentivement les enfants couchés dans ces gouttières, car ils peuvent y prendre des attitudes vicieuses. Aussi la gouttière de Bonnet est-elle de plus en plus délaissée. C'est avec raison, car on peut obtenir mieux avec les appareils plus simples que l'on confectionne soi-même. Le temps est passé de toutes ces machines chargées de ferrures, lourdes et compliquées. Nous pouvons heureusement nous passer de collaborateurs mécaniciens. Étant élève dans le service de Verneuil, j'ai vu autrefois appliquer son grand appareil silicaté, qui était déjà un progrès considérable, pour l'époque où il fut inventé. Le malade était revêtu d'un maillot piqué d'ouate, on appliquait d'abord des bandes de toile, puis des bandes silicatées en ayant soin d'incorporer dans l'épaisseur de la carapace inamovible une vaste attelle en T. L'appareil allait du thorax à la cheville. Cet appareil était excellent, il immobilisait très bien la hanche, il était léger et très solide. Le silicate sèche lentement, c'est un gros inconvénient, pendant sa dessiccation le membre peut se déplacer et reprendre en partie sa mauvaise attitude. Aussi y a-t-on généralement renoncé, pour adopter le plâtre, qui se solidifie en quelques minutes. On peut ajouter au plâtre de la gélatine comme le faisait Richet, dont les appareils en stuc étaient les plus beaux qu'on pût voir. C'est une coquetterie à laquelle on ne s'arrête plus. L'appareil plâtré est donc très généralement adopté. On peut, comme le conseille M. Gangolphe, appliquer sur le membre une demi-gouttière plâtrée antérieurement. Mais habituellement, et c'est une pratique constante à Paris dans les services où l'on ne fait pas l'extension continue, on enveloppe avec des bandes roulées dans le plâtre le membre inférieur tout entier, le bassin et le tronc jusqu'à la partie moyenne du thorax. Mon ami Desfossés vient de donner dans la *Presse médicale* tous les détails de ce mode d'application comme on le fait dans le service de son maître, M. Brun.

Il est bon, ainsi que le recommande, Kirmisson de mettre dans l'épaisseur du plâtre une ou deux petites attelles métalliques, pour renforcer l'appareil et lui donner de la solidité.

Il est plus important de suivre un autre conseil donné par le même auteur, et qui a trait à l'attitude qu'il faut donner au membre dans l'appareil. Le membre est habituellement immobilisé dans la rectitude. M. Kirmisson recommande de le placer dans une abduction légère, la tête fémorale ne peut ainsi se déplacer sur la fosse iliaque externe et l'on combat pour l'avenir la tendance si fâcheuse de la cuisse à se porter dans l'adduction, celle-ci « étant la source de tous les maux » pour le coxalgique.

Quelques chirurgiens, l'appareil appliqué, condamnent le malade à garder le lit dans le décubitus dorsal, et il est incontestable que cela est prudent et sage. Mais un des grands avantages de ce mode de traitement, c'est précisément la facilité avec laquelle les malades peuvent être transportés sans inconvénients et sans souffrances.

On peut les renvoyer chez eux, les expédier à la campagne, et s'ils restent à l'hôpital, les changer de place, les poser au grand air, au soleil, les transporter dans un autre endroit de la salle pendant qu'on refait leur lit. Bien plus on peut, au bout de quelque temps, leur permettre de marcher avec des béquilles et en soulevant le pied du côté sain.

C'est un pas vers le traitement ambulatoire de la coxalgie. On conçoit toute l'importance d'une méthode qui permettrait au petit malade de faire sa coxalgie sans être alité, de passer les deux, trois, quatre ans que doit durer la maladie, sans interrompre ses études, sans être privé de jeux, d'exercice, sans être condamné, en un mot, au repos forcé. Le développement physique, intellectuel, moral, peut être défavorablement influencé par cette vie monotone et languide, dans le repos au lit et principalement dans le milieu hospitalier.

La méthode américaine éviterait ces inconvénients, qui sont, en effet, des côtés faibles de nos traitements habituels. Elle permettrait au malade de se déplacer, d'aller et venir, de jouer, de courir même.

A l'aide d'ingénieux appareils, on applique l'extension pendant la marche, en même temps que l'articulation est immobilisée. Les appareils de Sayre, de Thomas sont figurés dans tous les livres. Il en existe un très grand nombre. Un des plus connus est l'attelle de Pott. En Europe, cette méthode est peu employée et peu connue. Cependant, plusieurs orthopédistes, en particulier Lorenz et Hoffa, l'utilisent. L'appareil de Hessing est particulièrement recommandé par ce dernier. Romanus Binder vient encore de vanter, dans le journal de Hoffa, les bons résultats obtenus par ce dernier, et chez nous Étienne, dans sa thèse toute récente (Nancy), attire l'attention sur cette thérapeutique peut-être trop complètement négligée chez nous.

Il nous paraît aussi que quelques essais pourraient être faits dans ce sens, mais en pareille matière, on ne saurait généraliser et se déclarer en bloc partisan ou adversaire d'une méthode.

Ces appareils de marche employés par les Américains sont assez séduisants. Ils prennent point d'appui sur l'ischion et sur le périnée par une sorte de béquille, et l'extension se fait par une prise sur les condyles fémoraux ou sur le cou-de-pied. La tendance à l'adduction peut être efficacement combattue à l'aide d'une attelle prenant point d'appui sur le périnée du côté opposé. Sans immobiliser d'une façon parfaite l'articulation malade, ils suppriment la plupart des mouvements. Enfin, si l'extension s'exécute d'une manière incomplète, elle n'est pas absolument illusoire. Mais il est bon de noter que plusieurs chirurgiens américains ont abandonné la méthode américaine, et que d'autres, loin de l'employer exclusivement, font dans leur pratique une large part aux autres modes de traitement.

C'est qu'en effet, les cas ne sont pas justiciables des mêmes indications, et il faut bien le dire, la plupart des chirurgiens sont, en réalité, éclectiques et n'emploient pas exclusivement un mode de traitement uniforme. On modifie sa pratique dans une certaine mesure, selon les circonstances et selon le malade, et l'on peut bien faire et obtenir des résultats satisfaisants, soit par l'extension continue, soit par l'immobilisation, soit même par le traitement ambulatoire. Chacun a ses préférences naturellement. A la discussion de la Société de chirurgie de 1897, M. Broca, M. Quénu se sont déclarés partisans de l'extension continue, selon les idées de M. Lannelongue, tandis que MM. Brun, Kirmisson, Jalaguier tenaient pour le grand appareil plâtré. Des deux côtés les résultats étaient excellents.

Couvrir la région malade d'un grand appareil plâtré, c'est rendre moins facile l'exploration et la surveillance de la jointure, mais non les rendre impossible ; on peut fenêtrer l'appareil, glisser les doigts sous ses bords et avec un peu d'expérience, reconnaître ou deviner la consistance spéciale des abcès; l'état général, la douleur, et parfois la température font soupçonner leur formation. On n'est donc pas absolument ignorant de ce qui se passe derrière le plâtre, mais il est incontestable qu'on est infiniment plus à l'aise quand la région est à ciel ouvert, librement exposée aux regards et à la palpation. Aussi, toutes les fois qu'on peut avoir le moindre indice de formation d'abcès, qu'un signe quelconque fait prévoir cette éventualité, il nous semble que l'extension continue s'impose absolument. Il en est de même des cas où les douleurs sont vives, les contractures intenses, de ceux où il y a des adénopathies un peu volumineuses, et même de tous les cas sérieux, de tous ceux qui s'annoncent comme graves, ou dont la marche n'est pas encore nettement orientée, et aussi des cas où il y a en même temps un mal de Pott.

On voit très rapidement les douleurs s'amender, l'état général se relever. Le sommeil devient meilleur et l'appétit reparaît. Ce changement, presque immédiat, s'observe d'une manière pour ainsi dire constante.

Cette méthode nous paraît encore la meilleure pour obtenir le redressement dans les cas simples où l'attitude vicieuse encore récente, est due exclusivement aux contractures musculaires. Elles cèdent aisément aux tractions continues, ce qui rend inutile l'emploi du chloroforme.

Dans les coxalgies doubles, c'est encore le traitement d'élection, car aucun appareil ne réalise plus simplement les indications dans ces cas difficiles, et car il importe aussi de ménager les chances de conserver au malade quelque mobilité articulaire.

De nouvelles indications surgissent, en effet, si l'on envisage le résultat que l'on peut attendre du traitement. L'ankylose de la hanche est une terminaison habituelle de la coxalgie, et c'est une terminaison heureuse, si l'on songe aux autres éventualités qui assombrissent le pronostic de la maladie. Pour la plupart de nos malades, nous devons souhaiter l'ankylose. L'immobilisation absolue de la hanche malade favorise cet enraidissement de la hanche (car il y a bien rarement soudure osseuse).

Or, il est incontestable que l'extension continue tendant sans cesse à écarter les surfaces, et ne supprimant pas absolument les mouvements, est moins propice à l'ankylose, que l'application des grands appareils, qu'en augmentant la traction, on peut, dans une certaine mesure, favoriser la conservation des mouvements. Or, ces considérations trouvent leur application dans le cas de double coxalgie, où la possibilité de la marche après la guérison sera subordonnée à la conservation d'un peu de mobilité, au moins de l'une des articulations coxo-fémorales.

D'autre part, il est bon de se préoccuper de cette possibilité de guérison avec conservation des mouvements dans les cas bénins, observés dès le début, et chez des enfants relativement robustes. On conçoit toute l'importance d'un pareil résultat, surtout s'il s'agit d'une fille. L'ankylose est

une terminaison habituellement souhaitable, mais elle n'est ni fatale, ni nécessaire, et dans certaines circonstances, on peut l'éviter et même on doit chercher à l'éviter.

Si le traitement était mis en œuvre dès que commence la maladie, on pourrait dire avec Calot, que la coxalgie doit guérir sans boiterie (Cong. de chir., 1896). L'immobilisation peut dans les bonnes conditions donner un pareil résultat, mais toutes choses égales d'ailleurs, il nous semble que l'extension continue le donne plus sûrement encore.

Cette méthode répond, en somme, à la majorité des cas, et elle est indispensable dans certaines formes et à certaines périodes de la maladie.

Est-ce à dire qu'on doive en faire un emploi exclusif?

A l'hôpital on le pourrait. Quand le malade n'est pas sous la surveillance étroite du chirurgien, il vaut mieux souvent y renoncer.

D'autre part, une fois le malade en bonne voie, n'ayant plus de douleurs, ni d'attitude vicieuse, il n'y a plus d'indication formelle pour l'extension continue. Et c'est ici que les appareils inamovibles présentent des avantages incontestables, car ils permettent d'évacuer le malade vers la campagne, le bord de la mer, ou la maison des parents, et simplifient le traitement, car il suffit d'un examen de quinzaine ou mensuel pour vérifier l'état de l'enfant. L'appareil bien appliqué vous laisse hors d'inquiétude au sujet des attitudes vicieuses.

C'est le meilleur parti à prendre dès le début quand il s'agit d'enfants tout petits, entre un et deux ans, qui parfois tètent encore et qui supportent mal le séjour au lit, que d'ailleurs souillent à tout propos leurs déjections.

En somme, il nous semble que le traitement, dans la majorité des cas, doit commencer par l'application rigoureuse de l'extension continue, et que pour la plupart des malades, dont l'affection, prise à temps, ne suppure point, il y a avantage à continuer la cure par les appareils plâtrés.

Pendant la période où la traction est appliquée, il faut faire attention, entre autres choses, à ce que le bassin n'ait pas tendance à s'abaisser du côté où elle est appliquée. Dans certains cas il est utile, comme le faisait Volkmann, de l'appliquer sur les deux jambes, mais avec un poids moindre sur le côté sain.

D'autre part, il faut veiller à prévenir le développement de cette difformité acquise, sur laquelle M. Campenon a attiré l'attention à un des derniers Congrès de chirurgie (1895), de ce genu recurvatum qui survient communément chez les coxalgiques jeunes, oubliés pendant longtemps dans leur lit, principalement ceux qui sont soumis à l'extension.

Plus tard, quand la guérison est proche, il y aurait grand avantage à utiliser un appareil de marche qui permettrait l'exercice sans amener la fatigue de l'articulation convalescente.

C'est une transition naturelle entre le traitement rigoureux que nécessite la période d'état et la mise en liberté du membre malade, quand on croit avoir obtenu la guérison permanente. Une extrême prudence est nécessaire à cette période de la maladie. La marche prématurée est désastreuse. Elle amène sûrement des rechutes, à la suite desquelles la maladie revêt fréquemment un caractère plus grave.

C'est une erreur fréquente des médecins qui n'ont pas l'expérience de ces sortes de cas, de croire trop vite à la guérison. C'est encore une des illusions familiales contre lesquelles on aura le plus de peine à lutter. Le traitement doit être prolongé pendant des mois après la guérison apparente. Aucun signe n'indique d'une façon certaine la guérison réelle. Le temps seul fait la preuve de cette guérison. On peut l'admettre avec une grande probabilité. Quand la palpation ne révèle aucun point douloureux, que les tissus articulaires sont souples, qu'il n'y a plus de contracture et que cette situation dure depuis longtemps, que l'enfant reprend de plus en plus ses forces et se développe régulièrement.

On le voit, dans tout ceci il n'est pas question d'agir directement sur les lésions. On ramène à une attitude favorable, on immobilise, on sauvegarde ainsi dans une certaine mesure l'avenir fonctionnel, on met au repos la jointure, mais c'est une thérapeutique à distance. On ne touche ni aux os ni à l'article. Or, dans l'immense majorité des cas, il suffit d'abandonner ainsi les lésions à elles-mêmes pour qu'elles guérissent spontanément. Du moment qu'on supprime les causes d'aggravation, elles rétrocèdent presque toujours, quelle que soit leur étendue. L'organisme de l'enfant présente à cet égard de merveilleuses ressources.

Aussi, le traitement conservateur procure-t-il chez les sujets jeunes de remarquables succès. Le traitement normal de la coxalgie non suppurée ne comporte en aucune façon d'intervention opératoire. Autrefois, des chirurgiens anglais et allemands ont pratiqué des résections précoces en vertu de cette idée théorique qu'en supprimant de bonne heure la totalité du mal, on pouvait guérir le malade mieux et plus vite. On est revenu de cette dangereuse erreur, et il n'y a plus de partisans des résections faites au début de la coxalgie, mais par contre, quand les abcès ont fait leur apparition, on peut discuter l'opportunité d'une intervention.

Il importe donc au plus haut point de surveiller, soutenir, modifier, améliorer l'état général. C'est là, du reste, une indication capitale à remplir à toutes les périodes et à tous les degrés de la maladie. Les meilleurs soins, la médication locale la plus rigoureuse resteront souvent stériles, si l'enfant ne peut être mis dans de bonnes conditions d'alimentation et d'hygiène.

III

Coxalgie avec abcès. — Il ne saurait être ici question de déambulation, et le repos complet est absolument de rigueur. C'est la période dangereuse qui commence pour le malade, et de l'évolution de ses abcès dépend en grande partie le pronostic de la maladie au point de vue vital. Si on laisse l'abcès s'ouvrir et devenir fistuleux, la guérison devient douteuse et dans tous les cas difficile et lente, et l'existence est compromise. Si l'on en peut obtenir la résorption, le malade est ramené sensiblement aux conditions où il se trouvait dans la première période. Aux moyens destinés à fixer la jointure, il faut en ajouter d'autres ayant pour but la cure des collections arthrifluentes.

Mais une question préalable se pose. Les enfants qu'on nous amène avec des abcès ont aussi, presque toujours, des attitudes vicieuses. Faut-il commencer par les réduire, et doit-on employer la réduction brusque en un temps, comme on le fait sans hésiter dans les coxalgies non suppurées?

M. Kirmisson, revenant sur une idée chère à M. Verneuil,

a signalé à la Société de chirurgie les dangers de ces manœuvres, à la suite desquelles il a vu plusieurs fois survenir des méningites. Il faut compter avec cette éventualité. Reclus et Brun ont fait remarquer que cette complication était fréquente chez les tuberculeux auxquels on ne touchait pas, et qu'il s'agissait peut-être de coïncidences malheureuses. « Notez que j'ai d'abord pensé comme vous, répond Kirmisson, c'est l'expérience qui m'a fait changer d'avis, et je ne puis oublier les faits trop désastreux pour ne pas comporter un grave enseignement. » De fait on ne peut nier qu'il y ait quelque hardiesse à infliger un traumatisme sérieux à des tissus malades. C'est pourquoi Jalaguier ne pratique point le redressement forcé quand il y a des abcès et de la fièvre. On est heureux alors de pouvoir recourir à l'extension continue, qui sans secousses, sans violences, ramène le membre à la rectitude. Mais il faut pour cela que la disposition des abcès permette le séjour prolongé dans le décubitus dorsal. Je pense même qu'on pourrait, dans certains cas, tenter de faire l'extension le malade reposant sur le côté sain.

C'est d'ailleurs une question de tact et d'expérience. On réduit sans danger dans certains cas où les manœuvres sont simples, l'enfant en bon état, les abcès peu volumineux, on commet un acte périlleux si, chez un débile et dans un mauvais cas, on s'acharne à vouloir redresser quand même et violemment.

Toutes les fois qu'on le peut, il faut pendant la durée entière de cette période appliquer l'extension qui, laissant la hanche libre, en permet l'exploration facile et quotidienne, et laisse toute commodité pour traiter les abcès. Toutefois, dans certaines conditions il peut être bon de mettre un plâtre, fenêtré au besoin, quand, par exemple, il n'existe qu'un abcès peu volumineux, qu'on peut revoir fréquemment le malade, et quand on a préalablement fait le traitement de l'abcès et qu'il est en voie de décroissance.

Le traitement des abcès est capital et doit être commencé aussitôt qu'on en peut reconnaître l'existence, tout retard diminue les chances d'une bonne guérison. Il faut surtout intervenir avant que la peau ne soit amincie, altérée, et à tout prix empêcher l'ouverture spontanée.

Parfois des collections purulentes se forment rapidement, sans douleurs et sans fièvre. On doit prévoir cette éventualité, et régulièrement examiner les malades en cours de traitement, pour voir s'il n'y a point d'abcès. Quand l'enfant est dans un plâtre, on peut glisser les doigts sous les régions inguinale et fessière de l'appareil, et l'on est guidé par un signe précieux, la douleur. Quand un coxalgique en appareil souffre, c'est qu'il prépare un abcès.

On a fait un très grand progrès dans le traitement de ces abcès le jour où l'on a renoncé à les ouvrir largement, à l'ancienne mode et d'emblée. Cela ne veut pas dire qu'il ne faille pas les traiter d'une manière très énergique, car s'il en est qui par aventure s'arrêtent dans leur développement et se résorbent, la règle est qu'ils augmentent sans cesse et s'ouvrent à l'extérieur. Abernethy et Boyer, en faisant des incisions très obliques, avaient pour but de détruire le parallélisme entre la plaie cutanée et l'ouverture faite à la paroi de l'abcès. C'était mettre sa cavité à l'abri de l'air, auquel on attribuait tous les méfaits dans l'ignorance des causes réelles d'infection. Un autre progrès fut d'injecter dans la cavité de l'abcès de la teinture d'iode, comme le firent Boinet et Bonnet. C'était une méthode infidèle, mais pour l'époque, c'était de beaucoup ce que l'on pouvait faire de mieux. L'antisepsie a permis de revenir à la chirurgie à ciel ouvert et il y a une vingtaine d'années l'ouverture franche suivie du curetage de ces abcès était une bonne pratique. On a obtenu ainsi des succès en grand nombre. Cependant ces interventions ne sont pas innocentes, elles sont délicates, nécessitent un chirurgien de profession, l'anesthésie générale, un outillage, des aides. Ce sont de véritables opérations. On en passerait par là si elles donnaient toujours un bon résultat. Mais il s'en faut, et bien souvent il y a récidive, ou bien encore et c'est là l'éventualité la plus à craindre, la plaie ne se ferme point, ou sa cicatrice se rouvre et une fistule s'établit. La situation du malade s'est ainsi aggravée. Sans doute rien n'est alors désespéré. Mais aujourd'hui nous pouvons mieux faire. Dans la très grande majorité des cas on peut éviter toute intervention sanglante; et les opérations proprement dites ne sont bonnes que pour certains abcès particulièrement rebelles.

Le traitement qui consiste à injecter dans la cavité des substances antiseptiques et bactéricides était déjà contenu en principe dans la méthode des injections iodées. J. Guérin avait même une seringue aspiratrice qui permettait de vider l'abcès dans d'excellents conditions, et d'introduire ensuite le liquide médicamenteux dans sa cavité. L'iode était un bon topique, mais irritant et déterminant des réactions trop violentes. On a essayé plus récemment de divers antiseptiques, injectés dans les abcès, ou même dans la jointure malade, acide phénique, etc. Actuellement on se sert, et cela vaut bien mieux, d'éther iodoformé, de naphtol camphré, de thymol camphré, de glycérine iodoformée. Il est permis d'avoir ses préférences, mais toutes choses égales d'ailleurs, l'éther iodoformé paraît avoir une supériorité incontestable. Il fut employé d'abord par Mosetig, Verneuil et Verchère, il y a une quinzaine d'années, et depuis son emploi s'est largement diffusé. La solution employée est à 5 p. 100. L'éther est un véhicule merveilleux. Une fois dans la poche il se volatilise et porte jusque dans les derniers recoins les particules médicamenteuses, couvrant ainsi toute la paroi d'un vériable pansement interne. Une intéressante statistique produite par M. Jalaguier prouve qu'un abcès guérit à l'aide de deux injections en moyenne, car il est rare qu'on obtienne la guérison du premier coup.

Les résultats publiés par M. Ménard prouvent les très bons effets que l'on peut obtenir du naphtol camphré.

Ces injections sont de petite chirurgie, mais néanmoins elles doivent être pratiquées avec beaucoup de soin, si l'on veut obtenir de la méthode ce qu'elle doit donner. Ponctionner au point saillant à travers une peau malade et amincie, c'est aller au-devant de la fistule; en injectant une trop grande quantité d'iodoforme ou de naphtol, on s'expose à des accidents d'intoxication. Il faut ponctionner très obliquement en enfonçant l'aiguille à distance de l'abcès, à travers les tissus sains, vider la poche aussi complètement que possible et n'y laisser qu'une quantité modérée du liquide médicamenteux, de façon à ce qu'il n'y ait pas surdistension.

Mais il arrive que les ponctions répétées n'amènent point la guérison; la poche vidée se remplit de nouvean indéfiniment. Faut-il alors poursuivre dans cette voie sans se lasser? Quelques chirurgiens le pensent; ce sont des conservateurs intransigeants, partisans de l'expectation indéfinie. A la vérité ils ont de bons arguments. Avec de la patience,

du temps, en soutenant l'état général, en ponctionnant périodiquement les abcès, l'âge venant, les coxalgiques finissent par guérir. Ils font remarquer que, si l'on intervient, l'acte opératoire comporte de l'imprévu et que le chirurgien entraîné par l'étendue des lésions peut être conduit non pas seulement à une ouverture et à un curage d'abcès, mais à des résections circonscrites ou étendues, et que ces éventualités, graves pour le présent et pour l'avenir, doivent faire longuement réfléchir avant de se lancer dans une telle entreprise. C'est que c'est bien là l'écueil d'un traitement trop hardi. On peut être obligé d'aller loin, très loin, un coup de curette, puis un autre et un autre encore et l'on a creusé déjà une brèche profonde dans l'os friable et tuberculeux, et cependant on n'a pas tout enlevé, sur la tranche on aperçoit d'autres lésions, on reprend l'instrument, et de proche en proche on enlève des segments d'os considérables. On a fait ainsi une résection atypique, mais souvent très étendue. C'est cette pratique qu'a adoptée M. Ménard, dont la compétence est très grande sur cette question du traitement de la coxalgie. Quand les abcès résistent aux ponctions suivies d'injections de naphtol camphré, il fait le curetage intégral de l'articulation ou la résection pure et simple.

L'expérience lui a fait connaître que, dans ces cas qui constituaient une sorte d'anomalie, il y avait un obstacle à la guérison qui ne pouvait être levé que par une intervention, séquestre, lésion acétabulaire inaccessible aux injections, trajet coudé, canaliculé, très irrégulier ou valvulaire empêchant le liquide médicamenteux d'entrer en contact avec la lésion osseuse. C'est que ces collections périarticulaires, accessoires et dépendantes, ne sont rien que des expansions de la lésion ostéo-articulaire, et ont de grandes chances de se reproduire si l'on a respecté leur point de départ. Qu'au contraire la lésion osseuse ou articulaire soit en voie de régression, et l'abcès pourra guérir spontanément ou par des moyens simples. M. Ollier a fait remarquer avec raison que les abcès guérissent beaucoup mieux quand la coxalgie a été déjà traitée, d'autant mieux qu'ils ont été plus tardifs et que l'immobilisation a été plus prolongée et plus complète. C'est un point que signale aussi très justement M. le professeur Berger.

Dans l'espèce, les injections naphtolées, mentholées, iodoformées ont préparé le succès de l'intervention chirurgicale. Le traitement préparatoire local, dans les tumeurs blanches que l'on doit opérer, crée indiscutablement des conditions favorables. Cette idée, que Verneuil soutenait très énergiquement, n'est ni une illusion, ni une utopie. On peut, par ces injections, impuissantes à elles seules à amener la guérison, obtenir les modifications les plus heureuses.

Dans la pratique générale, on peut les conserver chez l'enfant et principalement dans les cas où il existe des abcès. Chez l'adulte, dans les formes fongueuses, c'est une perte de temps, car les bénéfices obtenus, avec lenteur et d'ailleurs médiocres, ne peuvent être mis en parallèle avec l'importance d'un traitement opératoire régulier et précoce.

Pour ce qui est de la coxalgie, c'est une règle excellente de toujours commencer par là.

Il y a encore un adjuvant de plus haute importance quand il s'agit d'opérer les tuberculoses infantiles, c'est le milieu où l'on agit, milieu d'où dépend en grande partie l'état général des petits malades. L'air de la mer est pour beaucoup dans les succès que l'on obtient dans les hôpitaux maritimes. (*A suivre.*)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(28 juin 1900)

Plusieurs orateurs sont inscrits pour prendre part à la discussion sur l'**asepsie**; mais il y en a qui ne répondent pas à l'appel de leur nom; il en résulte que la discussion se traîne un peu et n'aboutit pas.

M. Broca a fait le procès des gants; qu'ils soient en fil ou en caoutchouc ils lui paraissent au moins inutiles, pour ne pas dire plus. Il insiste avec raison sur les grandes variétés que présente la peau des malades et des chirurgiens au point de vue du plus ou moins de difficultés de l'antiseptiser. Nous arrivons, en somme, toujours à cette conclusion : sachez bien vous laver les mains et sachez bien laver la peau des malades; nous ajouterions volontiers qu'il faut se servir le moins possible de ses mains et les remplacer, chaque fois qu'on le peut, par des pinces ou des instruments faciles à stériliser.

M. Schwartz, plus heureux que beaucoup de ses collègues, a pu obtenir, dans son service, la séparation des malades aseptiques et des malades infectés. Il en a recueilli de très bons résultats et sa statistique s'en trouve fort bien. M. Schwartz a fait, avec M. Marmoreck, une série d'expériences sur l'asepsie des mains; ils sont arrivés à cette peu consolante conclusion que cette asepsie ne pourrait jamais être obtenue d'une façon absolue et que, quelque procédé de désinfection qu'on emploie, les mains donnent toujours lieu à des cultures.

M. Michaux a fait un rapport sur une observation adressée par M. Auvray (1); il s'agit d'un cas d'**invagination intestinale** opérée avec succès. M. Michaux rapproche de ce cas plusieurs faits qui lui sont personnels; dans un premier cas, il s'agissait d'une obstruction par un polype de l'intestin grêle; l'intervention fut suivie de mort; dans un autre fait, il s'agissait d'une invagination iléo-colique; opération, guérison. Enfin dans une troisième observation, il se trouva en présence d'un lipome du gros intestin qui nécessita un anus contre nature. Contre ces différents modes d'obstruction, il faut avoir recours à plusieurs procédés, soit, suivant les cas, à l'anus contre nature, soit à la désinvagination, soit à la résection de l'intestin avec suture bout à bout, soit enfin à la résection du boudin invaginé à travers une boutonnière faite à la gaine enveloppante (méthode de choix).

Ce rapport de M. Michaux a donné lieu à une discussion : M. Reclus cite un fait d'obstruction intestinale par invagination avec polype, ayant nécessité la résection de 87 centimètres d'intestin grêle, suivie de guérison; dans un autre cas d'obstruction traitée par la résection et la suture bout à bout, l'opération a été suivie de mort; M. Broca rapporte également un cas d'invagination par coudure de l'intestin chez une fillette qu'il a opérée et qui a très bien guéri.

Parmi les présentations, signalons celle qu'a faite M. Quénu d'une femme qu'il a opérée d'une **maladie kystique de la mamelle** par un procédé spécial; il a fait une incision qui lui a permis de cautériser chaque cavité kystique au thermo-cautère et il a refermé en conservant ainsi le glande mammaire.

M. Walther a présenté une tumeur qu'il a enlevée par la laparotomie, croyant avoir affaire à un fibrome utérin; il s'agissait d'une **tumeur sessile de la face antérieure du**

(1) Ce travail sera publié.

sacrum. Au toucher, cette tumeur paraissait pré-rectale, alors qu'en réalité elle était post-rectale.

M. Tillaux, en 1875, a rencontré un cas analogue; l'opération, par la voie périnéale, a présenté les plus grandes difficultés, ce fut un véritable accouchement au forceps. La tumeur qui était un encondrome, était adhérente à la face antérieure du sacrum par un fort pédicule. La malade a guéri.

M. Quénu a fait, à Clamart, des recherches sur le cadavre au sujet du mode d'évolution de ces tumeurs prérectales. Il fait connaître une technique spéciale pour les opérés par la voie parasacrée. Une discussion s'engage, à laquelle prennent part MM. Walther, Segond, Poncet, Schwartz, Quénu, sur la question de savoir quelle est la meilleure voie pour aborder ces tumeurs, la laparotomie, la voie vaginale ou la voie parasacrée. Plusieurs exemples sont rapportés; dans certains cas il s'agissait de kystes hydatiques (Quénu, Segond), dans d'autres, de cancers du rectum (Schwartz, Poncet). Ces tumeurs donnent facilement lieu à des erreurs de diagnostic, ce qui explique pourquoi on les a souvent abordées par la laparotomie, croyant avoir affaire à des tumeurs utérines.

A la fin de la séance, qui s'est prolongée fort tard, M. Albarran a présenté un **rein tuberculeux** qu'il a enlevé chez une femme de trente et un ans. Dans ce cas, le cathétérisme de l'uretère lui a permis de faire un diagnostic précis et de s'assurer qu'il pouvait enlever le rein malade, l'autre étant sain.

MÉDICATIONS NOUVELLES

L'Igazol dans la tuberculose pulmonaire.

L'Igazol, déjà expérimenté par le professeur Vincenzo Cervello (de Palerme) qui apportait, l'an dernier, au Congrès de la tuberculose de Berlin, une statistique des plus encourageantes, se présente sous l'aspect d'une poudre blanche, constituée en grande partie par du trioxy-méthylène et une certaine quantité de substances à composition iodée.

Le professeur Cervello s'en sert sous forme de vapeurs qui se dégagent dans l'air respiré par les malades, méthode qui n'exige pas de ceux-ci l'immobilisation devant un appareil quelconque. M. Cervello emploie un appareil spécial qu'il appelle *vaporogène* et qui n'est autre chose, en définitive, qu'un réservoir dont la face supérieure est absolument horizontale et qui est chauffé en dessous par une lampe à esprit de vin. Ce bain-marie porte un dispositif très ingénieux, empêchant les pertes de vapeur d'eau et ne permettant pas au niveau d'eau de baisser. Sur la partie supérieure se trouve un plateau où l'on met l'Igazol.

D'après Cervello, 2 grammes suffisent au début pour une chambre de 80 mètres cubes. On peut aller jusqu'à 4, 5 et même 6 grammes.

La meilleure manière d'employer l'Igazol consiste à l'employer la nuit. Le malade respire ainsi pendant son sommeil.

Les résultats que nous connaissons jusqu'ici semblent attribuer à l'Igazol une réelle valeur. En effet, les statistiques sont des plus favorables.

Cervello note 10 guérisons sur 21 cas. Avellone, sur 55 cas, obtient 39 améliorations considérables sur lesquelles 15 arrivent à la guérison.

Gioffredi, dans son travail des Archives « di pharmacologia e therapeutica » (1900), apporte un total de 8 guérisons par l'Igazol.

Toutes ces statistiques nous montrent que les malades augmentent rapidement de poids sous l'influence du traitement, dès le début.

Elles mettent en outre en évidence deux points intéressants :

1° L'Igazol agit comme un antiseptique; il détruit les bacilles, ne répare pas les lésions graves, il convient donc à la tuberculose au début.

2° Il peut servir au diagnostic de la tuberculose : mal supportées par les personnes saines, les vapeurs d'Igazol produisent au contraire chez les tuberculeux une sensation de soulagement et de bien-être (Cervello).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — M. le médecin de première classe Jourdan, affecté au cadre de Toulon, par suite de sa permutation avec M. le docteur Onimus, est rattaché au cadre de Cherbourg.

M. le docteur Lafosse, médecin de deuxième classe de la marine, a été admis, pour raison de santé, à faire valoir ses droits à la retraite.

M. le médecin de première classe Étourneau, du cadre de Cherbourg, est désigné pour aller remplacer aux troupes à la Réunion M. le docteur Flandrin.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 25e semaine, 827 décès, chiffre inférieur à celui des semaines précédentes et inférieur aussi à la moyenne ordinaire de la saison (865).

La fièvre typhoïde a causé 9 décès (au lieu de 14 la semaine précédente); la rougeole 27, presque tous dans les arrondissements pauvres de la périphérie; la scarlatine, 13; la coqueluche, 4; la diphtérie, également 4. Il y a eu un décès par variole.

La diarrhée infantile a causé 49 décès de 0 à 1 an.

XIIIe Congrès international de médecine (Paris, 2-9 août 1900). — En raison du désir exprimé par M. le président de la République de clôturer le Congrès, le programme des fêtes se trouve un peu modifié et arrêté définitivement de la manière suivante :

2 août. Fête offerte par M. le président du Conseil, au nom du gouvernement.

3 août. Réception (sur invitation) par M. le président du Congrès.

5 août. Fête offerte aux membres du Congrès par le bureau et le comité d'organisation du Congrès au palais et dans les jardins du Luxembourg.

7 août. Fête offerte par le Conseil municipal, dans les salons de l'Hôtel de Ville.

9 août. Fête offerte par M. le président de la République, au palais de l'Élysée.

Hygiène publique. — Dans son audience du 15 juin 1900, la chambre criminelle de la Cour de cassation a décidé que la loi du 16 avril 1897, sur la répression de la fraude dans le commerce du beurre et la fabrication de la margarine, comme déjà celle du 14 mars 1887 qu'elle a remplacée, a eu pour unique objet de protéger le commerce du beurre vrai, lequel s'entend du produit exclusif du barattage du lait ou de la crème, contre la fraude qui consiste dans l'addition à cette substance alimentaire d'autres substances similaires, plus ou moins alimentaires comme elle, margarine ou matières analogues, en si minime quantité que ce soit.

Par suite, ne tombe pas sous le coup de cette loi l'usage plus ou moins répandu chez les marchands de beurre d'additionner le beurre, à titre de conservants, de telles ou telles substances *non alimentaires*, telles que l'acide borique ou le borate de soude ou tout autre antiseptique. En pareil cas, c'est la loi du 27 mars 1851 qui seule pourrait être appliquée, si cet usage tombait dans l'un des cas prévus par elle. (*Semaine méd.*)

Fécondité. — Le record de la maternité était jusqu'ici détenu par une femme de Georgie (États-Unis), qui s'appelait Sally

Shiver et avait eu vingt-sept enfants. Il appartiendra désormais à une femme de Sicile, la signora Granata, qui n'a pas moins de quarante-deux enfants. La signora Granata s'est mariée à vingt-six ans; elle eut, au bout d'un an de mariage, une petite fille. Dix mois plus tard, elle accomplit un coup d'éclat et eut d'un seul coup cinq garçons, tous viables et très bien constitués: ensuite vint un petit trio, puis un petit quatuor; chaque année, deux, trois ou quatre rejetons vinrent s'ajouter à sa famille; enfin, il y a quelques jours, la signora Granata eut la joie de faire présent à son mari de cinq petites filles, qui forment un total de quarante-deux enfants.

La *Nature*, qui reproduit cette invraisemblable histoire, se demande avec anxiété jusqu'à quel point elle est authentique. En tous cas, *se non e vero...*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Comment on défend ses enfants, par le docteur Henry Labonne, licencié ès sciences, officier de l'Instruction publique. Une br. in-8° de 40 p. avec fig. dans le texte. — Prix : 1 franc. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 75. — MARDI 3 JUILLET 1900. 73e ANNÉE. MARDI 3 JUILLET 1900. — N° 75

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Occlusion intestinale aigue par invagination; laparotomie; réduction de l'invagination; guérison (Résultats du traitement chirurgical de l'occlusion par invagination), par M. Maurice Auvray, chirurgien des hôpitaux de Paris. — Notes de clinique thérapeutique. Traitement du diabète sucré. L'opothérapie, par M. Guihal, interne des hôpitaux de Paris. — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — Revue bibliographique. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

OCCLUSION INTESTINALE AIGUE PAR INVAGINATION

LAPAROTOMIE; RÉDUCTION DE L'INVAGINATION GUÉRISON (1)

Résultats du traitement chirurgical de l'occlusion par invagination.

Par Maurice Auvray,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Le nommé L..., âgé de vingt-neuf ans, exerçant la profession de garçon de salle, fut admis à l'hôpital de la Charité dans le service de médecine de M. le docteur Gouraud le vendredi 30 décembre 1898, et passé dans le service de clinique chirurgicale le samedi 31, avec le diagnostic d'appendicite. Je fus appelé dans la soirée pour pratiquer d'urgence l'opération. Voici quelle était l'histoire de notre malade :

Ses antécédents personnels sont excellents; il a présenté seulement en 1897 des accidents attribués à la présence du ver solitaire; ces accidents ont disparu après l'expulsion du tænia provoquée par l'extrait éthéré de fougère mâle. Il semble avoir été atteint de la grippe en janvier 1898.

Je ne relève rien dans ses antécédents héréditaires qui puisse nous intéresser. Les accidents, pour lesquels il est entré à l'hôpital, ont débuté le jeudi 29 décembre. En rentrant chez lui pour déjeuner, le malade se sent indisposé; il prend cependant quelques aliments; et après son repas il retourne à son travail. Mais au bout d'une heure environ, le malaise qu'il éprouve l'oblige à cesser son travail; il regagne son logis, et alors apparaissent disséminées dans tout l'abdomen des douleurs assez vives pour le forcer à marcher courbé; c'est avec peine qu'il rentre chez lui; il se couche; les douleurs, sous forme de coliques, deviennent de plus en plus violentes. Vers le commencement de la nuit, les douleurs siégeaient principalement dans le bas-ventre; plus tard elles semblèrent se localiser plus spécialement au creux épigastrique. Dès le début des accidents, le malade eut des vertiges, et le jeudi soir il fut pris de nausées avec vomissements persistants.

(1) Communication à la Société de chirurgie, 27 juin 1900.

Le vendredi 30 et le samedi 31, les douleurs persistèrent surtout violentes au creux épigastrique; les vomissements se répétèrent sans cesse, d'abord alimentaires, puis muqueux avec quelques petits filets sanguinolents, et enfin bilieux.

Le malade fut amené à l'hôpital le vendredi soir, et traité dans le service de médecine pendant toute la journée du samedi avec le diagnostic d'appendicite. Des sangsues furent appliquées dans la fosse iliaque droite, et l'opium fut administré à l'intérieur, un vésicatoire appliqué sur le creux épigastrique. Je fus appelé dans la soirée du 31. Le malade était, au moment où je le vis pour la première fois, dans l'état suivant :

L'état général était dès ce moment très grave; le pouls à 94, la température à 37°4, le visage profondément altéré, les yeux excavés, cerclés de noir; il existait du hoquet et des vomissements verts porracés fréquents.

Du côté de l'abdomen on avait une douleur généralisée, prédominante cependant dans le bas-ventre et la fosse iliaque gauche; le ventre était légèrement météorisé; du côté de la fosse iliaque droite, rien de bien net; on sentait bien un peu de tuméfaction profonde, mais il n'y avait pas cet empâtement, cette douleur exquise qu'on rencontre dans l'appendicite, cette contracture des muscles de la paroi si fréquemment notée dans les observations; l'exploration de la fosse iliaque droite pouvait être pratiquée en somme assez aisément et ne révélait rien de bien caractéristique au point de vue de l'appendicite. Toutefois le traitement médical qui avait été institué (opium, glace, sangsues) pouvait à la rigueur avoir modifié la physionomie des accidents primitifs auxquels je n'avais point assisté, et je n'osai pas me prononcer catégoriquement contre l'appendicite. Mais ce qui me paraissait dominer la situation, c'étaient les accidents du côté du péritoine; l'état du pouls, le facies caractéristique, le hoquet, les vomissements porracés, tout cela parlait en faveur d'une péritonite, qui peut-être était consécutive à la perforation de l'appendice au cours d'une crise d'appendicite. En tout cas, il me semblait y avoir une indication immédiate à l'intervention chirurgicale, quel que fût le point de départ des accidents. Je proposai l'opération au malade qui la refusa.

Je conseillai alors des applications de glace sur le ventre, la diète absolue et les piqûres de caféine.

Le lendemain matin, la situation s'était notablement aggravée. Les signes locaux restaient les mêmes, le ventre était douloureux, d'une façon générale; il existait aussi du

météorisme, mais pas très marqué. L'état général s'était profondément modifié. Le pouls filiforme était impossible à compter, les extrémités refroidies étaient violacées; les yeux excavés, cerclés de noir; le visage très altéré; la langue était sèche; le malade avait eu pendant toute la nuit des vomissements verdâtres et il présentait du hoquet.

En présence de ces accidents qui me faisaient plus que jamais admettre l'existence de la péritonite, j'insistai de nouveau pour l'intervention immédiate, regrettant que douze heures aient été si malheureusement perdues, car, je le répète, la situation était bien moins favorable que la veille au soir. Elle fut acceptée par le malade et voici dans quelles conditions elle a été pratiquée.

Opération. — Puisque le diagnostic qui avait paru le plus probable à tous ceux qui avaient examiné le malade était celui d'appendicite, je portai d'abord mes recherches vers la fosse iliaque droite. Je fis à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure une incision de 10 centimètres environ qui s'étendait moitié au-dessus, moitié au-dessous d'une ligne transversale passant par cette épine. J'ouvris la cavité péritonéale et constatai immédiatement qu'il n'y avait rien d'anormal de ce côté, je saisis l'appendice qui était particulièrement allongé chez notre sujet. Il ne présentait aucune lésion. Le cæcum avait sa coloration normale. Il n'y avait de ce côté aucune trace de péritonite et il ne s'était pas écoulé de liquide à l'ouverture du péritoine.

Cependant convaincu que ce malade avait des accidents péritonéaux, dont il fallait absolument trouver la cause, et songeant alors à la possibilité d'un étranglement interne, je pris le parti de fermer la plaie que j'avais créée au niveau de la fosse iliaque et d'ouvrir immédiatement la cavité abdominale sur la ligne médiane. Je fis en ce point une longue incision de l'ombilic à la symphise pubienne.

Je trouvai d'abord l'épiploon étalé en avant des anses intestinales et normal. En le soulevant, les anses intestinales m'apparurent dilatées, rouges, congestionnées; elles tendaient à faire issue à travers la plaie de la paroi. Une légère quantité de liquide séreux, mais non de liquide séro-purulent, s'écoula de la cavité péritonéale au dehors. Tout me portait à penser que nous étions en présence d'une occlusion intestinale. Je pris alors le parti d'explorer toute l'étendue de l'intestin pour rechercher la cause de l'occlusion; je déroulai l'intestin, rentrant au fur et à mesure, dans la cavité abdominale, les anses intestinales explorées. L'intestin était recouvert de compresses très chaudes.

Cette partie de l'acte opératoire fut réalisée avec beaucoup d'ordre et sans trop de difficultés. A un moment donné je sentis, en pratiquant le dévidement de l'intestin, une résistance profonde. La partie d'intestin que je tenais entre mes doigts me semblait fixée profondément dans l'excavation pelvienne. Maintenant de ma main gauche l'intestin, j'introduisis l'autre main dans l'abdomen et j'explorai d'abord vers la fosse iliaque pour savoir si je ne me trouvais point sur la partie terminale de l'intestin grêle dans le cæcum, ce qui aurait pu expliquer la résistance éprouvée. Il n'en était rien. Et en explorant le petit bassin vers lequel me conduisait l'intestin, je ne tardai pas à introduire mon index droit dans une sorte de collet qui l'entourait. Au-dessous du collet je sentis une masse du volume d'une grosse mandarine que je parvins à contourner avec ma main, à soulever et à faire sortir de la cavité abdominale. La tumeur ainsi formée était due à une invagination de l'intestin grêle dans l'intestin grêle; et là était la cause de l'occlusion. J'essayai alors de réduire l'invagination et j'y parvins sans trop de difficulté, en exerçant d'une part des tractions douces sur le bout invaginé, et d'autre part en pratiquant, comme l'a recommandé Hutchinson, des pressions douces de bas en haut sur le même bout invaginé. L'intestin en somme était en bon état, bien que l'étranglement interne datât de trois jours. Un seul point de la paroi me parut suspect par sa coloration et par son amincissement; je plaçai sur ce point deux rangées de sutures superposées à la soie; en tout 7 points de suture. La cavité abdominale fut nettoyée et fermée. L'opération avait duré une heure et demie.

Au moment où le malade fut remis dans son lit, le pouls n'existait pour ainsi dire plus. Des injections de sérum artificiel sous-cutanées furent immédiatement pratiquées; on usa également de la caféine. Le malade se remonta peu à peu; et trois heures après l'opération son état était devenu plus satisfaisant. Le pouls pouvait être compté, quoique très faible encore. Les vomissements, le hoquet avaient cessé. Les suites furent normales.

La température oscilla entre 37°5 et 38 degrés dans les premiers jours, puis tomba au-dessous de la normale. Le pouls ne tarda pas lui aussi à tomber au-dessous de la normale. Un peu de lait lui fut donné le quatrième jour après l'opération, et depuis ce moment l'alimentation fut progressivement augmentée.

En somme, la convalescence s'est faite dans d'excellentes conditions, le malade est sorti de l'hôpital cinq semaines après l'opération.

Le malade qui fait l'objet de cette communication a été présenté à la Société de chirurgie dans la séance du 12 juillet 1899.

Plusieurs points de l'observation nous paraissent intéressants à signaler : d'abord il y eut erreur de diagnostic et l'occlusion intestinale fut prise et traitée en médecine pour une appendicite; ce n'est pas la première fois qu'une erreur de ce genre est commise; il est des cas, en effet, où « l'appendicite et l'invagination donnent lieu à des symptômes très analogues; douleur brusque et vomissement du début; siège maximum de la douleur vers la fosse iliaque droite; tuméfaction circonscrite dans la même région; constipation et ballonnement du ventre »; mais dans notre cas les manifestations du côté de la fosse iliaque ne me paraissaient pas suffisantes pour songer à l'appendicite, ou bien il fallait admettre, en présence des accidents de réaction générale du côté du péritoine, que, primitivement atteint d'une appendicite, le malade avait perforé son appendice, et qu'il présentait maintenant des lésions de péritonite généralisée; ce fut mon diagnostic.

Or, l'on sait combien est difficile, parfois même impossible, le diagnostic entre l'occlusion intestinale et la péritonite par perforation; en 1896, le professeur Duplay, dans les *Archives générales de médecine*, a montré les difficultés de ce diagnostic. Peut-être en présence d'une température normale (37°4) aurais-je dû songer d'abord à l'occlusion intestinale, car dans la péritonite la température est d'ordinaire élevée, du moins au début.

Mais alors même que le diagnostic d'occlusion eût été posé, je ne crois pas qu'en l'espèce on eût pu faire le dia-

gnostic d'occlusion par invagination. Nulle part, en effet, on ne trouvait dans l'abdomen cette tuméfaction en forme de boudin plus ou moins mobile, qui est formée par l'intestin invaginé. Ce qui s'explique, puisque la portion invaginée était tombée dans le petit bassin où j'allai la saisir. De plus, les selles diarrhéiques muco-sanguinolentes, notées dans un assez grand nombre d'observations, faisaient défaut.

Deux faits méritent encore d'être signalés dans cette observation : c'est le peu de fréquence de l'invagination chez l'adulte, elle est, en effet, beaucoup plus fréquente chez l'enfant ; et la rareté de l'invagination portant sur l'intestin grêle, elle est le plus souvent, en effet, iléo-cæcale.

Chez notre opéré, la cause de l'invagination nous échappe, et il en est souvent ainsi ; il n'existait pas sur le trajet de l'intestin de polype, de tumeur quelconque, capable d'expliquer le vice de position de l'organe.

Au point de vue thérapeutique, il est intéressant de constater que trois jours après le début des accidents la réduction de l'invagination put être faite sans difficulté. Le procédé d'expression, dont nous avons décrit la manœuvre, permet d'obtenir sans danger pour l'intestin la désinvagination et devra toujours être préféré aux tractions exercées sur le bout invaginé qui sont dangereuses. Lorsqu'il y a doute sur la vitalité d'un point de la paroi intestinale après la réduction, le procédé d'enfouissement latéral auquel nous avons eu recours, nous paraît appelé à rendre service. Il ne faudrait pas, toutefois, que l'enfouissement soit assez étendu pour devenir une menace de rétrécissement ultérieur pour le calibre de l'intestin.

Le sérum et la caféine nous ont été très utiles pour relever notre malade dans les jours qui ont suivi l'opération.

Il est des cas où après l'opération pratiquée pour invagination et suivie de succès, on a vu survenir une récidive des accidents qui a nécessité une nouvelle intervention.

Or, notre opéré a été présenté à la Société de chirurgie sept mois après son opération, dans un parfait état, et nous pensons qu'il peut être considéré comme à l'abri de nouveaux accidents.

A propos de cette observation, il m'a paru intéressant d'étudier les *résultats thérapeutiques* obtenus dans ces dernières années dans la cure de l'occlusion intestinale par invagination.

Mais auparavant, sans faire une étude approfondie des divers procédés opératoires employés, je désire, en quelques mots, rappeler quels sont ces procédés opératoires.

On devra se montrer sobre des insufflations d'air ou des injections de liquide dans l'intestin ; il faut les réserver aux cas observés dans les vingt-quatre premières heures, lorsqu'il n'y a pas d'accidents graves ; en dehors de ces circonstances le mieux est de recourir sans retard à la laparotomie. Lorsque la désinvagination sera possible, il nous semble qu'elle doit être pratiquée par le procédé que nous avons suivi et décrit précédemment.

Puis l'intestin sera soigneusement examiné ; les points suspects de la paroi pourront être dissimulés sous deux plans de sutures ; s'il y a doute sur l'intégrité d'une portion étendue de l'anse intestinale malade, on pourra la conserver dans de la gaze aseptique en dehors de la cavité abdominale, le cours des matières intestinales pourra se rétablir, et l'on jugera, au bout de vingt-quatre heures, s'il est possible de la réintégrer dans l'abdomen ou si d'autres procédés sont indiqués. C'est ce que fit Lindemann (1), qui, après réduction de l'invagination, isola l'intestin suspect, et dut pratiquer sur le côlon transverse, deux jours après, un anus artificiel. Des chirurgiens ont proposé, pour prévenir la reproduction de l'invagination de fixer l'anse réduite ; je n'ai point eu recours à cette fixation chez mon malade, et nous avons vu que, sept mois après, il n'y avait pas eu récidive.

Mais, lorsque, du fait de l'état de l'invagination, il devient impossible de la réduire, le chirurgien peut choisir entre plusieurs méthodes : l'anus artificiel qui n'est, à mon avis, qu'un pis aller, dont nous verrons ultérieurement les mauvais résultats, et qui ne doit être employé que dans les cas où l'état est si grave, qu'il est nécessaire de réduire au minimum le shock opératoire ; et la résection qui peut être partielle ou totale, suivie alors suivant les cas de la création d'un anus artificiel temporaire ou de l'anastomose bout à bout ou latérale de l'intestin par les procédés ordinaires, la suture ou le bouton de Murphy.

Ceci dit, revenons à l'étude des résultats thérapeutiques. Depuis longtemps déjà des statistiques ont été faites pour apprécier la valeur de la laparotomie dans l'invagination intestinale.

En 1886, Ashurst (2) accuse 75 p. 100 de mortalité.

En 1888, Curtis (3) trouve 76 p. 100 de mortalité.

En 1888, Braun (4) et Barker (5) arrivent à 78 p. 100 de mortalité. Dans la statistique de Braun tous les cas de résection ont été suivis de mort.

Avant 1889, Wiggin (6) trouve 84 p. 100 de mortalité.

Après 1889, Wiggin réduit à 22 p. 100 la mortalité pour les cas de laparotomie, suivie de simple désinvagination.

En 1895, Rydygier (7) donne 66 p. 100 de mortalité. Sa statistique porte sur les faits de 1885 à 1895 ; sur 14 résections pour invagination, il relève 4 succès.

Avant 1887, Gibson (8) trouve 81 p. 100 de mortalité.

De 1887 à 1897, Gibson trouve 53 p. 100 de mortalité.

Pour cet auteur : dans les laparotomies suivies de désinvagination la mortalité est de 38 p. 100 ; dans les cas où l'invagination est irréductible, les diverses méthodes employées donnent la mortalité de 82 p. 100.

Ces diverses statistiques sont citées dans tous nos ouvrages classiques. Elles montrent de la façon la plus nette combien se sont améliorés, avec les progrès de la technique et de l'asepsie, les résultats des interventions dans l'invagination.

J'ai, de mon côté, réuni dans les tableaux suivants 53 cas publiés dans la littérature médicale *depuis le 1er janvier* 1897, époque à laquelle s'arrête la statistique de Gibson (9).

(1) Lindemann. *Deuts, med. Wochens.*, 1898, p. 538.
(2) Ashurst. *Encycl. internat. de chir.*, Paris 1886, t. VI, p. 571
(3) F. Curtis. *Ann. of Surg.*, 1888, p. 329.
(4) Braun. XIXe Cong. de la Soc. allem. de chiir.
(5) Barker. *The Lancet.* t. II, p. 200 et 262.
(6) Wiggin, cité par Jalaguier. *Traité de chirurgie*, t. VI, 2e édit., p. 555.
(7) Rydygier. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1895, t. XLII, p. 101.
(8) Gibson. *Med. Rec. New-York*, 1897, t. II. p. 73.
(9) Cette statistique est arrêtée au mois de juillet 1899, époque où le travail a été présenté à la Société de chirurgie. Dans la séance de la Société de chirurgie du 14 février 1900, M. Lyot rapporte un nouveau cas d'invagination intestinale chez un enfant de dix mois, traité par la désinvagination, et suivi de guérison.

Statistique de 53 cas d'occlusion intestinale par invagination traités chirurgicalement.

OPÉRATEUR.	SEXE et AGE.	VARIÉTÉ ANATOMIQUE.	DÉBUT.	SYMPTOMES.	OPÉRATION.	RÉSULTATS.	REMARQUES.
				Laparotomies pour invaginations **RÉDUCTIBLES.**			
ALSBERG. (*Deuts. med. Woch.*, 1897, p. 515.)	M 5 ans.	*Iléo-cæcale et côlon ascendant.*	4 jours.	Température 38°2. Tumeur sur le trajet du côlon. Diarrhée avec un peu de sang. Douleurs.	Traitement préalable : lavements. Laparotomie. Désinvagination par traction.	Guérison.	
	M 11 ans.	*Id.*	2 jours.	Pas de vomissements. Tumeur abdominale. Sang dans les selles.	Laparotomie. Désinvagination par traction.	Guérison.	
	M 18 ans.	*Id.*	16 jours.	Coliques ; constipation ; météorisme ; matité dans le flanc droit.	Laparotomie. Désinvagination par traction.	Guérison.	
	E 1 an.	*Coude du côlon gauche.*	6 jours.	Tumeur abdominale ; selles sanguinolentes ; à 5 centimètres au-dessus de l'anus on sent le boudin invaginé.	Laparotomie. Désinvagination par traction.	Mort 8 heures après.	
ARCY-POWER. (*Brit. med. J.*, 1899, t. I, p. 19).	E 6 mois.			Symptômes ordinaires d'occlusion.	Laparotomie. Réduction.	Guérison.	Puis récidive et mort.
AUVRAY. (Soc. de chir., juillet 1899.)	H 29 ans.	Invagination *de l'intestin grêle* en lui-même.	3 jours.	Constipation. Vomissements. Douleur généralisée. Pas de selles sanglantes. Pas de tumeur.	Laparotomie. Désinvagination par expression et tractions légères. Un point suspect de la paroi est dissimulé sous deux rangées de sutures intestinales.	Guérison.	Le malade a été présenté à la Société de chir. 7 mois après son opération. Il est dans d'excellentes conditions.
BROCA. (Th. Trouvé, Paris 1897.)	G 4 ans.	Invagination *iléo-cæcale.*	2 jours.	Première crise en juillet 1897. Deuxième crise en septembre. Faciès très altéré ; douleurs abdominales ; diarrhée, pas de sang dans les selles ; vomissements fécaloïdes ; pouls petit, filiforme. T. 36°3.	Laparotomie, par M. Legueu. Laparotomie par M. Broca.	Guérison. Guérison.	Très bon état général ; mais de temps en temps coliques avec alternatives de constipation et de diarrhée.
BROCA. (*Id.*)	F 6 mois.	*Double invagination* de l'intestin.	3 jours.	Coliques. Vomissements fécaloïdes.	Laparotomie. Double invagination de l'intestin : l'une progressive, l'autre rétrograde ; réduction par expression après laparotomie.	Guérison.	
CORDUA. (*Deuts. med. Woch.*, 1898 ; C. R. des Soc. sav., p. 47.)	*Cinq* enfants de 4 à 16 mois.	*Invagination iléo-cæcale.*	Opérés dans les 24 premières heures.		Laparotomie. Réduction de l'invagination.	*Cinq* guérisons.	
COLLMANN et KELLOCK. (*Lancet*, 1898.)	Enfant 8 ans.	*Côlon transverse, courbure splénique.*	15 jours.	Accidents depuis quinze jours. Tuméfaction du flanc gauche ; vomissements ; douleurs.	Laparotomie. Réduction facile. Suture d'un point perforé.	Mort 2 jours après.	
FAURE. (Th. Nigay, Paris 1899.)	H 43 ans.	Invagination *iléo-cæcale.*	Depuis 4 ans, il a présenté de temps en temps des accidents d'obstruction.	M. Faure voit le malade avec des accidents aigus qui le décident à intervenir.	Laparotomie : tumeur formée par l'invagination de l'extrémité de l'iléon dans le cæcum à travers la valvule iléo-cæcale. Il désinvagine par traction et expression. Il sent à 80 centimètres de la valvule un corps dur, arrondi, mobile, du volume d'une noix, tenant à la paroi. C'est un polype. Incision de l'intestin sur 4 centimètres. Excision. Suture.	Guérison.	
R. J. GODLEE. (*Lancet*, 12 nov. 1898, p. 162.)	G 6 mois.	Invagination *iléo-colique.*	Quelques heures.	Vomissements, douleurs abdominales, pouls petit, rapide ; dans la portion droite de l'abdomen, tumeur en forme de boudin, mobile avec la respiration.	Laparotomie. Réduction de l'invagination.	Guérison.	
G. HEATON. (*Brit. med. Journ.*, 22 avril 1899, p. 977.)	F 7 mois.	Invagination aiguë *iléo-cæcale.*	32 heures avant l'opération.	Douleurs abdominales ; collapsus ; vomissements. Selles muco-sanguinolentes. On ne constate pas de tumeur à travers la paroi abdominale. Au toucher rectal empâtement du cul-de-sac de Douglas.	Incision médiane. La portion invaginée est dans le petit bassin ; c'est l'invagination de la fin de l'intestin grêle dans le côlon ascendant, transverse et descendant. Réduction de l'invagination par expression, non sans difficultés. Parois de l'intestin œdémateuses, avec infiltration sanguine.	Mort le 3e jour.	
G. HEATON. (*Id.*)	G 4 ans.	Invagination aiguë *iléo-cæcale.*	7 h. 1/2 avant l'opération.	Douleurs abdominales, vomissements, collapsus. Selles sanglantes. Tumeur dans la portion droite de l'abdomen.	Incision sur la tumeur. Invagination de cinq pouces de longueur. Réduction facile. Durée de l'opération : 19 minutes.	Guérison.	
G. HEATON. (*Id.*)	G 3 ans.	Invagination aiguë *iléo-cæcale.*	7 h. avant l'opération.	Douleurs abdominales, vomissements, collapsus. Tumeur en forme de boudin à droite et sous l'ombilic, mobile.	Laparotomie. Invagination facilement réduite.	Guérison.	

OPÉRATEUR.	SEXE et AGE.	VARIÉTÉ ANATOMIQUE.	DÉBUT.	SYMPTOMES.	OPÉRATION.	RÉSUTALTS.	REMARQUES.
				Laparotomies pour invaginations **RÉDUCTIBLES** *(suite).*			
HASLAM. (*Brit. med. J.*, 1898, p. 1311.)	E 6 ans.	Invagination *iléo-cæcale.*	36 heures.	Symptômes ordinaires.	Laparotomie : réduction. Récidive quatre mois après. Deuxième laparotomie.	Guérison. Guérison.	
HOWITT. (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 1898, II, 790.)	*Quatre* enfants au-dessous de 6 mois.	*Côlon transverse.*			Laparotomie. Désinvagination par traction, pression sur le bout invaginé et sur le collet du cylindre invaginant, comme dans la réduction du paraphimosis.	*Quatre* guérisons.	
KAARSBERG. (*Centralbl. f. Chir.*, 1897, p. 1143.)	E 3 ans 1/2.	Invagination *iléo-cæcale.*	30 jours.	Symptômes d'occlusion chronique.	Deux tentatives de réduction sous le chloroforme, sans résultat. Laparotomie. Désinvagination par expression.	Guérison.	
E. V. KARAJAN. (*Wien. klin. Woch.*, 1899.)	H 23 ans.	Invagination *iléo-cæcale.*		Signes ordinaires d'occlusion.	Laparotomie. Réduction de l'invagination. On constate l'existence de polypes intestinaux. On ouvre l'intestin en cinq points et l'on fait l'ablation des polypes.	Guérison.	
LAUENSTEIN. (*Deuts. med. Woch.*, 1898, V. B., p. 48.)	E 1 an 1/2.	Invagination *iléo-cæcale.*			Laparotomie. Désinvagination.	Mort dans le collapsus.	
LEGUEU. (*Soc. anat.*, 1896, p. 101.)	E 10 mois.	Invagination *du cæcum, du côlon ascendant et de la moitié du côlon transverse.*	6 jours.	Constipation absolue. Tumeur transversale de l'hypocondre gauche; boudin mobile.	Laparotomie. Désinvagination par expression de bas en haut sans tirer sur le cylindre invaginé, en refoulant par pression extérieure l'invagination, qui à l'autre extrémité peu à peu se déroule.	Mort 2 jours après.	
				Cas d'invaginations **IRRÉDUCTIBLES** *traités par l'***ANUS ARTIFICIEL.**			
Arcy POWER. (*Brit. med. J.*, 1897, t. I, p. 19.)	F	Invagination *iléo-cæcale.*		Douleur subite, vomissements, selles muco-sanguinolentes. Le bout de l'invagination est senti par le rectum.	Anus artificiel.	Mort.	
CORDUA. (*Deuts. med. Woch.*, 1898.)	F 3 ans 1/4.	Invagination *iléo-cæcale.*	4 jours.	Symptômes ordinaires.	Laparotomie. Réduction impossible. Anus artificiel.	Mort de péritonite 5 j. après.	
CORDUA. (*Id.*)	M 1 an 1/2.	Invagination *iléo-cæcale.*	7 jours.	Symptômes d'occlusion et péritonite.	Laparotomie. Anus artificiel.	Mort de péritonite peu après.	
G. HEATON. (*Brit. med. J.*, 22 avril 1899.)	H 8 ans.	Invagination *iléo-cæcale.*	5 jours.	Vomissements; douleurs abdominales. Tumeur de la fosse iliaque droite.	Laparotomie. Invagination irréductible. Intestin gangrené. Anus artificiel.	Guérison.	Persistance d'une fistule stercorale.
LAUENSTEIN. (*Deuts. med. Woch.*, 1898, V. B., p. 48.)	H 27 ans.	Invagination *iléo-cæcale.*		Signes de catarrhe gastro-intestinal chronique.	Laparotomie. Réduction impossible. Anus artificiel.	Mort le lendemain. Péritonite.	
LUCY. (*Brit. med. J.*, 1899, t. I, p. 19.)	F 13 ans.			Signes d'occlusion.	Laparotomie. Anus artificiel.	Mort peu après.	
PICQUÉ, in DARTIGUES. (Soc. anat., 1897, p. 829.)	M 14 ans.	*10 derniers centimètres de l'iléon, cæcum et appendice, côlon ascend[t] et transverse.*	3 jours.	Depuis dix-sept jours signes d'entéro-colite; constipation; glaires sanguinolentes par anus. Ventre météorisé; tumeur en boudin incurvée dans fosse iliaque gauche.	Laparotomie. Anus artificiel pratiqué sans toucher à la partie invaginée.	Mort 2 jours après. Péritonite généralisée.	Perforation des parties invaginées.
				Cas d'invaginations **IRRÉDUCTIBLES** *traités par la* **RÉSECTION INTESTINALE.**			
ALSBERG. (*Deuts. med. Woch.*, 1897, p. 517.)	H 72 ans.	Invagination *iléo-cæcale.*		Signes d'occlusion.	Résection de l'anse invaginée. Entéro-anastomose.	Mort 24 heures après.	
BAUMLER. (*Deuts. med. Woch.*, 1897.)	Adulte.	Invagination *iléo-cæcale.*			Résection intestinale.	Guérison.	
BROCA, in WEILL et FRANKEL. (Soc. anat., 1896.)	E 4 ans 1/2.	*Partie inférieure de l'intestin grêle.*	1 jour.	Tumeur cylindrique nette dans le flanc droit. Peu douloureuse. Ni ballonnement, ni ascite. Anorexie, constipation, vomissements.	Résection de l'intestin malade sur une longueur de 50 centimètres.	Mort 6 heures après l'opération.	Invagination produite par diverticule de Meckel.
CORDUA. (*Deuts. med. Woch.*, 1898, Ver. Beif., p. 47.)	M 9 ans.	Invagination *iliaque.*	4 jours.		Désinvagination et résection de l'intestin gangrené.	Mort 5 heures après l'opération.	
EWALD. (*Deuts. med. Zeit.*, 1898, p. 874.)	H 37 ans.		14 jours	Constipation. Vomissements fécaloïdes. Examen rectal négatif.	Laparotomie. Invagination de l'intestin grêle avec tumeur sarcomateuse. Résection (?).	Guérison.	

OPÉRATEUR.	SEXE et AGE.	VARIÉTÉ ANATOMIQUE.	DÉBUT.	SYMPTOMES.	OPÉRATION.	RÉSULTATS.	REMARQUES.
				Cas d'invaginations **IRRÉDUCTIBLES** *traités par la* **RÉSECTION INTESTINALE** (*suite*).			
KUTTNER. (*Beitr. z. Klin. Chir.*, t. XVII.)	H 32 ans.	Invagination *iléo-cæcale.*		Signes ordinaires d'occlusion.	Résection de 12 centimètres d'intestin, comprenant cæcum, iléon et un bout du côlon ascendant. Anastomose latérale avec oblitération des bouts par invagination.	Mort le troisième jour.	Autopsie : la suture est restée intacte.
LAUENSTEIN. (*Deuts. med. Woch.*, 1898.)	H 56 ans.	Invagination *iléo-cæcale.*			Laparotomie. Tumeur de l'intestin. Extirpation de la tumeur.	Guérison.	Mort quelques mois après de récidive carcinomateuse.
LEES et GUARRY SILCOCK. (*Lancet*, 1898, 1, 1401.)	E 4 ans 1/2.	Invagination *iléo-cæcale.*	2 jours.	En décembre entre avec une tumeur d'invagination qui fut réduite; trois semaines après, réapparition des accidents et ainsi de janvier à mars. A cette époque symptômes graves d'occlusion aiguë.	Réduction sans opération les fois précédentes. Excision de la portion invaginée; suture intestinale bout à bout.	Guérison.	
LEJARS. (*Rev. de gyn.*, déc. 1897, p. 1029.)	F 40 ans.	Tumeur du cæcum compliquée d'*invagination iléo-colique.*		Depuis deux ans, affaiblissement progressif; depuis six mois, crises douloureuses, constipation et débâcles. Phénomènes d'obstruction et douleurs atroces, lors de la dernière crise. Dans le flanc droit tumeur ovoïde, grosse comme un citron, très mobile.	Laparotomie médiane sous-ombilicale. Pas de tentative de désinvagination. Résection en masse. Réunion des deux bouts par le bouton de Murphy.	Guérison.	Longueur du segment réséqué, 35c. Invagination iléo-colique irréductible. Lymphadénome de la valvule de Bauhin.
L.-H. PETIT. (Soc. anat., Paris 1896, p. 709.)	F 11 mois.	*S iliaque.*	Dernière crise depuis 10 jours.	Tendance à la constipation depuis longtemps; a présenté des crises de pseudo-étranglement. Par le toucher rectal on sent une masse qu'on prend pour un polype. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une invagination de l'S iliaque faisant saillie dans le rectum.	On attire la tumeur au dehors en la saisissant avec une pince de Museux. Une ligature fut placée sur le pédicule; on le coupa au-dessus du fil. Le polype mesurait 6 centimètres de longueur et son volume avait celui d'un petit œuf.	Guérison.	Le cours des matières se rétablit le 3e jour. Au toucher, le moignon du pédicule est ratatiné et tiré en haut; le doigt trouve une voûte sans issue; il y a pourtant quelque part un pertuis pour laisser passer des glaires et des matières fécales.
STEINMEYER. (*Deuts. med. Woch.*, 1897.)	E 1 an 1/2.	Invagination *iléo-colique.*			Résection de 27 centimètres d'intestin.	Guérison.	
VERGELY. (*Gaz. hebd. de méd. de Bordeaux*, 1898, p. 227.)	F 35 ans.	*Rectum et S iliaque.*	15 jours.	Constipation absolue depuis 15 jours; vomissements bilieux; boudin anal 30 centimètres de longueur. Perforations multiples.	Résection au bistouri du boudin anal. Pinces à demeure sur les surfaces sectionnées.	Mort 3 jours après.	
VATERHOUSE. (*Lancet*, 1897, t. II, 1319.)	E	*Appendice iléo-cæcal.*		Tumeur de la fosse iliaque droite. Signes d'occlusion.	Laparotomie. Réduction; excision de l'appendice et du cæcum; anastomose avec le bouton de Murphy.	Mort.	
WRIGHT et RENSHAW. (*Brit. med. Journ.*, 12 juin 1897.)	E 3 ans.	Invagination de l'*appendice dans le cæcum.*		Constipation. Tumeur de la région cæcale.	Laparotomie. Résection de l'appendice.	Guérison.	
				Cas d'invaginations traités par la **LAPAROTOMIE EXPLORATRICE.**			
BROCA. (In th. Trouvé, Paris 1897.)	M 5 mois.	*Côlon ascendant.*	5 jours.	Douleurs abdominales; mélæna; constipation.	Laparotomie. Invagination; sphacèle de l'intestin; on referme l'abdomen sans réséquer en raison de l'existence de signes de péritonite.	Mort peu après.	
BROCA. (*Id.*)	F 4 mois.	*Fin de l'iléon rentrée dans le côlon ascendant.* Invagination à 3 cylindres.	8 jours.	Vomissements abondants; inappétence, entérorragie; état général grave; douleurs.	La laparotomie montre l'existence de perforation et de péritonite; on s'abstient de toute intervention et on referme la plaie.	Mort 24 heures après.	Intestin grêle perforé au niveau du collet; commencement d'élimination.
GLEISS. (*Deuts. med. Woch.*, 1898.)	E 3 ans.	Invagination *iléo-cæcale.*			Echec de la désinvagination.	Mort de shock.	
LAUENSTEIN. (*Deuts. med. Woch.*, 1898.)	E 8 mois.	Invagination *iléo-cæcale.*			Laparotomie. Echec de la désinvagination. Appendice sphacélé.	Mort dans le collapsus.	

Il résulte de ces tableaux que, sur 53 cas d'occlusion par invagination traités chirurgicalement, il y a eu 32 guérisons et 21 morts.

La mortalité est donc actuellement de 39,62 p. 100; et encore dans ce chiffre figurent 4 laparotomies exploratrices, pratiquées alors que le malade était déjà atteint de péritonite et qu'aucune manœuvre sur l'intestin invaginé n'était permise. Dans ces cas l'opération ne peut être incriminée.

En comparant ce chiffre à celui donné par Gibson (53 p. 100) dans sa statistique la plus récente, nous pouvons constater que les résultats des opérations pratiquées pour l'invagination vont sans cesse s'améliorant.

Mais ce qui est plus intéressant à consulter qu'une statistique d'ensemble, formée de cas en somme disparates et appartenant à des opérateurs de valeur différente, ce sont les statistiques personnelles de quelques auteurs. Ainsi dans les tableaux précédents, Heaton rapporte 4 cas avec 3 guérisons; Alsberg 5 observations avec 3 guérisons; Cordua 8 cas avec 5 guérisons; Howet 4 observations avec 4 guérisons.

On voit par ces statistiques personnelles que le chiffre 39,62 p. 100 indiqué précédemment, peut être considéré comme représentant assez exactement la moyenne de la mortalité dans la laparotomie pour invagination.

Cette mortalité varie avec un certain nombre de facteurs : l'âge, le sexe, la variété de l'invagination entrent en ligne de compte. Il est évident que plus l'enfant sera jeune (cette forme de l'occlusion intestinale est surtout fréquente chez les enfants), plus la mortalité sera élevée; cependant il faut compter avec la nature de l'opération pratiquée. Dans ma statistique, je constate que, sur 15 enfants de quatre à seize mois chez lesquels la désinvagination a pu être faite, il y a eu 13 guérisons. Ces succès doivent être attribués à la rapidité de l'intervention, qui a eu lieu le plus souvent dans les vingt-quatre premières heures. Ce sont les cas où, la désinvagination étant impossible, on se trouve dans la nécessité de pratiquer de graves interventions telles que la résection, qui donneront chez le jeune enfant une grande mortalité. Celle-ci est considérée également comme plus élevée chez les filles que chez les garçons.

La variété iléo-colique et l'invagination de l'intestin grêle semblent fournir, d'après les relevés de Gibson, une mortalité bien supérieure à celle des autres variétés.

De l'étude des faits, il ressort que l'invagination chronique, dans laquelle la marche des accidents remonte, comme dans des exemples pris dans notre statistique à dix, quatorze, quinze, seize et même trente jours, est moins meurtrière que l'invagination aiguë, à marche rapide. Dans les tableaux précédents, je relève sept cas où la durée des accidents a été de dix jours et au-delà; cinq se sont terminés par la guérison, deux par la mort, soit une mortalité de 28,57 p. 100; on est étonné de voir combien, dans certains cas, malgré la longue durée des accidents, la désinvagination de l'intestin a été facile.

La mortalité *varie surtout avec l'état de l'invagination*, c'est-à-dire selon qu'elle est *réductible* ou *irréductible*; l'état de l'invagination est généralement en rapport avec la durée des accidents. La proportion des cas non réductibles augmente à partir du premier jour, et parallèlement la mortalité va progressivement croissant; l'intervention doit donc être aussi précoce que possible.

Dans les tableaux précédents, 28 fois l'invagination a pu être réduite, 25 fois elle était irréductible.

28 *cas où la désinvagination a pu être pratiquée*, ont donné 23 guérisons et 5 morts, soit une mortalité de 17,85 p. 100. Et cependant chez les malades de Faure et de Karajan, la désinvagination a été compliquée de l'ouverture de l'intestin et de l'extirpation de polypes, cause de l'invagination.

25 *cas d'invagination irréductible* ont donné 9 guérisons et 16 morts, soit une mortalité de 64 p. 100;

Dans ces 25 observations figurent 4 *laparotomies exploratrices*, dont il a déjà été question, toutes suivies de mort.

7 fois on a eu recours à l'*anus artificiel* avec 6 guérisons et 1 mort, soit une mortalité de 85,71 p. 100;

14 *fois la résection de l'intestin* a été faite avec 8 guérisons et 6 morts, ce qui donne 42,85 p. 100 de mortalité.

En comparant ces chiffres à ceux de Gibson dans le travail déjà cité, je constate que les résultats de l'anus artificiel restent toujours déplorables, puisque cet auteur trouve 86 p. 100 de mortalité et que j'arrive au chiffre de 85,71 p. 100, et encore dans le cas guéri de ma statistique il y a persistance d'une fistule stercorale. Par contre, les résultats fournis par la résection semblent s'améliorer progressivement, puisque Gibson compte 79 p. 100 de mortalité dans les cas de résection et que cette mortalité s'abaisse dans ma statistique au chiffre de 42,85 p. 100. On peut m'objecter que les cas heureux sont publiés et les cas malheureux laissés de côté; je réponds que le même reproche est applicable aux statistiques antérieures, car il est bien certain que tous les cas malheureux n'y figurent pas plus que dans la mienne.

Il serait intéressant de savoir quelle est la valeur comparée des divers procédés d'anastomose de l'intestin après résection; malheureusement c'est un point sur lequel il n'est pas possible de se prononcer d'après notre statistique, parce que les cas sont trop peu nombreux et aussi parce que les observations qui figurent dans nos tableaux sont résumées pour la plupart dans le compte rendu de sociétés savantes, et que le procédé d'anastomose n'est souvent pas indiqué.

Gibson, en 1896, n'osait pas juger les méthodes d'anastomose sur le petit nombre de cas qu'il rapportait. Il semblait cependant préférer l'anastomose par le bouton de Murphy, qui avait donné seulement d'après sa statistique 50 p. 100 de mortalité, tandis que la suture bout à bout avait été suivie de mort 10 fois sur 12 observations, d'où la mortalité de 83 p. 100.

Quoi qu'il en soit nous avions raison de dire au commencement de ce chapitre que, dans le traitement de l'invagination, la mortalité varie sensiblement selon que l'invagination est réductible ou irréductible; les deux chiffres placés l'un auprès de l'autre sont significatifs : 17,85 p. 100 de mortalité dans l'invagination réductible, 64 p. 100 dans l'invagination irréductible. De plus, dans ce dernier cas, nous avons vu que la mortalité variait notablement avec le procédé opératoire employé.

A la fin de cette étude sur les résultats du traitement chirurgical dans l'invagination intestinale, il me semble que deux faits méritent d'être mis en lumière; c'est d'abord la nécessité des interventions précoces, pratiquées dès les premières heures de la maladie, même chez les plus jeunes sujets; c'est ensuite, malgré le retard trop souvent apporté encore à l'opération, l'amélioration progressive des résultats obtenus.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement du diabète sucré. L'opothérapie.

Par M. Guihal, interne des hôpitaux.

La thérapeutique par extraits d'organes animaux, dénommée opothérapie par M. Landouzy, n'a pas donné jusqu'ici dans le diabète des résultats bien probants. Des améliorations ont été obtenues, des aggravations constatées. La question reste encore à l'étude, les documents n'étant pas jusqu'ici assez nombreux et surtout assez concordants pour qu'on puisse juger de la réelle valeur de telles médications. Les deux organes qui ont le plus d'influence sur la glycogenèse et sur la glycolyse sont le foie et le pancréas; les lésions de ces organes dans le diabète ont été dès longtemps considérées comme ayant une grande valeur pathogénique; il était donc naturel, *a priori*, d'opposer aux divers diabètes sucrés l'opothérapie hépatique ou pancréatique.

Gilbert et Carnot, dans de nombreuses expériences, ont essayé de déterminer l'influence de l'opothérapie hépatique sur la fonction glycogénique du foie. Ils pensent que l'extrait de cet organe agit à la manière du bicarbonate de soude, de l'antipyrine : suivant l'expression de Lépine, il favorise l'action *euzoamylique* du foie, c'est-à-dire la propriété qu'a cet organe de retenir les hydrates de carbone à l'état de glycogène.

Pour arriver à cette conclusion, ces auteurs ont injecté une certaine quantité de sucre dans les veines d'un animal. Une partie du sucre ainsi injecté se transforme ou se fixe; le surplus est éliminé par les urines. En d'autres termes, l'hyperglycémie ainsi réalisée s'accompagne de glycosurie. Sur 100 parties de sucre injecté, 40 ou 45, en moyenne, passent dans l'urine. Or, l'injection intra-veineuse d'extrait hépatique diminue le rapport du sucre éliminé au sucre injecté, dans de sensibles proportions. Sur un total de huit expériences, les chiffres sont compris entre 6 p. 100 et 36 p. 100, avec une moyenne de 19,57 p. 100, au lieu de 40 ou 45 p. 100, chiffre normal. L'ingestion d'extrait a donné de moins bons résultats que l'injection : 22 expériences donnent une proportion moyenne de 27,92 p. 100. Chez l'homme en état de glycosurie alimentaire, l'absorption de foie retarde l'apparition de la glycosurie, et diminue la quantité du glucose éliminé dans la proportion de moitié à un tiers.

Les expériences de Gilbert et Carnot semblent donc démontrer que l'action glycogénique du foie est susceptible de se transmettre, dans une certaine mesure, après la mort de l'organisme, à l'extrait hépatique. Cependant, *in vitro*, le foie est devenu impuissant à opérer la transformation du glucose en glycogène; si donc il agit par injection ou ingestion dans un organisme vivant, c'est sans doute par action directe sur la cellule hépatique, dont il stimule toutes les fonctions, aussi bien la fonction glycogénique que les fonctions biliaire et uropoiétique. Pour obéir à cette stimulation, la cellule du foie doit posséder encore un certain degré de vitalité, et l'extrait de foie ne peut plus réveiller un élément anatomique trop altéré. Ces considérations, empruntées à Gilbert et Carnot, autorisent largement l'expérimentation clinique.

Il est encore impossible de préciser les rapports du diabète sucré et de l'état du foie; cependant beaucoup d'auteurs admettent l'existence de diabètes d'origine hépatique. et, dans les autres formes, on peut, à bon droit, suspecter toujours l'intégrité des fonctions du foie. Aussi l'opothérapie hépatique a-t-elle été expérimentée dans des diabètes de nature différente. Les résultats obtenus sont encourageants. Dans deux cas de Gilbert et Carnot (dont un de diabète pigmentaire), et une observation de Landouzy, l'amélioration a été minime et peu durable. D'autres observations constatent par contre une diminution très marquée de la glycosurie; chez deux malades de Gilbert, le sucre disparaît même complètement. Les cas traités sont très dissemblables, et cependant, chez tous, l'administration d'extrait hépatique diminue considérablement la quantité de sucre éliminé. M. Linossier a été moins heureux, et, sur deux cas, il enregistre deux insuccès. On voit que le dossier de l'opothérapie hépatique est encore bien peu volumineux, et que de nombreux documents devront encore s'entasser pour fixer l'opinion du médecin. On peut dire, jusqu'à nouvel ordre, que l'extrait de foie agit à la manière des médicaments antidiabétiques les plus employés, les alcalins et l'antipyrine, et ne semble pas posséder une action spécifique.

L'opothérapie pancréatique a été plus étudiée. Mering et Minkowsky, Lépine, Gley, Hédon, Thiroloix, Chauveau et Kauffmann ont démontré l'existence d'une sécrétion interne du pancréas, mal définie d'ailleurs dans sa nature et son mode d'action. Hypothèses mises à part, on sait que l'extirpation complète du pancréas amène la glycosurie, et qu'une parcelle de glande épargnée ou greffée suffit à empêcher le phénomène de se produire. On sait aussi qu'il existe une forme de diabète nettement liée à la destruction du pancréas. Cette propriété toute spéciale du pancréas est-elle transmissible à l'extrait pancréatique? S'il en était ainsi, cet extrait se trouverait indiqué non seulement dans les cas de diabète purement pancréatique, mais encore dans toutes les formes de glycosurie diabétique. Les résultats obtenus justifient mal ces espérances.

Hugounencq et Doyon, chez des chiens dépancréatisés, n'ont pas réussi à diminuer la glycosurie au moyen de l'ingestion ou de l'injection d'extraits de pancréas préparés de diverse manière. Gley n'obtient que des résultats négatifs. Thiroloix, par lavement, n'observe qu'une diminution transitoire. Caparelli, Hédon, par d'autres méthodes, ne réussissent pas mieux que Gley et Thiroloix. Seul Montuori, par injection d'extrait dans une veine mésentérique, aurait diminué pour un temps notable la glycosurie. L'extrait de pancréas, d'après ces expériences, semble donc agir légèrement sur la glycosurie; mais cette action n'est pas durable; un ou deux jours après le début des expériences, les résultats deviennent négatifs.

Au point de vue clinique, les observations publiées sont déjà fort nombreuses, et nous ne pouvons songer à les passer toutes en revue. Elles se divisent en trois groupes : de nombreux auteurs n'observent aucun résultat; d'autres, un peu plus nombreux peut-être, ont noté des améliorations plus ou moins positives; enfin, quelques observations enregistrent, au contraire, une augmentation notable de la glycosurie à la suite de tentatives opothérapiques.

Les observations négatives sont dues à Comby, à Hale Withe, à Goldscheider, Leyden, Krousky, Noville, Hasenfeld et Kette, Vanni et Burgagli. Un cas de Watson Williams est particulièrement instructif : il soigne un diabétique de quinze ans avec de l'extrait glycériné, puis il essaie une greffe de pancréas de mouton, sans obtenir la moindre amélioration. L'autopsie permit de constater la présence

d'une sclérose atrophique complète du pancréas. Ainsi, même dans un cas de diabète nettement pancréatique, l'opothérapie et la greffe restent impuissantes. Sur cinq diabétiques traités par de Cérenville (ingestion de 30 grammes de glande de mouton hachée, ou bien injection souscutanée de 2 grammes), une seule amélioration positive, légère d'ailleurs, est à noter.

Les améliorations obtenues par l'opothérapie ont été publiées en assez grand nombre. Tantôt, on a pu observer un amendement de l'état général sans diminution du sucre (Mackensie, Knowsley Sibley) ou avec légère diminution (Moore, Cavazzi, Ralfe, Lauritzen, Thesen, Battistini, Spillmann, Gilbert et Carnot); tantôt, la glycosurie diminue dans de plus larges proportions; deux observations, entre autres, sont très favorables. Lisser a employé, à Odessa, les lavements de pancréas haché, infusé dans une solution physiologique. Sous l'influence de trente-quatre lavements, le chiffre du sucre éliminé dans les vingt-quatre heures tombe de 875 grammes à 425 grammes; pendant une interruption du traitement, il remonte à 916 grammes, puis redescend à 256 grammes à la reprise des lavements. Ausset obtient même, par ingestion de pancréas de veau, la disparition complète de la glycosurie chez un diabétique qui éliminait 38 grammes de sucre par jour; son cas est isolé. La lecture des observations précédentes n'entraîne pas de conclusions bien précises. Nous retiendrons seulement un fait qui va bien avec les résultats expérimentaux : la médication pancréatique ne semble donner que des améliorations transitoires, et, dans les cas les plus favorables, l'interruption du traitement entraîne à sa suite une nouvelle augmentation de sucre urinaire, qui souvent même dépasse le chiffre antérieur à la médication.

Enfin, trois observations sont nettement défavorables. Déjà Sandmeyer avait augmenté la glycosurie d'un chien en lui administrant du pancréas cru. Vanni et Burgagli ont observé cliniquement une semblable aggravation. Deux cas de Gilbert et Carnot sont fort intéressants : « Une malade, qui avait un chiffre de sucre très abaissé par l'emploi de l'opothérapie hépatique et restant, depuis un certain temps, fixe entre 102 et 109, reçut, du 20 au 26 février, de l'extrait de pancréas. Le taux du sucre monta aussitôt, le 21 à 113, le 22 à 169, le 25 à 126, le 26 à 239. On remplaça l'extrait pancréatique par l'extrait papaïné de foie. Le sucre tomba, le 4 mars, à 78 grammes et se maintint à ce niveau. L'autre malade qui, sous l'influence des extraits hépatiques, avait présenté une baisse graduelle du sucre, et qui n'en n'avait plus, le 18 février, que 145 grammes, prit du pancréas du 20 au 26 février. Son sucre monta le 23 à 289, le 25 à 235, le 26 à 423. »

Tel est l'état actuel de la question. On voit que l'opothérapie hépatique, moins souvent appliquée, il est vrai, que la pancréatique a donné cependant plus d'encouragements que celle-ci : les deux sont encore dans le domaine de la pure expérimentation. Il nous faudrait maintenant, pour être complet, étudier les diverses formes dans lesquelles l'opothérapie emploie le foie et le pancréas. Mais rien n'est fixé à cet égard; chacun des auteurs a sa méthode. Les uns emploient le pancréas ou le foie crus, en ingestion; les autres se servent d'extraits diversement préparés. Chemin faisant, nous avons signalé quelques-uns de ces modes d'emploi. Pour l'étude complète de la pharmacologie des extraits, nous renvoyons au mémoire de MM. Gilbert et Carnot sur l'opothérapie.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(29 juin 1900)

La formule hématologique de la leucémie myélogène a été maintes fois étudiée; il n'en est pas de même de **l'étude histologique des viscères, en particulier de celle de la moelle osseuse et de la rate.** Il y a à ce point de vue une lacune que MM. Fernand Bezançon et Weil viennent de s'efforcer de combler. Ils ont pu étudier un cas de leucémie myélogène dans tous ses détails.

Cliniquement, il s'agissait d'une forme spéciale de la leucémie; de tous les organes hématopoiétiques, seule la rate était modifiée; démesurément hypertrophiée, elle occupait toute la partie latérale gauche de l'abdomen du rebord costal à la crête iliaque. La maladie a évolué en quelques mois, sans autre symptôme qu'un état extrême d'anémie et, dans les derniers mois, que la fièvre, la toux, la dyspnée correspondant à une poussée de granulie.

A l'autopsie, la rate pesait $2^{k}900$. Elle avait conservé sa consistance et sa forme : sur les coupes, on ne voyait aucun nodule, aucun lymphome ou myélome. Les corpuscules de Malpighi avaient complètement disparu et l'organe était réduit à sa pulpe. La moelle osseuse, au lieu d'être graisseuse, était en pleine activité : sa texture était tout à fait comparable à celle de la rate, gros capillaires sanguins et grands cordons bourrés de leucocytes mononucléaires granuleux; dans les cordons, se retrouvaient, outre les myélocytes, des cellules dégénérées et des cellules gigantesques à large protoplasma acidophile à noyau fortement coloré, bizarrement contourné, souvent en karyokinèse. Les ganglions étaient déjà le siège d'un début d'envahissement du tissu myélogène.

Les examens répétés du sang ont révélé d'importantes variations de la formule leucocytaire; alors qu'il y avait 155000 globules blancs lors du premier examen, un mois à peine après, sous l'influence de l'infection tuberculeuse surajoutée, le nombre des globules est tombé à 19000 pour se relever ensuite à 46000.

Cette observation viendrait à l'appui de l'hypothèse pathogénique soutenue par Dominici, à savoir que l'on peut considérer le processus leucémique comme caractérisé par l'hypergénèse du tissu myéloïde ou lymphatique là où ces tissus sont en état d'activité, mais surtout par une sorte de reviviscence de l'une ou l'autre variété de ces tissus là où, après avoir évolué, ils sont entrés dans une phase de régression.

MM. Achard, Merklen, Millard reviennent, avec observations à l'appui, sur la question de l'**albuminurie orthostatique.** M. Achard insiste à nouveau, sur l'opinion qu'il a antérieurement soutenue. Pour lui, la permanence des troubles dans l'élimination du bleu et dans l'épreuve cryoscopique, permanence qui contrastait avec l'intermittence de l'albuminurie, est tout à fait en faveur d'une lésion rénale et non pas d'un seul trouble fonctionnel.

M. Merklen répond à cela que l'on connaît, par exemple, des troubles fonctionnels de l'estomac qui peuvent durer des semaines et des mois et que personne ne considère comme dus à des lésions de la muqueuse. Il peut bien en être de même du rein, d'autant que, dans la majorité des cas rapportés, l'albuminurie s'installe d'emblée avec ses caractères d'intermittence, et qu'il y a absence formelle de toute néphrite antérieure.

M. Millard rapporte une nouvelle observation d'albuminurie orthostatique chez une fillette de dix ans.

MM. Louis Rénon et Latron rapportent une observation de **gonflement isolé des glandes sous-maxillaires chez un saturnin**. Dans la parotidite saturnine, l'irritation glandulaire peut se limiter à la parotide seule, ou se généraliser à toutes les glandes salivaires, parotide sous-maxillaire et sublinguale.

La sélection du toxique sur les glandes sous-maxillaires seules est une rareté que les auteurs ont observée chez un saturnin chronique fortement intoxiqué, atteint de coliques de plomb, de paralysie et de goutte saturnines. Le gonflement des sous-maxillaires apparut dans le décours d'une colique de plomb : la région sous-maxillaire, siège d'une saillie très marquée, était remplie par une masse arrondie, légèrement lobulée, mobile sur les plans superficiels et profonds, absolument indolore.

Cette tuméfaction disparut complètement vingt jours après son apparition, en diminuant peu à peu.

Si l'on songe que la muqueuse du plancher de la bouche n'était pas irritée, et que les orifices des canaux de Warthon n'étaient ni rouges, ni enflammés, il semble logique d'admettre le rôle exclusif du plomb dans la genèse des accidents.

MM. Louis Rénon et Latron lisent une note sur la **valeur clinique du pouvoir absorbant de la plèvre**. « Nous avons recherché, disent-ils, le pouvoir absorbant de la plèvre au bleu de méthylène, chez deux malades atteints de pleurésie séro-fibrineuse avec épanchement.

Après la recherche de la perméabilité rénale au bleu, perméabilité qui était normale, l'ingestion du bleu dans la cavité pleurale le fit passer rapidement dans l'urine, mais l'élimination dura plus longtemps que par la voie sous-cutanée ; la matière colorante était disparue de la plèvre, dans un cas, neuf jours, dans l'autre, trois jours après l'ingestion. La rapidité du pouvoir absorbant de la plèvre nous fit penser que les deux pleurésies n'étaient pas nettement tuberculeuses, opinion qui fut confirmée par l'évolution clinique ultérieure.

Il existe un rapport évident entre l'élimination rapide du bleu et la résolution rapide de l'épanchement.

Notre étude est la confirmation absolue des travaux de Ramond, Tourlet et Castaigne. La méthode peut, en clinique, rendre des services ; mais sa valeur réelle ne pourra être complètement déterminée que par l'analyse d'un très grand nombre de cas. »

M. Chantemesse rapporte deux observations de **transmission de la fièvre typhoïde par les huîtres**. Ces deux observations imposent la conviction, comme le pourraient faire des expériences de laboratoire.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les sanatoria, traitement et prophylaxie de la tuberculose pulmonaire (1), par S. A. Knopf.

L'auteur étudie non seulement les sanatoria, mais aussi tous les moyens de lutte fournis par l'hygiène contre la tuberculose. Toujours on a cherché à traiter la phtisie par un régime approprié, depuis Hippocrate jusqu'à Hermann Brœhmer, fondateur du premier sanatorium, et à son élève Dettweiler. L'œuvre sera féconde car la tuberculose est curable, comme cela découle de documents d'ordre anatomo-pathologique et clinique patiemment recueillis par l'auteur. Mais avant de guérir, il faut savoir éviter et se garder contre les modes de contagion de la phtisie, ingestion, inoculation et surtout inhalation : « Un tuberculeux ne doit jamais expectorer là où cette expectoration peut devenir un danger pour son semblable. A cet effet et en règle générale, le tuberculeux doit toujours se servir d'un crachoir. » C'est au crachoir Dettweiler modifié par l'auteur, qu'est donnée la préférence. Quant au mouchoir, on l'utilise pour dissimuler le crachoir.

Étudiant les lois et règlements par lesquels les États tentent de se défendre contre la phtisie, l'auteur signale quelques desiderata au sujet de l'hygiène scolaire, de la surveillance des usines, des voyages en chemin de fer, etc.

Le traitement peut être préventif (aérothérapie, exercices respiratoires, hydrothérapie, etc.); il doit être aussi curatif : nous abordons la partie essentielle du livre, la description du sanatorium dans son installation et dans son fonctionnement.

Où établir le sanatorium ? Il n'y a pas de climats spécifiques, et dans tous les pays de tels établissements existent. Nous les visitons avec l'auteur, excursion agréable dans les sites les plus pittoresques de la Silésie, de la Forêt-Noire, de l'État de New-York, des Pyrénées, du Puy-de-Dôme, de la Suisse, nous envions presque le sort des tuberculeux vivant dans ces régions que nous admirons sur de fort belles photographies.

L'étude critique de ces nombreux sanatoria amène à la conception d'un idéal : combinant le système américain des petits pavillons isolés avec le système allemand des grands établissements, l'auteur adopte les grands pavillons (auxquels sont annexés des pavillons d'isolement) réunis par des galeries vitrées. Les nombreux plans annexés à cette description la rendent facile à suivre. Rien n'est négligé dans l'étude de l'aménagement intérieur, du chauffage, de la ventilation, des mesures à prendre contre les risques d'incendie.

L'hygiène spéciale est chose importante, et le crachat attire toute l'attention ; un crachoir ne doit être vu qu'au moment de l'employer, la vue de nombreux crachoirs sans couvercle n'est pas engageante. Les crachoirs de Knopf (de poche ou fixes) paraissent réaliser tous les desiderata.

L'aérothérapie est un agent curatif excellent, l'auteur se range parmi les défenseurs du cabinet pneumatique. L'hydrothérapie rend des services, mais le médecin doit surveiller avec soin la douche pendant laquelle le malade se livre à des exercices musculaires.

Certaines précautions doivent être prises dans l'habillement : remplacer les bretelles par un gilet-bretelles ; éviter les corsets serrés ; le mode de coiffure varie un peu suivant que le sujet a des cheveux abondants ou bien est chauve : car l'auteur ne néglige aucun détail.

Étudiant l'alimentation, l'auteur rappelle les préceptes du professeur Grancher, règle les menus, et déclare qu'il faut employer tous les subterfuges pour faire manger le malade.

Le traitement symptomatique de la toux, des vomissements, etc., les maladies intercurrentes, les sérums antituberculeux, sont bien étudiés ; mais l'auteur revient vite à l'hygiène pure, proscrivant le traitement dans les stations libres aux tuberculeux en évolution.

Si les riches peuvent suivre ces préceptes, en est-il de même des pauvres ? L'hôpital Boucicaut est un bel exemple de ce que l'on peut faire pour la classe malheureuse : il existe maintenant des sanatoria pour pauvres, et les sociétés d'assurances ouvrières suivent ce mouvement : ainsi a été créé le sanatorium hanséatique d'Oderberg.

Ce qui frappe dans cet ouvrage si consciencieux, c'est le

(1) Gr. in-8o jésus, 496 p., 92 fig. — Prix : 22 francs. — Paris, G. Carré et C. Naud.

sousi d'être complet : c'est que l'auteur a bien vu par la pratique personnelle l'importance du moindre détail en matière d'hygiène. De l'enquête patiente à laquelle il s'est livré, il tire des préceptes sûrs, et la valeur de ces conclusions est en raison directe du très grand nombre de faits observés.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 9 AU 14 JUILLET 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 9 JUILLET, à une heure. — 2e (officiat définitif), *Faculté, salle n° 1* : MM. Delens, Gilles de la Tourette et Launois.

3e (officiat, fin d'année), *Faculté, salle n° 1* : MM. Delens, Gilles de la Tourette et Launois; — M. Heim, suppléant.

5e (2e partie), *Necker* (1re série) : MM. Potain, Déjerine et Gaucher; —(2e série) : MM. Fournier, Brissaud et Teissier; — M. Jalaguier, suppléant.

2e de sages-femmes, *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage.

MARDI 10 JUILLET, à neuf heures. — 2e de sages-femmes, *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Ribemont-Dessaignes et Wallich.

A une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Hutinel et Charrin; — (2e série) : MM. Cornil, Ménétrier et Achard; — M. Thiroloix, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Jaccoud, Chantemesse et Dupré; — (2e série) : MM. Raymond, Roger et Marfan; — M. Vaquez, suppléant.

JEUDI 12 JUILLET, à neuf heures. — 2e de sages-femmes, *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Ribemont-Dessaignes et Bonnaire; — M. Wallich, suppléant.

VENDREDI 13 JUILLET, à une heure. — 5e (2e partie), *Charit* (1re série) : MM. Grancher, Wurtz et Thoinot; — (2e série) : MM. Landouzy, Widal et Teissier; — M. Lejars, suppléant.

3e (officiat définitif), *Hôtel-Dieu* : MM. Potain, Tuffier et Lepage; — M. Gaucher, suppléant.

Thèses.

368. M. LAVAL. Du méningisme typhique. — 369. M. PETIT. Étude sur les eaux minérales de Royat. — 370. M. GOUBEAU. Troubles cutanés dans la convalescence de la fièvre typhoïde. — 371. M. MÉNIER. De la fracture du Dupuytren. — 372. M. ROBERT. Contribution à l'étude clinique de l'ostéo-sarcome de l'os iliaque. — 373. Mme SOLOMJAN-BIRFELD. Fréquence de fissures et de lymphangites du sein pendant l'allaitement. — 374. M. LAPARRA. Goitre et grossesse. Rapports. Traitement. — 375. M. CHAZET. Contribution à l'étude de la tuberculose rénale avec fistule. — 376. M. RISS. Les endocardites aiguës consécutives aux infections biliaires. — 377. Mlle Dora PESKER. Un cas d'une affection familiale infantile. Étude clinique et anatomo-pathologique. — 378. M. ISAAC. De la colite muco-membraneuse. — 379. M. LACROIX. De l'ammoniaque urinaire. — 380. M. PROVINS. Le zona chez l'enfant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — Après concours, M, le docteur Paviot est nommé médecin des hôpitaux.

Rouen. — M. Nicolle est nommé médecin en chef de l'Hospice général.

Facultés de province. — *Bordeaux.* — Après concours M. le docteur Andérodias est nommé chef de clinique obstétricale.

Montpellier. — M. Bosc est nommé professeur d'anatomie pathologique.

Marine. — Sont promus aux grades ci-après désignés :

Au grade de médecin principal : M. le docteur Touchet, médecin de première classe, en remplacement de M. Prat, retraité.

Au grade de médecin de première classe : M. le docteur Glérant, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. Touchet, promu.

Sont nommés dans la réserve de l'armée de mer : MM. Curet et Prat, médecins principaux de la marine en retraite.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Asselineau (de Béziers); Dusault (de La Rochelle); Hayen Müller (de Marseille); Max Lemelle (de Roubaix); Mougeot, ancien député de la Haute-Marne; et de M. Spinnewyn, étudiant à Lille.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — *Clinique médicale.* DIAGNOSTIC DE L'ASTHME VRAI ET DES ASTHMES SYMPTOMATIQUES, par M. J. VIRES, professeur agrégé, chargé de cours, médecin de l'Hôpital général de Montpellier. — NOURRICES D'AUTREFOIS ET NOURRICES D'AUJOURD'HUI DANS LE MORVAN, par M. GUÉNON, médecin du premier âge, des Enfants assistés de la Seine, etc. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Chirurgie :* Traitement de l'ascite par la laparotomie; — *Obstétrique :* Angiotripsie du cordon ombilical chez le nouveau-né; — *Thérapeutique :* De l'emploi de la gélatine comme hémostatique; sa préparation. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

CLINIQUE MÉDICALE

DIAGNOSTIC DE L'ASTHME VRAI

ET DES ASTHMES SYMPTOMATIQUES (1)

Par M. J VIRES, professeur agrégé, chargé de cours, médecin de l'Hôpital général de Montpellier.

1. Au numéro 33 de la salle Saint-Charles, est un homme (Laf...) âgé de soixante-trois ans. Garçon d'hôtel; il fut admis à l'Hôpital général en janvier 1899.

Laf..., à l'âge de quarante-cinq ans, à la suite d'un refroidissement sous la pluie, réalisa d'une façon brusque et imprévue, une dyspnée paroxystique que je vais vous décrire :

Je dis brusque et imprévue, parce que, jusqu'à ce jour, il jouissait d'une parfaite santé.

Dans la journée, cet homme fait une assez longue marche sous la pluie; le soir, il se couche comme d'habitude et s'endort tranquillement. A onze heures, il est brutalement réveillé par une terrible oppression; il éprouve au niveau de la poitrine un sentiment de compression et de resserrement, une gêne considérable.

Il respire difficilement... « la respiration lui manque, » dit-il. Il entend des sifflements dans sa poitrine.

L'anxiéte est extrême : il sent l'air lui échapper avec la vie; il se lève sur son séant, s'arcboute sur les mains, les bras ramenés en arrière.

Il est bientôt obligé de sauter hors de son lit. Il court ouvrir la fenêtre de la chambre. L'air libre et frais le soulage; la dyspnée diminue, l'orage s'apaise.

Il constate alors que tout son corps est mouillé de sueur; le mieux être, au bout d'une demi-heure, est revenu. Il se couche et reprend le sommeil interrompu.

C'est là, l'attaque d'asthme, la dyspnée paroxystique, que nous qualifions d'essentielle, parce que nous ne lui connaissons pas de cause saisissable et tangible, parce que nous ne savons pas encore la relier à aucune lésion organique précise et susceptible d'être démontrée.

Au numéro 4 de la salle Saint-Jacques, est un homme (Bal...) âgé de soixante-dix ans, plâtrier.

Il entre à l'hôpital surburbain en 1898, pour un eczéma, dans le service de M. le professeur agrégé Brousse.

Bal... a des hernieux et des hémorroïdaires dans ses ascendants. Une de ses sœurs est asthmatique. Lui-même, jeune, est sujet à de violents maux de tête, s'accompagnant de vomissements, et à de fréquents saignements de nez.

De bonne santé ordinaire, il voit un eczéma rebelle s'installer vers la quarante-cinquième année. Son métier de plâtrier lui est encore possible. A soixante-huit ans, il fait une poussée eczémateuse plus intense, généralisée : c'est alors qu'il se fait hospitaliser dans le service de mon collègue, M. Brousse. Au bout de quelques mois de traitement, Bal... est guéri, son eczéma a disparu. Il s'apprête à quitter le service, quand, dans la nuit du 14 juillet 1898, il est éveillé, brusquement, brutalement, d'une façon imprévue.

Sa respiration est difficile. « Il a un étouffement, une suffocation, » dit-il. Assis sur son lit, il croit qu'il va mourir, et, après une demi-heure d'angoisse très vive, il émet des éructations nombreuses et une urine, très claire et très abondante.

Cette émission d'urine, ces éructations marquent la fin de l'étouffement.

Au réveil, il est très bien portant, sans aucune gêne respiratoire.

La nuit suivante, à deux heures du matin, nouvelle dyspnée paroxystique, débutant comme la précédente et, comme la précédente, se terminant par des éructations et des urines claires.

Le malade est envoyé dans le service de M. le professeur Grasset, à la Clinique médicale. Les vapeurs de datura stramonium et l'iodure font complètement disparaître les accidents nocturnes.

C'est là encore l'attaque d'asthme; là encore la dyspnée paroxystique essentielle.

Sans doute, en ces cas, plus nombreux dans la clientèle que dans le milieu hospitalier, où l'asthme vrai est une rareté, il vous sera facile de faire le diagnostic d'asthme.

Vous êtes appelé près d'un individu qui, brusquement, pendant la nuit, a été pris d'un accès d'oppression, il s'est éveillé comme dans un cauchemar, avec la sensation de dyspnée, avec une constriction violente du thorax.

(1) Leçon clinique recueillie par M. CALMETTES, interne du service.

Il saute à bas de son lit, ouvre la croisée dans l'espérance d'être soulagé par l'air frais; mais l'oppression augmente, la respiration est sifflante, la dyspnée devient des plus pénibles... l'angoisse dure ainsi vingt minutes, une heure, deux heures; puis, la détente se fait, le malade rejette quelques crachats visqueux, perlés, ou bien il fait une émission d'urine abondante, incolore, ou bien tout se termine par une sudation excessive et des éructations bruyantes.

Certainement, en face de ce cas classique, il ne vous est pas possible de faire une erreur de diagnostic.

C'est bien l'accès d'asthme dans toute sa pureté.

2. Mais il y a des syndromes, qui peuvent revêtir les caractères de l'asthme vrai, mais il y a de faux asthmes, ou, mieux, des *asthmes symptomatiques*, c'est-à-dire rattachables à des lésions d'organes, symptomatiques d'une maladie, causés par une affection viscérale ou généralisée.

Or, il est important de *distinguer ces asthmes symptomatiques de l'asthme vrai.*

Je vous le répète souvent : le diagnostic comporte le pronostic et guide la thérapeutique. Du moment que vous diagnostiquez l'asthme, vous portez, de ce fait, un pronostic relativement bénin; car, on ne meurt pas d'un accès d'asthme, on ne meurt pas d'une attaque d'asthme.

Mais, parmi les affections qui se manifestent avec les dehors de l'asthme, qui en revêtent le syndrome général, il en est dont l'issue est fatale, souvent à brève échéance.

Vous en avez vu un exemple douloureux il y a huit jours.

Un individu, arrivé de la veille, sénile et dyspnéique, vient à la visite; nous l'interrogeons; nous cherchons l'explication de cette dyspnée; nous constatons qu'il a des lésions chroniques de congestion pulmonaire : les bases sont remplies de râles sous-crépitants; le cœur est gros, hypertrophié, volumineux; le ventricule droit est dilaté; à l'appendice xiphoïde, souffle et bruits arythmiques.

C'est bien un faux asthme, un *asthme symptomatique d'une pneumopathie avec retentissement sur le cœur droit.*

Pendant que nous nous demandons si le rein et le foie ne viennent pas prendre, eux aussi, une part efficace à cette dyspnée constante, qui s'exaspère au moindre effort, à la moindre fatigue, sous l'influence des excès alcooliques dont l'homme est coutumier, le malade meurt brusquement, d'une façon subite et inattendue.

Voilà bien un faux asthme à issue rapidement fatale.

Il est donc de toute nécessité que vous portiez un diagnostic précis, non à la légère.

3. Je m'occuperai donc aujourd'hui de cette importante question, à savoir : le diagnostic de l'asthme.

C'est là chose non indifférente, si vous réfléchissez à l'absolue nécessité, où vous serez placés un jour, de ne point vous exposer à des erreurs préjudiciables aux malades et aussi à votre réputation médicale.

Mais, me direz-vous, le malade qui occupe le numéro 33 de la salle Saint-Charles a une dyspnée constante; il a bien des accès nocturnes, qui deviennent de plus en plus fréquents, et augmentent sous l'influence du froid, de l'humidité, des poussières de charbon.

Or, l'asthme non symptomatique est caractérisé par une dyspnée intermittente, paroxystique, en dehors de laquelle le malade est entièrement remis, en dehors de laquelle il n'a pas la moindre oppression.

Eh bien, il s'agit pourtant de l'asthme vrai; et vous ne commettrez pas la faute de confondre cet état avec un asthme symptomatique, avec une bronchite capillaire.

Trois choses caractérisent l'asthme vrai :

1° La *dyspnée paroxystique, élément nerveux.*
2° L'*exsudation bronchique, élément catarrhal.*
3° La *lésion secondaire du poumon, l'emphysème pulmonaire.*

Or, ces trois éléments : élément nerveux, élément catarrhal, élément emphysémateux, sont diversement et plus ou moins bien intriqués.

D'abord, la névrose reste pure un certain temps, l'élément nerveux seul occupe toute la scène clinique..., c'est le cas du malade de la salle Saint-Jacques.

En dehors des accès nocturnes, nous auscultons le poumon, nous ne trouvons rien d'anormal, nous faisons monter vivement l'escalier à notre malade, nous lui faisons porter un fardeau, nous ne constatons pas la moindre anhélation, la plus minime fatigue.

Puis, après une période plus ou moins longue, le catarrhe s'installe; les vésicules pulmonaires s'ectasient, se dilatent; des vésicules nouvelles, supplémentaires, se développent et cet emphysème ne reste pas stationnaire; il évolue, il s'étend, il devient permanent et s'installe à demeure.

Et ainsi, cet emphysème fait, de la gêne paroxystique, intermittente et passagère du début, une oppression, maintenant continue, une dyspnée, constante et chronique, avec des poussées paroxystiques.

A ce stade, la circulation capillaire du poumon est infailliblement compromise; elle entraîne, comme conséquences, un travail excessif du ventricule droit, une hypertrophie avec dilatation du cœur.

Mais le syndrome, s'il est, à ce moment, complexe et multiple, n'est nullement modifié.

C'est bien toujours de l'asthme.

Et c'est bien là, précisément, ce qui s'est passé chez ce malade de la salle Saint-Charles.

Depuis cette première crise dyspnéique, passagère et non suivie de gêne respiratoire, que je vous ai résumée au début, le même phénomène s'est renouvelé, tous les deux ans, tous les ans, et à des époques plus rapprochées et plus courtes.

Il s'est renouvelé, sous l'influence des changements de température, de l'humidité, du brouillard.

Il devient plus fréquent, et plus dramatique même, le jour où cet homme est employé en qualité de chauffeur, à l'asile, service voisin du nôtre.

Dans l'atmosphère d'une salle étroite, au plafond bas, dans un air imprégné de poussières de charbon, de vapeurs d'oxyde de carbone, charriant des gaz multiples, dégagés de la combustion de la houille, il a des accès violents, rapprochés, de durée plus longue, d'intensité excessive.

Il doit interrompre le service, devenu impossible, parce que trop pénible.

Vous comprenez ainsi que ces attaques dyspnéiques, plus nombreuses, quasi quotidiennes, de plus longue durée, aient amené à leur suite une dilatation permanente des alvéoles et créé des vésicules nouvelles, au sein du parenchyme pulmonaire.

L'emphysème vésiculaire s'est ainsi établi et le troisième élément de l'asthme s'est alors trouvé complètement réalisé!

Examinez le thorax de cet homme : vous trouverez une

sonorité exagérée de toute la poitrine, le murmure vésiculaire est absent, vous entendez sur toute la hauteur des râles sonores et sibilants, avec, parfois, des excessives rudesses.

C'est donc bien que l'emphysème occupe toute la scène clinique; c'est, grâce à lui, que cette dyspnée, primitivement accidentelle et paroxystique, s'est transformée par son évolution même, en une oppression constante.

Or, des râles apparaissent aux bases et des deux côtés; des sous-crépitants s'y élèvent sur une hauteur de plusieurs doigts, témoignant que le poumon est tassé, congestionné, prouvant, qu'aux deux bases, la circulation est enrayée, paresseuse et ralentie.

La conséquence de cette stase sanguine vous la connaissez tous : c'est un obstacle au cours du sang. Le flux sanguin, arrêté par ce barrage, buté contre cet obstacle, va s'accumuler en avant du barrage, en avant de l'obstacle, c'est-à-dire dans le cœur droit.

Voilà pourquoi le cœur droit s'est distendu, s'est hypertrophié et a entraîné, par une réaction fatale, l'hypertrophie du ventricule gauche.

Voilà pourquoi les veines caves se sont engouées; et, sous cette influence, nous avons vu la circulation veineuse augmenter sa tension au détriment de la tension artérielle; et notre malade faire cliniquement de l'hyposystolie.

Vous vous souvenez que le pouls était faible, irrégulier, tremblotant, la systole cardiaque était arythmique, le myocarde hypertrophié traduisait son état nouveau, par un déplacement en bas de la pointe, par une matité considérable dépassant le bord droit du sternum; le cœur, enfin, battait à l'épigastre.

J'ai longuement étudié avec vous, au lit même du malade, les suites de ces complications.

Ainsi s'établissent, à la suite de l'asthme initialement nerveux, spasmodique, des congestions pulmonaires; et par action de celles-ci sur le cœur, des retentissements voisins et à distance.

C'est le foie, lourd, tuméfié, douloureux spontanément ou à la pression, le foie congestif, le foie cardiaque.

C'est l'excès de pression sanguine dans la veine porte, entraînant avec elle l'ascite légère, l'œdème, l'hydropisie.

A distance, le visage devient pâle, livide, violacé et cyanotique, les yeux sont turgescents, humides et saillants, les traits tirés, creusés, fortement dessinés.

La nutrition générale souffre.

Telle est l'évolution, la marche progressive et normale : asthme nerveux, asthme catarrhal, asthme emphysémateux.

Eh bien, quand il est survenu des lésions pulmonaires, des phlegmasies chroniques, de la stase sanguine généralisée, quand l'extériorisation symptomatique de l'asthme n'est plus nette, comment ferez-vous le diagnostic?

La possibilité d'une telle erreur, prendre l'asthme pour une bronchite capillaire ou une broncho-pneumonie, s'observe surtout chez l'enfant.

Je laisse ce point hors de mon sujet. On peut aussi commettre cette erreur chez l'adulte.

Le professeur Dieulafoy rapporte le cas d'une dame du Brésil que l'on considérait comme atteinte d'une bronchite capillaire, de catarrhe suffocant et chez laquelle on avait porté un pronostic des plus graves. On avait ordonné des vésicatoires, prescrit de l'ipéca et de l'émétique, sans résultat.

On se préparait à faire la saignée.

Tout autre était le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique, puisque c'était un asthme.

Le papier nitré, le datura stramonium, l'iodure de potassium procurent le soir même un grand soulagement et, dès le deuxième jour, amènent une complète guérison.

En présence de pareils cas, où vous hésiterez entre l'asthme, la bronchite capillaire, la bronchopneumonie, le catarrhe suffocant, comment ferez-vous le diagnostic?

a. Vous arrivez en face d'un malade qui, en dehors de toute maladie infectieuse, pas de grippe, pas de dothiénentérie, pas de pneumonie, etc., se trouvant en bonne santé la veille, est pris soudain, pendant la nuit, de bronchite suffocante.

Devant ce début brusque, rapide, brutal, repoussez sans hésiter l'hypothèse d'un catarrhe suffocant.

b. Inquiétez-vous de la température :

S'agit-il d'une bronchopneumonie? la température s'élèvera à 38°5, 39 et 40 degrés.

Elle ne dépassera pas 37°5 dans le cas d'asthme vrai.

c. Passez à l'auscultation :

Vous vous apercevez immédiatement que le rythme respiratoire est modifié.

1° L'*inspiration*, extrêmement difficile, nécessite le déplacement de toutes les forces respiratoires; elle s'accomplit lentement, il semble que la respiration est fixée dans cette phase.

2° L'*expiration* survient brusquement, puis se prolonge longuement.

3° La respiration est donc ralentie : elle descend au-dessous de la normale et le nombre des mouvements respiratoires est moins grand que chez l'individu sain.

4° De plus, la respiration est sifflante, bruyante, s'accompagne de sibilances sèches, retentissantes, que vous entendez à distance et qui existent aux deux temps, mais surtout à l'expiration.

5° Vous vous représentez le poumon comme immobilisé dans la cage thoracique; le thorax lui-même est étendu au maximum, amplifié dans tous les sens, le diaphragme même est abaissé.

6° Vous percutez : vous obtenez une sonorité anormale, surélevée, presque du tympanisme.

7° Vous auscultez : vous n'entendez pas le murmure vésiculaire, l'air ne rentre ni ne sort, les vésicules ne se contractent plus sous la tétanisation des fibres de Reissessen; mais bientôt le spasme cesse, l'oreille perçoit des râles sibilants, ronflants, des sifflements surtout expirateurs, des bruits à timbre sec, et enfin le sifflement devient moins sec, il s'humidifie.

Une toux d'abord rude, puis facile, apparaît, l'expectoration se fait, enfin, avec émission de crachats secs, glutineux, perlés, ou sous forme de vermicelle cuit.

Voilà donc un homme qui n'a pas de fièvre, dont la santé, hier encore, était excellente ou à peu près, qui, soudain, est pris d'une forte dyspnée, tandis que l'auscultation ne nous révèle que de gros râles, et que le nombre de ses respirations, au lieu d'être de 50, 55, 60, reste à 22, 23, 24 par minute.

Mais quelle est donc la maladie où l'oppression est si vive, avec si peu de mouvements respiratoires? Vous y pensez... c'est l'asthme... ce ne peut être que l'asthme.

Recherchez alors, dans la famille, s'il n'y a pas de mani-

festations asthmatiques, et vous apprenez que le père et la mère étaient eux-mêmes asthmatiques (c'était la mère pour notre malade du n° 33 de la salle Saint-Charles), qu'il y a, dans la famille, des rhumatisants, des goutteux, des eczémateux, des hémorroïdaires, des lithiasiques; que le malade, comme le nôtre de la salle Saint-Jacques, est lui-même entaché de nutrition retardante ou pervertie.

Votre conviction est faite. La clinique, l'auscultation, les antécédents héréditaires vous imposent le diagnostic d'asthme.

Donc, le début brusque, le mode d'évolution, la nature des râles, la longueur de l'expiration, les antédédents arthritiques, tout concourt à affirmer votre diagnostic.

Vous n'ordonnez ni vésicatoires, ni vomitifs.

Faites brûler du papier nitré dans la chambre du malade, faites fumer des feuilles de datura stramonium, prescrivez de l'iodure et vous obtiendrez de merveilleux résultats.

Voilà donc une forme, forme catarrhale, emphysémateuse, de l'asthme vrai, où l'élément catarrhal et emphysémateux a masqué l'élément nerveux.

Cette première forme est rare, très rare dans nos hôpitaux, surtout dans un service de vieillards.

Il n'en est pas de même de la variété que je vais maintenant vous présenter : celle-ci vous la trouverez à chaque pas.

4. Vous avez tous présent à la mémoire le malade couché au n° 28 de la salle Saint-Charles, Jean R..., boulanger et alcoolique.

Il entre le 24 janvier, en proie à une dyspnée excessive : la face est pâle, bouffie, les paupières sont œdématiées, les lèvres cyanosées, le visage est couvert d'une sueur froide.

Assis sur son lit, haletant, le thorax se soulève 44, 50, 60 fois à la minute; le cœur bat dans l'épigastre. Les jambes, les mains sont bleuâtres, cyanosées, refroidies, œdématiées.

Cette oppression excessive l'amène dans le service : à l'auscultation nous notons des râles sibilants, ronflants, muqueux, avec de l'œdème aux bases du poumon. C'est ce que Lasègue appelait : bronchite albuminurique.

L'urine est rare, foncée, colorée : nous y trouvons 8 à 10 grammes d'albumine par litre.

C'est là un remarquable exemple de *dyspnée brightique*. C'est un cas de faux asthme, d'asthme brightique, d'*asthme urémique*.

Sons la forme revêtue par le malade actuel (n° 28, salle Saint-Charles), le diagnostic n'est pas difficile et dans cette forme l'erreur n'est pas possible; mais il n'en est pas toujours de même; l'urémie a d'autres modes réactionnels dyspnéiques :

1° Voici d'abord une dyspnée paroxystique, à *début brusque*.

2° Voici ensuite une dyspnée rapide, inattendue, avec expectoration albumineuse.

3° Voici un troisième type avec oppression continue.

Apprenez à distinguer ces trois formes d'asthme urémique :

1° L'interrogatoire seul vous permet de reconnaître la première : la *dyspnée urémique à début brusque*.

— Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine durant l'accès? — Non.

— Avez-vous, à la fin de l'accès, rendu des urines claires et abondantes, ou fait de nombreuses éructations? — Non.

— Avez-vous émis des crachats perlés, ronds, visqueux, comme du vermicelle cuit? — Non.

— Cependant, avez-vous craché? — Non.

— N'êtes-vous pas sujet, en vous lavant le matin à l'eau froide, à des picotements dans les yeux, à de la rougeur des yeux, à des éternuements se reproduisant de dix à vingt fois? — Non.

Cet interrogatoire est très suffisant. Votre malade n'est pas un asthmatique. Recherchez les petits accidents du brightisme et vous les retrouvez.

Donc, vous êtes en présence d'un *asthme urémique à début brusque*, simulant l'attaque d'asthme vrai.

2° Voici maintenant un malade pris d'une oppression brusque : l'asphyxie est imminente et la mort prochaine.

Mais cette fois, il y a une expectoration abondante, mousseuse, albumineuse, rosée, sanguinolente, qui, en quelques heures, atteint 200 à 300 centimètres cubes. En quatre ou cinq heures, l'expectoration disparaît, la dyspnée tombe.

Qu'a eu ce malade? Est-ce de l'asthme? — Non, car dans l'asthme, le nombre des respirations est diminué, l'inspiration pénible, l'expiration prolongée, sifflante; il n'y a pas d'expectoration, si ce n'est à la fin, l'émission de quelques crachats perlés.

Ce qu'a eu notre malade, c'est un *œdème aigu du poumon*, cette forme d'urémie si curieuse, si intéressante, qu'a bien fait connaître Dieulafoy, si utile à diagnostiquer car une saignée immédiate sauve le malade.

Auscultez le malade, dans toute l'étendue des deux poumons, avec quelques râles sibilants, vous percevez une véritable pluie de râles sous-crépitants fins : c'est caractéristique; quelquefois même, des bouffissures inégales de la face, des œdèmes disséminés, des urines rares et albumineuses, un bruit de galop au cœur droit, signe précieux du brightisme que Potain nous a appris à connaître, complètent le tableau et confirment le diagnostic.

« N'oubliez jamais, disait récemment, dans ses *Leçons de clinique médicale*, le professeur Dieulafoy, qu'il vous sera toujours possible d'arriver au diagnostic de l'œdème brithgique suraigu, grâce aux symptômes suivants : brusquerie de la dyspnée, pluie de râles fins, dans une grande étendue, ou dans la totalité de la poitrine; toux incessante, expectoration mousseuse, albumineuse, rosée; œdèmes fréquents à la face ou aux malléoles, albuminurie, symptômes de brightisme antérieur. »

3° A côté de ces deux formes de dyspnée urémique, l'une brusque, brutale, sans expectoration; l'autre brusque, brutale, avec expectoration albumineuse, il en est une troisième qui simule l'état de mal asthmatique.

Elle se traduit cliniquement par de l'oppression continue de l'essoufflement, se manifestant pendant les marches rapides, les efforts, les montées.

L'auscultation ne révèle rien de morbide aux poumons. Recherchez les petits signes du brightisme vous les retrouverez au grand complet.

Il y a donc une dyspnée urémique qui prend le masque de l'asthme.

Cette dyspnée peut survenir tout d'un coup, *brusquement*, *brutalement*, comme toute autre modalité symptomatique de l'urémie, qui éclate spontanément au cours d'une santé en apparence excellente.

Elle peut être aussi *permanente et constante*.

Donc, quand vous êtes devant un malade qui se croit asth-

matique, pensez à l'urémie et souvent vous retrouverez un patient,qui depuis longtemps, traîne un mal de Bright qu'il ignore.

Mais comment reconnaîtrez-vous l'urémie? Comment arrivez-vous au diagnostic d'asthme urémique?

A l'aide de deux éléments : les uns positifs les autres négatifs (Dieulafoy).

α. Cet homme vous dit : « J'ai eu un accès d'asthme. » Vous l'auscultez et vous ne trouvez ni d'expiration sifflante ou prolongée, ni d'inversion du rythme respiratoire, mais quelques râles aux bases. C'est négatif.

β. Mais voici qui est positif : les paupières sont un peu bouffies, le visage légèrement gonflé, aux jambes, léger godet déterminé par la pression; cherchez les œdèmes, ils sont rarement absents : présences de sillon sur la peau au réveil, traces du pince-nez, etc. A l'auscultation du cœur, bruit de galop droit. Souvent il existe du Cheynes-Stokes et de l'albumine dans les urines.

Ces deux derniers signes peuvent manquer, ils sont inconstants, infidèles, trompeurs. S'ils existent, il corroborent votre diagnostic, ils l'assurent définitivement; mais, s'ils manquent, ce n'est pas une raison suffisante pour dire que votre malade n'est pas un brithgique.

Il y a alors et surtout ces signes, ces petits signes, *ces petits accidents du brightisme* que Dieulafoy a eu le mérite de nous montrer.

C'est l'artère temporale, énorme, sinueuse, traduisant une colossale hypertension artérielle, *signe de la temporale.*

Ce sont les saignements de nez fréquents, les filets sanglants du matin, ce sont les crampes dans le mollet, c'est le besoin fréquent d'uriner, nocturne et diurne, c'est la sensibilité au froid (le malade est revêtu de flanelle et porte des genouillères), c'est l'engourdissement des mains et des pieds, c'est la sensation du doigt mort, ce sont les bourdonnements, les sifflements d'oreille, les brouillards devant les yeux, les céphalées passagères.

Ce malade est un brithgique et un urémique, et vous affirmer votre diagnostic, même en l'absence de l'albumine dans l'urine et du Cheynes-Stokes.

Au total, en vous rappelant bien cette question de l'évolution du brightisme, vous diagnostiquerez l'*urémie chronique*, qui devient tout à coup aiguë et prend le masque de l'asthme.

Voilà donc une série de signes qui vous permettront de faire votre diagnostic.

5. Je vais maintenant vous présenter un troisième type de dyspnée. Cette dyspnée simule l'asthme, elle n'est pas plus l'asthme que n'était l'asthme la dyspnée urémique :

Au n° 36 de la salle Saint-Charles, vous avez pu voir un malade angoissé et dyspnéique, un nommé Laf..., âgé de soixante-cinq ans.

Depuis quelque temps il respirait mal, s'essoufflait facilement. Bientôt l'essoufflement devient plus rapide, un peu d'œdème apparaît aux malléoles; et une nuit sous l'influence d'un repas copieux, au lendemain d'une sortie, il s'éveille en proie à une terrible suffocation.

Il s'assied sur son lit, s'arcboute, reste là deux heures dans de torturantes angoisses. Sur le matin il se sent un peu soulagé et peu s'endormir.t

Vous pensez à l'asthme vrai? Rien, ni cliniquement, ni à l'auscultation, ni dans l'hérédité : donc ce n'est pas un asthme vrai.

Vous pensez à l'urémie? rien encore, pas de signes négatifs, pas de signes positifs; pas de petits accidents; pas d'albumine dans l'urine. Mais le pouls est petit, inégal, irrégulier, arythmique, mais le cœur a des faux pas, des arythmies, vous trouvez un souffle systolique à la pointe, vous avez de l'œdème aux deux bases.

Votre diagnostic est fait : ce n'est pas un asthmatique, ce n'est pas un urémique, votre malade est un cardiaque, en proie à la *dyspnée cardiaque.*

C'était, dans le cas particulier, une cardiopathie mitrale, suite de rhumatisme poly-articulaire aigu fébrile et vous vous souvenez de l'évolution de cette lésion.

Vous vous souvenez que, rapidement, cet homme a vu sa dyspnée augmenter; les œdèmes se montrer plus persistants et plus énormes; les poumons s'embarrasser de râles congestifs, et vous l'avez vu, enfin, réaliser, en une année, le syndrome asystolique.

Il ne pouvait rester dans le décubitus dorsal, assis sur son lit, il essayait de mettre en jeu tous les muscles respiratoires.

La face était œdématiée, bleuâtre, sillonnée de capillaires, injectée par le sang; les yeux brillants, injectés, les narines dilatées, la respiration, brève, courte, la moindre parole augmentant la dyspnée, le moindre mouvement la gêne respiratoire, les mains et les jambes étaient enflées, œdématiées, le doigt y faisait un godet persistant.

C'est le tableau de l'asystolie que je n'ai pas à vous faire.

Donc, à côté de l'asthme vrai, à côté de l'asthme urémique, avec les trois formes que je vous ai décrites, *il y a un asthme cardiaque.*

Il est fréquent, il est très fréquent, si fréquent que dans son service des vieillards Rostan l'admettait seul.

En 1828, Rostan, d'accord avec l'école anatomique, s'efforce de détruire les maladies essentielles, l'asthme *maladie essentielle.* Or, à l'autopsie, Rostan trouve des lésions du cœur et de ses vaisseaux. Donc, dit-il, l'asthme essentiel n'existe pas, il est toujours symptomatique des maladies du cœur et de l'aorte.

C'est là, une opinion excessive et trop exclusive. Elle est justifiée par le milieu : c'était à la Salpêtrière, chez les vieillards, où l'asthme est, comme il l'est dans notre service, symptomatique 90 fois sur 100.

Rostan, du reste, admit plus tard l'existence de l'*asthme nerveux eesentiel.*

Mais comment ferez-vous le diagnostic? Comment connaîtrez-vous la dyspnée cardiaque? Comment la distinguerez-vous de la dyspnée essentielle?

Écoutez Trousseau :

« A volonté, dit-il, vous pourrez provoquer un accès de dyspnée, chez tout homme affecté d'une lésion un peu sérieuse du cœur... Une marche plus rapide que d'habitude, l'action de monter un escalier suffisent pour déterminer une oppression plus ou moins considérable, portée, en quelques cas, jusqu'à la suffocation.

Or, l'accès d'asthme se comporte d'une façon analogue à un accès de fièvre, c'est-à-dire que, débutant avec une certaine lenteur, quelquefois assez brusquement, il arrive peu à peu à son apogée, comme toute affection névrosique, puis il décroît de même pour s'éteindre petit à petit, laissant alors l'individu qui l'a éprouvé dans un état de parfaite santé, pendant un temps plus ou moins long, jusqu'au retour d'une nouvelle attaque.

Est-ce là la marche, est-ce là la forme, continue Trous-

seau, de la dyspnée symptomatique d'une maladie de cœur? Non assurément.

Son invasion est ordinairement brusque, et jamais ne se tait complètement, jamais l'oppression ne cesse aussi absolument qu'elle le fait après l'asthme. Toujours imminente elle ne laisse pas l'individu, après la crise, dans l'état de parfaite santé où se trouve l'asthmatique.

L'individu, atteint d'une affection au cœur, restera toujours sous le coup d'un accès à venir que réveilleront les moindres causes. »

Donc, dans l'asthme cardiaque, il n'y a pas de dyspnée paroxystique exclusivement nerveuse, il n'y a pas de soif d'air. La dyspnée est constante, elle s'exaspère au moindre effort, au moindre mouvement.

A l'auscultation, on trouve une inspiration plus courte que dans l'asthme, une expiration plus faible, sans trace de sifflements, mais, aux bases, des râles ronflants et sibilants.

Le pouls est petit, mou, irrégulier, dépressible.

Le cœur est arythmique, il a des souffles ou il est hypertrophié.

Vous n'avez rien de l'asthme vrai, rien de son tableau symptomatique spécial, rien de ses signes stéthoscopiques, rien de son hérédité.

Vous n'avez rien de l'urémie et les petits accidents de brightisme font en effet défaut.

Vous avez, au contraire, des lésions cardiaques : c'est l'asthme cardiaque.

a. La valvule mitrale peut être lésée.

b. Et aussi l'aorte.

C'est ici maintenant l'*asthme aortique*, qui mérite une place à part à cause de sa symptomatologie et de son pronostic.

L'aortique a soif d'air ; parle-t-il, il arrive difficilement à la fin de sa phrase, souvent il ne l'achève pas, il s'arrête pour prendre de l'air et cet air qu'il saisit, au moyen d'une inspiration saccadée, il le déglutit plutôt qu'il ne le respire.

Il éprouve quelques douleurs au niveau du sternum. Il est sujet à des vertiges, à des lipothymies, aux syncopes.

On note de l'insuffisance aortique se traduisant par un souffle diastolique.

Le pronostic est grave, très sombre.

C'est la mort subite par angor, par dyspnée que rien n'arrête.

6. Il me reste, enfin, un asthme à vous décrire, dont le diagnostic est difficile mais très important : c'est un asthme rapidement mortel dans certains cas :

C'est l'*asthme des tuberculeux* (Pujade, thèse 1879).

1° La tuberculose miliaire aiguë peut n'avoir d'autre symptôme qu'une dyspnée progressive croissante jusqu'à l'orthopnée et l'asphyxie : le malade meurt comme dans un accès d'asthme aigu (Cruveilhier, Andral, Jaccoud, Mairet).

2° Ailleurs, la dyspnée procède par accès intermittents, nocturnes, dont le diagnostic est très difficile. C'est donc là une première forme qu'on ne retrouve que chez les tuberculeux aigus. Dans les cas de tuberculose miliaire rapidement envahissante, elle marque le début de la tuberculose.

Mais il est une seconde forme : celle-ci se montre au cours d'une bacillose chronique ; cette forme est très fréquente.

Vous en avez deux remarquables exemples dans :

1° Ch..., couché au numéro 42 de la salle Saint-Charles, qui est emphysémateux, asthmatique, tuberculeux.

2° Dans Tr..., salle Saint-Jacques n° 3, également emphysémateux, bacillaire et asthmatique.

Comment ferez-vous le diagnostic?

Dans la première forme, la tuberculose à forme suraiguë, l'infiltration en masse du poumon, le diagnostic est impossible ; Andral y insiste, G. Sée également. La fièvre seule pourra vous éclairer, ainsi que la marche de la dyspnée : celle-ci continue, envahissante, mène le malade à l'asphyxie.

Dans la deuxième forme, la tuberculose est chronique. Il semblerait que le diagnostic fût aisé ; il n'en est pas ainsi, car l'élément catarrhal, second terme de l'asthme ; l'élément emphysémateux, troisième terme, masquent les signes de la bacillose sous-jacente.

« J'ai vu 5 fois, dit G. Sée, des oppressions intermittentes, d'abord apyrétiques, simuler l'asthme pendant un an ou deux ans. C'étaient déjà, cependant, des signes de tuberculose, car les malades maigrissaient et perdaient leurs forces, et bien que l'auscultation ne révélât que des râles sibilants avec emphysème, la dépression générale de l'organisme ne tarda pas à justifier mes craintes. »

Andral dans ses cliniques médicales rapporte une *observation intéressante d'un état passager de suffocation, d'une sorte d'accès d'asthme qui suivit immédiatement une vive émotion :*

« Une femme, déjà parvenue à un degré très avancé de phtisie (des cavernes existaient dans les poumons), reçoit la visite d'un parent qui lui fait entrevoir le moment prochain de sa mort pour l'engager à faire son testament. Jusqu'alors il n'y avait eu chez cette femme aucune dyspnée remarquable ; mais immédiatement après l'entrevue dont je viens de parler, sa respiration devient tout à coup très gênée, elle passe toute la nuit dans un état d'orthopnée. Le lendemain matin nous la trouvâmes dans une sorte d'asphyxie commençante, on pratiqua sur-le-champ une abondante saignée malgré l'état d'éthisie dans lequel se trouvait la malade, les extrémités inférieures furent ensuite couvertes de sinapismes.

Dans la journée, la gêne de la respiration diminua, le décubitus horizontal devint de nouveau possible et le lendemain la respiration était à peu près aussi libre que de coutume. »

Vous aurez donc à faire le diagnostic avec l'asthme vrai, avec l'emphysème pulmonaire, avec la bacillose :

1° L'accès d'asthme vrai est précédé de prodromes : catarrhe nasal, changement de caractère, plénitude stomacale. A sa période d'état, on trouve une inspiration sifflante, une respiration diminuée et un rythme respiratoire spécial, avec de la sonorité exagérée à la percussion. L'accès se termine par une émission d'urine abondante, des éructations.

2° Dans la tuberculose, on fait naître l'accès dyspnéique à volonté : c'est une marche forcée, l'ascension d'un escalier, une quinte de toux, une émotion vive (cas d'Andral) qui déclanchent l'accès de dyspnée. A l'auscultation, il n'y a pas d'inspiration sifflante, la respiration est augmentée, la percussion donne de la matité ou de la submatité aux sommets. Il est des cas pourtant où tout existe comme dans l'asthme vrai. On devra, alors, tenir compte de l'hérédité bacillaire, des antécédents personnels : hémoptysie, fièvre hectique, troubles digestifs, amaigrissement.

3° Pour l'empyème, Hirtz, G. de Mussy ont insisté sur la difficulté du diagnostic.

Ils font jouer une importance diagnostique de premier ordre aux malformations thoraciques.

1° Thorax globuleux, sans dépression sous et sus-clavicu-

laires; dans la bacillose, au contraire, il y a dépression sus-claviculaire uni ou bilatérale;

2° Éloignement des espaces intercostaux. Dans la bacillose, aplatissement des trois premiers espaces par adhérences pleurétiques;

3° La percussion révèle une sonorité exagérée. Dans la bacillose il y a de la submatité aux sommets.

4° A l'auscultation, on trouve dans le cas de bacillose une inspiration rude, une expectoration prolongée et des craquements secs.

C'est encore la recherche de l'état général, des antécédents personnels, de l'hérédité, de la fréquence du pouls qui permettront de faire le diagnostic : Hirtz attache une très grande importance à la fièvre intermittente survenant tous les quatre ou cinq jours.

7. Conclusions. — Je vous ai montré, que des lésions variées, des affections diverses peuvent simuler l'attaque d'asthme.

1° L'asthme reste bien une affection propre et quelles que soient les phases diverses de son évolution, les modalités distinctes qu'il peut présenter, l'asthme est autonome, nettement délimité, nosologiquement défini et vraisemblablement de fonds humoral.

2° Mais, il est des lésions d'organes ou des troubles humoraux qui peuvent se traduire par des dyspnées intermittentes, paroxystiques. *Ce sont les pseudo-asthmes.*

On rencontre le pseudo-asthme dans le mal de Bright, dans la bacillose du poumon, dans les cardiopathies mitrales et aortiques.

3° Le diagnostic de l'asthme vrai et des pseudo-asthmes est plus qu'un problème spéculatif, il guide le pronostic et commande les indications thérapeutiques.

« C'est un chapitre oublié de la pathologie, disait G. Sée, tant ce problème paraît simple. »

Je me suis efforcé de vous donner les notions les plus claires, les plus précises, qui vous permettront de mener à bien la solution de ce problème... pas aussi simple peut-être que l'indique G. Sée.

NOURRICES D'AUTREFOIS & NOURRICES D'AUJOURDHUI DANS LE MORVAN

Par M. Guénon (de Laroche-en-Breuil), médecin du premier âge, des Enfants assistés de la Seine, etc.

Un proverbe, probablement très vieux, dit :

Il ne vient du Morvan
Ni bon vent
Ni bonnes gens.

En ma qualité de Morvandiau et de médecin, je proteste, au moins pour les nourrices, car il y avait autrefois un grand nombre de très bonnes nourrices dans le Morvan; aujourd'hui il y en a encore de bonnes, mais beaucoup moins.

A quoi cela tient-il?

Cela tient aux changements survenus dans les mœurs et dans la nourriture.

Les mœurs ont bien changé; il y a diminution de la population par plusieurs causes, surtout par suite de la diminution du nombre des naissances; pour cette raison le nombre des nourrices a déjà diminué d'autant.

Je pourrais faire une belle statistique de département ou d'arrondissement; je me bornerai à quelques chiffres pour la commune où je suis né et où j'exerce la médecine depuis près de trente ans.

Laroche-en-Breuil est une commune du sud-ouest de la Côte-d'Or, enclavée entre les départements de la Nièvre et de l'Yonne, d'une superficie de 5085 hectares comptant 2041 habitants (d'après le dernier recencement en 1896), ce qui fait 41 habitants par kilomètre carré, population peu dense, ce qui se comprend, le terrain étant en grande partie couvert de bois; terrain granitique, altitude variant de 400 à 500 mètres.

En 1846 la population était de 2449 habitants; dans la periode décennale de 1843 à 1853, le nombre des naissances s'est élevé à 620, ce qui fait une *moyenne de* 62 *naissances par an.*

En 1891 la population est tombée à 2111 habitants; dans la période décennale de 1883 à 1893, le nombre des naissances est tombé à 351, ce qui fait une *moyenne de* 35 *naissances par an*; ainsi, aujourd'hui, il y a près de moitié moins de naissances qu'il y a cinquante ans; il y en a plus de moitié moins que dans le commencement du siècle, car dans les trois périodes décennales de 1813 à 1823 à 1833 à 1843, le nombre des naissances a été de 716, 724, 730 naissances, ce qui donne 71, 72, 73 *naissances par an*; la diminution commence à la période décennale de 1843 à 1853 où nous avons vu qu'il y a 62 *naissances par an*; dans la période décennale de 1893 à 1903 *la moyennne par an sera inférieure à* 30 *naissances!* C'est bien tristement suggestif!

Ainsi par suite de la diminution de moitié du nombre des naissances, le nombre des nourrices a diminué de moitié; cette diminution est énorme, mais ce n'est pas tout; dans les nourrices qui restent, le nombre des *bonnes* nourrices a encore diminué par suite des modifications apportées dans le genre de vie, dans la nourriture.

Voici comment se nourrissaient les gens du Morvan il y a cinquante ans et plus; ils faisaient trois repas par jour.

1° Le matin, *déjeuner*, à huit heures ou neuf heures selon la saison; on mangeait *la potée*, c'est-à-dire une bonne soupe trempée avec le bouillon provenant de la cuisson, dans un *pot* ou marmite de fonte, de viande de porc salée et de légumes, surtout de pommes de terre et de choux; après la soupe on mangeait la viande de porc, « la part, » puis les légumes; dans bien des maisons pauvres on conservait viande ou légumes pour un autre repas.

2° Vers une heure *goûter* qui se composait généralement de pommes de terre en robe de chambre, ou de *flamusse*, galette faite avec de la farine de sarrazin; quelquefois des restes du déjeuner, ou des œufs, ou du fromage frais pendant l'été.

3° Le *souper* le soir à l'entrée de la nuit; c'était ordinairement une soupe maigre, ou une salade ou du laitage.

Ainsi potée, flamusse, pommes de terre composaient la plus grande partie de la nourriture.

Comme *boisson* on buvait le plus souvent de l'eau contenu dans un pot de grès qui passait de main en main à la ronde, quelquefois du cidre fait avec des pommes ou des poires sauvages un peu écrasées et jetées dans un fût rempli d'eau, ou fait avec des baies de genièvre; on buvait rarement du vin, seulement pendant les travaux de l'été, et encore le plus souvent les femmes et les enfants ne buvaient que de l'eau; dans bien des maisons on ne buvait par an que quelques bouteilles de vin à l'occasion de la fête patronale de la Saint-Jean. Et ce vin était du petit vin naturel (les vins du Midi étaient inconnus par suite du manque de communications) provenant de l'Avallonnais ou de l'Auxerrois; l'eau-de-vie, les liqueurs, le café étaient à peu près inconnus, on en consommait fort peu et dans les auberges seulement.

Le *pain* que l'on mangeait était du pain de ménage, pain complet, plus ou moins *noir*, selon qu'il était fait uniquement avec de la farine de seigle, ce qui était la règle générale, ou avec un mélange de farine de seigle et de farine de blé, cette dernière farine toujours en bien moins grande proportion que la farine de seigle.

Telle était la nourriture de la plus grande partie des habitants, plus des trois quarts; les autres, plus pauvres, qui n'élevaient pas de porcs, vivaient presque uniquement de soupe au lard dosé avec parcimonie, de pommes de terre et de galette de sarrazin ; il n'y avait peut-être pas plus de dix familles de petits bourgeois ou de fonctionnaires achetant régulièrement chaque semaine de la viande de boucherie et buvant chaque jour du vin. Les gens travaillaient moins autrefois qu'aujourd'hui, mais avec leur régime si simple, si frugal, ils n'étaient presque jamais malades, devenaient vieux sans infirmités, conservaient bien mieux leurs cheveux et leurs dents et, pour en revenir à mon sujet, la plupart des femmes étaient excellentes nourrices.

Mais aujourd'hui, avec le progrès, le genre de vie a bien changé.

J'ai dit que la population qui était de 2449 habitants en 1846 est tombée à 2041 habitants en 1896, a diminué d'un cinquième; eh bien! examinons les fournisseurs, les marchands d'il y a cinquante ans et ceux d'aujourd'hui.

Il y avait autrefois deux *boulangers* qui faisaient à peine chaque jour une fournée de pain, et ils faisaient du pain blanc en moins grande quantité que le pain bis, dit pain de ménage; aujourd'hui il y a *trois* boulangers qui font en moyenne plusieurs fournées par jour, et uniquement du pain blanc ; le pain de ménage ne se fait plus.

Il y avait deux petits *bouchers* qui débitaient beaucoup moins de viande que les trois bouchers que nous avons aujourd'hui; autrefois la charcuterie était presque inconnue, maintenant l'usage s'en est beaucoup répandu.

Nous avions il y a cinquante ans un *marchand de vins* qui s'approvisionnait par voiture dans l'Avallonnais ou dans le Beaunois; nous avons aujourd'hui *deux* marchands de vins qui font venir leur vin du Midi par wagons; il se consomme certainement dix ou quinze fois plus de vin qu'autrefois; on ne buvait presque pas de liqueurs, la consommation en est aujourd'hui considérable, non pas seulement dans les auberges, mais aussi chez les particuliers.

Mais c'est chez les *épiciers* où les changements sont les plus considérables; nous avions *deux* épiciers, nous en avons maintenant *douze*!! Il se consomme du sucre et du café des centaines de fois plus qu'il y a cinquante ans! Le premier ustensile de ménage que l'on remarque dans toute maison c'est le filtre à café; plusieurs fois les employés de la gare (car nous avons un chemin de fer depuis près de vingt ans) m'ont demandé si j'ordonnais sucre et café à tous mes malades et aussi aux bien portants!

Et voici quel est aujourd'hui le régime de bien des gens, de plus de la moitié des habitants, des habitants les plus pauvres.

Premier repas (*déjeuner*). — Un grand bol de café noir dans lequel on trempe du pain.

Deuxième repas (*goûter*). — Viande (de temps en temps, charcuterie), ou légumes, ou œufs ; assez souvent un second bol de café noir en supplément.

Troisième repas (*souper*). — Soupe maigre, ou légumes, ou salade.

Le pain mangé est le pain *blanc*, pain non complet; le vin provient du Midi en passant par les caves des marchands de vin ; un certain nombre d'hommes boivent le matin, à jeun, la goutte pour tuer lever; et quelques femmes ne crachent pas dessus quand elles le peuvent.

Ainsi, sur la table de beaucoup de gens du Morvan, chez les plus pauvres, la bonne soupe au lard et aux choux, la *potée* au fumet si appétissant, le pain noir, la galette de sarrazin ou « flamusse », ont à peu prés complètement disparu; ces aliments ont été remplacés par le café noir, le pain blanc, la viande, le vin. La consommation du laitage a bien diminué, car il y a moins de vaches; si la femme aime mieux, par paresse, il faut bien le dire, car c'est plus tôt fait, faire du café noir qu'une bonne potée, si elle aime mieux acheter du pain blanc au boulanger que faire du bon pain de ménage, elle aime mieux aussi ne pas avoir à soigner une vache qu'il faudrait se donner la peine de mener paître ou de nourrir en allant couper de l'herbe.

Ces changements dans le genre de vie, dans la nourriture, sont-ils favorables à tout le monde en général et aux nourrices en particulier? Non, mille fois non. Quelques-uns me reprocheront peut-être de devenir avec l'âge *laudator temporis acti*, malheureusement les faits sont là ; autrefois, il y a cinquante ans, sur 100 femmes ayant un enfant, il y en avait plus des deux tiers bonnes, très bonnes nourrices, allaitant leur enfant jusqu'à quinze, dix-huit mois, deux ans; aujourd'hui il y en a plus de la moitié qui n'allaitent pas leur enfant ou qui l'allaitent quelques semaines ou quelques mois à peine ; et des autres, le plus grand nombre donne le biberon en même temps que le sein devenu insuffisant.

D'où cela provient-il? Qui faut-il incriminer? Je n'hésite pas à incriminer le café noir, le pain blanc et le vin qui ont remplacé la bonne soupe au lard, le pain de ménage, l'eau ou le lait.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(3 mai 1900)

Cette séance a été bien remplie : nous y avons d'abord entendu le rapport de M. Blanchard au nom de la commission du **paludisme**. Ce rapport est une instruction complète à l'usage des médecins, des naturalistes et des voyageurs appelés à se trouver dans les pays paludiques. Depuis la découverte par M. Laveran de l'hématozoaire du paludisme, découverte qui remonte à 1880, l'étude de cette affection a fait de notables progrès et la découverte récente du rôle des moustiques dans la propagation de la fièvre paludéenne a jeté un jour tout nouveau sur sa prophylaxie : donc examen du sang, examen des diverses formes d'hématozoaires, étude des moustiques, du mode de propagation du paludisme par ces moustiques, examen du sang des animaux sujets eux-mêmes à l'intoxication paludique, telles sont les notions devenues aujourd'hui indispensables aux médecins, aux naturalistes et aux voyageurs qui sont appelés, par leurs fonctions, à s'occuper des fièvres paludéennes. Toutes ces notions sont longuement exposées dans le rapport de M. Blanchard, qui représente ainsi un véritable traité classique du paludisme. Nous ne saurions trop en recommander la lecture aux intéressés, regrettant que son extrême longueur ne nous permette pas de l'insérer dans nos colonnes.

Après la fièvre paludéenne, c'est la **syphilis** qui a occupé tout le reste de la séance.

M. Zambaco (de Constantinople) a fait une communication très intéressante sur l'examen d'os humains trouvés dans d'anciennes nécropoles de l'Egypte et remontant à 80 siècles; on constate sur ces os l'empreinte de maladies générales, constitutionnelles, identiques à celles que nous observons de nos jours. On trouve, par exemple, sur le même sujet, des exostoses multiples et des traces d'ostéite suppurée destructive. Or, à quelle maladie générale, constitutionnelle appartiennent ces lésions diverses et multiples observées sur le même sujet? Ce ne peut être, dit M. Zambaco, qu'à la syphilis. Il y a donc une syphilis préhistorique et il n'est que juste de laver à tout jamais Christophe Colomb du reproche qu'on lui a fait d'avoir importé la syphilis en Europe.

A côté de la syphilis, on trouve également sur les os, dont M. Zambaco présente les photographies, des traces non moins évidentes, selon lui, de tuberculose, de mal de Pott, de toutes les tuberculoses osseuses. On trouve aussi des exemples d'ankylose d'origine rhumatismale. On constate enfin de nombreux exemples de cals vicieux, de fractures mal consolidées. En un mot, toute la pathologie osseuse se retrouve dans ces cas remontant à quatre-vingts siècles. Mais c'est surtout sur la syphilis, non douteuse à ses yeux, qu'insiste particulièrement M. Zambaco, qui termine en disant qu'il lui paraît démontré que ces grandes diathèses, la syphilose, la tuberculose et la léprose existaient il y a huit mille ans comme de nos jours. *Nil novi sub sole.*

Cette affirmation de notre distingué confrère n'est toutefois pas acceptée sans quelques réserves; M. Fournier déclare nettement que, jusqu'ici, il ne voit dans les photographies présentées par M. Zambaco rien de caractéristique au point de vue de la syphilis. Le doute, dit-il, aurait pu être permis il y a quelque vingt ans, alors qu'on ne connaissait pas encore toutes les lésions osseuses qu'on peut observer en dehors de la syphilis. Qui aurait pu supposer alors que la fièvre typhoïde, le tabes, les affections nerveuses pussent amener les lésions osseuses qu'on connaît aujourd'hui et qui sont identiques, pour la plupart, aux lésions d'origine syphilitique? N'est-il pas démontré aujourd'hui, que l'ulcère variqueux lui-même, le banal ulcère variqueux, peut déterminer de graves lésions osseuses, de véritables hyperostoses? Ne sait-on pas que la tuberculose peut aussi donner lieu à des lésions osseuses en tout semblables à celles de la syphilis : si bien qu'il est extrêmement difficile aujourd'hui, même pour les plus compétents, de distinguer des lésions osseuses syphilitiques de lésions osseuses non syphilitiques, et M. Fournier craint que M. Zambaco ait été un peu trop loin en affirmant, comme il l'a fait, l'existence de la syphilis préhistorique. Jusqu'à plus ample informé, M. Fournier s'en tient à faire remonter l'origine de la syphilis au xve siècle.

Une discussion s'engage entre M. Zambaco et M. Fournier, le premier maintenant que la syphilis seule peut donner les lésions multiples qu'il a constatées sur les ossements du même sujet, le second soutenant que bien d'autres états pathologiques que la syphilis peuvent déterminer ces mêmes lésions.

Entre ces deux opinions émanant de savants également distingués et compétents, il y a lieu de rester hésitant. Aussi serait-il à désirer que la commission nommée par l'Académie pour élucider cette intéressante question ne restât pas bouche close.

C'est encore de **syphilis** qu'il s'agit dans la très curieuse observation que nous a rapportée M. Lereboullet. Voici le résumé de cette observation :

Un homme de trente-huit ans, maigre, jaune, essoufflé, névropathe, se présente dans son cabinet et lui raconte que, depuis dix-huit mois, il a une diarrhée constante, incoercible, ayant résisté à tous les traitements, s'accompagnant d'épreintes et de tenesme, ayant débuté par des hémorragies intestinales, donnant lieu maintenant à des évacuations muco-sanguinolentes, et qu'aucun traitement n'est parvenu à atténuer. Le père de cet homme étant mort d'un cancer de l'intestin, il est convaincu qu'il a la même maladie et qu'il doit en mourir. M. Lereboullet trouve le ventre ballonné, surtout au niveau de l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse; la langue est sèche, chargée; il y a une adénopathie générale et les ganglions de l'aine présentent l'aspect de ganglions syphilitiques. Cet homme avait eu la syphilis; il y a huit ans il s'est marié avec le consentement de son médecin; son mariage a été infécond; sa femme n'a pas été infectée.

Après avoir examiné ce malade, M. Lereboullet conclut qu'il ne peut y avoir d'hésitation qu'entre un cancer de l'intestin ou une syphilis intestinale. On sait que celle-ci est très rare; il y a dix ans, M. Hayem le déclarait en citant une observation avec preuves anatomiques à l'appui.

M. Lereboullet appela en consultation auprès de ce malade M. Fournier, qui conclut à la syphilis et conseilla le traitement antisyphilitique. On fit donc à ce malade quatorze injections sous-cutanées d'huile grise, et on lui donna de l'iodure de potassium à la dose de 3, 4, 5 et 6 grammes. Ce double traitement par le mercure et l'iodure fut très bien supporté et, après douze jours, le malade eut une garde-robe normale. M. Lereboullet l'envoya à Uriage où, sous la direction de M. Doyon, il suivit encore un traitement par l'iodure à hautes doses.

La guérison se confirma de plus en plus, la diarrhée et la neurasthénie disparurent complètement, et voilà plus d'un an que cette guérison se maintient. M. Lereboullet lui a prescrit de prendre tous les six mois 80 pilules de protoiodure.

Voilà donc un malade qui, depuis dix-huit mois, était atteint d'une diarrhée qui avait résisté à tous les traitements. Une médication antisyphilitique l'a fait disparaître en quinze jours. Il est évident que, dans ce cas, l'origine syphilitique de la diarrhée ne saurait être mise en doute.

Prévenu de cette communication par M. Lereboullet, M. Fournier a fouillé dans ses vieux papiers; dans toute sa carrière, il n'a guère vu qu'une douzaine d'exemples d'affection spécifique de l'intestin. C'est donc là une affection très rare. Toutes les observations se ressemblent et sont superposables. Il s'agit toujours d'une diarrhée qui a résisté à tous les moyens ordinaires, et que le traitement spécifique guérit en deux ou trois semaines. Les choses se passent exactement comme elles se sont passées dans l'observation de M. Lereboullet. L'authenticité de ces lésions syphilitiques viscérales ressort de constatations anatomiques; dans plusieurs cas, on a trouvé des gommes de l'intestin, des infiltrats, de véritables syphilides intestinales.

En pratique, ces entéropathies syphilitiques sont d'abord toujours méconnues. Cela tient à ce que, symptomatiquement, elles ne présentent rien de spécial. La banalité des symptômes n'a aucune signification. Ce qui peut mettre sur la voie, ce sont les antécédents syphilitiques, la coexistence

d'autres manifestations de même origine, l'inefficacité absolue de tous les traitements ordinaires.

M. Fournier cite plusieurs exemples dans lesquels les choses se sont toujours passées de la même façon; le traitement spécifique a toujours eu rapidement raison des accidents; *Naturam morborum ostendunt curationes.*

Chose curieuse, le traitement par le mercure et par l'iodure à l'intérieur, est généralement très bien supporté dans tous les cas, bien que ce soit le tube digestif qui soit le siège des lésions.

Toutefois, logiquement, M. Fournier préfère recourir à la méthode sous-cutanée ou aux frictions mercurielles. Enfin, le mercure semble assurer une guérison plus définitive que l'iodure qui, souvent, ne fait qu'effacer ou blanchir l'affection; mais c'est encore le traitement mixte qui donne les meilleurs résultats.

L'Académie s'est adjoint deux membres correspondants nationaux, MM. Catrin et Lalesque.

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

Traitement de l'ascite par la laparotomie. — M. Smith, depuis plus de six ans déjà, préconise la laparotomie comme traitement rationnel de l'ascite. Il va sans dire qu'il s'agit des cas dans lesquels les purgatifs, les diaphorétiques, les diurétiques sont restés impuissants ou de ceux qui par leur gravité ne laissent pas le temps de recourir à ces médications.

L'auteur, qui a pratiqué 50 interventions de ce genre, plaide éloquemment la cause de cette méthode et invoque un certain nombre de motifs dont voici les principaux :

La laparotomie est plus scientifique que la paracentèse qui est aveugle et dangereuse, et l'opérateur peut à tout instant contrôler ses actes de l'œil et du doigt. L'incision méthodique donne une sécurité plus grande que la ponction qui peut blesser l'intestin et provoquer une péritonite aiguë. En ayant recours à l'anesthésie locale on peut opérer des sujets porteurs de lésions cardiaques. On n'a donc pas à craindre les accidents de l'anesthésie générale et on ne peut, de ce fait, tirer une contre-indication.

Il ne faut pas oublier que la laparotomie permet de compléter ou de rectifier un diagnostic obscur ou erroné. Enfin, plusieurs chirurgiens ayant une grande expérience de la chirurgie abdominale déclarent avoir constaté des guérisons durables à la suite de laparotomies exploratrices, bien qu'ils eussent trouvé des lésions malignes ou des tumeurs inopérables (Treves, Lawson Tait, etc.). L'auteur rappelle en terminant que la péritonite tuberculeuse fournit un pourcentage considérable de guérisons depuis que la laparotomie est devenue une thérapeutique courante dans les formes à prédominence ascitique. Il ne semble pas que la paracentèse puisse fournir un pareil résultat. Toutefois, lorsque des évacuations successives sont nécessaires, la paracentèse est justifiable. A. H.

OBSTÉTRIQUE

Angiotripsie du cordon ombilical chez le nouveau-né. — Par analogie avec l'angiotripsie vasculaire, au cours des opérations, M. Schmithoff a cherché dans le service du professeur Lebedeff s'il n'était pas possible d'appliquer ce procédé d'hémostase à la ligature du cordon ombilical. L'angiotribe était appliqué à 4 centimètres de l'anneau ombilical, et la section du cordon était faite immédiatement au delà de l'angiotribe.

La chute du cordon survenait généralement au quatrième ou cinquième jour, mais dans presque tous les cas on a noté une légère transudation sanguine au voisinage du tissu non écrasé, de sorte que dans la plupart des cas il a fallu pratiquer ensuite la ligature.

L'examen microscopique des coques du cordon au niveau de la partie écrasée a démontré que la lumière des vaisseaux n'était pas partout complètement oblitérée, l'adhérence des parois vasculaires n'étant pas partout parfaite; par places, la continuité des parois vasculaires était altérée.

Ces recherches montrent que l'angiotripsie du cordon ombilical est un moyen peu sûr, car il peut exposer à une hémorragie secondaire par déchirure des vaisseaux et du tissu voisin, lorsque l'angiotribe est enlevé. (*Wratch*, 1900, 1er avril, n° 14.) S. B.

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi de la gélatine comme hémostatique. Sa préparation. — M. Capitan vient de résumer en un excellent article le côté pratiqué de cette question si intéressante pour le médecin.

On peut employer la gélatine en injections sous-cutanées, ainsi que le fait Lancereaux dans la cure des anévrismes. C'est une méthode délicate et tout à fait à part. On peut l'employer en lavement, et alors il suffit d'augmenter les doses utilisées pour la voie buccale. Cette dernière méthode est de beaucoup préférable. Elle permet d'employer la gélatine très fréquemment. Chaque fois qu'il y a une hémorragie d'une certaine importance, la gélatine doit être prescrite. Qu'il s'agisse d'hémoptysie ou d'hématémèse, de métrorragie, d'épistaxis, voire même d'hémorroïdes saignant en excès, on obtiendra presque toujours un excellent résultat. Les malades constatent eux-mêmes que, peu de temps après la prise de la gélatine, l'hémorragie diminue et que le sang se coagule bien plus rapidement.

La dose à employer est variable. Toutefois 10 à 15 grammes en vingt-quatre heures suffisent amplement.

Mais ici se pose uue question fort importante en pratique.

La gélatine, même la plus pure (gélatine en feuilles, colle de poisson), donne à la dose qui doit être employée : 4 à 6 ou 7 p. 100, une gelée fade, malgré l'adjonction de 1 à 2 p. 100 de sel marin, et fort peu agréable à prendre.

On peut pourtant la faire tolérer facilement aux malades en s'y prenant ainsi.

On fait faire la gelée aux doses sus-indiquées, en la faisant aromatiser soit avec de l'essence de menthe, soit avec de la teinture de vanille, ou mieux de la teinture d'écorces d'oranges amères ou simplement du sirop d'écorces ou du sirop de groseille.

On peut y ajouter du sirop de sucre et un peu de kirsch, le tout à des doses variant avec le goût du malade.

Dans ce cas, le malade peut préparer lui-même sa gélatine. Mais il faut lui recommander de procéder ainsi :

Peser la gélatine, la déchirer en menus fragments, les laver à grande eau dans l'eau tiède, jeter cette eau. Faire macérer pendant trois à quatre heures dans la quantité d'eau prescrite, froide (bouillie au préalable, puis additionnée de 1 à 2 p. 100 de sel marin). Avoir soin de couvrir le vase pendant ce temps, puis porter sur un feu doux et laisser jusqu'à ce que la dissolution soit complète *sans bouillir*. Porter ensuite à l'ébullition pendant une à deux minutes et retirer du feu. Ajouter alors la substance aromatisante et passer aussitôt avec une toile fine, tendue sur un entonnoir, lavé au préalable à l'eau bouillante, et recueillir dans un flacon à large goulot, également lavé à l'eau bouillante. Ne verser dans le flacon que la dose devant être prise dans les vingt-quatre heures. En remplissant plusieurs flacons, on peut préparer la dose nécessaire pour trois jours. Conserver au frais et en flacons bien bouchés.

La gelée aromatisée ainsi préparée peut se prendre froide par cuillerées ou légèrement tiédie pour la liquéfier.

On peut aussi préparer une gelée non aromatisée qu'on

mêle à du bouillon ou à du jus de viande ou aux aliments au moment de l'emploi.

Enfin, il est possible de fabriquer de toutes pièces une excellente gelée de la façon suivante : On fait un pot-au-feu ordinaire, en augmentant un peu la dose de viande et d'os ordinaire. Au bout de quatre heures, on prélève 2 litres de bouillon qu'on place dans une marmite avec 500 grammes d'os et 500 grammes de pied de veau, puis on laisse doucement bouillir pendant deux heures en ajoutant, chaque fois que besoin est, du bouillon, de façon à ce qu'il reste, après les deux heures, 1 litre et demi environ de bouillon. Ce bouillon peut être alors passé à travers un linge et recueilli en récipients stérilisés et bien bouchés. Par refroidissement on obtient une gelée excellente qu'on peut administrer en deux jours telle quelle et plutôt froide ou à peine liquéfiée. (*Méd. mod.*, n° 40, 1900.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La dernière clinique de M. le professeur Potain. — Mardi matin, a eu lieu à la Charité, dans une stricte intimité, la dernière leçon clinique de M. le professeur Potain atteint par la limite d'âge. Tous ses élèves, ses amis, ses collègues de la Faculté et de l'hôpital de la Charité avaient tenu à y assister, et à témoigner ainsi de leur vénération pour celui qui pendant sa longue carrière a incarné au plus haut point la bonté, l'honnêteté scientifique, et la probité professionnelle.

Le nouvel hôpital Pasteur, annexe de la rue Dutot, sera inauguré le 15 juillet.

Marine. — MM. les docteurs Mottin, Renault et Martin sont désignés pour servir aux bataillons de marche du corps expéditionnaire de Chine.

M. le médecin principal Philip et MM. les médecins de deuxième classe Chartres et Carbonnel, du port de Toulon, sont désignés pour servir au 17e régiment d'infanterie de marine, en instance de départ de Toulon; le premier embarquera sur le *Colombo*, le deuxième sur la *Nive*, le troisième sur le *Cachar*.

Sont désignés pour aller servir au 16e d'infanterie de marine à Takou : M. le médecin principal Hervé, MM. les médecins de deuxième classe Brunet et Hamon.

Distinctions honorifiques. — Une mention honorable vient d'être décernée à M. le docteur Marcailhou, médecin des Arts et Métiers, à Blida, en récompense de son dévouement aux intérêts de la mutualité en Algérie; — à M. le docteur Gaillardié (de Toulouse), pour acte de courage.

La solidarité universitaire, *société d'assistance mutuelle par le travail des étudiants français et étrangers.* — Sous ce titre vient de se fonder à Paris une société dont le but est extrêmement recommandable. Elle se propose, en effet, de venir en aide aux étudiants français et étrangers en fournissant à ses adhérents des travaux et occupations rentrant dans l'ordre de leurs études, tels que leçons, traductions, compilations, analyses d'ouvrages, recherches bibliographiques, etc.

Aussi, les hauts patronages ne lui manquent pas. Un grand nombre de professeurs de Facultés ont promis leur appui à la société naissante. Nous relevons les noms de MM. les professeurs Brouardel, Gauthier, Cornil, Richet, Gariel, Blanchard, Lannelongue, Joffroy, Fournier, etc.

Leur exemple a été suivi par beaucoup de confrères. Nous ne pouvons que souhaiter bonne chance à cette œuvre de solidarité.

Pour les renseignements complémentaires nous prions nos lecteurs de vouloir bien s'adresser au siège de la société, à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, à Paris.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau.* — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de la Société des voyages économiques, une excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau pour le *dimanche 8 juillet 1900*.

Départ de Paris, 8 h. matin; retour, 9 h. 57 soir. Prix (tous frais compris): 1re classe, **20** fr.; 2e classe, **17f50**; 3e classe, **15** fr.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence des « Voyages économiques », 10, rue Auber et, 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 77. — SAMEDI 7 JUILLET 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 7 JUILLET 1900. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Le traitement de la coxalgie chez l'enfant et l'adulte (*fin*), par M. H. MORESTIN, chirurgien des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. Traitement des hémoptysies par l'eau oxygénée ; — Les vésicatoires dans le traitement de l'épilepsie jacksonienne ; — L'hypodermoclyse ferrique dans le traitement de l'aménorrhée ; — L'acide phosphorique contre l'arthritisme. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Le traitement de la coxalgie chez l'enfant et l'adulte (1).

Par M. H. MORESTIN, chirurgien des hôpitaux.

Si l'on s'est décidé à intervenir — et pour ma part je pense que, dans les cas d'abcès longtemps rebelles, cette pratique est recommandable — on doit s'efforcer de détruire les tissus malades, en respectant autant que faire se peut la charpente articulaire, il est bon de chercher la réunion immédiate. On a les plus grandes chances d'éviter ainsi la fistule. Ménard a bien raison d'insister sur la différence essentielle qui existe entre les abcès fermés et les abcès ouverts, et entre les abcès froids et les abcès vulgaires. Les abcès froids, tuberculomes ramollis, ne contiennent dans la grande majorité des cas, aucun des microbes de la suppuration ordinaire. On peut les traiter comme des lésions aseptiques et les refermer après grattage ; les refermer complètement vaut infiniment mieux que de laisser dans la plaie une lacune de la réunion. Il ne faut laisser aucune porte à l'infection extérieure, qui trouve dans ces tissus déjà malades un terrain merveilleusement préparé. Par crainte de ces infections secondaires, on évitera de drainer. Presque toujours, dans ces conditions, le drain c'est la fistule. Il faut donc se garder des réunions partielles. Mieux vaudrait ne pas réunir du tout. On ne gagne rien à voiler la plaie par un rapprochement des bords, si l'on doit laisser un trajet profond abandonné à la réunion secondaire. C'est un trompe-l'œil, la peau se rejoindra toujours assez vite, et il y a avantage à mettre à ciel ouvert le fond de la plaie pour qu'il bourgeonne vite et bien. C'est ce que conseille Brun, quand l'abcès a résisté à deux ou trois ponctions, et c'est la seule conduite prudente quand on a affaire à ces abcès secondairement infectés, qui évoluent avec une certaine rapidité et présentent des caractères inflammatoires assez accentués.

Quant au drainage articulaire, il semble perdre du terrain. On pouvait autrefois conseiller de drainer les abcès de la coxalgie. Une fois ouverts ils s'infectaient et les plus graves accidents résultaient de la stagnation du pus. Le drainage pare à ces dangers. Actuellement une semblable pratique ne saurait être qu'un pis-aller. Drainer un abcès froid, c'est simplement le rendre fistuleux. En aucune région de l'organisme on ne traite plus ainsi les collections froides, et quand il s'agit d'abcès en communication avec une jointure profonde et étendue, on doit éviter cette erreur thérapeutique.

Aussi bien drainer les abcès périarticulaires, ce n'est pas drainer la hanche, leur foyer d'origine. Cette articulation offre des difficultés particulières à un bon drainage. Il faut pour y réussir avoir recours, comme l'a enseigné M. Ollier, au moins à deux incisions, souvent à trois, antérieure, postérieure, interne. Encore les abcès pelviens échappent-ils nécessairement à ce drainage. Suffisantes pour une arthrite aiguë de la hanche, les incisions de drainage sont pour ainsi dire régulièrement infidèles dans les cas de coxalgie. Du moins c'est une pauvre ressource dans les cas de coxalgie fermée que nous envisageons en ce moment. S'il suffisait d'assurer l'évacuation des liquides déversés dans la jointure, on pourrait recourir à l'ingénieux procédé de Delagénière (Congr. de chir., 1896). Il abrase la partie moyenne du grand trochanter dans toute sa hauteur et creuse en gouttière la partie supérieure du col et de la tête du fémur. On peut loger dans cette gouttière un drain métallique qui s'enfonce jusqu'à l'acétabulum. Tous les drainages peuvent donner des succès chez les enfants, mais pour le dire immédiatement ils me paraissent devoir être rejetés du traitement de la coxalgie fermée pour conserver une place très importante dans celui de la coxalgie devenue fistuleuse ou infectée à la suite d'une maladie intercurrente.

Que dire maintenant des opérations d'arthrectomie, sinon que nulle part elles ne sont plus illusoires. Le curetage intégral de Ménard, véritable résection atypique à la curette, peut être une bonne opération, mais les interventions plus timides, plus parcimonieuses, ne donneront que de médiocres résultats, on laisse trop d'éléments de repullulation, on ne fait pas de bonne chirurgie. Par exemple, un Allemand résèque la tête du fémur, curette la jointure, puis remet en place l'os réséqué temporairement. Je ne sais ce que cela doit donner, mais *a priori* ce n'est pas très séduisant. Certaines articulations découvertes, facilement accessibles et maniables, se prêtent à ces opérations qui, surtout

(1) FIN. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, n° 74.

chez les enfants, sont des moyens de conservation utiles, mais il ne faut pas trop comparer la hanche aux autres jointures.

On conçoit donc qu'à ces opérations parcimonieuses on soit tenté de substituer une résection typique, méthodique, régulière. La résection de la hanche a eu des fortunes diverses, et sa valeur est encore appréciée d'une façon très différente. Fergusson commenca à la faire prendre en considération.

Le Fort essaya de l'acclimater chez nous. Nous devons à Bœckel et surtout à M. Ollier les premières bonnes études sur ce sujet. Il y a une dizaine d'années, elle était accueillie assez favorablement, et Picqué, par exemple, la conseillait énergiquement.

A l'étranger ce fut bien autre chose, et nombre de chirurgiens, en Allemagne principalement, en firent un incroyable abus. Ces exagérations ont pris fin, mais il reste encore des divergences troublantes entre les maîtres de la chirurgie infantile. Il y a six ans, M. Vincent (de Lyon) faisait connaître dans un mémoire très important (Paris 1895), les résultats très satisfaisants que lui donne la résection. Nous savons combien Cazin, à Berck, en était partisan. Mais voici M. Kirmisson qui n'en veut à aucun prix et prouve, par d'excellents arguments, la supériorité du traitement conservateur, et constate qu'il a avec lui la majorité de la Société de chirurgie. D'autre part, M. Félizet défend avec non moins d'énergie cette opération « logique, bienfaisante et discréditée » et contrairement à la plupart des chirurgiens d'enfants, en comprend d'une manière très large les indications. M. Ménard se place entre les deux, et résèque volontiers, mais, dans certains cas déterminés, et toujours après échec du traitement conservateur. Calot avec sa verve habituelle nous raconte sa conversion. Il a d'abord réséqué à outrance, mais après avoir été très opérateur, il a évolué, et maintenant ne résèque plus jamais dans aucun cas de coxalgie, quel que soit la forme ou le degré de la maladie. En pareille matière, il est permis à chacun d'avoir son opinion, et l'on peut défendre ou condamner la résection avec d'excellents arguments. Sa gravité est moindre que ne le disent ses adversaires et, par exemple, la statistique de Félizet montre que l'opération, dans des mains habiles et avec une bonne technique, est presque bénigne. Il est certain aussi qu'elle peut abréger le temps de la maladie, qu'elle est particulièrement justifiée dans certains cas où les autres méthodes sont lentes, imparfaites, et où l'existence même est menacée. Cependant, les résultats sont discutables, et les résultats éloignés principalement. La marche peut être bonne quelques mois après l'intervention et devenir de plus en plus défectueuse. L'acte opératoire a porté sur un os en voie de croissance, et bien que les belles expériences d'Ollier aient montré un surcroît d'activité du côté de l'épiphyse inférieure, activité qui se traduit par un allongement compensateur, un accroissement plus rapide que pour l'os placé dans les conditions normales, il n'en reste pas moins un déficit, il y a eu la perte de substance opératoire, et celle due à la suppression du cartilage épiphysaire supérieur. Le membre est raccourci, et bien qu'il soit nécessaire de tenir compte de l'atrophie que subit tout membre atteint dans l'enfance d'une lésion chronique, il est certain que la résection est pour beaucoup dans cet état.

Il n'y a pas que la diminution de longueur, souvent considérable ; il y a encore à considérer l'état de la nouvelle jointure. La suppression du col fémoral modifie grandement le mode de sustentation et influe beaucoup sur la locomotion. Quand le fémur ne se soude pas au bassin, l'opéré est infirme. La situation est meilleure dans le cas d'ankylose, car tout en boitant il marche beaucoup mieux.

Les coxalgiques guéris par le traitement conservateur marchent infiniment mieux, on ne saurait le nier, même quand l'attitude n'est pas très bonne, et c'est une grande supériorité. Peut-être leurs chances de guérison durable sont-elles moindres, peut-être sont-ils plus prédisposés aux récidives, où à d'autres manifestations de la tuberculose et exposés à des chances de mort un peu plus nombreuses.

Est-ce bien sûr? La résection est-elle véritablement l'opération qui sauve? On se résignerait à un résultat fonctionnel médiocre, pour garder l'existence. Mais il ne faut pas exagérer la portée d'un semblable argument. La guérison, c'est surtout une question de milieu, de soins ultérieurs, de relèvement de la santé générale. Les tuberculoses locales une fois éteintes peuvent rester définitivement guéries, et les anciens coxalgiques soignés par les moyens simples abondent autour de nous. Le traitement conservateur, quand il réussit, donne, dans la coxalgie suppurée, des résultats auxquels on ne peut comparer, même de loin, les suites des résections les plus heureuses.

Dans l'immense majorité des cas, ce traitement doit suffire, plus de neuf fois sur dix les abcès guérissent par les simples injections, et l'enfant se trouve ramené aux conditions où il se trouvait avant cette complication.

Des collections gigantesques sont susceptibles de disparaître dans des circonstances où au premier abord on n'aurait jamais cru pouvoir en obtenir la résorption par des moyens simples. M. Kirmisson en a montré récemment un bel exemple à la Société de chirurgie.

En cas d'insuccès avéré des injections, on est autorisé à faire davantage, et de même dans certains cas fébriles, très douloureux, malgré l'immobilisation. La résection trouve là de suffisantes indications, et en cela nous nous rallions assez volontiers aux conclusions de M. Ménard, comme il les a formulées au Congrès de chirurgie, à la Société de chirurgie, et dans un travail de son élève Guibal (*Presse méd.*, 1899). Mais d'une façon générale, le traitement doit consister le plus longtemps possible dans les petits moyens. Il faut savoir attendre, ne pas croire trop rapidement qu'on a la main forcée. Les enfants ont de merveilleuses ressources, ils peuvent réparer d'immenses lésions, et souvent l'œuvre de la nature, pourvu qu'elle soit un peu aidée et dirigée, est meilleure et plus sûre.

IV

Coxalgie fistuleuse. — Si l'on doit recourir aux mesures énergiques, c'est à coup sûr quand les abcès se sont ouverts ou l'ont été mal à propos. Quelques-unes de ces fistules sont temporaires, mais la plupart s'éternisent, le foyer s'infecte, et quand cet état se prolonge il se produit une sorte d'ostéomyélite secondaire, portant principalement sur l'os iliaque (V. Gaudefroy, th. de Paris, 1896, et Delmont-Bebet, th. de Paris, 1897), des séquestres par infection mixte (Gouilloud), en même temps que l'état général s'altère et que s'établissent des dégénérescences viscérales. L'infection associée a changé du tout au tout l'allure de la maladie et le caractère des lésions locales.

Combien ces fistules sont rebelles, quand elles durent déjà depuis quelques mois! Elles se rouvrent, se referment,

se compliquent de trajets accessoires, d'abcès de voisinage qui aboutissent à de nouvelles fistules. Elles sont d'autant plus tenaces qu'elles tiennent fréquemment à des lésions de l'acétabulum.

Même alors il ne faut point désespérer d'obtenir la cicatrisation des trajets, la réparation des lésions, la soudure articulaire dans une position acceptable. Les soins minutieux, le temps, l'air de la mer conduisent parfois à cette terminaison, toujours obtenue avec peine et longtemps attendue. Dilater les trajets, y injecter quotidiennement de l'iode, du chlorure de zinc, du naphtol, de l'eau phéniquée, les cureter au besoin, voilà, par exemple pour Kirmisson, Calot, les principales indications, car si l'on faisait quelque chose ce serait la résection, et la résection dans la coxalgie est une mauvaise opération.

Sans doute elle n'est jamais si mauvaise que dans ces cas détestables. Les résultats lointains laisseront sûrement à désirer si le malade dure assez longtemps pour qu'on puisse les apprécier.

Mais pour la plupart faut-il parler de cet avenir éloigné?

Peut-on leur conserver l'existence pour le moment. C'est ainsi que la question se pose. S'ils guérissent, ils marcheront comme ils pourront et n'auront pas à se plaindre. Car le pronostic de la coxalgie fistuleuse est grave. Presque tous ces enfants succombent.

Dès lors il n'y a pas lieu d'être retenu par les mêmes considérations que dans la coxalgie fermée, le cas presse et il faut intervenir. Ce qu'on fait c'est une opération de nécessité, et la résection trouve alors sa plus sûre indication, ainsi que le disent MM. Ménard et Phocas, en cela d'accord avec la plupart de nos maîtres et en particulier Ollier et Lannelongue.

Du moins pour les cas graves cette opération nous paraît plus que justifiée. Dans des coxalgies récemment fistuleuses pancifistuleuses, avec bon état général, ce serait trop parfois de faire d'emblée la résection. Le drainage trans-trochantérien de M. Delagénière trouvera quelques indications dans ces cas relativement favorables. Mais pour que ces demi-mesures réussissent il faut que le malade soit en bon air et bien nourri. Dans une salle d'hôpital, à Paris, il a les plus grandes chances de rester fistuleux. On peut essayer, en pareil cas, des insufflations que conseille M. Coudray, chlorure de méthyle chargé de vapeurs d'iodoforme, à l'aide de l'upsileur de Guilmeth.

Les résections entreprises pour la coxalgie fistuleuse sont souvent difficiles. Il arrive qu'on ait affaire à des articulations très déformées, que la tête soit subluxée vers la fosse iliaque, à demi ankylosée; très souvent il y a des lésions acétabulaires, et des abcès pelviens, enfin il faut compter avec les rétractions, la transformation scléreuse des tissus péri-articulaires. Si l'on ajoute à ces difficultés les causes d'infection résultant de la présence des germes qui, venus de l'extérieur, ont pullulé dans les trajets, les clapiers et les anfractuosités du foyer ostéo-articulaire, et l'état de dénutrition, de moindre résistance, de cachexie même où se trouve l'opéré, on admettra sans peine que l'acte opératoire n'est pas dépourvu d'aléas. L'intervention est sérieuse et comporte une mortalité. Il vaut mieux à notre sens utiliser les procédés antérieurs, quand les fistules situées en arrière ne nous incitent pas à passer par la voie postérieure, ou à employer l'excellent procédé à tabatière du professeur Ollier.

On a proposé un grand nombre de techniques pour opérer dans ces cas et Sprengel tout récemment vient de décrire un nouveau procédé; où il détache un immense lambeau comprenant toutes les parties molles depuis la crête iliaque jusqu'au sourcil cotyloïdien. Les manœuvres les plus simples nous semblent de beaucoup les meilleurs, et ce dernier procédé dont nous ne voudrions pas médire, ne l'ayant pas essayé, est un peu bien effrayant. Pour ma part, je suis très éclectique, et en vérité, comment avoir un manuel opératoire uniforme. Les incisions doivent être multiples quand il y a plusieurs abcès, on est souvent amené à ouvrir en avant, en arrière, parfois en dedans, ou encore au-dessus de l'arcade crurale. Quant il n'y a qu'un abcès on peut profiter de la voie ainsi tracée, il conduira presque toujours sur le point le plus malade. Dans la maforité des cas je crois qu'on peut préférer la voie antérieure de Lucke, Hueter, adoptée par Rollet, Ménard, ou l'excellent procédé d'Ollier, deuxième manière.

Il faut tâcher d'aller très vite et en cela l'expérience, comme le fait remarquer Ménard, aide grandement à simplifier et abréger les manœuvres.

L'écueuil de cette opération, c'est l'état de la cavité cotyloïde et de l'os iliaque dans le voisinage. C'est là la grande cause d'infériorité de la résection de la hanche sur celle de toutes les autres articulations des membres. On ne peut répondre d'aller jusqu'au bout des lésions, cela est matériellement impossible dans un très grand nombre de cas. Il faut enlever ce qui est malade, et si l'on peut tout ce qui est malade. Souvent le cotyle est perforé et il existe des abcès pelviens, on a souvent à extraire l'os acétabulaire, ou le cartilage en Y. Si l'on ne veut pas perdre complètement le bénéfice de l'opération, il vaut mieux ne pas réunir. Peut-être le flambage conseillé par M. Félizet peut-il permettre d'être moins rigoureux à cet égard. Dans tous les cas, ce peut être un adjuvant utile que de promener, comme le fait ce chirurgien, la flamme du chalumeau dans tous les coins de la plaie. Des moyens énergiques permettent seuls en effet la désinfection d'un foyer où croupissent depuis si longtemps des sécrétions purulentes et où se sont développées depuis longtemps des associations microbiennes. On peut utiliser encore le fer rouge, l'eau bouillante, employés par Jeannel et Bauby dans le traitement des tuberculoses locales, ou le chlorure de zinc en solution forte.

De beaux succès suivent parfois ces résections, mais les soins consécutifs doivent être très minutieux; l'opération n'est rien, si l'on apporte la moindre négligence aux pansements, ou si l'on oublie de surveiller l'attitude. L'extension continue sur le membre placé en abduction légère est le meilleur adjuvant pendant toute la durée de la cicatrisation. On empêche ainsi l'ascension du fémur, on épargne des douleurs au malade et on peut bien plus facilement soulever l'opéré. Et lui-même peut se soulever.

Mais ces résections échouent parfois, souvent même. D'abord quelques opérés meurent peu après l'intervention.

L'opération est en effet assez sérieuse chez les malades épuisés; ils sont sans résistance et le traumatisme opératoire les achève. Il y a dans ces morts rapides une part à faire à l'infection. Ce n'est pas impunément que l'on ouvre tant de petits vaisseaux et qu'on racle des surfaces septiques aussi étendues. Il est possible que des toxines redoutables soient introduites dans la circulation pendant les longues manipulations. Quoi qu'il en soit ces dénouements trop

brusques sont l'exception et surviennent principalement chez les cachectiques et les albuminuriques.

Parmi ceux qui survivent, un assez grand nombre ayant bien supporté l'opération donnent d'abord les meilleures espérances, mais ne guérissent pas complètement. Ils conservent des fistules et reviennent en somme au *statu quo ante*. Ils bénificient toutefois d'une amélioration temporaire pendant laquelle l'état général se remonte. Mais ils déclinent de nouveau tôt ou tard et sont emportés par une complication, ou meurent lentement par cachexie.

Des interventions secondaires telles que grattage, débridements, évidements, résections de nouvelles étendues d'os peuvent encore être tentées utilement, mais souvent aussi, c'est peine perdue, le plus souvent même. Quelque ingrate que soit cette chirurgie, il ne faut pas se décourager avant d'avoir épuisé toutes les ressources, mais tenter au contraire, avec une conviction patiente, les moyens médiocres à défaut de bons moyens, et par ci par là l'on sauvera quelque existence. Abandonnées à elles-mêmes les coxalgies fistuleuses meurent en effet presque sans exception.

Mais les choses se prolongent en dépit de la résection, la suppuration est abondante, l'enfant pâlit, s'étiole, la déchéance de l'organisme s'accentue chaque jour, les débridements, les drainages n'apportent aucun changement à cette situation. Allons-nous laisser périr le petit malade? Il y en a dont la situation est telle qu'il faut en effet s'y résigner; ils ne sont pas en mesure de supporter une nouvelle et grave intervention.

Car il ne s'agit pas moins que de supprimer le membre inférieur, de pratiquer la désarticulation de la hanche. Ce n'est pas l'étendue du sacrifice qui fait hésiter. Non seulement le membre est perdu, mais le malade l'est aussi. Que reste-t-il donc à conserver, et quelle valeur peuvent avoir les arguments qui visent les suites éloignées? Non, c'est le présent qu'il faut voir, avec son danger pressant, sa gravité prochaine et formidable. Ce n'est donc pas la crainte de priver le sujet d'un de ses membres qui fait réfléchir avant de prendre cette grave détermination, c'est la faiblesse du sujet, qui est exposé à mourir le jour même ou le lendemain de l'opération. Celle-ci cependant n'est ni bien longue ni très compliquée. Le déplacement de l'extrémité supérieure du fémur sur la fosse iliaque, les adhérences qu'elle peut contracter rendent la désarticulation un peu moins facile, mais la ligature préventive de la fémorale supprime presque la perte de sang. Utiliser la méthode sous-périostée, en commençant par une amputation circulaire de cuisse, ou en terminant par la section des parties molles de la cuisse, après désossement par une incision externe, c'est agir plus prudemment encore et réduire le danger. Malgré les aléas qu'elle comporte, cette opération doit être tentée, M. Ménard l'a pratiquée plusieurs fois et la conseille beaucoup, et certes il a grandement raison, bien qu'il n'ait pu sauver ainsi tous ses malades. Cela ne veut pas dire que l'opéré qui a résisté à la désarticulation est déjà guéri. Il s'en faut. La vie est sauve pour le moment, mais rien de plus. L'ablation du membre inférieur a été bienfaisante, mais le bassin reste, et c'est là souvent le siège des lésions les plus étendues. Fréquemment il est modifié encore par une ostéomyélite secondaire, qui détermine des hyperostoses, des séquestres, des irrégularités de forme et entretient la suppuration. Ces lésions mises à nu par la désarticulation sont susceptibles de guérir, le pus qui en découle trouve une évacuation directe, plus de stagnation, pas de clapiers. Les topiques sont portés directement sur les surfaces osseuses, dont les parties nécrosées peuvent même être attaquées ultérieurement par la gouge et le ciseau. Tout cela comporte des suites longues, pénibles même, la cicatrisation ne s'obtient pas constamment, toujours la réparation est lente, tardive. Mais enfin la guérison définitive n'est nullement un espoir chimérique.

On le voit, l'écueil c'est encore ici la lésion pelvienne. Quand la résection du genou a échoué, l'amputation de cuisse supprime d'un coup, les parties malades des deux extrémité articulaires. La résection de la hanche est, à ce point de vue encore, en état d'infériorité par rapport à celles des autres jointures.

Est-ce à dire que l'on doive absolument renoncer à traiter la hanche comme les autres jointures, renoncer à cette amputation dans les tissus sains, au-dessus des lésions, ressource suprême pour en finir avec les articulations réséquées et non guéries.

Quelques chirurgiens l'ont pensé et leurs efforts sont légitimes, car en vérité la difficulté c'est le bassin. En réalité dans un grand nombre de cas, c'est le fémur qu'il faudrait ménager et c'est l'os iliaque qu'on devrait supprimer. Il y a longtemps que Bardenheuer à pratiqué la résection de la région acétabulaire par une incision sus-pubienne, mais s'il faut en croire Sprengel, il a lui-même renoncé à opérer par ce procédé. Depuis il a d'ailleurs modifié sa technique primitive (RINCHEVAL. *Verhand. der D. Ges. f. Chir.*, 1895) et opère par une incision pré-trochantérienne.

Bidder (*Arch. Langenbeck*, Bd 39, 1899) aborde l'articulation par une voie postérieure qui le conduit vers la grande échancrure sciatique, tandis que Hans Schmidt préfère l'incision de Langenbeck (*Verhand. der D. Ges. f. Chir.*, Bd 22).

Chacun d'ailleurs a fait de ces résections plus ou moins étendues, par un procédé ou par un autre, et il n'est guère besoin d'une technique spéciale, les incisions ordinaires de résection permettant d'enlever des portions notables du bassin, et l'on peut faire extemporanément les débridements nécessaires dans le sens et l'étendue convenables.

Aussi bien n'est-ce pas de cela qu'il s'agit mais de savoir si dans le cas d'insuccès d'une résection déjà très large, on peut débarrasser complètement le malade par une exérèse passant au delà des lésions dans l'os iliaque. Or cela a été fait. On peut comprendre de deux manières une telle intervention, ou bien supprimer l'os iliaque seulement, en laissant le membre inférieur, ou bien enlever ce dernier en même temps que l'os iliaque. L'extirpation de l'os iliaque en entier a été faite avec succès pour des sarcomes par Roux et Kocher. La même opération semble justifiée dans certains cas de vieilles coxalgies. J'ai assisté mon excellent maître Le Dentu dans une opération de ce genre; mais malgré l'habileté du chirurgien, la bonne conduite, la marche très régulière et sans perte de sang notable de l'intervention, la malade, qui était très affaiblie, mourut du choc.

Enlever l'os iliaque avec le membre inférieur, faire la désarticulation inter-iléo-abdominale est une autre façon d'enlever les lésions en totalité. C'est le pendant de la désarticulation interscapulo-thoracique. Billroth et Jaboulay les premiers ont eu cette hardiesse. Il s'agissait d'ostéo-sarcomes du bassin. D'autres ont répété cette opération pour des vieilles coxalgies fistuleuses, incurables. Girard (de Berne)

[Cong. de chir., 1898], sur 7 cas, en compte 2 pour coxalgie, dont un échec personnel et un succès de Bardenheuer.

Sprengel a répété la même opération sur un enfant coxalgique, qui succomba. Aussi préfère-t-il réséquer de larges portions du bassin à l'aide de sa grande incision curviligne suivant la crête iliaque et détachant un énorme lambeau externe cutanéo-musculaire, comprenant toutes les parties molles. Les figures qui accompagnent son mémoire indiquent que l'opération qu'il propose doit elle-même constituer un gros traumatisme. Néanmoins il apporte des succès.

Pour ce qui est de la désarticulation inter-iléo-abdominale, Girard considère que l'indication de la pratiquer dans certaines coxalgies « est *à priori* évidente ». L'indication, oui ; mais on ne peut toujours réaliser les indications. C'est une lourde responsabilité à prendre que celle d'une pareille opération. Trop souvent elle paraîtra disproportionnée à la résistance du malade. Et il faut bien que la possibilité de la pratiquer soit très exceptionnelle. Les observations sont bien rares pour des cas qui ne sont que trop communs. Néanmoins, la question reste à l'étude, et d'ores et déjà nous savons qu'on peut, à l'occasion, ne pas reculer devant cette grave entreprise.

Il nous paraît, en somme, que dans la coxalgie fistuleuse le malade peut bénéficier, dans une large mesure, d'un traitement opératoire. Il ne saurait être question ici des résultats fonctionnels. La fonction est une préoccupation secondaire quand il s'agit de sauver l'individu. Mais cela ne veut pas dire que, dans un grand nombre de cas, il ne soit pas indiqué d'essayer d'abord, longtemps et avec patience, un traitement conservateur.

Au contraire, tant qu'il n'y a point de fistule, on ne saurait trop chercher de contre-indications à la chirurgie sanglante, on ne saurait être trop résolument conservateur. Tant qu'une coxalgie est fermée, il faut se garder de l'ouvrir, ou du moins si cette règle générale comporte des exceptions elles sont peu nombreuses. C'est la tendance générale à l'heure actuelle, et presque tous les chirurgiens respectent la coxalgie, la laissent évoluer et guérir sous les appareils, sans intervention.

A l'étranger, on peut noter aussi l'abandon des idées interventionnistes chez un grand nombre de chirurgiens, et de nombreux travaux ont été récemment consacrés au traitement conservateur de la coxalgie et aboutissent à cette conclusion générale que les résultats en sont meilleurs que ceux du traitement opératoire. Il est intéressant de noter que ce revirement est particulièrement accentué en Allemagne et pays de langue allemande. Les statistiques de Bruns, de Marsch (Th. Marburg), de Murmelthey (Th. Kiel), de Sasse, de Hoffa, de R. Binder (*Zeits. f. Orthop. Chir.*, 1899) sont concordantes et prouvent que la mortalité générale est moindre, et les résultats définitifs bien supérieurs quand on adopte le traitement conservateur.

Il est donc sage de n'apporter aucune précipitation dans les décisions opératoires. La tuberculose de la hanche, comme le remarque Spengel, est, de toutes les tuberculoses articulaires, celle qui s'accompagne le moins souvent d'autres manifestations tuberculeuses. Elle est longtemps locale, et le plus souvent doit guérir quand le traitement est commencé à l'heure opportune. Les résultats, est-il besoin de le dire, sont variables avec la forme de la maladie, le milieu et le malade lui-même. Mais ce qui influe par-dessus tout sur ces résultats, c'est le moment où commence le traitement bien compris. Institué de bonne heure, il conjure tous les accidents ou les réduit au minimum ; commencé trop tard, il sera souvent impuissant à les arrêter, et le malade guéri restera difforme. Cette difformité, sans être rigoureusement proportionnelle à la durée de la maladie, sera en général d'autant plus considérable que la coxalgie aura évolué pendant plus longtemps, qu'elle aura été soignée plus tard et moins rigoureusement. Il importe au plus haut point d'avoir le sentiment de la grosse responsabilité que l'on prend, en commençant le traitement d'une maladie si longue, si sérieuse, et dont les suites peuvent avoir tant de conséquences pour l'avenir des sujets. C'est leur rendre d'énormes services que d'en atténuer les effets désastreux. Guérir une petite coxalgique sans claudication appréciable, et même sans ankylose, c'est un beau et rare succès. Quand on l'obtient, on a changé parfois la destinée de sa malade.

Le traitement doit être prolongé dans des limites en apparence excessives. On est toujours sollicité de l'abréger. Non seulement on doit se mettre en garde contre ces sollicitations importunes des parents, mais contre ses propres illusions. Croire trop tôt à la guérison est une erreur commune, dont les conséquences sont désastreuses. Car la marche prématurée entraîne des rechutes immédiates et l'on perd en peu de jours le bénéfice obtenu par des soins de plusieurs mois. Quand il ne reste plus aucun indice que la maladie soit en évolution, il faut conserver encore des doutes, exiger le repos, le port d'un appareil, et cela pendant des mois, jusqu'à ce que la guérison ait subi l'épreuve du temps.

V

Coxalgie chez l'adulte. — Marjolin demandait déjà à ses collègues des hôpitaux d'adultes, particulièrement aux chirurgiens militaires, ce que leur avait appris l'examen des coxalgiques. On peut se plaindre encore de la pénurie des travaux publiés sur ce sujet.

L'étude de la coxalgie est prise habituellement en bloc, et dans cette description globale la coxalgie de l'adulte compte pour peu de chose. C'est à tort, et il importe beaucoup de lui faire sa place à part.

Bien moins, infiniment moins commune que la coxalgie de l'enfance, elle en diffère par sa symptomatologie, sa marche, son pronostic, et l'on ne peut songer à calquer le traitement de l'une sur le traitement de l'autre. A côté de ces coxalgies *tardives*, on observe chez l'adulte des coxalgies *attardées*. Ce sont des variétés très différentes. J'entends par ce mot de coxalgie *attardée*, ou *prolongée*, une coxalgie ayant débuté dans l'enfance et se continuant jusqu'à l'âge adulte. Il n'est pas question ici des attitudes vicieuses, des ankyloses, des raccourcissements que laisse trop fréquemment la coxalgie de l'enfance et qu'il n'est pas rare d'observer. Ce sont des tares laissées par la maladie, comme d'autres affections laissent des cicatrices. La coxalgie est guérie, l'attitude et le raccourcissement sont des infirmités, mais l'affection causale a pris fin. Si le chirurgien a besoin d'intervenir, c'est dans un but purement orthopédique.

Tout autre est la situation quand la lésion tuberculeuse n'a pas terminé son évolution, que des abcès continuent à se former, que des fistules persistent.

La maladie, en somme, continue son cours, et c'est pour cette maladie elle-même et non pour une de ses suites plus ou moins gênantes que l'on réclame notre intervention. C'est une coxalgie *attardée*, coxalgie de l'enfance observée chez l'adulte. Les cas n'en sont pas absolument rares.

On voit de suite combien ils doivent différer de la coxalgie *tardive*. Et, en effet, celle-ci se développe sur une articulation et dans un organisme arrivés à leur complet développement ou au voisinage de cette période; l'autre a pris naissance à la période de croissance et, jusqu'au terme de celle-ci, n'a pas cessé d'influer sur le développement du membre. Bien plus, cette dernière forme a conservé les caractères et l'évolution de la coxalgie infantile.

La coxalgie tardive présente une symptomatologie beaucoup moins caractérisée que celle de l'enfance, les contractures, les attitudes diverses sont moins prononcées. L'immobilisation est moins complète; pendant beaucoup plus longtemps et parfois pendant toute la maladie, on peut déterminer des mouvements de flexion légère. Après trente ans on ne retrouve guère les attitudes si particulières qui sont la règle absolue dans la coxo-tuberculose de l'enfance. Ce qu'on observe surtout c'est de l'adduction, il y a peu de flexion et de rotation. Par contre les abcès se montrent de bonne heure; l'état général s'altère plus tôt et davantage, la généralisation est plus fréquente. On observe souvent d'autres foyers de tuberculose. Enfin la localisation à la hanche est elle-même secondaire le plus ordinairement à des lésions des poumons. Il n'y a pas du tout cetre tendance si remarquable à la guérison spontanée que présente la coxalgie de l'enfant. Le pronostic de la coxalgie tardive est mauvais, comme celui du mal de Pott de l'adulte. On peut noter des sortes d'anomalies dans ces coxalgies. Il y en a qui sont peu douloureuses, et qui permettent aux malades de marcher avec des lésions déjà étendues.

En regard de cela la coxalgie attardée présente un aspect tout autre, qui permet de faire le diagnostic à première vue. Le membre inférieur présente une déformation caractéristique. Il est beaucoup plus court et plus grêle que l'autre. Il a subi un arrêt de développement, d'autant plus accentué que l'affection a débuté plus tôt. Il offre en outre l'attitude vicieuse habituelle des coxalgies irrégulièrement traitées, adduction, flexion, rotation en dedans et luxation ou sub-luxation de la tête fémorale vers la fosse iliaque externe. J'en observe en ce moment un exemple des plus nets à l'hôpital Saint-Louis, sur un horloger de vingt-sept ans, dont la coxalgie a débuté à l'âge de sept ans et depuis a évolué sans interruption, si bien que, sur vingt ans, cet homme en a passé plus de dix dans les hôpitaux. La région de la hanche, la fesse, la partie supérieure de la cuisse sont criblées de fistules ou de cicatrices. Dans d'autres cas l'attitude est meilleure, car les soins ont été mieux compris, mais la guérison n'a pas été néanmoins obtenue.

Quant on étudie l'*avenir des coxalgiques*, on passe généralement sous silence la situation que crée aux sujets qui arrivent à l'âge adulte la continuation de leur maladie. C'est qu'en effet ils sont relativement en petit nombre. Que deviennent les coxalgiques? Il en meurt beaucoup d'une façon ou d'une autre pendant leur maladie. D'autres guérissent définitivement avec ou sans ankylose.

D'autres ont des guérisons durables avec difformités et ankylose. Ceux-là ont des trêves plus ou moins longues, avec retours offensifs.

D'autres durent avec leur maladie. A ces deux derniers groupes appartiennent les cas dont nous nous occupons.

Ici le pronostic est meilleur que dans la coxalgie tardive. La lésion évolue sur un terrain scléreux, tous les tissus de la région sont plus ou moins cicatriciels; la longue durée de l'affection, sa marche très lente sont des indices d'une bénignité relative. La maladie garde sa tendance à la localisation.

Alors que la coxalgie tardive offre souvent de grandes difficultés de diagnostic, ici l'examen le plus sommaire ne laisse aucune date ni sur la nature de la coxopathie ni sur l'époque à laquelle elle a débuté.

Ces considérations ont pour but de faciliter l'étude du traitement. Il est clair que les conditions sont très différentes dans ces deux variétés, et il n'est pas douteux non plus que les circonstances ne soient bien moins favorables que chez l'enfant.

Aussi pour le dire immédiatement, les résultats sont loin d'être satisfaisants. Les coxalgiques adultes finissent presque toujours par succomber, et ceux qui guérissent sont pour la plupart des jeunes sujets qui servent pour ainsi dire de transition.

Dans quelle mesure le traitement peut-il modifier ses résultats, et comment faut-il comprendre ce traitement? C'est précisément à ce propos qu'une discussion récente a été soulevée par M. Nélaton à la Société de chirurgie. M. Nélaton pense que la résection de la hanche doit être, chez l'adolescent et chez l'adulte, le traitement normal de la coxalgie. Delorme se range à cet avis que Schwartz vient appuyer. Il n'est que juste de constater l'insuffisance des moyens qui nous donnent chez l'enfant des succès si nombreux, si constants, si durables même. L'immobilisation, l'extension continue procurent des améliorations temporaires, bien rarement la guérison. Il faut cependant reconnaître que, chez l'adolescent, tout cela peut encore réussir. Mais parlons de l'adulte. Les malades longtemps couchés, s'étiolent, maigrissent, perdent l'appetit, contrairement aux enfants, qui, gardés dans le décubitus dorsal pendant des mois, engraissent, mangent, dorment régulièrement, et ne semblent pas connaître l'ennui ni la durée du temps.

D'ailleurs on ne peut presque jamais compter sur une docilité absolue, et il faut renoncer complètement à appliquer l'extension dans toute sa rigueur. Du reste cette méthode est ici moins justifiée, puisque les lésions osseuses sont moins prononcées, les tendances aux attitudes vicieuses moins accentuées, la douleur même moins intense. D'autre part, il n'est pas possible de déplacer le sujet avec autant de facilité, de le transporter à l'air libre. Il faut donc abréger la durée de la période d'extension continue qui cependant nous paraît utile, et même très utile quand il y a des douleurs vives, et aussitôt qu'on le peut mobiliser le malade en lui donnant des béquilles après lui avoir appliqué le grand appareil plâtré. Les abcès sont justiciables des mêmes injections que dans la coxalgie de l'enfance, et doivent être traités avec plus de sollicitude encore. Cependant quoi qu'on fasse on obtient rarement ainsi la guérison. Ces malades nous quittent avant cette guérison, et bien souvent c'est nous qui leur insinuons cette détermination. En réalité ils traînent d'un service à l'autre, ou s'éternisent dans celui où on les tolère. Ils vivent ainsi assez misérablement, des mois, des années, mais presque tous ceux que j'ai pu suivre n'ont pas guéri. Ils finissent par succomber, tôt ou tard.

Le traitement opératoire peut-il donner mieux? Dans l'espèce il s'agit de la résection de la hanche, car les opérations parcimonieuses, drainage, arthrectomie, sont de pauvres ressources chez l'adulte et ne donnent jamais de succès.

Elle fait depuis longtemps partie du traitement classique de la coxalgie. Mais tous ceux qui l'ont pratiquée, et en particulier MM. Bœckel et Ollier, reconnaissent qu'ils ont obtenu de moins bons résultats que chez l'enfant. C'est, en somme, ce que chacun a pu observer dans sa propre pratique.

Les circonstances nous forcent pour ainsi dire à réséquer quand il y a des abcès fistuleux, des suppurations profuses et que le malade s'épuise. Cela, on le fait par nécessité. Mais combien peut-on montrer de ces opérés guéris, avec des plaies cicatrisées et un membre utile?

Aussi M. Nélaton ne se trompe-t-il point en affirmant qu'elle n'est pas utilisée d'une manière courante.

En opérant de bonne heure on peut obtenir mieux, et devant l'impuissance des moyens ordinaires, on est autorisé à cette intervention précoce.

Chez l'enfant on est retenu surtout par la crainte les troubles fonctionnels que laisse la résection et qui s'accroissent avec l'âge et d'un autre côté par les bons résultats du traitement conservateur. Ici c'est le contraire, ce traitement, chacun le reconnaît, donne peu de satisfaction, et si l'on envisage la situation que crée chez ces sujets la suppression de la partie supérieure du fémur on voit que le raccourcissement donné par l'opération est définitif, il n'y aura pas de raccourcissement consécutif par croissance inégale des deux membres. Notons encore que chez l'adulte les lésions osseuses sont moins étendues que chez l'enfant, souvent secondaires, et que le sacrifice pourrait être moins étendu. Les malades marcheront donc mieux, s'ils guérissent. Ils peuvent guérir dans les cas favorables, s'ils sont encore jeunes, si la lésion est relativement récente et limitée. On peut ainsi enlever tout ce qui est malade et c'est dans ces conditions nouvelles que l'on peut espérer des succès. La tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale serait ainsi au point de vue du traitement assimilée à la tumeur blanche du genou. C'est du moins ce que pense M. Nélaton (Soc. de chir., 1899, et *Rev. d'orthop.*, janv. 1900). Cette comparaison n'est rigoureuse qu'en théorie, car dans la pratique combien de difficultés empêchent de mettre les deux opérations sur le même plan. La résection du genou est facile, l'articulation superficielle, aisément découverte par une incision quelconque, et toutes les manœuvres s'exécutent à ciel ouvert, on juge immédiatement l'étendue du mal et l'on peut y proportionner la hauteur des sections. Dans le champ opératoire libre et largement exposé on peut disséquer les fongosités, les prolongements spéciaux, faire en somme une plaie nette, franche, et ne rapprocher que des tissus sains. La résection de la hanche est est au contraire pénible chez l'adulte, entourée qu'elle est de parties molles épaisses, elle nécessite des incisions considérables et si l'on veut faire une opération complète, et non une simple décapitation du fémur suivie d'un curetage quelconque, il faut une attention très minutieuse, et beaucoup de temps et une grande expérience. Autrement l'opération échoue et l'on a tout simplement aggravé l'état du malade. Ceux qui ont l'habitude d'employer la bande d'Esmarch remarqueront qu'ils sont ici privés de ce moyen.

D'autre part cette résection est toujours une opération sésérieuse, sinon grave, et elle est parfois grave, au lieu que celle du genou est bénigne.

Enfin le genou réséqué posé sur une attelle ou dans un plâtre, les soins consécutifs sont habituellement simples. Il n'en est pas de même pour la hanche, où les pansements sont difficiles, et souvent pénibles pour le malade. Il ne s'agit pas d'une région maniable comme le genou.

Et cependant ces pansements ne peuvent être évités comme pour les autres résections. Il se produit des suintements abondants, ce qui ne saurait surprendre avec une plaie aussi vaste, le pansement est traversé, et il faut le renouveler. Il y a là une cause d'infection. Le voisinage de l'anus et des organes génitaux en fournit d'autres. La nécessité d'uriner, d'aller à la garde-robe expose le pansement à être souillé, et bien qu'on puisse dans une certaine mesure se prémunir contre ces chances d'infection, il n'en est pas moins vrai qu'on ne peut les écarter complètement.

Il n'est donc pas possible de mettre en parallèle cette résection avec celles des autres jointures. Elle est malaisée, périlleuse, incertaine dans ses suites.

Et cependant nous n'avons rien de mieux. C'est ce qu'il faut faire. Chez l'enfant réséquer le plus tard, chez l'adulte le plus tôt possible ; chez l'enfant rarement et parcimonieusement, chez l'adulte le plus largement qu'il se pourra.

Mais pas chez tous les adultes. Il en est auxquels il vaut mieux ne pas toucher. Ce sont en particulier ceux qui approchent de la vieillesse, car on observe de temps à autre des coxalgies séniles. Il faut les respecter.

Agirons-nous pour la coxalgie attardée, comme pour la coxalgie tardive? En aucune façon, quand il s'agit d'un simple réveil après une trêve plus ou moins longue : c'est souvent que l'ankylose n'était pas complète, et qu'il s'est produit une légère entorse de cette jointure ayant conservé quelque mobilité. Il est indiqué alors d'immobiliser la jointure, et le plus souvent on obtient la rétrocession de la poussée aiguë.

Habituellement ce qu'on observe c'est un abcès de voisinage autour de l'articulation ankylosée. Ces abcès sont d'un traitement relativement simple. Ils évoluent sans grande douleur, parfois sans apporter de gêne. Ils dépendent d'un petit point osseux encore malade ; ce sont des lésions partielles ; dans le reste de l'article, la tuberculose est éteinte ou sommeille. Ces cas, relativement fréquents, sont d'un pronostic bénin. On peut guérir l'abcès par tous les moyens. Il n'y a aucun besoin d'extension, ni d'appareil. L'abcès est comme un abcès ossifluent ordinaire. On peut commencer par les injections modificatrices. En cas d'insuccès ou même d'emblée, il convient de les ouvrir pour les gratter et réunir ensuite sans drainage.

Quand il n'y a jamais eu de rémission longue et complète, que toute la hanche est criblée de fistules, et qu'il existe une attitude vicieuse, l'on ne peut espérer aucune guérison durable. Des injections, des insufflations médicamenteuses peuvent à la longue désinfecter les trajets et en obtenir la cicatrisation, mais on ne peut compter que bien rarement sur un tel résultat, d'ailleurs précaire, car les rechutes doivent être la règle.

Faut-il alors tenter la résection de la hanche? On peut en effet trouver tel malade chez lequel on puisse faire une résection utile. Mais dans les cas que nous visons cette opération sera stérile. Il s'agit de malades qui ont déjà un raccourcissement de 12, 15 centimètres et même davantage ; le fémur est plus ou moins luxé, il est malade sur une grande étendue, l'os iliaque l'est aussi, les fistules s'étagent sur une hauteur de 15, 20, 25 centimètres. Il faudrait supprimer le tiers supérieur du fémur, et une partie du bassin et le membre est déjà tellement raccourci qu'il ne peut servir à la marche.

A supposer qu'on obtienne un succès opératoire, le ma-

lade garderait, en guise de membre inférieur, une sorte d'appendice ballant, sans force, sans utilisation possible.

Mais cela même il ne n'obtiendrait pas, car la plaie ne se refermerait point.

Non, si l'on peut quelque chose pour ces infortunés, c'est de les débarrasser de leur membre inférieur, en faisant suivre la désarticulation d'une résection cotyloïdienne. Il faut choisir entre cette grave opération, qui peut leur procurer la guérison définitive, et le statu quo. Je pense qu'on doit exposer cette situation au malade, et le laisser libre de choisir lui-même entre les deux alternatives.

Le fémur étant luxé ou subluxé et ankylosé, il faudra renoncer à utiliser le procédé en raquette à queue antérieure. Il est nécessaire de recourir aux procédés à lambeaux antérieur et postérieur, ou à la raquette à queue externe, et il est bon aussi de commencer par isoler le fémur en le décollant de son périoste.

Après l'ablation de la cuisse, on jugera de l'opportunité d'une action complémentaire sur le bassin. Il se peut que les lésions soient circonscrites à la cotyloïde ou à son voisinage et que l'on puisse les détruire assez simplement à l'aide de larges pinces-gouges. Mais il faut savoir se borner, et ne pas trop s'acharner après l'os iliaque, pour ne pas compromettre la vie de l'opéré. Il vaudrait mieux y revenir plus tard par une intervention secondaire, qui consisterait dans l'ablation de toutes les parties malades du bassin, peut-être même de l'os iliaque trop entier. Cependant cette ablation de tout l'os iliaque nous paraît devoir être presque toujours inutile.

La désarticulation de la hanche avec résection pelvienne est aussi indiquée dans le cas d'échec de la résection chez l'adulte. Ce sont des malades condamnés à la septicémie chronique et à une mort misérable, et s'ils sont en mesure de supporter cette intervention nouvelle, il faut essayer cette suprême ressource.

Ainsi chez l'adulte, nous pensons que le traitement de la coxalgie ne doit pas se traîner trop longuement dans les voies conservatrices. Il ne sera pas quand même et toujours opératoire. Il faut tenir compte d'un grand nombre de contre-indications relatives ou formelles, qui, dans beaucoup de cas, commandent l'abstention. Mais si l'on intervient, il faut le faire tôt, pour que cet effort ne soit pas stérile; il faut le faire largement, pour que le bénéfice n'en soit pas illusoire. C'est dans cette voie que nous devons à l'heure actuelle chercher une amélioration des résultats. Il n'est nullement certain que ce soit le traitement idéal et parfait, mais si nous pouvions seulement obtenir chez l'adulte des résultats médiocres, nous serions satisfaits.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(4 JUILLET 1900)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'**asepsie**. M. Lejars a fait un très bon discours dans lequel, après avoir étudié la question dans tous ses détails, après avoir donné des statistiques avant et après l'usage des gants pour les opérations septiques, il arrive à cette conclusion qu'il ne faut pas dire qu'on ne fait bonne chirurgie qu'en se masquant et en se gantant, mais qu'il ne faut pas dire non plus qu'il est facile de se stériliser les mains et que toutes les précautions tant vantées par M. Quénu et d'autres soient inutiles. Restant donc dans une juste mesure, M. Lejars met des gants seulement pour les opérations septiques et il démontre que depuis qu'il a recours à cette sage mesure, ses statistiques semblent s'améliorer et que, chose qui a bien son importance, ses malades opérés aseptiquement guérissent mieux. Il arrive également à cette conclusion qu'on peut faire concurremment les deux chirurgies, la chirurgie septique et la chirurgie aseptique, à condition qu'on s'entoure de toutes les précautions, parmi lesquelles il faut mettre en première ligne l'usage des gants pour les opérations septiques.

M. Reclus insiste sur cette particularité que le temps pendant lequel les mains se trouvent dans un milieu septique exerce une grande influence sur la difficulté de les stériliser ensuite, d'où l'indication de se désinfecter les mains le plus vite possible, après qu'elles ont été infectées.

Avec M. Guinard, nous entrons dans des détails très minutieux sur les divers moyens de s'aseptiser les mains, et surtout sur les susceptibilités individuelles, à l'égard de tel ou tel antiseptique : comme exemple, il cite ce fait, que, tandis qu'il assistait M. Peyrot, celui-ci ne pouvait supporter le sublimé tandis que lui-même ne peut supporter l'acide phénique, si bien que quand ils se trompaient de solution, leurs mains se trouvaient sérieusement endommagées. Quoi qu'il en soit, M. Guinard estime qu'il faut féliciter M. Quénu de l'effort considérable qu'il a tenté au point de vue de nouvelles précautions à prendre pour mieux assurer une bonne asepsie. Il l'imite donc dans la mesure du possible, se sert de gants en caoutchouc, et met tout en œuvre pour protéger ses mains continuellement contre toute infection, si bien qu'il arrive à cette conclusion que le chirurgien doit soigner ses mains, comme le ténor son larynx, le jockey son poids, la danseuse son pied, etc... Sachez vous laver les mains et surtout sachez éviter de vous les salir; c'est évidemment très juste, mais dans la réalité, il faut avouer que si on peut encore arriver à peu près à se laver convenablement les mains, il est vraiment bien difficile de ne pas se les salir quelquefois.

Comme moyens propres à les stériliser, M. Guinard insiste sur le savonnage, tel que le pratique et le préconise M. Poirier, c'est-à-dire le savonnage à outrance et tout le temps répété.

M. Guinard est également partisan du vêtement aseptique; il porte également toute son attention sur l'importance qu'il y a à ne pas souiller, au cours de l'opération, le liquide dans lequel trempent les instruments et à avoir deux plateaux, l'un dans lequel on prend les instruments, et un autre dans lequel on remet les instruments ayant servi.

Comme fils, il se sert de catgut.

En terminant, il dit quelques mots de ce qu'il appelle les septicités obligatoires; prenant pour exemple le chirurgien pêcheur à la ligne, il montre combien sont nombreuses les circonstances de la vie habituelle dans lesquelles on peut s'infecter. Pour remédier le plus possible à ces inconvénients, M. Guinard conseille de vivre, ou à peu près, toujours ganté.

Au cours de son intéressante communication, M. Guinard avait fait allusion à la cour d'aides dont a parlé M. Terrier; pouvant s'offrir le luxe de diviser ses aides en deux camps, les septiques et les aseptiques, M. Terrier répond à cela et se défend contre plusieurs reproches qui lui ont été adressés. M. Terrier a surtout cherché à simplifier et il est convaincu qu'on peut faire de bonne chirurgie avec peu de choses.

Quelques mots encore de M. Poirier sur ce savonnage des mains, auquel il attache une si grande importance, si bien que, dans son service, il se trouve constamment les mains et les bras « ensavonnés ».

Une nouvelle discussion s'est ouverte à la Société sur la **maladie kystique du sein**. Nous y reviendrons.

Parmi les présentations, citons celle qu'a faite M. Lejars, d'un malade auquel il a fait, il y a neuf ans, une **rectopexie** pour un prolapsus considérable du rectum. Les résultats sont restés très satisfaisants.

M. Poirier a eu un échec à la suite de l'emploi du procédé recommandé par M. Delorme, pour traiter un prolapsus total du rectum. Il avait enlevé chez ce malade 18 centimètres de muqueuse rectale. Ce malade est mort de septicémie.

Au début de la séance, M. Potherat a appelé l'attention sur un nouveau procédé de résection des hémorroïdes.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE
(5 JUILLET 1900)

Séance intéressante par les nombreux malades présentés et les discussions soulevées à leur sujet.

M. Dupré montre un tabétique atteint de deux arthropathies du genou avec un volume énorme de l'articulation; or la radiographie vient démontrer que cette hypertrophie n'est pas due aux extrémités du fémur et du tibia qui ont conservé leurs dimensions normales.

La malade de M. Ballet, âgée de quarante-six ans, est atteinte de **sitiomanie**, survenant par accès. Cet accès est le quatrième; comme les précédents, il s'accompagne de tristesse et de douleur morale. Aussi M. Ballet y voit-il, non une obsession morbide survenant chez une dégénérée, une monomanie chez une dégénérée, mais un signe relevant d'un état mélancolique intermittent et d'ailleurs peu prononcé.

M. Babinski présente une malade atteinte de **névrite rétro-bulbaire**. Le début a été rapide, l'amblyopie est survenue rapidement, et la malade présentait une névrite optique ressemblant tout à fait à celle du tabes. Les réflexes tendineux des jambes étaient en outre affaiblis, il s'était ainsi constitué un tableau pseudo-tabétique. Le diagnostic a été fait par l'examen du réflexe pupillaire à la lumière (la pupille gauche ne réagissant pas à l'examen direct et réagissant au contraire dans l'examen de l'œil droit) et par l'évolution de la maladie qui s'est rapidement améliorée. Il a été d'ailleurs impossible d'en déterminer la pathogénie. A l'occasion de deux autres malades présentant une association morbide, **tabes et syphilis des centres nerveux**, M. Babinski insiste sur le rôle important du tabes dans l'éclosion du tabes; il institue chez les tabétiques le traitement mercuriel intensif par les injections de calomel, obtient ainsi dans certains cas un arrêt de l'affection, aurait même amélioré deux cas d'atrophie papillaire.

MM. Léopold Lévi et Lemaire ont fait l'autopsie d'une jeune fille de dix-sept ans, entrée à l'hôpital Andral pour des phénomènes de céphalée et de torpeur intellectuelle. Ils ont trouvé les **centres nerveux farcis de 400 cysticerques**. Certains kystes étaient en état de dégénérescence granulo-graisseuse, les autres contenaient une tête de tænia avec quatre ventouses. Les auteurs insistent sur l'arrivée des embryons du cerveau par voie d'embolie.

M. Lévi demande l'avis de la Société à propos d'un cas d'**hémiplégie droite** incomplète survenue sans ictus chez une femme de trente-quatre ans à la suite d'une vive émotion, ayant intéressé la face et ayant déterminé des phénomènes d'aphasie transitoire. Douze ans après le début, il existait une pseudo-trépidation spinale du bras, qui a disparu sous l'influence de l'aimant. Mais il reste une trépidation spinale du pied. **S'agit-il donc d'une trépidation spinale vraie chez une hystérique?** La trépidation spinale de la malade ressemble en effet à une véritable trépidation. M. Babinski après examen de la malade croit à une hémiplégie organique malgré l'absence du signe des orteils pour les raisons suivantes : aphasie du début, participation du facial à la paralysie, participation du peaucier, mouvement de flexion associé de la cuisse, exagération des réflexes tendineux. Il s'agit donc, d'après lui, d'une association hystéro-organique; la trépidation spinale ne relève pas dans le cas actuel de l'hystérie.

M. Dupré a observé une **hémiplégie hystérique typique**, guérie en trois jours et chez laquelle il a pu vérifier l'exactitude des éléments de diagnostic fournis par M. Babinski.

MM. Philippe et Cestan apportent l'examen détaillé d'un malade du service de M. Raymond. Ce petit malade était atteint d'une double monoplégie brachiale avec atrophie musculaire, sans troubles de la sensibilité, et d'une démarche spasmodique avec exagération des réflexes tendineux. Ces troubles avaient suivi un accouchement laborieux avec traction sur les pieds de l'enfant. Ces auteurs ont trouvé pour expliquer la double monoplégie brachiale une **double lésion du plexus brachial**. Cette lésion siège à la partie moyenne du plexus; en outre ils ont constaté un arrachement des racines postérieures et antérieures de la région cervicale inférieure et ce double mécanisme explique fort bien la paralysie brachiale flasque. La démarche spasmodique était créée par une dysgenesie de la voie motrice, causée par une méningite corticale. Les auteurs insistent et sur les lésions médullaires causées par l'arrachement des racines et surtout sur la valeur de cette dysgenesie de la voie motrice pour expliquer l'apparition de la contracture à la suite de lésions corticales de faible intensité.

M. Piltz fait la démonstration d'un **nouveau phénomène pupillaire** : lorsqu'on fait fermer les yeux fortement à un malade et qu'on lui commande ensuite de les ouvrir rapidement, on voit que la pupille était en myosis pendant l'occlusion des paupières. Ce phénomène est assez rare chez les personnes normales, la tendance à la mydriase par suppression de l'action de la lumière due à l'occlusion des paupières, l'emportant sur la tendance au myosis. Au contraire, il devient plus fréquent chez les tabétiques et les paralytiques généraux qui ont perdu la réaction à la lumière. L'auteur l'aurait aussi observé dans deux cas de lésion de la troisième paire.

M. Piltz a déterminé chez le singe les centres corticaux antérieurs et postérieurs qui déterminent des mouvements des globes oculaires; il les a ensuite détruits et étudié les dégénérescences consécutives avec la méthode de Marchi. Il a vu que l'ablation du centre antérieur déterminait une dégénérescence dans la partie interne du pied du pédoncule et a pu suivre les fibres jusqu'aux noyaux de la troisième paire; l'ablation du centre pariétal détermine une dégénérescence de la partie externe du pied du pédoncule et les

fibres se rendraient au tubercule quadrijumeau, puis de là aux noyaux de la troisième paire.

MM. Duval et Guillain apportent le résultat de leurs intéressantes et ingénieuses recherches sur la **production des paralysies radiculaires traumatiques du plexus brachial.**

La compression des racines est impossible entre la première côte et la clavicule dans l'abaissement du bras. Dans l'élévation du bras, la compression radiculaire est impossible, parce que la portion convexe du bord postérieur de la clavicule vient butter contre les masses musculaires rétro-vertébrales, et les racines restent libres derrière la portion concave du bord postérieur de la clavicule. Dans la rétropulsion violente de l'épaule, la clavicule touche la première côte en arrière du scalène postérieur, les racines ne sont pas comprimées. La clavicule ne peut toucher les apophyses transverses, et le fait se produirait-il que leur tubercule antérieur protégerait les racines émergeant derrière lui.

La distension radiculaire, radiculo-médullaire, est le seul mécanisme susceptible d'expliquer anatomiquement la production des paralysies radiculaires traumatiques; d'ailleurs, la clinique confirme ce fait anatomique.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des hémoptysies par l'eau oxygénée.

M. André Jousset, interne des hôpitaux, a eu l'occasion d'observer dans le service de son maître, M. Chauffard, un malade atteint d'hémoptysies abondantes et rebelles à tous les traitements classiques, qui fut traité avec un plein succès par les injections intra-pulmonaires d'eau oxygénée. Chez ce malade, jeune homme d'une vingtaine d'années atteint d'une tuberculose à forme congestive et de date récente, nettement localisée au sommet droit, on employa successivement, et sans tarir ni même amender l'hémoptysie, l'ergotine, l'ipéca, l'acide gallique, le tannin en y combinant la réfrigération externe et les injections sous-cutanées de gélatine.

En présence des dangers imminents d'une syncope, le malade étant presque complètement exsangue, M. Jousset se décida à employer l'eau oxygénée, dont l'application était facilitée par la localisation précise du foyer de l'hémorragie. Il fit donc dans le deuxième espace intercostal droit, un peu en dedans de la verticale mamelonnaire et à 3 centimètres de profondeur, une injection intra-parenchymateuse d'un centimètre cube d'eau oxygénée à 12 volumes. L'injection poussée très lentement à l'aide d'une longue aiguille capillaire fut très bien supportée. Deux minutes après, le malade accusa une légère brûlure qui cessa rapidement. L'hémoptysie tomba de 200 grammes, moyenne quotidienne, à quelques crachats sanguinolents et s'arrêta définitivement le surlendemain, après une deuxième injection réclamée par le malade.

Outre l'intérêt thérapeutique présenté par cette intervention, il est bon de signaler les modifications anatomiques qu'elle occasionne : les râles humides disparurent pour faire place à un souffle intense dépendant vraisemblablement d'induration tuberculeuse, comme aussi de sclérose pulmonaire, cette dernière interprétation justifiée par des constatations expérimentales faites par l'auteur sur des animaux. L'eau oxygénée semble avoir, de plus, une action caustique qu'il faut peut-être imputer à son acidité notable.

Sans croire que cette méthode soit susceptible d'une application bien courante, M. Jousset estime qu'elle pourra s'adapter à certains cas médicaux exceptionnels où l'origine de l'hémorragie sera possible à préciser et surtout peut-être dans les hémoptysies chirurgicales.

Les vésicatoires dans le traitement de l'épilepsie jacksonnienne.

M. Huyghe, chef de clinique médicale à la Faculté de Lille, vient de publier, dans le *Nord médical*, cinq cas d'épilepsie jacksonnienne grave où il a obtenu d'excellents résultats par l'emploi répété des vésicatoires. Ce mode de traitement n'est pas une nouveauté. Récamier, Bravais, Ch. Féré, Crozes, etc., l'ont déjà recommandé. Le côté original de l'observation de M. Huyghe réside surtout dans le lieu d'application des vésicatoires.

Les auteurs, qui préconisaient leur emploi, les ont bien souvent fait appliquer aux points les plus divers, tantôt à la nuque, au bras à la jambe. Récamier se servait de vésicatoires volants, poursuivant l'aura selon qu'elle apparaissait dans diverses régions. Bravais le plaçait sur le membre qui servait de point de départ à l'attaque. Pitres, suivant la méthode de Bravais, le place à l'endroit même où se perçoit l'aura. Employant pour la plupart le vésicatoire en bracelet ces auteurs l'appliquent à la façon d'un lien entourant le bras ou la jambe intéressés. M. Huyghe a adopté la pratique de M. le professeur Lemoine qui, préférant agir directement sur les centres nerveux, applique directement le vésicatoire sur le crâne, vers la région psychomotrice. Cette région est située au delà de la suture coronale, mais ne lui est pas parallèle, son extrémité supérieure répond de 45 à 50 millimètres en arrière de cette suture, l'inférieure de 26 à 30. La région ayant été préalablement rasée et lavée, on y applique un carré de vésicatoire de 4 centimètres de long sur 4 de large, protégé et maintenu par une bande de tarlatane. Le lendemain, le vésicatoire est enlevé, la plaie pansée antiseptiquement; le jour suivant, nouvelle application. Ce traitement peut être répété sans inconvénients sept à huit fois de suite, puis, après un arrêt de quelques jours, être repris jusqu'à cessation des accidents.

Cette médication, par bien des points, semble se rattacher à l'empirisme, dit M. Huyghe, mais son action rapide dans des cas où son traitement antérieur avait échoué, son application facile, dans quelque milieu que ce soit, ne laissent pas que d'en faire un remède précieux pour le praticien (1).

L'hypodermoclyse ferrique dans le traitement de l'aménorrhée.

C'est, en réalité, l'injection sous-cutanée de sérum physiologique contenant un sel ferrique.

M. Henrotay (d'Anvers) après plusieurs essais s'arrête au glycérophosphate de fer qui donne une solution limpide; quant au chlorure sodique, il utilise des comprimés de 3 grammes p. 500 d'eau et 1 gramme du sel ferrique.

L'endroit choisi pour l'injection est le tissu cellulaire sous le sein. On ajoute de 250 à 350 grammes de solution une fois par semaine.

Dans deux cas ainsi traités, après quelques mois, le résultat fut merveilleux. L'avenir nous réserve de faire connaître la part qui revient au sérum et celle du fer.

L'acide phosphorique contre l'arthritisme.

M. Cautru conseille un traitement qui lui a donné de bons résultats et qui consiste à faire prendre aux malades de l'acide phosphorique. Il fait préparer une solution renfermant 68 grammes d'acide phosphorique officinal et quantité suffisante d'eau distillée pour un litre. Les malades prennent cette solution par cuillerées à café, et ils commencent par une cuillerée à chaque repas. Chaque cuillerée à café représente environ VIII gouttes d'acide phosphorique officinal, et III gouttes et demie d'acide phosphorique trihydraté

(1) *Nord méd.*, mai 1900.

($PhO^5 3HO$). On peut arriver progressivement à la dose de 12 à 15 cuillerées à café par jour sans inconvénients, si l'acide est bien supporté.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de province. — *Montpellier.* — Après concours, M. Bire est nommé aide de clinique des maladies des vieillards.

Marine. — M. le docteur Touchet, promu au grade de médecin principal, est affecté au service général à Lorient.

M. le docteur Glérant, promu au grade de médecin de première classe et actuellement embarqué sur la *Manche*, sera maintenu sur ce bâtiment jusqu'à son débarquement.

M. le médecin de première classe Kergrohen, du cadre de Lorient, est désigné pour aller servir à la prévôté de l'hôpital de Saint-Mandrier, en remplacement de M. le docteur Moussoir.

M. le médecin principal Foucaud est désigné pour faire partie de l'état-major de M. le contre-amiral Caillard, en qualité de médecin de division.

— Par décision présidentielle a été acceptée la démission de son grade offerte par M. Roudié, médecin de deuxième classe de la marine.

Par décret de même date, M. le docteur Roudié a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer, et affecté au port de Toulon.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 26e semaine, 799 décès, chiffre inférieur à celui des semaines précédentes et inférieur aussi à la moyenne ordinaire de la saison (865).

La fièvre typhoïde n'a causé que 4 décès (la moyenne est 5); la rougeole en a causé 21 (moyenne 23), qui sont tous survenus dans les arrondissements pauvres de la périphérie; la scarlatine, la coqueluche et la diphtérie ont causé respectivement 7 décès, chiffre voisin de la moyenne. Il y a eu 4 décès par variole (dont 2 dans le quartier de la Villette, où quelques autres cas de maladie sont signalés).

La diarrhée infantile, malgré la persistance des chaleurs, n'a causé que 34 décès de 0 à 1 an (la moyenne est 41).

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 56 décès, au lieu de 83 pendant la semaine précédente, et au lieu de 86, moyenne ordinaire de la saison.

La grippe a causé 2 décès.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs E. Collin (de Marseille), Le Mercier (du Havre).

Contre la dépopulation. — M. Piot, sénateur de la Côte-d'Or, a fait récemment distribuer aux membres du Parlement, un mémoire où il étudie les moyens d'arrêter la dépopulation. Ce projet sur lequel nous aurons l'occasion de revenir après les vacances parlementaires, comprend des réformes fiscales, des réformes militaires, des réformes coloniales, attribuant des avantages très sérieux aux familles de quatre enfants au moins; des réformes civiles portant sur la lutte contre l'alcoolisme et sur la protection de l'enfance.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Billets d'aller et retour de Paris aux frontières suisses délivrés avec des cartes d'abonnements généraux suisses.* — La gare de Paris délivre des billets d'aller et retour de 1re et de 2e classe, valables 33 jours, pour Genève, les Verrières, Vallorbes, Villers, Delle et Bâle.

Ces billets (87 fr. en 1re classe, et 64 fr. en 2e) comportent la faculté d'entrer en Suisse et d'en revenir par l'un quelconque des points ci-dessus.

Ils sont délivrés exclusivement aux voyageurs qui prennent, en même temps, une carte d'abonnement de 15 ou 30 jours, valable sur les principaux chemins de fer et lignes de navigation suisses.

Les prix des abonnements généraux suisses sont les suivants : abonnement de 15 jours : 1re classe, 60 fr.; 2e classe, 42 fr.; 3e classe, 30 fr. — id. de 30 jours : 1re classe, 100 fr.; 2e classe, 70 fr.; 3e classe, 50 fr.

Pour plus amples renseignements, consulter le Livret-Guide officiel P.-L.-M.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse ...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.021	0.010	0 010	0.029
Chlorure de sodium......	0 060	1 200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0 058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. *Emplois spéciaux*: **SAINT-JEAN**, maladies des organes digestifs; — **PRECIEUSE**, maladies de l'appareil biliaire; — **DESIREE**, maladies de l'appareil urinaire; — **RIGOLETTE**, chlorose, anémie; **MAGDELEINE**, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide / *Arséniate* » / *Phosphate* » / *Sulfate* »	*Sesqui-oxyde de fer......*	0.44
— *de chaux*		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

QUINIUM ROY
Granulé
TONIQUE FÉBRIFUGE
MAGNÉSIE ROY
DÉPOSÉ DÉPOSÉ
A. ROY, Ph^{ien} de 1re Classe, **PARIS**-Auteuil, et Ph^{ies}

TERPINE-COCA MARIANI
Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées p^r jour. Bd Haussmann, 41, Paris et ph^{ies}.

NOUVELLE TUBERCULINE T R
du Prof. **KOCH**
En Vente pour MM. les Docteurs chez **MAX Frères, 31, Rue des Petites-Ecuries, Paris.**
A la Ph^{cie} BAYARD et CERBELAUD, 89, Aven. Wagram, Paris
et chez tous les Droguistes et Pharmaciens.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF
DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTÉRIQUE, CICATRISANT
Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF
Approuvés par la haute Commission du Codex
Les trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — Se méfier des contrefaçons.

HÉMORRHAGIES

SIROP DE PENEAU
au SUC d'ORTIE

« *Le Suc d'Ortie est le remède le plus certain contre l'Hémoptysie et toutes les Hémorrhagies.* »
« Dr CHOMEL »

DOSES: 5 à 6 cuillerées par jour, d'heure en heure, suffisent contre les accidents hémorrhagiques.

La saveur de ce sirop est agréable et l'estomac ne peut souffrir de son emploi, même prolongé.

Elixir laxatif contre la **CONSTIPATION**
agréable à prendre
LIQUIDE
CASCARA ALEXANDRE
1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.
0g,50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ
19, Rue des Mathurins, PARIS

EAU PURGATIVE DE VICHY
OU
VICHY-PURGATIF
Le plus doux, le plus prompt, le plus sûr, le moins échauffant de tous les Purgatifs.
DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NEVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VIN DE BUGEAUD
TONI-NUTRITIF AU QUINQUINA ET AU CACAO
Entrepôt Général : 5, Rue Bourg-l'Abbé, Paris

EUQUININE "ZIMMER"
REND DE GRANDS SERVICES DANS LES
MALADIES INFANTILES

Même action thérapeutique que la *Quinine* dans les **Fièvres**, **la Malaria**, l'Influenza, la Fièvre typhoïde, la Coqueluche, les Névralgies.

L'EUQUININE n'a pas de goût amer, ne fatigue pas l'estomac et présente une action beaucoup moins accentuée sur le système nerveux que la *Quinine*.

VENTE EN GROS : chez **MAX Frères, 31, Rue des Petites-Ecuries, Paris.**
DÉPOT CHEZ TOUS LES DROGUISTES. — SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

VICHY
Sources de l'Etat
Administration :
24, Boulevard des Capucines.

AVOIR SOIN DE BIEN DÉSIGNER LA SOURCE

VICHY-CELESTINS MALADIES DE LA VESSIE GOUTTE. GRAVELLE
VICHY-GRANDE-GRILLE MALADIES DU FOIE ET DE L'APPAREIL BILIAIRE
VICHY-HOPITAL MALADIES DE L'ESTOMAC

PRODUITS AUX SELS VICHY-ÉTAT : PASTILLES VICHY-ÉTAT, COMPRIMÉS VICHY-ETAT

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — APPENDICITE ET ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE, par M. P. FROUSSARD, médecin consultant à Plombières. — NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE. Le régime lacté chez les diabétiques, par M. GUIHAL, interne des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 9 juillet 1900.

Est-ce l'Exposition qui nous vaut l'avalanche de prospectus dont nous sommes accablés en ce moment?

Il en est quelques-uns qui nous semblent particulièrement réjouissants. Quelle opinion ces industriels fin-de-siècle ont-ils donc du corps médical pour oser lui faire de semblables propositions?

Nous avions déjà signalé en mars dernier cet honnête hôtelier qui essayait d'engager des « médecins pisteurs » avec des tant pour cent plus ou moins alléchants. Or voici qu'un de nos confrères nous communique le poulet suivant qu'il vient de recevoir :

« La B..., le 25 mai 1900.

Monsieur le Docteur,

Je vous serai reconnaissant de vouloir bien recommander mon hôtel à vos clients et amis que vous adresserez à la B..., pour y faire une cure.

Pour vous exprimer ma reconnaissance, je vous ferai parvenir une partie de mes bénéfices et serai heureux de contribuer ainsi à vos œuvres charitables.

Veuillez agréer, Monsieur le Docteur, avec mes remerciements, l'expression de mes sentiments dévoués.

P. D. »

Plus discret, mais non moins clair, est cet autre qui accompagne ses offres de service de la phrase suivante :

« Les clients envoyés *avec une carte de vous* seront l'objet de toute notre attention, tant au point de vue des soins à leur donner et des observations que vous auriez pu faire qu'à celui des prix nécessités par les travaux, *et bonne note* en sera prise par l'administration pour vous en rendre compte. »

Il n'y a pas à en douter, si rares que soient ceux d'entre nous qui succombent à ces tentations répétées, le public mal informé s'y trompe, et confond volontiers les vrais médecins avec des charlatans comme ceux dont on veut bien encore nous communiquer la prose.

Lisez plutôt ceci :

« Madame,

Tout corset ou vêtement bien fait demande à être porté par une personne bien faite.

Sachant combien est malheureusement grand le nombre de dames ou jeunes filles qui ne jouissent pas d'une taille irréprochable, *je traite avec l'appui et les conseils de MM. les orthopédistes et premiers chirurgiens de Paris*, par le travail raisonné des muscles, les déviations de la colonne vertébrale, irrégularités des hanches ou défauts quelconques d'attitudes ou de conformation.

Je me tiens, Madame, à votre disposition, etc...

Mme Z...

CABINET D'ORTHOPÉDIE
de 1 à 2 heures.

Consultation, 10 francs. — Traitement, la séance 5 francs. »

Et voici le bouquet :

accidents infectieux compliquant la crise d'entéralgie localisée au cæcum. Plus fréquentes dans l'enfance, ces complications infectieuses qui, dans toute autre portion du côlon, n'entraîneraient que peu ou pas d'accidents locaux, acquièrent ici une gravité plus grande par suite de la présence de l'appendice, qui peut s'infecter à son tour. Encore est-il juste de faire intervenir des causes prédisposantes, dues à la longueur de l'appendice, à la position qu'il occupe par rapport au cæcum. Ces causes, toutes personnelles, peuvent favoriser la localisation microbienne au niveau de l'appendice et entrer en ligne de compte dans l'évolution ultérieure des lésions.

Ces considérations nous semblent expliquer la rareté de

S'adresser : .....

Ce vagin n'est-il pas une trouvaille?

APPENDICITE ET ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

Par M. P. FROUSSARD,
Médecin consultant à Plombières.

Jusqu'à ces dernières années, on considérait communément les accidents graves attribués autrefois à la péri-typhlite, puis avec plus de justesse à l'appendicite, comme occasionnés le plus souvent par les colites chroniques en général, par l'entéro-colite muco-membraneuse en particulier.

J. Simon (1), dans une de ses leçons cliniques, insistait particulièrement sur les symptômes prémonitoires de ces accidents. Pour lui, on devait établir la filiation suivante :

« 1° La constipation, soit simple, soit entrecoupée de périodes de diarrhée, avec rejet par les selles de matières bilieuses et glaireuses;

(1) J. SIMON. Des accidents prémonitoires des typhlites, péri-typhlites et appendicites, *Bulletin méd.*, 1891.

2° L'engorgement cæcal qui, à la suite d'alternatives de résolutions et de rechutes, peut disparaître définitivement ou aboutir à l'épaisissement des parois intestinales avec stercorémie;

3° Sous l'influence enfin des causes multiples dépendantes des aliments et des excréments, de l'action du froid, des chocs, etc., l'infection inflammatoire aiguë éclate lentement ou progressivement sous la paroi, ou avec une violence subite sur l'appendicite. »

Talamon (1), dans sa monographie sur l'appendicite, attribue une grande influence à la colite chronique dans la genèse des accidents appendiculaires. C'est elle qui est la cause de la formation des concrétions intestinales (scybales). Mais elle peut passer inaperçue et à l'examen clinique et à l'examen sur la table d'amphithéâtre. Elle peut, en effet, être légère et méconnue du malade, qui, en tous cas, ne la signale pas dans ses antécédents. Comme d'autre part les lésions anatomo-pathologiques sont « superficielles, catarrhales, elles ne sauraient laisser plus de traces appréciables, à l'œil nu, qu'une bronchite simple ou un coryza ». Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que, dans les relations d'autopsie, l'intégrité de la muqueuse du gros intestin soit souvent notée.

Ce sont ces idées qui sont admises et reproduites dans les différentes études sur l'appendicite qui parurent jusqu'en 1897-1898.

A cette époque, s'engage à la Société des hôpitaux d'abord, puis presque simultanément à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie, une importante discussion sur les rapports de l'appendicite avec l'entéro-colite muco-membraneuse.

Les opinions, qui furent soutenues au sein de ces différen-







... les discussions académiques, du moment que vous constatez, au cours d'une crise intestinale, des symptômes et des preuves d'une entéro-colite glaireuse, membraneuse, sableuse, vous n'avez rien à redouter de l'appendicite. » Dans toutes ces considérations, il ne s'agit bien entendu, que de l'appendicite vraie, et non des pseudo-appendicites, « c'est-à-dire d'accidents intestinaux éclatant dans la fosse iliaque droite, et qui peuvent ainsi donner lieu à des erreurs de diagnostic. L'appendicite ou, si l'on préfère, les accidents appendiculaires et accidents péritonéaux résultent de la transformation d'une partie du canal en une cavité close, dans laquelle s'élabore un foyer d'infection et d'intoxication dû à l'exaltation de virulence des microbes emprisonnés (3). » A côté de ces accidents qui sont franchement appendiculaires, il en est d'autres (pseudo-appendicites) qui ont un siège cæcal, véritables typhlites des anciens auteurs. Cette dernière affection, dont on ne parle plus aujourd'hui, existe cependant, mais ne s'accompagnerait jamais ni de péritonite ni de phlegmons iliaques. Elle peut se rencontrer au cours des maladies générales et des colites chroniques et, en particulier, dans l'entéro-colite muco-membraneuse ou sableuse. Elle donne lieu à des « symptômes qui vont éclater dans la fosse iliaque droite, c'est-à-dire dans des parages qui sont si voisins de l'appendice, que tels cas, qui eussent été autrefois et avec raison taxés de typhlites, sont qualifiées aujourd'hui, bien à tort, d'appendicites » (Dieulafoy).

C'est ce dernier complexus symptomatique, sur lequel le professeur Dieulafoy a attiré plusieurs fois l'attention, et dont il a donné une description précise, c'est ce dernier complexus, disons-nous, que nous avons étudié spécialement sous le nom de *Crises d'entéralgie à forme de typhlite* (*entéro-typhlo-colite*).

L'opinion inverse, qui voit dans l'appendicite une complication de l'entéro-colite, admise par la majorité des membres des diverses sociétés scientifiques, a été surtout défendue par notre maître, M. Reclus. Cependant il y a une distinction à établir. L'accord est, en général, fait au sujet de l'appendicite perforante ou non, à évolution aiguë ou suraiguë, quelle que soit la pathogénie que l'on admette. Ces formes cliniques particulières sont des plus rares dans l'entéro-colite muco-membraneuse; quand on les y rencontre, il s'agit d'une association clinique plutôt fortuite.

Mais, comme le fait remarquer M. Reclus (1), « l'appendicite n'est pas toujours cette maladie dramatique dont Dieulafoy a tracé le tableau. Il y a des formes atténuées, caractérisées par quelques douleurs du ventre, quelques troubles digestifs, quelques nausées, quelques vomissements : coliques appendiculaires, coliques à répétition que l'on sait bien dépister actuellement. »

Déjà M. Routier (2) avait fait la remarque suivante ; « Il est bien entendu que, par le mot d'appendicite, M. Dieulafoy désigne tous les accidents péritonitiques et appendiculaires qui éclatent lorsque l'appendice est transformé en cavité close, et nullement les lésions inflammatoires, ulcéreuses, fibreuses, que l'on retrouve dans les parois de l'appendice, qu'il y ait ou non oblitération du canal appendiculaire. »

Il y a donc lieu d'admettre avec ces auteurs, qu'à côté de l'appendicite suraiguë, s'accompagnant presque toujours de perforation intestinale, ou tout au moins de péritonite généralisée ou localisée, avec phénomènes toxi-infectieux plus ou moins graves, il y a des appendicites chroniques caractérisées par des « accidents légers, méconnus, presque nuls même » [Broca (3)]. Dans leur évolution, viennent se greffer quelquefois « des épisodes aigus, des crises sérieuses, graves, mortelles même ; et c'est là ce qu'on appelle les formes de l'appendicite, formes cliniquement très différentes les unes des autres » (Broca).

Actuellement ce sont ces formes d'appendicite que l'on tend à considérer plus spécialement comme complications de l'entéro-colite muco-membraneuse. Toutefois il faut reconnaître que ce n'est pas là un aboutissant fatal, ni même très fréquent de cette affection.

Dans une Revue générale toute récente, M. Beurnier (4)

(1) Talamon. *Appendicite et péri-typhlite*, Paris 1892.
(2) Dieulafoy. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1899, p. 365.
(3) Dieulafoy. Loc. cit., 1897, p. 329.

(1) Reclus. *Bull. et Mém. de l'Acad. de méd.*, 1897.
(2) Routier. Soc. de chir., 1896.
(3) Broca. *L'appendicite, formes et traitement*, 1900.
(4) Beurnier. Quelques réflexions à propos de la colite muco-membraneuse et de l'appendicite qui se produit au cours de cette maladie, *Journ. des praticiens*, 10 fév. 1900.

remarque que, sur 5 malades atteints d'appendicite ou d'entéro-colite muco-membraneuse, « un seul avait une appendicite franche, ordinaire, les quatre autres avaient la forme sourde subaiguë. » Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire la description qu'il donne de cette forme spéciale : « Chez un malade, atteint de colite muco-membraneuse, depuis un temps plus ou moins long, quelques mois en général, survient une douleur sourde, puis intense au lieu d'élection de la douleur appendiculaire. Cette douleur est augmentée par la pression en ce point précis, elle s'accompagne de quelques irradiations le long du cordon et jusque dans la direction de la hanche, mais, à part cela, elle reste parfaitement localisée. Elle se développe peu à peu sournoisement et n'arrive jamais à être vraiment aiguë. Tous ces caractères nous mènent bien loin de la douleur vive, caractéristique de l'appendicite ordinaire. Avec quelques jours de repos, un peu d'opium et, au besoin, quelques cataplasmes laudanisés, tout disparaît. »

Déjà M. Siredey, à la Société médicale des hôpitaux, en 1897, s'exprimait ainsi : « Il me semble que les phénomènes gastralgiques dont viennent de parler MM. Du Castel et Le Gendre, « phénomènes observés sur eux-mêmes, » sont extrêmement fréquents dans l'appendicite qui survient chez les constipés. Il y a là, je crois, une forme spéciale de la maladie qui est probablement liée à l'entéro-colite. Dans d'autres cas, l'appendicite s'accompagne de diarrhée fétide, et il s'agit alors d'une forme infectieuse, à marche aiguë, qui plus rapidement que la précédente provoque des perforations ou des péritonites. »

Il résulte donc nettement des quelques citations que nous venons de rapporter, parmi toutes celles que nous aurions pu reproduire :

1° Que l'entéro-colite muco-membraneuse doit compter parmi les causes pathogéniques possibles de l'appendicite, et plus particulièrement de ses formes torpides, chroniques, à poussées peu intenses, subaiguës.

Ces données cliniques cadreut aussi bien, du reste, avec les lésions appendiculaires, légères (folliculites, rétrécissements fibreux, etc.), que l'on trouve lorsqu'on est appelé à opérer à froid ces appendicites.

Cependant, on peut aussi observer chez ces malades la crise appendiculaire suraiguë ou aiguë, soit primitivement, soit à la suite de plusieurs poussées. Le plus souvent la crise appendiculaire ne survient qu'après plusieurs crises d'entéralgie généralisée ou localisée (à forme appendiculaire, gastrique, hépatique, sigmoïdite). Plusieurs de nos observations sont caractéristiques sur ce point.

2° Que, de l'avis de tous les auteurs, l'appendicite, même chronique, à poussées assez nettes pour forcer le diagnostic, est encore relativement assez rare dans le cours de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Nous ferons remarquer cependant que, dans les observations d'appendicite que l'on trouve reproduites un peu partout, les troubles intestinaux (constipation, avec ou sans crises diarrhéiques) sont signalés souvent, mais sans plus de précision. Dans un certain nombre de ces cas, d'après nous, l'entéro-colite muco-membraneuse aurait été notée, si l'attention du malade avait été particulièrement éveillée sur ce point.

Depuis les discussions que nous avons rapportées, plusieurs cas ont été publiés, sans compter ceux cités dans la thèse de Vorbe (1); nous en avons réuni quelques-uns.

Malgré cette réserve, nous ne pouvons considérer l'appendicite comme très fréquente dans le cours de l'affection qui nous occupe. Mais il y a lieu de remarquer, avec Lucas-Championnière (2), Baraduc (3), Guénard (4), que l'appendice aura d'autant plus de chance d'être intéressé au cours de l'entéro-colite muco-membraneuse, que les accidents seront plus localisés au niveau du cæcum.

C'est cette remarque qui nous permet de tenter une explication de la rareté relative de l'appendicite au cours de l'entéro-colite muco-membraneuse. D'après l'étude critique des observations que nous reproduisons, nous pouvons donc, il nous semble, émettre l'hypothèse suivante : l'appendicite paraît plus particulièrement liée aux crises d'entéro-typhlo-colite. Mais ces dernières sont assez rares, en somme, dans le cours de l'entéro-colite muco-membraneuse. Les crises d'entéralgie généralisée, de longue durée, quoique beaucoup plus fréquentes, sont elles-mêmes rares et peuvent, du reste, manquer complètement.

Nous ne croyons pas que la crise de typhlo-colite crée, à elle toute seule, la lésion appendiculaire, il y a là de surajouté un processus infectieux particulier. Si ce dernier manque, ce qui arrive souvent, l'appendicite n'a pas plus de raison pour présenter des modifications de structure, que n'en a le cæcum.

Or, on est d'accord, comme nous le verrons, pour considérer les lésions de l'entéro-colite muco-membraneuse comme insignifiantes et nullement inflammatoires, ces crises n'étant dues qu'à un spasme instestinal. Les conditions changent, quand à la suite d'une exagération de la virulence microbienne, sous une cause quelconque, surviennent des accidents infectieux compliquant la crise d'entéralgie localisée au cæcum. Plus fréquentes dans l'enfance, ces complications infectieuses qui, dans toute autre portion du côlon, n'entraîneraient que peu ou pas d'accidents locaux, acquièrent ici une gravité plus grande par suite de la présence de l'appendice, qui peut s'infecter à son tour. Encore est-il juste de faire intervenir des causes prédisposantes, dues à la longueur de l'appendice, à la position qu'il occupe par rapport au cæcum. Ces causes, toutes personnelles, peuvent favoriser la localisation microbienne au niveau de l'appendice et entrer en ligne de compte dans l'évolution ultérieure des lésions.

Ces considérations nous semblent expliquer la rareté de l'appendicite survenant dans l'entéro-colite muco-membraneuse des adultes et sa plus grande fréquence dans l'enfance où les accidents infectieux semblent plus nombreux.

Pour être complet dans l'étude des rapports de l'appendicite et de l'entéro-colite muco-membraneuse, rappelons que, pour Robin, ce sont deux modes de retentissement intestinal de l'hypersthénie gastrique, qui crée une constipation spéciale. L'appendicite serait liée à la coprostase cæcale, et l'entéro-colite muco-membraneuse à la coprostase colique et iliaque; si cette dernière est en même temps cæcale, les deux affections se rencontrent associées.

Certains auteurs enfin ont cru pouvoir admettre que l'entéro-colite muco-membraneuse pouvait n'être qu'une complication de l'appendicite. Vorbe, Broca, Beurnier s'élèvent, avec raison d'après nous, contre cette assertion.

---

(1) Vorbe. Th. de Lyon, 1898.
(2) Lucas-Championnière. Acad. de méd., 1897.
(3) Baraduc. Cité par Reclus, Acad. de méd., 1897.
(4) Guénard. Cité par Reclus, Acad. de méd., 1897.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Le régime lacté chez les diabétiques.

Par M. Guihal, interne des hôpitaux.

Le régime lacté, partiel ou exclusif, a rendu tant de services en médecine, que de nombreux auteurs ne peuvent se résigner à se priver d'un tel auxiliaire dans la thérapeutique du diabète sucré. Ses principaux avantages, qui se résument dans la diminution des fermentations gastro-intestinales et l'augmentation de la diurèse, semblent, *a priori*, devoir être particulièrement précieux aux diabétiques. Mais, comme tous les autres aliments du glycosurique, le lait doit être soigneusement étudié dans son action sur la glycogenèse. Or il contient une notable quantité de lactose, ou sucre de lait (50 grammes par litre de lait de vache), c'est-à-dire un hydrate de carbone. De telles substances, on le sait, sont susceptibles de se transformer en glucose et d'augmenter l'hyperglycémie. La présence de lactose dans le lait est-elle indifférente ou nuisible au diabétique; justifie-t-elle une interdiction absolue du lait, ou bien plus de sévérité dans sa prescription? Telles sont les données du problème.

L'action du lait sur la glycosurie est extrêmement mal connue. Si l'on se reporte aux diverses observations publiées, on se trouve en présence de faits contradictoires, disparates, non comparables entre eux. Nous rangerons ces faits en deux grandes catégories. D'une part le lait a été expérimenté dans des cas de diabètes purs, non compliqués ; on a essayé de déterminer sa valeur diabétique et de la comparer à celle des aliments les plus usuels; on a fait de l'hygiène alimentaire. D'autre part, la médication lactée a été tentée dans des cas où des déterminations viscérales l'indiquaient fortement; on a fait de la thérapeutique. Le lait peut donc ici être envisagé tour à tour comme boisson et comme médicament. Le problème se trouve ainsi simplifié, et nous pouvons dire dès maintenant que si le lait ne saurait être recommandé tout spécialement au diabétique dans son hygiène alimentaire habituelle, il n'en conserve pas moins une grande valeur thérapeutique dans des conditions déterminées. Ce sont du moins les conclusions qui ressortent de l'étude critique des observations publiées.

En tant qu'aliment, le lait n'a pas été conseillé par la grande majorité des médecins; cependant l'opinion adverse compte des partisans. Au point de vue expérimental, Bourquelot et Troisier ont vu le sucre urinaire augmenter en proportion assez exacte avec la quantité de sucre de lait ingéré; Worms-Muller affirme que la lactose est l'un des sucres qui provoque le plus aisément la glycosurie alimentaire; E. Voit, Strauss, confirment ces résultats. Au point de vue clinique, Bouchardat a vu qu'en ajoutant à l'alimentation d'un glycosurique un litre de lait, l'augmentation de sucre urinaire était de 50 grammes environ, ce qui correspond à peu près à la quantité de lactose ingéré. Pavy donne du lait à un malade chez qui un régime sévère avait fait disparaître la glycosurie; le sucre revient dès le premier jour. Külz, Lecorché, Germain Sée arrivent aux mêmes conclusions. Dujardin-Baumetz, dit que s'il est un sucre que presque aucun malade ne supporte, c'est le sucre de lait, et qu'il ne saurait trop protester contre l'usage de la médication lactée.

Cependant Bouchardat avait déjà fait une réserve; il avait observé des diabétiques chez qui le lactose était assimilé sans être éliminé sous forme de glucose urinaire : « Je ne saurais trop répéter à propos du lait, dit-il, ce que j'ai dit pour beaucoup d'autres aliments glycogéniques : vérifiez rigoureusement avec la balance l'influence du lait intervenant dans l'alimentation de chaque glycosurique individuellement. S'il l'utilise, continuez-en l'usage, sinon modérez-en l'emploi ou supprimez-le. Chaque malade a son équation idiosyncrasique pour chaque aliment glycogénique en particulier. »

Ces considérations expliquent que le lait ait pu être conseillé comme une boisson du diabétique. Dongkin même, en Angleterre, exagérant les bons résultats obtenus, a voulu faire du régime lacté le régime alimentaire par excellence du diabète sucré. Remarquons cependant que Dongkin lui-même ne considère le régime lacté absolu que comme un régime préparatoire. En effet, son malade commence par prendre 3 litres de lait et bientôt 6 litres, sans autres aliments; quand le sucre a diminué, il arrive peu à peu par transitions insensibles à un régime mixte (lait, viande, légumes verts). Dongkin a publié huit observations à l'appui de son dire; deux seulement peuvent paraître réellement probantes. Son exemple a été peu suivi. Cependant MM. Charrin et Guillemonot ont publié deux observations analogues. Un malade a ingéré 4 litres de lait par vingt-quatre heures, ce qui fait environ 160 grammes de lactose, durant deux semaines; pendant ce temps il a éliminé 15 grammes de sucre, au lieu de 60, chiffre initial. Une femme absorbe 120 grammes de lactose par jour, et sa glycosurie diminue.

On peut donc revenir aux conclusions de Bouchardat, que nous citons plus haut. Il semble bien que, dans un régime alimentaire habituel, le lait puisse être conseillé, car c'est, par sa composition, un excellent aliment; mais le médecin devra se tenir prêt à le supprimer, sitôt que le taux de la glycosurie l'indiquera. Les faits dans lesquels l'action bienfaisante du lait a été suffisante pour justifier le régime intégral sont vraiment exceptionnels; mais, en tant qu'aliment, le lait peut être toléré par beaucoup de diabétiques, et même leur être de quelque utilité.

Quelques auteurs ont proposé de recourir aux laits artificiellement privés de sucre. Wright, cité par Lépine, emploie la préparation suivante : on ajoute au lait trois ou quatre parties d'eau acidulée avec de l'acide acétique; on précipite ainsi la caséine et la graisse. On filtre sur du calicot; on lave le précipité et on le redissout dans une solution salée de composition analogue au sérum du lait. Williamson dilue la crême dans l'eau. Enfin le koumyss, le képhir ont été prescrits.

D'après ce qui précède, on peut déjà prévoir que, si le régime lacté se trouve spécialement indiqué par une détermination viscérale, la présence de la glycosurie diabétique ne constituera pas une contre-indication absolument formelle. Bien plus, des observations récentes dues à MM. Œttinger et à Mathieu semblent prouver que, lorsqu'il existe de l'albuminurie, le régime lacté, en même temps qu'il améliore les troubles dus à l'insuffisance rénale ou cardiaque, diminue parallèlement le taux de la glycosurie.

Le premier malade de M. Œttinger présente, depuis 1879, des signes de néphrite chronique auxquels sont venus se joindre, en 1896, les symptômes d'un diabète sucré, très nets. L'albuminurie, l'œdème des membres inférieurs, la myocardite chronique, se trouvent alliés à une polydypsie excessive, à une glycosurie de 240 grammes par vingt-quatre heures. Le malade est traité comme un brightique,

par le régime lacté absolu, et, cinq jours après, en même temps que les signes d'insuffisance rénale s'améliorent, toute trace de sucre disparaît des urines. Au bout de huit jours, la reprise du régime ordinaire s'accompagne d'une recrudescence de la glycosurie, qui monte jusqu'à 165 grammes. C'est alors que M. Œttinger prescrit un régime mixte (1500 grammes de lait, œufs, viandes, légumes verts), lequel fait de nouveau tomber la glycosurie à zéro. Depuis ce temps la guérison s'est maintenue. Dans un second cas, un diabétique goutteux, albuminurique et dyspeptique, soumis au régime lacté exclusif, arrive à ne plus éliminer que 13gr37 de sucre, au lieu de 41gr37, chiffre initial, cependant que les autres troubles morbides s'amendent notablement. Chez un troisième diabétique en proie à des accidents urémiques menaçants, le régime lacté exclusif n'augmente pas le taux du sucre. M. Mathieu a soumis deux diabétiques au régime lacté : chez l'un d'eux, qui présentait en même temps une légère albuminurie et de l'urémie dyspnéique, le sucre a disparu de l'urine; chez l'autre la glycosurie a persisté; elle augmentait lorsqu'on élevait la quantité de lait prise dans les vingt-quatre heures.

Ces observations présentent un très grand intérêt. Elles montrent, en effet, que le régime lacté peut être prescrit sans craintes aux diabétiques présentant de l'insuffisance rénale ou des troubles dyspeptiques. Il semble même que, dans ces cas, l'amélioration obtenue s'étende aux manifestations purement diabétiques, telles que la glycosurie et la prolydypsie. Le lait possède donc ici un double avantage, et, dans ces conditions toutes spéciales, devient un véritable médicament antiglycosurique, semble-t-il. La présence de la glycosurie n'est nullement un obstacle au régime lacté, toutes les fois que ce régime s'impose à l'esprit du médecin; cette glycosurie ne doit pas entrer en ligne de compte, et peut être même constitue-t-elle un argument de plus en faveur du lait.

M. Dreyfus-Brisac résume ainsi les indications du régime lacté : « Pour notre part, dit-il, nous ne l'employons que dans les cas où les fonctions digestives sont très altérées, où l'estomac se refuse à l'ingestion soit de la viande, soit des corps gras, où surtout l'acétonémie est imminente. Alors, mais alors seulement, nous avons eu à nous louer du régime lacté mixte ou même absolu suivi pendant quelques jours, jusqu'à ce que la réaction de l'acétone dans les urines et les troubles digestifs aient disparu; chez certains diabétiques, à la période de cachexie, il rendra à ce titre de grands services. » D'après ce qui précède, on peut ajouter à ces indications celles qui découlent d'une dégénérescence rénale ou d'une insuffisance cardiaque. Revenant à notre division première, nous dirons en terminant que, en tant qu'aliment du diabétique, le lait mérite d'être surveillé de près, mais que, lorsqu'il s'élève à la hauteur d'une médication, son action semble réellement très bienfaisante, dans la grande majorité des cas.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(6 JUILLET 1900)

L'étude de la **perméabilité pleurale** aura, sans aucun doute, plus tard, des résultats pratiques fort importants. Elle ne fait que commencer, mais les travaux qui, actuellement se poursuivent, font présager ces résultats. Depuis quelques mois, MM. Castaigne, Renon et d'autres ont publié à ce sujet des recherches intéressantes. M. Widal apporte à son tour une importante contribution à cette étude. Les observations sont, à la vérité, encore en petit nombre, elles valent surtout par le soin avec lequel elles ont été prises et par les expériences auxquelles elles ont donné lieu.

L'étude de la perméabilité pleurale, pour M. Widal, doit se faire en deux temps : le premier temps est celui de l'injection sous-cutanée, le second celui de l'injection intra-pleurale. Le liquide de choix pour l'injection paraît être le salicylate de soude, et cela pour deux raisons : d'abord parce qu'il s'élimine rapidement, ce qui est une condition de la plus haute importance; ensuite, parce que son dosage est relativement très facile. L'injection est, à la vérité, un peu douloureuse; on peut obvier à cet inconvénient en ajoutant une petite quantité de cocaïne au liquide injecté. En général l'élimination du salicylate de soude se fait en quinze heures; la totalité du sel éliminé est de 17 à 20 centigrammes.

Voici les résultats de la double injection, dans cinq cas de pleurésie séro-fibrineuse de conditions étiologiques différentes.

Le premier malade était atteint de pleurésie tuberculeuse typique; on constatait du côté opposé à la pleurésie quelques signes d'induration, et l'inoculation du liquide pleural au cobaye fut suivie d'une tuberculisation généralisée et rapide. En inoculant 0gr30 centigrammes de salicylate de soude par la voie sous-cutanée on trouva l'élimination normale; après injection intra-pleurale, il y eut à la fois retard dans l'élimination (vingt-quatre heures) et diminution de la quantité de salicylate éliminé (14 centigrammes).

Le deuxième malade était un asystolique, avec foie et rein cardiaques et épanchement pleural du côté gauche. L'autopsie démontra que la pleurésie était uniquement de cause mécanique; il n'y avait ni néo-membrane ni fausse membrane sur la plèvre, ni trace aucune de tuberculisation du poumon.

L'injection sous-cutanée démontra que la durée de l'élimination était retardée (vingt-sept heures), que la quantité de l'élimination était normale.

L'injection intra-pleurale démontra que l'élimination était moins retardée (vingt-cinq heures), que la quantité de l'élimination était plus grande. Dans ce cas, donc, la perméabilité pleurale était presque augmentée.

Une troisième observation a trait à un brightique porteur d'une pleurésie gauche. L'inoculation sous-cutanée donna comme quantité 11 centigrammes, comme élimination vingt-quatre heures; l'inoculation intra-pleurale donna comme durée de l'élimination vingt-sept heures, comme quantité 11 centigrammes et demi.

Chez un quatrième malade asystolique, par l'inoculation sous-cutanée on obtint : durée vingt-quatre heures, quantité 13 centigrammes; par inoculation intra-pleurale on eut : quantité 8 centigrammes, durée vingt-quatre heures.

Enfin, chez un cinquième malade, porteur d'une pleurésie survenue au déclin d'une pneumonie, l'inoculation sous-cutanée donna comme durée quinze heures, comme quantité d'élimination 13 centigrammes; l'inoculation intra-pleurale fut *extrêmement retardée* jusqu'à la trente-neuvième heure; la quantité de l'élimination fut à peu près normale. On peut, dans ce cas particulier, expliquer le retard considérable de l'élimination par la présence d'une fausse membrane fibrineuse recouvrant le poumon et empêchant la substance d'être éliminée.

M. Castaigne a de nouveau repris l'étude de la perméabilité pleurale et s'est surtout attaché à l'examen de deux points

particuliers à savoir : 1° l'étude de la perméabilité pleurale de dehors en dedans : pour cela il a donné le salicylate de soude chez douze malades atteints de pleurésie ; chez cinq seulement il y a eu élimination, et seulement dans les cas où la pleurésie était tout à fait à son début ; 2° l'étude cryoscopique du liquide pleural. Dans presque tous les cas, le point de congélation du sérum et du liquide pleural étaient les mêmes. Dans les cas précités, il y eut une différence assez sensible : le point de congélation du liquide pleural parut augmenté ; d'où cette conclusion que par cette méthode on peut saisir le moment où la pleurésie est encore à son stade d'augment. Quand le processus actif est terminé, le passage du salicylate dans le liquide pleural ne se fait plus ; on peut déduire ainsi cette conséquence pratique que la thoracentèse ne doit pas être faite pendant la période d'augment.

M. Rendu, tout en appréciant la valeur de ces recherches et tout en étant convaincu de leur portée future, fait remarquer qu'il faut, avant tout, tenir compte de l'état du poumon sous-jacent, et que, tant que cette notion ne sera pas acquise de façon certaine, on n'obtiendra que des résultats approximatifs, la plèvre étant avant tout fonction de l'état du poumon.

C'est un bien curieux malade que présentèrent MM. Renon et Dufour ; bien curieux puisque ni eux ni les autres ne peuvent sur lui faire de diagnostic plausible : chez cet homme, les antécédents héréditaires sont sans intérêts ; vers l'âge de douze ans, il eut une crise de douleurs généralisées qu'on dénomma rhumatismes ; le malade fit son service militaire, et vers la fin fut repris des mêmes manifestations rhumatismales ; bientôt un petit nodule apparut au niveau du pli du coude du côté gauche, ce nodule fut suivi d'une poussée de petits nodules secondaires, qui bientôt se généralisèrent à tous les téguments.

Actuellement, on perçoit, presque partout sur son corps et surtout à la racine des membres, de petites nodosités exclusivement sous-cutanées ; elles sont dures, aplaties ou globuleuses. On dirait que la peau est bourrée de grains de plomb. L'examen biopsique démontra que ces nodosités sont constituées par des concrétions de phosphate de chaux, analogue à celui qui entre dans la composition des os.

De quoi s'agit-il ? A coup sûr ce n'est pas la goutte, ce n'est pas la myosite ossifiante, ce n'est pas l'épithélioma calcifié des glandes sébacées, dont la description a été donnée en 1880 par Malherbe ; c'est plutôt un syndrome à rapprocher de celui de Recklinghausen, mais il s'en éloigne encore par de si nombreux signes qu'on est obligé de s'abstenir d'une conclusion positive.

M. Merklen présente une femme atteinte d'**ictère chronique**, de cet ictère dit « acholurique ». La teinte jaune de la peau n'est pas absolument celle de la jaunisse classique, elle rappelle ce que l'on nommait autrefois xanthodermie ou xanthochromie, dénominations qui semblaient d'autant plus légitimes que les urines ne contiennent pas traces de pigments biliaires. C'est seulement l'examen du sérum sanguin teinté et à réaction de Gmelin positive, qui supprime toute hésitation. La pathogénie de ces faits est encore obscure ; certes la théorie qui cherche à les expliquer par l'imperméabilité rénale est à coup sûr insuffisante, puisque, dans le cas actuel au moins, la perméabilité au bleu était normale, la substance passant dès la première heure.

M. Béclère a étudié, à l'aide des rayons Rœntgen, les **déplacements pathologiques du médiastin pendant la respiration**. Il estime que ces déplacements sont la conséquence d'une sclérose pulmonaire unilatérale, et beaucoup plus rarement le signe d'une sténose bronchique.

Enfin, M. Rendu a terminé cette séance déjà fort chargée par la lecture d'une observation typique de **syringomyélie**.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les méthodes de préparation et de coloration du système nerveux (1), par Bernard Pollack. Traduit de l'allemand par M. J. Nicolaïdi.

Depuis quelques années, nos connaissances sur la structure normale de l'axe nerveux se sont profondément modifiées, grâce au perfectionnement de la technique et à l'emploi de méthodes nouvelles.

Le temps n'est plus, en effet, où l'on appliquait à l'étude du système nerveux les colorations habituelles : la méthode de Golgi, basée sur l'emploi des sels d'argent, l'injection intra-veineuse de bleu de méthylène (Ehrlich), les méthodes de Nissl, de Weiggert, de Marchi sont aujourd'hui presque universellement adoptées : les résultats qu'elles ont déjà donnés ont permis d'établir sur des bases inébranlables la théorie du neurone.

Le livre de M. Pollack vient donc à son heure ; écrit avec une précision et une simplicité éminemment pratiques, il facilitera singulièrement l'usage des méthodes que nous rappelions plus haut : nous ne saurions lui faire ici qu'un reproche : c'est l'injuste mépris dans lequel il semble tenir les colorations au picro-carmin. L'utilité de semblables colorations est cependant extrême : ne révèlent-elles pas bien souvent des plaques de sclérose que le Weiggert-Pal n'avait point mises en évidence ? N'est-ce pas à l'aide du picro-carmin que M. Ranvier a si magistralement décrit la structure des cellules et des fibres nerveuses ? Nous persisterons donc à nous servir du picro-carmin convenablement préparé. Ces quelques réserves faites, nous ne pouvons que conseiller vivement la lecture de l'excellent livre de M. Pollack. L. B.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

381. M. Santos. Les récentes recherches sur l'agglutination des microbes. (Le sérodiagnostic.) — 382. M. Poirier. Des abcès pharyngiens simulant l'adénite ou l'adéno-phlegmon sous-maxillaire. — 383. M. Mercier. Contribution à l'étude clinique des infections généralisées de l'organisme humain par les staphylocoques pyogènes. — 384. M. Kazandjieff. Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les inunctions avec la pommade au calomel. — 385. M. Gutman. Les eaux minérales de Siradan (Hautes-Pyrénées). — 386. M. Bochory. Contribution à l'étude des tumeurs du testicule (les tumeurs testiculaires, type épithélial). — 387. M. Lazard. Des tumeurs primitives malignes de la voûte cranienne. — 388. Mme Deloff. De la méningo-encéphalocèle et de son traitement par l'extirpation. — 389. M. Roux. Les lésions du système grand sympathique dans le tabes et leur rapport avec les troubles de la sensibilité viscérale. — 390. M. Gérin-Lajoie. Quelques considérations sur la pneumonie. — 391. M. Labussière. Recherches sur l'acétonurie et le coma diabétique. — 392. M. Langlois. La sonde vésicale à demeure. — 393. M. Mathieu. Contribution à l'étude de la péri-annexite tuberculeuse. — 394. M. Paon. Résultats éloignés de la trépanation dans l'épilepsie. — 395. M. Rosenthal. Recherches sur les bron-

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Carré et Naud.

cho-pneumonies aiguës. — 396. M. METTETAL. Valeur de la tuberculine dans le diagnostic de la tuberculose de la première enfance. — 397. M. PORCHERON. Essai de traitement de la variole hémorragique par le sérum gélatiné. — 398. M. POLACK (Aron). Rôle de l'état de réfraction de l'œil dans l'œuvre du peintre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Asiles d'aliénés de la Seine. — Le docteur Taguet, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, est nommé médecin en chef de Maison-Blanche.

Le docteur Vigouroux, médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, détaché à la colonisation familiale, est appelé à remplir ses fonctions à l'asile de Vaucluse (division des hommes).

Le docteur Lwoff, médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés de la Seine, détaché à la colonisation familiale, est nommé médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine et chargé de la direction de la colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier).

Marine. — M. le médecin de première classe Rousseau, du cadre de Lorient, est désigné pour aller remplacer sur l'*Amiral-Charner* (attaché à la division navale de l'Extrême-Orient) M. le docteur Borius.

M. le médecin de première classe Cras, du cadre de Toulon, ira remplacer sur la *Rance* (mission hydrographique à Madagascar) M. le docteur Joly.

MM. les médecins de première classe Lacarrière et Forgeot, du cadre de Lorient, sont désignés pour embarquer, le premier sur le *Bugeaud*, en armement à Toulon, et le second sur le *Chasseloup-Laubat*, en armement à Cherbourg.

XIIIe Congrès international de médecine (Paris, 2-9 août 1900).— A partir du lundi 30 juillet, des salles spéciales et indépendantes, dans les bâtiments de la Faculté de médecine, seront mises à la disposition des comités nationaux de chaque pays. Chacune de ces salles servira de lieu de réunion aux congressistes de même nationalité.

MM. les membres du Congrès trouveront également à la Faculté de médecine, un bureau de postes et télégraphes, qui fonctionnera pendant toute la durée du Congrès et à partir du 30 juillet.

MM. les congressistes pourront, de la sorte, faire envoyer leur correspondance à l'adresse suivante : « M. le docteur X..., membre du XIIIe Congrès international de médecine, à Paris. »

La lutte contre la tuberculose. — Conformément à la délibération du Conseil municipal de Paris, en date du 16 mars 1900, on vient de placarder dans Paris des affiches ainsi conçues :

Avis. — Dans l'intérêt de la santé publique et pour enrayer la propagation de la tuberculose, on est prié de ne pas cracher par terre.

Le saturnisme chez les électriciennes. — Au cours de la dernière séance du Conseil d'hygiène, M. Proust a signalé une cause de saturnisme qui avait passé jusqu'ici inaperçue en France. Il a pu observer plusieurs cas de saturnisme chez des ouvrières électriciennes employées dans une fabrique d'accumulateurs pour automobiles électriques.

Ces femmes malaxent une pâte à base d'oxyde de plomb et en induisent de petites baguettes qu'elles frappent dans un moule ou dont elles enlèvent les bavures en les passant dans un anneau.

Ces accidents avaient déjà été signalés en Allemagne et en Suisse chez les ouvriers qui fabriquent des électrodes.

M. Proust a proposé au conseil d'hygiène de comprendre les fabriques d'accumulateurs électriques parmi les établissements classés et de rechercher s'il n'y aurait pas moyen d'apporter dans les procédés de fabrication des modifications capables d'éviter la reproduction de ces accidents.

Le conseil d'hygiène a adopté les conclusions du docteur Proust.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alexandre Reignier (de Vichy); Ernest Schutzenberger (de Paris).

Erratum. — L'intéressant article sur « Les Nourrices dans le Morvan » (n° 76) est de M. le docteur Guénot (de la Roche-en-Brenil) et non de M. le docteur Guénon.

Le Directeur-gérant : François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 79. — JEUDI 12 JUILLET 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 12 JUILLET 1900. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » . — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas samedi.

SOMMAIRE. — De la valeur des recouvrements organiques dans la régénération des épithéliums, par MM. J.-C. Platon, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique à l'École de médecine de Marseille, et O. Platon, étudiant en médecine et ès sciences naturelles. — Séance de l'Académie de médecine. — Médecine pratique. De la viande crue dans la cure de la tuberculose. La zomothérapie. — Revue de la Presse. *Chirurgie :* Le gant de vernis « Sœhnée » pour la protection des mains du chirurgien et de l'anatomiste. — Chronique et nouvelles scientifiques.

DE LA VALEUR DES RECOUVREMENTS ORGANIQUES

DANS LA RÉGÉNÉRATION DES ÉPITHÉLIUMS

Par

Jules-Charles Platon, Ancien interne des hôpitaux, chef de clinique à l'École de médecine de Marseille.

Odilon Platon, Étudiant en médecine et ès sciences naturelles.

Le 10 janvier dernier, se présentait à notre dispensaire le nommé Joseph B..., porteur au bras et à l'avant-bras de brûlures causées par le liquide enflammé d'une lampe à souder qui fit explosion. A l'avant-bras apparaissait à la face antérieure une plaie siégeant au niveau du ligament annulaire jusqu'au quart supérieur; au bras, la brûlure s'étendait du niveau de l'épitrochlée jusqu'au bord inférieur du deltoïde au-dessous du pli axillaire, le tout sur une longueur de 5 à 7 centimètres tant au bras qu'à l'avant-bras.

La brûlure, grave par son étendue, n'avait cependant intéressé que les téguments. Elle fut traitée par des pansements kératinisants à la solution picriquée ordinaire; tandis que l'impuissance du membre était combattue par des mouvements passifs journaliers.

Tandis que peu à peu la plaie de l'avant-bras se cicatrisait, avec lenteur cependant, celle du bras tardait à s'améliorer tendant plutôt à la suppuration. Sous l'influence de pansements journaliers à l'aristol et d'attouchements à la solution phéniquée à 50 p. 1000, la plaie revint lentement à un aspect bourgeonnant, mais sans que la cicatrisation, terminée pour l'avant-bras, fît de notables progrès.

Le 27 février, plus d'un mois après l'accident, le bras présentait l'aspect suivant : à la face interne et à environ 2 centimètres du pli de l'aisselle, une plaie de forme ovalaire mesurant 4 centimètres suivant son grand axe dirigé obliquement et 32 millimètres dans sa plus faible largeur; plus bas, à 1 centimètre et demi de la première, une seconde plaie rectangulaire de 4 centimètres et demi sur 8 centimètres et demi, à contours irréguliers.

Les pansements secs à l'aristol ne modifiant en rien cette situation, on essaya durant quelques jours des pansements aseptiques à l'eau bouillie légèrement salée (5 grammes par litre) qui nous ont donné ailleurs de si beaux résultats (1); mais cette pratique fut également vaine.

C'est alors que, nous souvenant d'un article de M. le docteur Amat (2), paru en février dans la *Gazette des hôpitaux*, sur un procédé de greffe épithéliale à l'aide du feuillet interne de la membrane coquillère de l'œuf de poule, procédé justement employé à la réparation de vieilles brûlures, nous eûmes l'idée de tenter sur notre malade cette application.

La plaie y fut préparée par un pansement humide aseptique et des bains d'eau bouillie salée. Après un lavage minutieux des surfaces mises à nu, le 7 mars, on couvrit la plaie tout entière de lambeaux de membranes coquillères d'un œuf frais pondu. Cependant, nous nous écartâmes de la technique indiquée par M. Amat, en ce que nous ne pûmes séparer le feuillet interne et appliquâmes la membrane dans son intégrité. D'autre part, au lieu de semer simplement des petits carrés de 5 millimètres de côté, nous avons recouvert complètement les deux plaies. Nous plaçâmes au-dessus de la plaie ainsi *habillée* une feuille d'étain stérilisée, non tant pour nous servir de repère, puisque toute la plaie était couverte, que pour maintenir et protéger les morceaux de membrane.

Là-dessus, pansement sec à l'ouate hydrophile et légèrement serrée.

Comme la suppuration était très faible à ce moment, on laissa les choses en état durant quatre jours et le 12 mars le pansement fut levé.

La feuille d'étain adhérait alors assez intimement avec les bords sains des deux plaies et fut assez difficile à enlever sans entamer l'épiderme assez friable; en quelques endroits on dut en laisser plusieurs fragments.

Sur la plaie elle-même cette feuille métallique se leva fort bien, d'*autant qu'au-dessous d'elle la membrane coquillère était intacte*. Celle-ci, enlevée, laissait apercevoir sur les deux plaies un semis d'îlots blanchâtres qui semlaient fort être des îlots épidermiques, mais nous en réservâmes l'interprétation pour plus tard.

(1) Platon. Contribution à l'étude des pansements aseptiques, in *Marseille méd.*, 1897.

(2) *Gaz. des hôpit.*, 3 fév. 1900.

Ces îlots, au nombre de 3 pour la petite plaie et de 11 pour la grande, apparaissaient disséminés plus ou moins régulièrement au milieu des bourgeons charnus.

On fit un pansement aseptique à l'eau bouillie stérile, pansement qui fut renouvelé deux jours après. A cette époque les îlots blanchâtres précédemment décrits s'étaient accrus en surface et présentaient l'aspect d'un fin réticule.

Plusieurs jours se passèrent et bientôt sous les pansements simplement protecteurs, apparut *un épiderme* nettement caractérisé, d'une épaisseur extrêmement faible au début, mais qui s'épaissit bientôt, et toute la plaie fut recouverte de peau saine en huit jours.

Telle est l'observation que nous avons recueillie. Rappelons que la première mention qui fut faite de ce procédé, le fut par le docteur Amat, médecin-major, dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaire*, en 1895, et que M. Max Schüller le décrivit en septembre 1899 dans un périodique allemand analysé dans la *Gazette des hôpitaux* (1-2) dont voici l'extrait :

« Le docteur Max Schüller décrit une méthode qu'il emploie avec succès pour accélérer la cicatrisation et la restitution *ad integrum* de grandes surfaces cruentées. Sa méthode est basée sur l'emploi de la membrane qui revêt la paroi interne de la coquille de l'œuf : la face de la pellicule qui baigne dans l'albumine est appliquée sur la plaie, préalablement aseptisée, et maintenue en place par un pansement. Au bout de quatre jours, *en écartant la membrane*, on voit au-dessous une surface blanc-bleuâtre formée d'éléments épithéliaux. »

Nous regrettons de n'avoir pu nous procurer l'article de Max Schüller pour avoir le détail de ses observations; néanmoins cet extrait contient les indications nécessaires pour s'assurer que la méthode et les résultats sont semblables à ceux que nous avons employés et observés.

M. Amat publia avec détail trois observations, et exposa son manuel opératoire qui consiste à semer des carrés espacés de membrane coquillère sur la plaie dont il cherche la réparation. Nous citons ici les passages de son article, importants au plus haut point pour l'explication probable du processus réparateur.

« ... Enlevant, quatre jours après, le pansement, je retrouvai avec peine cinq petits fragments du tissu transplanté, sans remarquer aux divers endroits où ils avaient été placés rien de sensiblement apparent. Je croyais donc à un échec *lorsque le lendemain*, examinant à nouveau la plaie, je distinguai un, puis deux points grisâtres... Les deux premiers points qui avaient fixé mon attention quatre ou cinq jours auparavant étaient bien des îlots cicatriciels. »

Ainsi donc, le fait existe; imaginé par Amat, employé par Schüller et par nous, ce procédé a donné chaque fois des résultats. Au point de vue clinique ce procédé semble à recommander, car il ne coûte au malade aucune souffrance et sera par cela même plus facilement accepté que les plasties ordinaires de la greffe animale.

Au point de vue physiologique et biologique l'interprétation de ces faits est assez délicate. Il faut noter, en effet, que l'on appliqua sur la plaie une substance albuminoïde anhyste et que, par conséquent, le mot de greffe employé par nos prédécesseurs est impropre au premier chef. Il ne peut y avoir greffe que là où il y a tissu organisé; or, la membrane coquillère de l'œuf de poule n'est qu'une concrétion albuminoïde sans aucune constitution anatomique et où la vascularisation, qui avait attiré l'attention de M. Amat, n'a d'autre valeur que celle d'impressions digitales.

(1) Max Schüller. *Monats. f. unfallh.*, n° 9.
(2) *Gaz. des hôpit.*, 25 janv. 1900.

On ne peut donc expliquer en l'occurrence, la néoformation de l'épiderme par un phénomène de greffe proprement dite, d'autant que la membrane appliquée sur la plaie fut enlevée avec le premier pansement et que ce fut au-dessous d'elle que nous notâmes ce semis d'îlots blanchâtres qui devait donner de l'épithélium. M. Amat, de même, remarque que ce ne fut que deux jours après avoir enlevé les carrés disposés sur la plaie qu'il découvrit aux points d'application quelques points grisâtres *fertiles*. Max Schüller est aussi affirmatif et c'est « en écartant la membrane » quatre jours après l'application qu'il aperçut des taches d'un blanc bleuâtre fournies par une couche d'éléments épithéliaux.

Quel a donc été le processus qui a présidé à ces néoformations loin du liséré cicatriciel classique?

D'aucuns, avec Billroth (1), pourraient songer que la plaie ne fut que superficielle et que certains éléments profonds de la couche de Malpighi ou quelques glandes sudoripares comme le veut Schœrs aient survécu et proliféré. C'est du moins une opinion souvent émise pour expliquer l'apparition de ces îlots cicatriciels loin des bords cicatrisants de la plaie, opinion récemment encore soutenue par Branca (2).

Mais si l'on considère que la brûlure fut causée par un liquide enflammé, circonstance qui permet de supposer que la destruction des tissus fut assez profonde, et que d'autre part on se souvient que la plaie suppura durant plus de quinze jours et fut pansée durant un mois et plus au moyen d'antiseptiques et d'attouchements à l'eau phéniquée à 50 p. 1000, on conviendra qu'il est peu probable que ces éléments aient eu encore une vitalité suffisante (au cas où ils eussent existé et résisté) pour donner, *en quatre jours de pansements aseptiques*, des îlots aussi nombreux et aussi vivaces.

Il est inutile aussi de fonder l'explication de ces néoformations sur une *greffe accidentelle* produite par un procédé semblable à celui rapporté par Scheininger (3), qui montre le rôle plastique de cheveux laissés ou tombés accidentellement dans la plaie et qui possédaient encore quelques éléments péri-bulbaires. Comme on l'a vu dans l'observation, la surface cruentée fut nettoyée et detergée de la plus complète façon. D'autre part, nous ne pouvons invoquer le processus noté par MM. Cornil et Carnot, dans leurs publications sur les régénérations des muqueuses (4) et qu'ils ont appelé *greffe épithéliale spontanée*, et ce, pour deux raisons :

Nous objecterons tout d'abord comme à la *greffe accidentelle* que la plaie fut toujours tenue extrêmement propre et constamment débarrassée de tout corps étranger; et ensuite que, si les éléments épithéliaux du voisinage avaient dû donner lieu à une greffe accidentelle, il y aurait eu autant de raison de la voir se produire au moment où nous essayâmes les pansements aseptiques qu'à l'époque où nous fîmes le recouvrement à l'aide de la membrane coquillère. Or, si l'on s'en souvient, les pansements aseptiques ne donnèrent aucun résultat. Nous sommes en droit de ne pas admettre *pour notre cas* cette explication.

(1) Billroth. *Pathologie chirurgicale générale*, 1878, trad. Trave.
(2) Branca. *Journ. d'anat. et de physiol.*, 1899.
(3) Scheininger. Munich 1875.
(4) Cornil et Carnot. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1897; — *Rev. méd.*, 1898; — *Arch. de méd. expér.*, 1898.

Donc, l'excitation qui a provoqué cette prolifération épithéliale ne paraissant pas venir d'éléments semblables restés dans la plaie ou accidentellement amenés sur celle-ci, il faut chercher ailleurs leur origine.

Dans les théories générales de la biologie de Spencer, de Vries, Hertwy, Darwin, sur la structure du protoplasma et l'essai qu'ont fait ces hommes éminents d'une théorie générale de la vie, nous ne trouverons point l'explication nette des faits observés par Amat, Schüller et nous. Car, comme le fait fort justement remarquer M. Bard (1), les gemmules de Darwin (2), les unités de Spencer (3), les idioblastes d'Hertwig (4), et les particules idioblastiques de Nægeli (5) sont *absolument spécifiques*. Les hypothèses basées sur leur existence problématique n'éclaireraient pas la question, car, au cas où leur spécificité n'aurait pas l'austérité de l' « omnis cellula e cellula ejusdem generis » de M. Bard (6), il faudrait encore chercher par quel procédé ces éléments composants auraient été déterminés à former un épithélium seulement *lorsque l'on enveloppa la plaie de membrane coquillère*.

Nous en sommes donc amenés à demander l'explication que nous cherchons aux partisans de l'indifférence totale ou partielle de la cellule, puisque les spécifiques à outrance nous interdisent de voir proliférer des éléments déterminés en un lieu où les cellules du même genre ont été détruites. Nous sommes donc contraints d'expliquer cette prolifération par la transformation d'éléments protéiques plastiques soit qu'on les nomme avec Rindfleish (7), Cornil et Rouvier (8), des éléments embryonnaires, avec Virchow (9), du tissu germinatif, avec Renaut (10), des cellules indifférentes ou que l'on admette avec Henneguy (11) un retour à l'état embryonnaire.

Mais quel sera ce tissu, cet élément plastique qui s'est modifié pour donner de l'épithélium ?

Fraisse (12), Rindfleish (13), Cornil et Ranvier (14), Bresedacki (15), ont voulu donner ce rôle à des cellules préexistantes depuis l'embryon, ayant conservé un caractère embryonnaire capable de leur donner une capacité plastique et reproductrice considérable, mais il s'en faut de beaucoup que ces éléments aient été retrouvés partout où la théorie les indique.

Cohein, Pagenstecker, Bresedacki (16), et bien d'autres ont longtemps admis que le leucocyte était l'initium générateur; sa facilité de diapedèse, son abondance après les moindres traumatismes donnant lieu à une plaie, son extrême plasticité lui avaient valu d'être aussi distingué. Mais, dès 1869, Julius Arnold (1) montra que son seul rôle est, comme phagocyte, celui d'épurateur détruisant également les germes nuisibles et les débris de tissus morts. Le leucocyte peut avoir un rôle important dans la cicatrisation, mais il est purement mécanique, nous le montrerons plus tard.

Enfin, d'autres auteurs, et ils sont nombreux, ont supposé que le *tissu germinatif* devrait être le tissu conjonctif, et cette idée, émise par Virchow, eut la fortune d'être étayée par des observations aussi nombreuses qu'indiscutables.

Burckhardt en 1859 déclarait que *le tissu conjonctif est la matrice des épithéliums*.

Morat (2) dans le *Lyon médical*, à propos de la régénération des épithéliums à la surface des plaies, dit avoir vu des stratifications réticulées du tissu conjonctif, qui emprisonnées vers la surface des cellules jeunes évoluaient vers le type épithélial.

Bresedacki est d'un avis mixte.

Charpy (3) pense que le processus décrit par Morat n'est que pathologique.

Ad. Hamburger [1880] (4) déclare que la régénération des épithéliums de l'uretère est d'origine conjonctivale. Beltzow (5) étudiant l'épithélium vésical et la couche conjonctive sous-adjacente assigne, d'après les modifications qu'il nota durant les excitations chimiques et mécaniques, un certain rôle au tissu conjonctif dans la régénération de l'épithélium.

En faveur du fait favorable à l'idée de la genèse de l'épithélium aux dépens des cellules conjonctives, il faut noter d'autre part, ainsi que nous le fit remarquer notre maître le professeur Jourdan, ce que van Bambecke signale sous le nom de ce que l'on pourrait appeler, dit-il : *Loi des surfaces libres* : la tendance des cellules conjonctives à s'étaler en cellules épithélioïdes à la surface par exemple des trajets fistuleux.

Heidenhain [1888 (6)] note dans l'intestin grêle des néoformations sous-épithéliales dans le tissu conjonctif, formations sur le rôle desquelles il n'est pas fixé. Bizzozero (7) et Balbiani (8) observent des faits semblables. Sabatier (9) en 1892 considère l'épithélium comme *la forme limitante des surfaces libres du tissu conjonctif*.

En 1893, Bizzozero (10) reprenant ses études et les poursuivant chez les insectes où la régénération de l'épithélium de l'intestin est facile à observer, note des bourgeons régénérateurs sous-épithéliaux.

La même année E. de Rouville (11), dans une note à

(1) Bard. *La spécificité cellulaire* (*Scientia*), sans date.
(2) Darwin. Pangenœsis, *Nature*, n° 78, 17 avril 1871.
(3) Spencer. *Principes de biologie*, trad. de 1888.
(4) O. Hertwig. *Das problem der Befruchtung und der isotropie des Ties*; *Eine Theorie der Vererbung*, 1884.
(5) Nægelé. *MecanichPhysiologiche*, 1884.
(6) Bard. La spécificité cellulaire et l'hyptogénèse, *Arch. de phys.*, 1886; — La spécificité cellulaire et ses principales conséquences, *Semaine méd.*, 1894.
(7) Rindfleish. *Anat. pathol.*, 1872, trad. Gross.
(8) Cornil et Rouvier. *Histologie pathologique*, t. I, 2e édit.
(9) Virchow. *Die Cellularpathologie in ihrer Begründung aus physiologische und pathologische Gewebelehre*, trad. fr. 1861.
(10) Renaut. *Traité d'histologie maligne*, 1897, t. II.
(11) Henneguy. *Leçons sur la cellule*, 1896.
(12) Fraisse. *Die Regeneration von geweben*, 1883.
(13) Rindfleish. Loc. cit.
(14) Cornil et Rouvier. Loc. cit.
(15) Bresedacki. *Untersuchungen aus dem Krankauer. Path. anat. Hist.*, 1872.
(16) Loc. cit.

(1) Julius Arnold. In *Archiv. de Virchow*, t. XLVI, 1869.
(2) Morat. Régénération des épithéliums à la surface des plaies, *Lyon méd.*, 1872.
(3) Charpy. Structure et accroissement de l'épithélium, de la cornée et de la peau, *Lyon méd.*, 1877.
(4) Hamburger. Zur Histologie, etc., *Arch. f. mik. Anat.*, t. XVII.
(5) Beltzow. Zur Regeneration der Epitels, *Arch. f. path. Anat.*
(6) Hendenhain. Beiträge zur Histologie, etc., *Pflügers Arch.*, t. XLII.
(7) Bizzozero. Uber die shlauchfœrmingen, etc., *Plügers Arch.*, t. XLIII.
(8) Balbiani. Étude sur le tube digestif des crytops, *Arch. de zool.*, 1889.
(9) Sabatier. *Essai sur la vie et la mort*, Paris 1892.
(10) Bizzozero. Uber die Shlauchfœrmingen, *Arch. mik. Anat.*
(11) E. de Rouville. Quelques points d'histologie du tube digestif des décapodes, Congr. de Besançon, 1893; — Genèse de l'épithélium intestinal, *Comptes rendus*, 1895; — *De la régénération de l'épithélium vésical*, 1896.

l'Académie des sciences, conclut que *les petites cellules mères de l'épithélium ont leur origine dans le tissu sous-jacent.*

En 1896, dans une autre note, il dit : « Aucune limite nette entre le tissu conjonctif et l'épithélium, mais passage insensible du premier au second. »

En 1898, Sabatier (1) et lui écrivaient : *Nous croyons fermement que la cellule conjonctive peut se transformer en cellule épithéliale.*

Reverdin (2) en 1872, parlant des greffes épithéliales, et des îlots cicatriciels, pensait que « l'épiderme transplanté détermine par sa présence la transformation des cellules embryonnaires en cellules épidermiques ».

Rouvier (3) a vu, dans ses expériences sur la régénération de l'endothélium péritonéal, « des cellules conjonctives redevenir peu à peu des cellules épithéliales. »

Mathias Duval écrit dans son précis d'histologie : « On peut expérimentalement ramener le pavé endothélial à l'état de réseau de cellules conjonctives étoilées, puis, inversement, les voir se transformer en un revêtement endothélial continu. »

De Rouville, dans sa thèse, montre que le tissu conjonctif peut procéder à la régénération des épithéliums et il cite à l'appui de son dire ses observations où l'on voit dans le tissu conjonctif et l'épithélium des éléments semblables et identiques observables simultanément et qui se rapprochent singulièrement, on peut s'en convaincre par les planches qu'il a dessinées, des cellules épithéliales proprement dites.

De Rouville, Bizzozero, Hamburger ont noté une inconstance et une variabilité considérables de la basale, ils notent même dans le duodénum, la vessie, l'uretère, son absence complète. Or, ces épithéliums sont des surfaces où la desquamation est un phénomène constant et où la régénération doit être particulièrement active. De tous ces faits, de tous ces avis, basés sur des expériences et des observations souvent répétées, toujours exactes, on peut tirer cette conclusion que le tissu conjonctif peut être primitivement et secondairement formateur d'épithélium; on peut déduire des faits observés que c'est du tissu conjonctif que ces épithéliums tirent leurs jeunes cellules de remplacement, lorsque la couche de Malpighi est absente pour une raison soit normale, soit accidentelle.

Il serait donc licite de penser que si l'épithélium vient à être supprimé par un traumatisme quelconque, il suffira de placer le tissu sous-jacent à nu dans des conditions de recouvrement semblables aux conditions normales pour voir se produire une prolifération régénératrice des éléments disparus.

Or, que fait-on dans la greffe épithéliale? On place sur le tissu conjonctif des lambeaux d'épithélium frais, prélevé quelques instants auparavant sur un individu quelconque, et on protège le tout par un pansement aseptique. Le tissu conjonctif est donc replacé dans des conditions de vie normale, et il est garanti contre les excitations mécaniques extérieures et contre les causes de suppuration; ses éléments pourront donner les cellules jeunes de remplacement dont nous avons parlé. Ces cellules, ou se jointeront avec les cellules épithéliales, et la greffe adhérera, ou bien évolueront directement vers l'épithélium différencié, et la greffe n'aura eu d'autre rôle que celui d'excitation, ce que nous semble déjà indiquer Reverdin dans ses études sur la greffe : la greffe n'aura pas pris, car, comme le dit Yves Delage (1) : « Les cellules de la plaie refusent de se souder *parce qu'elles peuvent faire quelque chose de mieux : régénérer ce qui manque.* »

Ce rôle de protecteur, ce « tegmen » peut être remplacé par autre chose que de l'épithélium et en temps ordinaire la nature se charge de recouvrir la plaie de façon à favoriser le mieux possible la régénération épithéliale. Les leucocytes qui arrivent aussitôt en masse pour assurer l'asepsie et l'exsudat qui sourd, se concrètent et forment la croûte protectrice qui abrite le travail du *tissu plastique.* Mais ce rôle ne peut être joué utilement que si les tissus sont dans un état relatif de bonne santé et si l'infection ne vient pas traîtreusement se cacher sous cette concrétion.

Eh bien! ce que font parfois les greffes ordinaires et ce que font encore plus souvent, à coup sûr, ces croûtes concrétées, nous l'avons fait avec la membrane coquillère. Après avoir aseptisé la plaie, après l'avoir bien détergée par des lavages stériles, nous l'avons recouverte de cette membrane qui n'est autre chose qu'une matière albuminoïde anhyste, très dense et parfaitement assimilable (car il faut noter également le rôle nutritif que peuvent jouer utilement les greffes, les exsudats, les pansements). Serait-il téméraire de croire que le tissu conjonctif a été ainsi placé dans des conditions excellentes pour permettre la prolifération de cellules différenciées vers le type épithélium? Ce rôle de surface limitante ne pourrait provisoirement être joué par aucune autre substance anhyste avec plus de chance de réussir.

Ce que Max Schüller et Amat avaient fait avant nous est du reste dans les vieilles coutumes chirurgicales de l'arsenal thérapeutique populaire que les traditions nous transmettent.

Il est constant que dans les campagnes on panse les blessures avec des solutions semi-fluides et bouillies de gélatine pure. Cette coutume empirique s'appuie sûrement sur des succès que n'ont pu interpréter scientifiquement les bonnes gens qui en ont été les témoins et qui peuvent être favorablement admis à l'appui de notre hypothèse.

Que cette surface limitante soit de l'épithélium organisé anatomiquement (greffe animale), une membrane ovulaire anhyste (membrane coquillère), ou un dépôt d'albuminoïde (pansement gélatiné), qu'importe! elle sera efficace si son action se rapproche de celle de l'épithélium normal. L'efficacité de l'épithélium organique ne peut être niée; de nombreuses expériences comptent dans les souvenirs personnels de tous les praticiens et viennent s'ajouter aux travaux concluants parus sur la question. L'action de la membrane coquillère que nous avons employée est aussi efficace, les faits cités par Amat et Max Schüller, notre cas si démonstratif, nous paraissent capables d'entraîner la conviction. Quant aux pansements gélatinés, l'un de nous, durant son internat à l'hôpital de la Conception de Marseille, a obtenu des cicatrisations rapides dans des plaies anfractueuses torpides.

Nous nous réservons, d'après l'observation de nouveaux

(1) Sabatier et de Rouville. Sur la genèse des épithéliums, *Comptes rendus*, 1898.

(2) Reverdin. De la greffe épidermique, *Arch. gén. de méd.*, 1872.

(3) Rouvier. Les clasmatocytes, les cellules fixes du tissu conjonctif, etc., *Comptes rendus*, 1893.

(1) Y. Delage. *La structure du protoplasma et les théories sur l'hérédité*, Paris 1895.

faits semblables, de publier ces résultats qui démontrent tout le parti que peut en retirer le médecin dans sa pratique courante.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(10 JUILLET 1900)

La séance a débuté par une présentation très intéressante de M. Paul Richer. Il s'agit d'un beau groupe en bronze qui représente trois coureurs et dont il est l'auteur. M. Richer a fait là autant œuvre d'artiste que de savant; ce groupe, en effet, peut être considéré comme le résultat des **études physiologiques qu'il a entreprises sur la course** depuis un certain nombre d'années.

Il a pu, en effet, avec le concours de son ami, M. A. Londe, le distingué directeur du service photographique à la Salpêtrière, recueillir de nombreuses chronophotographies de sujets se livrant à cet exercice, non seulement à l'hôpital, sur une piste préparée à cet effet, mais aussi sur le terrain même où se disputent les prix de la course à pied, au Racing-Club du Bois de Boulogne, grâce à l'aimable obligeance du secrétaire général du Club, M. Raymond.

Ces recherches, consignées dans son livre sur la *Physiologie artistique* paru en 1895, n'ont fait d'ailleurs que confirmer, dans leur généralité, les résultats obtenus antérieurement par M. le professeur Marey, au moyen de la méthode graphique et aussi de la chronophotographie.

Mais il lui a semblé qu'il était intéressant, et peut-être pas tout à fait inutile, de donner une forme plastique à l'ensemble de ces observations scientifiques sur la course, et c'est cet essai qu'il soumet aujourd'hui à l'appréciation de l'Académie.

« Parmi les très nombreuses images, dit-il, que la chronophotographie nous donne d'un coureur dans le temps d'un pas de course, l'on remarquera qu'il en est trois principales possédant les caractères les plus nets et les plus tranchés, toutes les autres pouvant être considérées comme les degrés intermédiaires qui conduisent insensiblement d'une de ces trois images fondamentales à celle qui précède ou à celle qui suit. Or, ce sont ces trois attitudes types que j'ai réunies dans un même groupement, cherchant ainsi à réaliser comme la synthèse scientifique de la course.

Ces trois attitudes sont les suivantes : deux correspondent, l'une au commencement, l'autre à la fin de la phase d'appui, la troisième correspond à la phase de suspension.

C'est ainsi que ce groupe réunit les images les plus dissemblables que renferme un pas de course analysé par la chronophotographie, et je n'ai eu d'autre occupation en l'exécutant que de représenter de véritables coureurs luttant avec toute leur énergie, contre la pesanteur et la résistance de l'air, en un mot, des coureurs conformes aux lois de la physiologie.

On peut remarquer que ces trois types de coureurs diffèrent notablement de ceux auxquels l'art moderne nous a habitués et dont les plus beaux spécimens bien connus se trouvent au jardin des Tuileries et au jardin du Luxembourg.

Aussi, je tiens en terminant à proclamer que je ne prétends point faire ici, au nom des recherches scientifiques, le procès d'œuvres d'art remarquables et fort justement admirées. Celles-ci procèdent d'un idéal artistique essentiellement différent de l'idéal scientifique qui m'a guidé. Et si je crois, comme je l'ai dit bien des fois, que l'art ne peut que gagner à s'appuyer sur la science, je ne pense pas qu'il doive en être l'esclave et l'aveugle serviteur.

Qu'il me soit toutefois permis de faire remarquer que si l'art, depuis la Renaissance jusqu'à nos jours, s'est complu dans la répétition d'un type de coureurs presque toujours le même et le plus souvent antiphysiologique, il n'en a pas été de même de l'antiquité où les artistes grecs nous montrent des images de coureurs variées, absolument conformes à la réalité et qui, chose pour le moins singulière, semblent empruntées à nos séries chronophotographiques d'aujourd'hui. »

M. Lancereaux a de nouveau appelé l'attention de l'Académie sur le **traitement des anévrysmes par les injections coagulantes**; nous publierons prochainement ce travail.

Signalons, enfin, deux lectures, l'une de M. Bardet, l'autre de M. Barette (de Caen).

M. Bardet a étudié avec M. Albert Robin **l'action d'un dérivé de l'antipyrine sur les échanges organiques.** Il lit sur ce sujet un travail dont voici les conclusions :

L'étude du pyramidon ou diméthylamido-antipyrine est fort intéressante, parce qu'elle permet de suivre les transformations pharmacodynamiques apportées dans une substance par les modifications chimiques qu'elle a subies.

Ce composé est un dérivé amidé et méthylé de l'antipyrine : à ce titre, et comme permettait de le faire prévoir la loi posée jadis par Dujardin-Beaumetz et C. Bardet, il reproduit, mais de manière exaltée, les propriétés du corps dont il dérive : il agit comme analgésique et antipyrétique, à des doses environ trois fois moindres que l'antipyrine.

Il possède la propriété particulière d'exciter les échanges organiques et à ce point de vue il présente une supériorité très grande sur l'antipyrine dans le traitement des maladies infectieuses.

Dans le diabète simple, dû à l'exaltation des échanges nutritifs, le pyramidon ne peut que jouer un rôle néfaste puisqu'il augmenterait la quantité du sucre : l'antipyrine au contraire joue un rôle prédominant dans le traitement du diabète. Cette différenciation des effets de ces deux médicaments d'apparence et d'origine si semblables, est peut-être ce qu'il y a de plus intéressant dans la comparaison de ces deux médicaments.

Dans le rhumatisme musculaire, le pyramidon exerce une action analgésique très nette, à ce point de vue encore, il est supérieur à l'antipyrine. Dans les névralgies, son action analgésique est également très énergique et supérieure à celle de l'antipyrine.

M. Barette (de Caen) a eu l'occasion d'opérer un **volumineux kyste hydatique de l'utérus** chez une jeune femme mariée depuis quatre mois. Ce kyste se développa en quelques semaines, à la suite d'une chute sur l'abdomen, de manière à simuler une grossesse du huitième mois.

Le diagnostic porté fut celui de kyste ovarique tordu ou tumeur utérine fibro-kystique à marche rapide.

Après laparotomie, incision et marsupialisation du kyste, la malade a complètement guéri.

M. Barette, en communiquant cette observation à l'Académie, insiste sur la rareté des kystes hydatiques de l'utérus.

Il n'a pu en retrouver dans la littérature médicale que 16 cas, presque tous chez les femmes à la période génitale. Jamais le diagnostic n'a été fait. Dans 3 cas, il y avait coexistence de grossesse, et la présence du kyste a été une cause de dystocie.

Le kyste peut s'ouvrir dans le péritoine ou vers la muqueuse, et son contenu est expulsé avec des symptômes d'avortement ou d'accouchement.

4 de ces cas ont été opérés, 2 par la voie vaginale, 2 par la voie abdominale, avec succès dans les 4 cas.

L'Académie a encore nommé deux membres correspondants nationaux, MM. Lortet (de Lyon) et Triaire (de Tours).

MÉDECINE PRATIQUE

De la viande crue dans la cure de la tuberculose. La zomothérapie.

L'heureuse influence qu'exerce sur l'évolution de la tuberculose l'ingestion de viande crue est depuis longtemps connue.

Dès 1866, en effet, Furster [de Montpellier (1)] préconisait hautement la zomothérapie. Dans trois notes successives lues à l'Académie des sciences, cet auteur indiquait les excellents résultats observés chez les phtisiques à la suite de l'ingestion journalière de 100 à 300 grammes de pulpe de viande pilée et tamisée :

1° Retour des forces, renaissance de l'appétit et de l'embonpoint; en deux à trois semaines, les malades gagnent de 2 à 6 kilogrammes.

2° Cessation de la fièvre, de la diarrhée et des sueurs.

3° Arrêt de l'évolution tuberculeuse et retour vers la cicatrisation.

Il concluait que cette méthode était préférable à toute autre, parce qu'elle était capable de prolonger l'existence des tuberculeux cavitaires et de guérir radicalement les tuberculeux moins avancés.

Plus récemment (1881-1882), M. Debove (2) confirme les conclusions de Furster et insiste sur l'importance prépondérante que doit occuper, dans l'hygiène du phtisique, la suralimentation par la viande crue. En 1890, dans son livre sur les *Maladies de l'appareil respiratoire* (3). M. Grancher, après avoir cité quelques observations de tuberculoses graves guéries par la viande crue, ajoute : « Je suis convaincu que l'alimentation des phtisiques est la partie la plus importante de cette méthode thérapeutique qui consiste, sinon à substituer le traitement hygiénique, du moins à ne plus regarder celui-ci que comme le complément de celui-là; » et encore : « La pulpe de viande crue, râpée, pilée ou tamisée, puis incorporée à froid dans du bouillon, est incontestablement le meilleur aliment et le plus assimilable. » M. Daremberg (4) [1892] arrive aux mêmes conclusions : « La viande crue introduite dans la thérapeutique de la phtisie pulmonaire par Weiss (de Saint-Pétersbourg) est un aliment de premier ordre. Quand, selon les préceptes de Furster, après l'avoir râpée avec un couteau et pilée dans un mortier, on l'écrase sur un tamis, on obtient une pulpe qui présente à l'estomac des fibres musculaires, extrêmement divisées; les surfaces de contact de l'aliment avec le suc gastrique sont multipliées, et cette préparation est très facilement assimilable. Furster et Grancher ont prescrit couramment de 80 à 200 grammes de cette pulpe de viande chaque jour. En suivant ces règles, je suis certain d'avoir permis à plusieurs phtisiques de se guérir. J'ai soigné de tels malades qui, au début de leur affection, ne mangeaient pas et étaient dans un état de maigreur et de faiblesse effrayant: après avoir pris quotidiennement 150 à 250 grammes de purée de viande crue pendant plusieurs mois, ils étaient régénérés... La viande crue permet aux pthisiques qui s'alimentent mal de réparer leurs forces et de guérir. »

Mais comment s'opère cette action? C'est là un point qui était resté complètement ignoré jusqu'au moment où les recherches de MM. Richet et Héricourt ont cherché à élucider la question, à déterminer le mode de guérison de la tuberculose par la zomothérapie.

Voici comment ont procédé ces auteurs : ils inoculent, dans la veine saphène tibiale des chiens pesant 10 kilos, un demi-centimètre cube d'une émulsion homogène de culture liquide de tuberculose vieille de deux à trois mois d'étuve. Un lot des animaux ainsi inoculés est laissé comme témoin; un autre est soumis à l'ingestion de viande crue. Les chiens du premier groupe succombent tous dans l'espace de quatre à cinq semaines; ceux du second groupe, au contraire, présentent une survie des plus notables (trois cents jours environ), et un certain nombre de ces derniers animaux ont actuellement résisté, l'un deux ans et demi, les autres un an et sept mois.

Ce sont là des résultats qu'on n'observe jamais chez un chien tuberculisé et non soumis à la zomothérapie. Cette action zomothérapique se manifeste, expérimentalement, dans les conditions les plus variées : chez les chiens en puissance d'infection tuberculeuse, chez les chiens d'abord nourris à la viande crue, puis tuberculisés; chez les chiens tuberculeux de vieille date, amaigris et cachectiques.

Ces expériences sont passibles d'interprétations diverses. Pour M. Richet, il s'agirait d'un pouvoir spécifique antitoxique exercé par le suc musculaire vis-à-vis des toxines du bacille de Koch, ou encore d'une diminution de l'aptitude des cellules organiques, sous l'influence du suc musculaire, à fixer les toxines tuberculeuses. Pour M. Chantemesse, les sucs musculaires n'agissent qu'indirectement, en facilitant la suralimentation. M. Malouet rappelle la rareté de la tuberculose des muscles et pense que l'on pourrait peut-être établir une relation de cause à effet entre l'action des sucs musculaires et les bons résultats de la zomothérapie. Enfin pour M. Bouchard, le fait seul de nourrir un carnivore de viande crue contribue à augmenter encore son immunité naturelle.

Quelle que soit celle de ces hypothèses que l'on adopte, il n'en reste pas moins que la zomothérapie, appuyée sur les bases solides de la clinique, et sur les résultats d'une expérimentation rigoureuse, doit occuper une place de premier ordre dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et être prescrite avec constance et méthode.

Rappelons, en terminant, une recette de purée de viande crue donnée par M. Carles dans la *Gazette médicale des sciences de Bordeaux*. Comme elle ne donne pas à la viande les allures d'un médicament, elle est susceptible de rendre des services dans la pratique.

« Prenez une tranche de bœuf de 100 grammes environ, étendez-la sur un hachoir et pendant que vous fixez solidement une de ses extrémités de la main gauche, raclez-la vivement de l'autre main avec le tranchant d'un couteau, jusqu'à ce qu'elle ait été mise entièrement en pulpe.

Délayez cette pulpe à l'aide de quelques cuillerées de bouillon gras et forcez le tout à passer à travers un tamis de crin à l'aide d'une cuiller. De cette façon on séparera nette-

(1) *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1865-1866.

(2) Soc. méd. des hôpit., nov. 1881. — Voir, pour cet historique : GRANCHER. *Maladies de l'appareil respiratoire*, p. 381 et 199.

(3) Loc. cit.

(4) *Traitement de la phtisie pulmonaire* (Bibl. Charcot-Debove), 1892.

ment les tendons et les aponévroses, qui sont une cause première de dégoût pour le malade et qui se montrent du reste réfractaires à la digestion.

Cette pulpe délayée dans du bouillon gras, même convenablement épicé, est peu appétissante; mais si au contraire on l'additionne alors de quelques cuillerées de purée *fine* de lentilles ou de pois, son aspect et son goût sont totalement changés, si bien qu'à la dégustation certaines personnes non prévenues nient que ce soit de la purée de viande crue.

La difficulté d'exécution consiste à donner à cette purée composée la température voulue au moment de la servir. On ne saurait, en effet, la chauffer directement sur le feu *sans la tourner*, c'est-à-dire sans coaguler les albuminoïdes et sans lui faire perdre du coup ses qualités de viande crue et sans changer aussi son aspect. L'intermédiaire du bain-marie est donc indispensable, même avec une agitation continue. Mais ce qui est plus simple, c'est de n'employer du bouillon et de la purée de pois vers 60 degrés et de chauffer à l'avance les récipients dans lesquels doit être placé le mélange. Au bout d'une ou deux séances, la cuisinière la moins habile surmontera toutes ces difficultés. Il n'y a qu'à lui dire d'agir comme pour une crème chaude.

On voudra bien remarquer que l'adjonction d'un peu de féculent n'est pas indifférente pour faire tolérer le médicament-aliment. Elle en fait un aliment complet d'une extrême digestibilité. »

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

Le « gant de vernis Sœhnée » pour la protection des mains du chirurgien et de l'anatomiste. [M. Marian, médecin major de l'armée (Lille).] — Au cours de la discussion à la Société de chirurgie sur l'asepsie opératoire, M. Broca a été amené à citer les gants de vernis Sœhnée. Voici en quoi ils consistent.

M. Marian, au cours de recherches anatomiques, avait déjà imaginé, il y a une dizaine d'années, de s'enduire les mains avec une couche de vernis avant de toucher au cadavre. Après la dissection il se lavait les mains à l'alcool, le vernis disparaissait, l'odeur ne persistait pas.

Il a eu l'idée d'employer le même procédé pour les opérations septiques, en enduisant ses mains d'un vernis particulier, *le vernis blanc à tableaux n° 3 de Sœhnée frères.*

Ce vernis jouit, dit M. Marian, des qualités suivantes : il est aseptique, rapidement siccatif, hydrofuge, adhésif, cohérent et élastique. Bien appliqué, il permet de revêtir la main d'un gant *aseptique*, *imperméable*, *souple* et *transparent*. Il est en outre bon marché : « Un flacon de 0 fr. 60, peut servir six fois. Je dirai volontiers qu'il contient six paires de gants à 0 fr. 10 centimes. »

Ce vernis ne semble pas très pratique à appliquer :

1° Il ne prend pas sur la peau humide;

2° Pour le laisser sécher il faut le garder cinq minutes, ce qui, paraît-il, semble fort long, les mains pendantes, larges ouvertes, doigts écartés.

Les gants ainsi obtenus sont d'ailleurs complètement aseptiques, ainsi que l'ont montré les ensemencements de M. Calmette. Ils ont en outre l'avantage de pouvoir être trempés dans du sublimé sans inconvénient.

Jusqu'à nouvel ordre néanmoins, même en admettant que l'usage des gants se généralise, nous considérerons cette tentative comme une simple curiosité. (*Bull. de la Soc. centrale de méd. du Nord*, 22 juin 1900.) F. R.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — Sont désignés pour servir au 18e d'infanterie de marine :

MM. les docteurs Jourdan, Negretti, Kergrohen et Mesny.

— M. Hennequin, médecin de première classe à Cherbourg, est désigné pour servir aux batteries d'artillerie en formation à Toulon.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 80. — SAMEDI 14 ET MARDI 17 JUILLET 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 14 ET MARDI 17 JUILLET 1900. — N° 80.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA GÉLATINE EN INJECTIONS SOUS-CUTANÉES, par MM. LANCEREAUX et PAULESCO. — NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE. Traitement du coma diabétique, par M. GUIHAL, interne des hôpitaux. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. Les injections de calomel dans le traitement des arthrites chroniques non syphilitiques, d'après le docteur DE GORSSE, médecin consultant à Luchon. — HYGIÈNE PUBLIQUE. Les pouvoirs des maires en matière de salubrité. — INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE (Paris, 2-9 août 1900). — Ier CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA PRESSE MÉDICALE. — THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA GÉLATINE

EN INJECTIONS SOUS-CUTANÉES (1)

Par MM. LANCEREAUX et PAULESCO.

Le 22 juin 1897, nous présentions à l'Académie un malade atteint d'un énorme anévrysme de l'aorte, traité, avec succès, par les injections sous-cutanées de gélatine.

L'année suivante, le 11 octobre 1898, nous présentions trois nouveaux malades, soumis par nous au même traitement, avec des résultats non moins satisfaisants. En même temps, nous précisions les indications de cette nouvelle méthode thérapeutique, insistant sur son efficacité dans les cas d'anévrysmes sacciformes et sur son inutilité, dans les cas de simple ectasie fusiforme du vaisseau.

Cette seconde communication a été l'occasion d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Huchard et Laborde, et qui nous a fourni l'occasion de répondre par des faits aux objections qui nous étaient posées et de démontrer, par des expériences, la possibilité de l'absorption de la gélatine, injectée dans le tissu cellulaire.

Depuis lors, nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'appliquer cette méthode thérapeutique, et tout dernièrement nous présentions un homme soigné par nous, et chez lequel la guérison se maintint depuis plus d'un an. Qu'il nous soit permis de rappeler, en quelques mots, l'histoire de cet intéressant malade.

OBSERVATION I. — M... (Louis), bourrelier, âgé de trente-cinq ans, nous est envoyé par M. Amat, de Saint-Gaultier, le 25 octobre 1898. Cet homme, atteint d'un volumineux anévrysme de la crosse de l'aorte, n'offre rien de particulier dans ses antécédents, si ce n'est qu'à l'âge de vingt-deux ans il a eu la fièvre typhoïde et qu'à vingt-quatre ans, étant au Tonkin, il contracta le paludisme ; il eut alors, pendant trois mois, des accès de fièvre intermittente et consécutivement une anémie considérable. Rentré en France, il eut à plusieurs reprises de nouvelles attaques de fièvre tierce.

Il se livre au métier de sellier qui exige des efforts. En 1895, vers la fin de l'été, ce malade commença à ressentir des douleurs névralgiques le long des premiers nerfs intercostaux avec irradiation dans les deux bras. L'intensité de ces douleurs augmente de plus en plus, lorsque, pendant l'été de 1898, il s'aperçoit de l'apparition d'une tumeur pulsatile sur le haut de la poitrine.

A son entrée dans notre service il accuse, même étant couché, des douleurs intenses, « intolérables, » de chaque côté de la tumeur, le long des espaces intercostaux. Lorsqu'il se lève ou qu'il fait un effort, il est pris tout à coup d'une douleur vive précordiale avec sensation de serrement, oppression et palpitations, qui l'obligent à s'asseoir et qui se dissipent au bout de cinq à dix minutes. Dans le lit, il ne peut rester couché que sur le côté droit ; lorsqu'il se met sur le dos, il est pris de quintes violentes d'une toux rauque et aboyante.

C'est un homme bien constitué, mais amaigri ; il présente au niveau de la partie supérieure de la poitrine une tumeur pulsatile de la grosseur d'une mandarine, qui a érodé la poignée du sternum et empiète sur l'extrémité interne des deux premiers cartilages costaux gauches. A la palpation. cette tumeur est molle, élastique ; le doigt la déprime profondément, elle est animée de battements synchrones aux pulsations du cœur et de mouvements d'expansion très nets. A l'auscultation on ne perçoit pas de souffle ; les deux bruits de l'orifice aortique sont normaux. Le cœur n'est pas hypertrophié ; on voit sa pointe battre dans le cinquième espace, à 10 centimètres de la ligne médiane. Le pouls est synchrone et de même intensité aux deux carotides et aux deux radiales ; ces dernières artères ne sont ni dures ni sinueuses. Pas de polyurie nocturne, pas d'albuminurie.

Les poumons, le foie et la rate ne présentent rien d'anormal.

Le 28 octobre 1898, nous lui pratiquons la première injection de gélatine (5 grammes dissous dans 200 centimètres cubes de sérum artificiel). Depuis cette époque jusqu'au 22 mars, vingt-cinq injections semblables furent pratiquées une fois par semaine environ. La poche anévrysmale, très molle au début, devient ferme, et on ne perçoit plus de mouvements d'expansion. Le malade n'éprouve plus aucune souffrance et la toux rauque a complètement disparu. Mais étant allé au jardin, il prend froid, et commence à tousser. Dans la nuit du 12 au 13 avril, pendant une quinte violente, il ressentit un craquement dans la poitrine, suivi d'une douleur au niveau de l'anévrysme. Les jours suivants, il entendit à plusieurs reprises des craquements semblables,

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 10 juillet.

à la suite d'un éternuement et d'une quinte de toux. En même temps, on constate que la tumeur a augmenté rapidement de volume et que, d'hémisphérique, elle est devenue pyriforme. La portion surajoutée contraste par sa mollesse et sa dépressibilité avec l'ancienne qui conserve sa dureté ligneuse. Cette rechute affecte beaucoup le malade qui, découragé, perd l'appétit. Nous reprenons les injections de gélatine, et du 13 avril au 20 mai, nous lui en faisons dix. La poche devient uniformément ferme, les douleurs disparaissent et le malade quitte l'hôpital le 1er juin.

De retour à Saint-Gaultier, il se repose pendant quelque temps et son état général s'améliore rapidement. M. Amat, qui le suit, lui pratique encore quelques injections de gélatine.

Le 15 mai 1900, un an après sa sortie de l'hôpital, ce malade, en excellente santé, vient à Paris pour visiter l'Exposition. Nous profitons de cette occasion pour vous le présenter. Ainsi que vous avez pu le constater, la tumeur anévrysmale est toujours volumineuse, mais elle est dure comme du bois, et si elle est encore soulevée par la systole cardiaque, elle n'est plus le siège de mouvements d'expansion; le malade n'éprouve plus aucune souffrance; et il se considère comme guéri.

Obs. II. — Une femme, âgée de cinquante et un ans, est atteinte d'un anévrysme de l'aorte ascendante, qui comprime la veine cave supérieure et l'œsophage et déterminé de dysphagie; elle a, de plus, de la cyanose, de l'œdème de la face et du cou avec dilatation des veines de la partie supérieure du thorax et des jugulaires.

Après sept injections, la dysphagie a notablement diminué; mais la malade quitte l'hôpital, et depuis lors nous l'avons perdue de vue.

Obs. III. — V... (Laurent), lapidaire, âgé de cinquante-deux ans, a eu dans son enfance des fièvres intermittentes, et à vingt ans la syphilis.

Vers la fin du mois de juin 1898, il est pris, tout à coup, d'une toux rauque bientôt suivie de dyspnée, avec accès d'étouffement et de dysphagie; six mois plus tard, il commence à éprouver des douleurs le long des premiers nerfs intercostaux droits.

C'est un homme robuste et bien constitué. La face et le cou sont légèrement œdématiés; les lèvres et les pommettes cyanosées; les veines de la partie supérieure du tronc, ainsi que les jugulaires, sont très dilatées. Le cœur n'est pas augmenté de volume; mais à droite du sternum, dans les deuxième et troisième espaces intercostaux, on perçoit à la palpation des battements coïncidant avec une zone de matité s'étendant jusqu'à 9 centimètres du bord droit du sternum. Il n'y a pas de tumeur visible à l'extérieur; mais l'auscultation, à ce niveau, permet d'entendre le double battement de l'orifice aortique; pas de souffles. Le pouls (64 par minute) est normal; les artères radiales ne sont ni dures ni sinueuses. Les autres organes sont intacts, à part le foie et la rate, qui offrent une augmentation de volume, ce qu'expliquent les habitudes du malade qui, depuis plusieurs années, boit de trois à quatre litres de vin par jour.

Du 30 juin au 1er août, nous lui pratiquons trois injections sous-cutanées de gélatine. Le 6 août, il quitte l'hôpital amélioré; la bouffissure de la face et du cou ayant diminué et l'oppression étant considérablement atténuée.

M. Monmarton, qui nous l'avait adressé, nous a dit dernièrement qu'il allait bien et qu'il continuait son travail pénible.

De cette observation nous rapprocherons celle d'un homme atteint d'un anévrysme de la crosse de l'aorte et qui, après nous avoir été présenté, fut soumis par M. Turbiau au traitement par la gélatine.

Nous reproduisons ici textuellement la note que ce confrère a bien voulu nous remettre :

Obs. IV. — « Ce malade vint me trouver au commencement d'octobre 1898. Il était atteint d'un anévrysme de la région antérieure de la crosse de l'aorte, et souffrait depuis deux ans et demi environ.

A l'examen, on constatait que la paroi pectorale était légèrement bombée en dehors du bord droit du sternum, à la hauteur des deuxième et troisième espaces intercostaux. En cette région on trouvait très nets à la vue, palpation, percussion, auscultation, tous les signes d'une tumeur anévrysmale. La pression provoquait de vives douleurs mais ce dont se plaignait surtout le malade, c'était des irradiations douloureuses extrêmement vives vers l'épaule et vers le bras.

Au moment où il me fit demander il souffrait horriblement, quittant à peine le lit. La position horizontale atténuait les douleurs au niveau de la saillie pectorale, mais les douleurs irradiées étaient intolérables. Étant donné les antécédents du malade : syphilis ancienne de plus de dix-huit ans, accès de paludisme pendant la période de travail à Panama — j'essayai le traitement spécifique à haute dose, sans autre résultat qu'un amaigrissement considérable. Après six semaines de traitement inutile, je commençai vers le milieu de novembre les injections de gélatine dans du sérum artificiel. Je fis une série de vingt injections, une tous les jours; les premières furent faites avec une solution à 2 p. 100, j'en injectai 100 grammes, puis augmentant progressivement le titre des solutions, les dernières furent à 4 p. 100. Ces injections furent assez douloureuses, très inégalement d'ailleurs. Mais bien peu furent suivies d'une réaction intense, comme je l'ai vu signaler dans un grand nombre d'observations. Après cinq ou six injections il y eut un résultat manifeste : la diminution des douleurs. Dans la suite, il se produisit d'autres modifications. Le volume de la tumeur restant le même, les symptômes se modifièrent sensiblement; les battements, le frémissement, le souffle nettement perceptible s'atténuèrent.

Vers le milieu de janvier, le malade ne souffrant plus, dormant bien, engraissé et plus fort, reprenait peu à peu ses occupations. Dans le courant du mois de mars quelques douleurs reparaissent, je fais trois injections de 100 grammes à 3 p. 100, les douleurs cessent.

Tout va bien jusqu'en juillet; au commencement d'août, les douleurs font leur réapparition. Elles ne sont pas moins vives qu'au mois de novembre, mais ne s'étendent pas à tout le bras droit. A l'examen local il semble que les signes de l'anévrysme sont presque aussi nets qu'avant le traitement.

Je commence une nouvelle série d'injections, et cette fois encore le soulagement est assez rapide et les mêmes modifications locales se reproduisent; après huit injections il y a une grande amélioration. L'état du malade est à ce point satisfaisant, fin septembre, qu'il accepte une situation importante aux colonies et part.

Depuis, j'ai reçu trois fois de ses nouvelles; malheureusement elles ont été de plus en plus mauvaises, les douleurs étaient intenses et rendaient très pénibles tout travail; il paraîtrait même que la saillie pectorale aurait augmenté.

En résumé ces injections de gélatine ont toujours amené une diminution des douleurs et déterminé deux fois des modifications de l'état local favorables. »

Nous traitons en ce moment, à l'hôpital du Perpétuel-Secours, un autre malade qui nous a été envoyé par M. Fourès (de Gimont) et dont l'état s'est considérablement amélioré à la suite de huit injections sous-cutanées de gélatine. Nous espérons pouvoir vous le présenter bientôt guéri.

Depuis notre première communication, les injections de gélatine furent appliquées au traitement des anévrysmes par plusieurs médecins, tant en France qu'à l'étranger, et dans la plupart des cas les résultats ont été favorables.

Deux de nos collègues, les éminents professeurs de Bucarest, Stoïcesco (1) et Kalindéro (2), ont eu l'occasion d'appliquer avec succès cette méthode thérapeutique dans un pays palustre ou les lésions anévrysmale, sont très fréquentes.

M. Gaetano Minola (3) de [Milan] a constaté une notable amélioration dans un cas d'anévrysme de l'aorte traité par des injections sous-cutanées de gélatine.

A. Fränkel présentait le 19 février 1900 à la Société de médecine interne de Berlin, une pièce anatomique provenant d'un homme de cinquante-cinq ans, atteint d'anévrysme de l'aorte, soigné à deux reprises par des injections sous-cutanées de gélatine et chaque fois notablement amélioré.

Cet homme étant mort rapidement d'une maladie intercurrente, l'autopsie fait reconnaître une volumineuse poche anévrysmale en grande partie remplie de caillots anciens (4).

Plus récemment, M. Rousseau (5) [de Pont-l'Abbé] publiait le cas d'un de ses malades, considérablement amélioré, sinon guéri, par cette méthode thérapeutique et chez lequel il a prévenu, à notre avis, la rupture d'un anévrysme dans la trachée.

Fallot et Pagliano (6) ont observé une notable amélioration dans un cas d'anévrysme de l'aorte, à la suite de huit injections de 45 à 80 centimètres cubes d'une solution de gélatine à 1 p. 100.

Carl Beck (7) constate la diminution d'une tumeur anévrysmale située sur le côté gauche du cou et l'amélioration des symptômes subjectifs.

Klemperer (8) obtient, grâce à huit injections de gélatine, une diminution de la matité anévrysmale, et la cessation complète des douleurs, jusque-là insupportables.

Senator (9) cite un cas d'anévrysme notablement diminué de volume à la suite de quatre injections sous-cutanées de gélatine.

Mongour et Gentes (10), Pitres et Laubie (11), Dubourg et Abadie (12) ont noté, eux aussi, des améliorations à la suite.

Bourdillon (13) rapporte trois autres cas d'anévrysmes améliorés par cette méthode thérapeutique, dans le service de Revilliod (de Genève).

(1) Stoïcesco. Traitsment des anévrysmes par les injections sous-cutanées de gélatine, *Journ. de méd. interne*, 1er juill. 1899. Voir aussi à ce sujet le travail de M. Plavanesco. *Tratamentul anevrismalor prim injectzinni sub cutarnte de gelatina*, Bucarest 1899.

(2) Kalindéro. Le traitement de l'anévrysme de l'aorte par la gélatine en injections sous-cutanées, *Journ. de méd. interne*, 15 sept. 1899; — *Klin. Therap. Wochens.*, 28 janv. 1900.

(3) G. Minola. Anévrysme aortique amélioré par une seule injection gélatineuse, *Journ. de méd. interne*, 1er janv. 1899, p. 306.

(4) Voir *Semaine méd.*, 7 mars 1900, p. 84.

(5) Rousseau (de Pont-l'Abbé). Anévrysme très volumineux de l'aorte ascendante, traité par des injections sous-cutanées de sérum gélatineux, *Journ. de méd. interne*, 1er juin 1900.

(6) Rapporté par Boinet, In *Arch. prov. de méd.*, avril 1899.

(7) In *New-York med. Journ.*, 15 avril 1899.

(8) Klemperer. Soc. de méd. interne de Berlin, mai 1899.

(9) Senator. Congr. all. de méd. int., Carlsbad, avril 1899.

(10, 11, 12) Cités par Regett. Th. de Bordeaux, 1899.

(13) Bourdillon. *Emploi du sérum gélatiné comme agent coagulant*, Th. de Genève, 1900.

Il nous faut ajouter que l'on a publié des cas d'insuccès (1); en l'absence de détails précis sur la forme des lésions aortiques et sur la façon dont a été conduit le traitement, toute discussion est impossible. Nous nous contenterons de critiquer un cas publié récemment en France (2) et où l'auteur, après avoir constaté « l'insuccès » des injections de gélatine chez son malade, se livre à des appréciations peu élogieuses sur la valeur de ce traitement. Qu'il nous soit permis de relever les principaux faits contenus dans cette observation; cela nous donnera l'occasion de prouver que l'insuccès y est dû, pour une grande part, à la manière défectueuse dont le traitement a été appliqué.

C'est après 10, 15 et même 35 injections que, dans certains cas, nous avons vu se produire l'oblitération complète du sac anévrysmal; or. M. Bourcy, après trois injections, se déclare éclairé et suffisamment fondé pour affirmer qu'il s'agit « d'un mode de traitement bien incertain ».

Nous avons insisté longuement dans une seconde communication sur l'inutilité des injections de gélatine dans les cas de simple ectasie du vaisseau, sans poche anévrysmale proprement dite, et nous avons montré qu'une des conditions indispensables à la formation des caillots, est le ralentissement du cours du sang. Or, dans l'observation de M. Bourcy, « la poche principale était implantée par une très large base sur la face antérieure et droite de la portion ascendante de l'aorte... La poche communiquait avec l'aorte par une ouverture très large, sans trace de collets ni de rugosités. »

C'est peut-être là une des causes de l'insuccès des trois injections de gélatine pratiquées par M. Bourcy. L'ouverture de la poche étant très large, le cours du sang n'était pas suffisamment ralenti pour permettre la formation des caillots.

Mais le reproche le plus sérieux que M. Bourcy adresse à cette méthode de traitement, celui sur lequel il insiste particulièrement est que les injections de gélatine sont suivies de fièvre et de phénomènes généraux alarmants : « Je ne saurais trop attirer l'attention, dit-il, sur les effets véritablement brutaux d'une injection qui, par son volume et par sa nature, pourrait *a priori* paraître anodine; il y a là quelque chose d'encore inexpliqué, mais qui rappelle de bien près la réaction violente des sujets tuberculeux à l'égard de la tuberculine. »

Eh bien, nous sommes à même de renseigner M. Bourcy sur ce point, les effets véritablement brutaux qu'il attribue à quelque chose d'encore inexpliqué, tiennent tout simplement à un défaut d'asepsie. Les injections d'une solution de gélatine parfaitement stérilisée, faites avec toutes les précautions nécessaires, ne déterminent aucune réaction locale ou générale.

Il est injuste de mettre sur le compte d'une méthode thérapeutique des méfaits dus à la seule négligence de celui qui l'applique. Si M. Bourcy avait opéré proprement, il ne conseillerait pas « d'user avec la plus grande prudence d'un agent thérapeutique susceptible de provoquer des réactions aussi violentes que celles qu'il lui a été donné d'observer ».

L'Académie voudra bien nous excuser si nous abusons de

(1) Von Schotter. Congr. all. de méd. int., Carlsbad, avril 1899. — Unverricht. *Id.* — Baudrimont et Lafond. Cités par Regett, Th. de Bordeaux, 1899.

(2) Bourcy. Sur un cas d'anévrysme de l'aorte ascendante, In *Semaine méd.*, 1899, p. 393.

son attention en portant devant elle ce débat, mais nous devons à la vérité de discuter toutes les objections qui nous ont été faites. En montrant qu'elles ne sont nullement fondées, nous espérons pouvoir dissiper les craintes que l'on n'a pas hésité à répandre contre l'emploi d'un traitement qui a rendu et qui rendra dans l'avenir, nous en sommes persuadés, des grands services.

Les preuves cliniques et expérimentales, données par nous jusqu'à présent, n'ayant pas suffi à produire une conviction générale, nous vous apporterons aujourd'hui la preuve anatomique, la preuve palpable de l'efficacité des injections sous-cutanées de gélatine dans le traitement des anévrysmes.

Un de nos malades, le premier auquel fut appliquée cette méthode thérapeutique, et qui vous a été présenté, ici même, à deux reprises (le 22 juin 1897 et le 11 octobre 1898), entrait de nouveau dans notre service le 27 novembre 1898, avec des symptômes de grippe légère qui se dissipèrent au bout de deux ou trois jours. Ce malade complètement remis devait quitter l'hôpital le lendemain, lorsque le 5 décembre au matin, on le trouva mort dans son lit. La mort subite, par syncope, est, comme on le sait, fréquente dans les affections de l'aorte, le traitement par la gélatine ne peut la prévenir, car il s'adresse uniquement au contenu de la poche anévrysmale. D'ailleurs, aucune injection de gélatine n'avait été pratiquée depuis plus de deux mois.

L'examen anatomique, qui fut fait le lendemain de la mort, permit de constater l'intégrité des viscères thoraciques et abdominaux. Le foie, les reins, la rate, le pancréas, les poumons, le cœur étaient absolument normaux.

Il n'y avait pas d'artério-sclérose généralisée; seule l'aorte présentait des lésions caractérisques de l'aortite paludique ou aortite en plaques, localisées au niveau de la portion intra-thoracique, tandis que la portion abdominale de ce vaisseau était à peu près intacte. Comme vous pouvez le voir sur cette pièce, la paroi antérieure de l'aorte ascendante présente, à 3 centimètres au-dessus des valvules sigmoïdes, une ouverture à peu près circulaire, mesurant $3^{cm}5$ de diamètre. Par cette ouverture l'aorte communique avec une énorme poche, du volume de la tête d'un enfant, qui, ayant érodé et perforé la paroi sterno-costale, fait saillie sous la peau.

Cette poche ainsi constituée de deux parties, l'une intra-thoracique, l'autre extra-thoracique, est entièrement remplie de caillots anciens et très fermes, s'opposant d'une façon absolue à la pénétration du sang.

Or, cet homme avait été soumis pendant plusieurs mois, par M. Besançon, au repos absolu, combiné avec la diète, les saignées répétées et l'iodure de potassium à haute dose. Malgré ce traitement, des plus rationnels, la poche anévrysmale, qui ne renfermait aucun caillot, augmentait quotidiennement à tel point qu'au moment de l'admission dans notre service la peau commençait à céder et qu'à la surface de la tumeur il existait trois bosselures de teinte ecchymotique, molles et dépressibles, qui permettaient de reconnaître le contact immédiat du sang avec la peau très amincie.

Nous nous attendions ainsi, d'un moment à l'autre, à voir cette poche éclater, lorsque fut faite la première injection sous-cutanée de gélatine. Le lendemain même il fut possible de constater que la tumeur était manifestement plus ferme et que les battements paraissaient éloignés. Les jours suivants, la tumeur diminua un peu de volume et les douleurs se calmèrent, mais bientôt elle reprit ses dimensions primitives et ses parois redevinrent molles, en même temps que réapparaissaient les douleurs intercostales. Nous croyons pouvoir attribuer cette rechute à la rétraction du caillot sanguin qui s'était formé dans la poche; à la suite de nouvelles injections de gélatine, la poche durcit et diminua de volume, les douleurs cessaient en même temps que les autres phénomènes morbides produits par l'anévrysme.

Le malade reprend alors ses occupations, il se fatigue, commet même des imprudences; il tombe d'un omnibus, monte à plusieurs reprises à pied un escalier de six étages, etc. Néanmoins la guérison se maintint pendant toute une année.

Puis se produisirent deux rechutes, avec formation d'une petite poche adjacente à la précédente; mais quelques injections de gélatine suffirent pour amener la formation de caillots et l'oblitération définitive du sac, comme le démontre l'examen de la pièce, où se voit, à la partie inférieure de la poche principale, une poche plus petite comblée par des caillots plus récents.

De ces différents faits résultent plusieurs enseignements utiles :

a. Le séjour au lit ne suffit pas, ainsi que l'a prétendu M. Litten (de Berlin), à la guérison des anévrysmes de l'aorte.

b. La guérison définitive d'un anévrysme volumineux par oblitération totale du sac ne s'obtient qu'à la suite d'un nombre d'injections gélatinées variable suivant les cas, mais que l'on peut évaluer approximativement à 25 ou 30 pour le moins.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Le traitement du diabète (*fin*). — **Le coma diabétique.**

Par M. Guihal, interne des hôpitaux.

On s'accorde à reconnaître aujourd'hui que le coma diabétique n'est que l'expression morbide la plus habituelle d'une auto-intoxication complexe, mal définie dans sa nature intime. Un fait semble de plus acquis, c'est que cette auto-intoxication s'accompagne d'une hyperacidité du sang très remarquable. Roque, Devic et Hugounenq ont constaté, dans un cas de coma diabétique, que le sang avait perdu la moitié de son alcalinité. Ramené à son alcalinité normale, le sérum devenait trois fois moins toxique, tout en conservant encore une toxicité élevée. Les auteurs ne peuvent s'entendre sur la nature de ce poison acide : est-ce l'acétone, l'acide diacétique, l'acide β-oxybutyrique, ou un acide lévogyre mal déterminé? Nous ne pouvons entrer dans le détail de la discussion. Au point de vue pratique, il s'agit de combattre une intoxication extrêmement complexe, dont l'un des éléments, le mieux connu, sinon le plus important, est une hyperacidité tout à fait spéciale du milieu sanguin. L'intoxication sera combattue, à la manière de l'urémie, par les moyens habituels, qui se résument en un traitement symptomatique. L'hyperacidité sanguine est le seul phénomène connu qui puisse devenir le point de départ d'une indication thérapeutique plus spécialisée; aussi a-t-on beaucoup cherché de ce côté. On a cherché d'autant plus que l'on se sentait absolument désarmé en présence des accidents comateux réalisés, et que le traitement purement

symptomatique, et, pour ainsi dire, banal, se montrait réellement impuissant à donner même aux malades le bénéfice de quelques minutes de conscience.

Le traitement des accidents réalisés comprend donc d'abord toute la série habituelle des indications symptomatiques, il peut se résumer en quelques mots. L'emploi des drastiques et des diurétiques pour faciliter l'élimination des poisons, les inhalations d'oxygène contre la dyspnée, les injections hypodermiques de caféine et d'éther pour lutter contre la paralysie cardiaque, sont autant de pratiques qui ne doivent pas être négligées. Mais tous les auteurs s'accordent à dire que la multiplicité de ces moyens dissimule mal leur impuissance.

Nous insisterons davantage sur la médication alcaline intensive opposée à l'intoxication acide. La question reste encore à l'étude; si la méthode ne compte pas à son actif des succès incontestables, elle a donné cependant quelques améliorations, au moins passagères. Or, divers auteurs insistent sur l'intérêt qu'il peut y avoir à donner au comateux diabétique quelques heures de conscience (ne fût-ce que pour lui permettre de tester); de plus, c'est là le seul mode de traitement connu, en dehors de la thérapeutique habituelle.

Stadelmann, le premier, insistant sur l'importance de l'intoxication acide, a recommandé de la traiter par les alcalins à haute dose. Ramener à la normale l'alcalinité du sang, tel est le but que l'on se propose; mais, pour y arriver, il est nécessaire de faire absorber au malade une quantité considérable d'alcalins. Roque, Devic et Hugounenq ont en effet calculé qu'il faudrait de 70 à 100 grammes de bicarbonate de soude par jour pour augmenter l'alcalinité du sang de moitié, ce qui était nécessaire dans le cas analysé par eux. Remarquons de plus que, ce but atteint, le sérum sanguin présente encore une toxicité élevée, et que le résultat obtenu n'est que partiel.

L'ingestion des alcalins remplit mal ces desiderata. Il est difficile d'atteindre la dose quotidienne de 20 à 30 grammes de bicarbonate de soude; le citrate est mieux toléré, mais 60 ou 80 grammes ne peuvent être dépassés. Ingérés à cette dose maxima, les alcalins agissent souvent comme des purgatifs, déterminent de la diarrhée et sont éliminés sans être absorbés en totalité. Aussi Stadelmann a-t-il proposé les injections intra-veineuses d'une infusion bicarbonatée. Les premiers essais, dus à Wolpe et à Lépine, ont été infructueux; parmi les nombreux cas publiés depuis, nous citerons ceux où une amélioration, plus ou moins durable, a été obtenue.

Dans le cas de Hesse, un homme de quarante-deux ans, dans le coma depuis plus d'une heure, reçoit dans les veines 250 grammes d'une solution de bicarbonate de soude à 4 p. 100. Au bout d'une heure le coma se transforme en un sommeil calme; puis survient un retour à la connaissance qui se prolonge toute la matinée du lendemain. L'après-midi, le malade redevient de nouveau somnolent; à cinq heures du soir on lui injecte de nouveau sous la peau 200 grammes de la solution. Il reste éveillé toute la nuit suivante; mais deux jours après il retombe dans le coma et meurt pendant les préparatifs d'une nouvelle infusion. Un malade de Chadbourne reprend deux fois connaissance après deux injections de 900 grammes d'une solution de bicarbonate de soude à 4 p. 100. Rosenstein injecte 500 grammes d'une solution bicarbonée à 4 p. 100 dans les veines d'un comateux; le malade revient à la vie, répond aux questions qu'on lui pose; quelques heures après, la température s'abaisse et la mort survient. Lépine a dernièrement publié un cas qui concorde avec les précédents. Son diabétique, âgé de vingt-quatre ans et tuberculeux pulmonaire, tombe dans le coma à huit heures du matin. Trois heures après il reçoit dans une veine du bras deux litres d'une solution contenant par litre 7 grammes de chlorure de sodium et 10 grammes de bicarbonate de soude. A la fin même de l'injection, qui dure un quart d'heure, le malade ouvre les yeux et demande spontanément à boire. M. Lépine lui fait absorber par la bouche 50 grammes de bicarbonate de soude en quelques heures. A trois heures du soir l'état général est toujours satisfaisant; mais les urines sont rares et très acides, malgré l'énorme quantité d'alcalins ingérés. A sept heures du soir le coma rentre en scène et la mort arrive à trois heures du matin. Enfin, Besson injecte à une femme dans le coma 25 grammes de bicarbonate de soude dans du sérum artificiel et obtient de même une reprise de la connaissance.

Ces observations concordent d'une façon remarquable, et permettent bien de juger ce qu'il est permis de demander à la médication alcaline intensive : quelques améliorations passagères. Le mode d'emploi le plus fréquent a été l'injection intra-veineuse d'une solution contenant de 5 à 10 p. 100 de bicarbonate de soude, et 7 p. 100 de chlorure de sodium. L'injection intra-veineuse semble devoir être préférée; en effet, l'injection sous-cutanée peut s'accompagner de phlegmon et même de gangrène, sur un terrain diabétique. La médication alcaline intensive peut se combiner utilement avec l'un des médicaments cités plus haut, tels que la caféine ou les inhalations d'oxygène.

Ici se termine la liste des moyens thérapeutiques à opposer au coma réalisé. On peut, cependant, citer les injections intra-veineuses de sérum artificiel (eau distillée et 7 p. 100 de chlorure de sodium); Roget et Balvay, ayant obtenu par cette méthode une amélioration comparable à celles que nous signalons précédemment, se demandent même si le sérum artificiel simple n'agit pas aussi bien que les infusions bicarbonatées. Enfin, Kussmaul, Hilton-Fagge ont essayé sans succès la transfusion sanguine.

L'importance du traitement préventif du coma ressort de ce qui précède avec une grande netteté. M. Lépine, qui s'est fait l'un des principaux défenseurs de la médication alcaline intensive, fait remarquer que cette méthode est surtout indiquée au moment même où l'on craint l'apparition du coma et même dans sa période prémonitoire. « Dès qu'apparaissent des troubles respiratoires chez un acétonémique qui a perdu l'appétit, et dont le pouls a une fréquence insolite, le coma est imminent. C'est le moment d'intervenir. Je l'ai fait plusieurs fois dans ces conditions, c'est-à-dire à la période prémonitoire du coma, et j'ai toujours, jusqu'ici, réussi à le conjurer. »

Nous passerons rapidement sur les autres moyens préventifs. L'apparition du coma est favorisée par les fatigues excessives, les voyages de longue durée, les émotions trop vives et surtout déprimantes, l'usage trop prolongé d'un régime carné trop exclusif. Le coma est particulièrement à redouter dans deux cas opposés : soit chez les vieux diabétiques, mis au régime depuis longtemps; soit, au contraire, quand il s'agit de jeunes sujets, chez qui le diabète revêt si souvent des allures graves. L'examen des urines permet également, dans une certaine mesure, de prévoir l'envahissement du coma.

Dès que l'attention des médecins est attirée de ce côté, « il faut, dit Dreyfus-Brisac, enrayer le processus d'intoxication, et, à cette fin, activer le jeu de toutes les fonctions excrémentitielles. » Du côté de l'appareil digestif, il importe surtout de se montrer beaucoup moins sévère dans le choix des aliments, de permettre au diabétique de boire à sa soif, d'ordonner même la noix vomique et les préparations strychnées, afin de réveiller l'appétit. L'intoxication d'origine intestinale est combattue par les antiseptiques intestinaux et surtout par les purgatifs salins. Si l'état des voies digestives est précaire, le régime lacté, partiel ou même absolu, peut être très utile; il diminue les fermentations intestinales et active la diurèse. La diurèse peut être également obtenue par les diurétiques habituels, notamment par la caféine et la digitale, souvent indiqués, d'autre part, par l'état du pouls. Enfin, les alcalins seront donnés à haute dose, ainsi que nous l'avons dit précédemment.

« Alors même, dit Dreyfus-Brisac, que, par cette médication complexe, on est arrivé à faire disparaître les accidents acétonémiques, des rechutes sont toujours à craindre. Aussi, le malade devra-t-il être l'objet d'une surveillance incessante. Tout travail fatigant, tout exercice violent, toute occupation qui l'expose à des secousses morales lui seront plus que jamais interdits. La moindre infraction aux prescriptions hygiéniques peut, en effet, donner lieu soudain aux manifestations comateuses qui défient les efforts de la thérapeutique. »

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(13 JUILLET 1900)

MM. Hirtz et Josué publient une observation de **trombophlébite de la veine porte et des veines mésaraïques. Nécrose hémorragique d'une anse d'intestin.** Cette observation concerne une malade âgée de trente-trois ans, entrée à l'hôpital avec une ascite abondante s'accompagnant de circulation collatérale; le foie est de volume normal, la rate est grosse. On ne note pas d'alcoolisme antérieur. L'affection a débuté trois semaines auparavant par l'ascite et des douleurs lombaires et dorsales survenant par accès prolongés. Trois jours après son entrée, la malade vomit, des douleurs abdominales violentes font leur apparition, en même temps que le faciès devient péritonéal; trente-six heures plus tard, la malade meurt dans le coma.

A l'autopsie on constate que la veine porte est oblitérée par une phlébite adhésive ancienne sur une étendue de plus de 5 centimètres, l'intestin grêle rigide et épaissi présente une coloration rouge vineux. Le péritoine qui le recouvre est seulement un peu dépoli. Dans la cavité de l'intestin, on trouve une certaine quantité de sang rouge fluide. Les tuniques intestinales ont atteint plus d'un centimètre d'épaisseur, elles sont fermes à la coupe qui apparaît rouge avec quelques îlots blanchâtres. Le mésentère voisin très épaissi contient des veines thrombosées. A l'examen microscopique on voit les éléments anatomiques nécrosés et les couches infiltrées de globules rouges.

Les cas analogues sont peu nombreux (observations de Chuquet, Leduc, Dreyfus, Straus, Pilliet, Péron et Beaussenat, Barth); la lésion a toujours été une découverte d'autopsie.

En comparant les observations, il nous a semblé qu'elles présentaient des traits communs et que le diagnostic serait possible.

La *douleur* n'a jamais manqué. Plus ou moins violente, elle survient par accès spontanés et elle est réveillée par la palpation du ventre; elle irradie dans les reins et les lombes, parfois elle siège à la région épigastrique et s'étend dans les hypocondres Quand la thrombose porte se produit au cours d'une affection hépatique, la douleur vient se surajouter aux autres signes présentés par le malade. Dans d'autres cas, la douleur domine tout le tableau clinique et l'on songe à une appendicite, à des coliques hépatiques, à l'occlusion intestinale; dans ces conditions l'intervention chirurgicale a été discutée et même tentée.

Dans tous les cas où l'oblitération veineuse semble primitive, les malades sont morts au milieu de ce que nous appelons le *syndrome terminal*. Brusquement on voit survenir des douleurs violentes dans le ventre, quelquefois avec sensation de déchirure; en même temps le malade vomit, les traits se tirent, on se croirait en présence d'une péritonite. L'apparition de ce syndrome après une période de phénomènes douloureux de deux ou trois semaines devra faire songer à la nécrose hémorragique de l'intestin par oblitération veineuse.

Ces curieux accidents ne semblent pas devoir être attribués à l'infection péritonéale. En effet le liquide recueilli dans le péritoine ne contenait pas de microbes dans le cas de Péron et Beaussenat; de plus si l'on étudie la distribution des germes dans les coupes de l'intestin nécrosé colorées par la thionine, on voit les microbes, très abondants dans la partie interne, devenir moins nombreux, puis disparaître à mesure qu'on approche du revêtement péritonéal.

M. Hirtz présente une malade atteinte d'**arthropathie-gonococcique du genou** dont les manifestations cliniques sont tout à fait anormales. M. Ménétrier se demande, à l'examen de cette malade, si la syphilis méconnue ou inavouée ne doit pas plutôt être incriminée.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(11 JUILLET 1900)

M. Delbet revient sur la question de l'**asepsie opératoire.** Depuis qu'il dirige le service de M. Duplay, il a fait de nouvelles expériences qui n'ont fait que confirmer les premières et qui l'ont conduit à cette conclusion que les mains deviennent septiques au cours des opérations. Il suffit que M. Delbet les repasse à l'alcool pour qu'elles redeviennent aseptiques. Les micro-organismes qui se trouvent sur ces mains devenues septiques viennent-ils de l'air ou des glandes de la peau? Il était intéressant de tirer cette question au clair; or, M. Delbet paraît y être arrivé par ses expériences; il a montré, en effet, que les mains enveloppées restent aseptiques, tandis que ce sont les mains exposées à l'air qui deviennent septiques. Les micro-organismes viennent donc de l'air et on doit les retrouver sur les gants comme sur les mains. Il semble même que la main nue aurait plus de chances de rester aseptique que la main gantée.

Il ressort surtout de la communication de M. Delbet ces deux faits très importants : 1° que ses mains sont facilement rendues aseptiques; 2° qu'elles restent aseptiques ou le redeviennent très aisément.

Nous ferons remarquer que M. Delbet parle de ses propres mains et non des mains en général; ce qui prouve que, dans cette délicate question, il faut tenir grand compte des

individualités tout au moins au point de vue de la peau. Retenons aussi cette réflexion très juste de M. Bazy que l'on peut trouver sur certaines mains des microbes non virulents et qu'on ne peut pas dire catégoriquement que ces mains soient septiques. Donc, non seulement question de peau, mais aussi question de microbes.

M. Lucas-Championnière est intervenu dans le débat et y a apporté le témoignage de son expérience déjà longue. Il a même pu dire, non sans quelque légitime fierté, que son expérience était actuellement la plus ancienne à la Société de chirurgie; on ne saurait oublier, en effet, que c'est à lui qu'on doit l'introduction en France de la méthode antiseptique. C'était un immense progrès et ceux d'entre nous qui ont assisté à cette révolution chirurgicale ne sauraient l'oublier. Aussi comprend-on que M. Lucas Championnière soit resté fidèle à l'antisepsie. Peut-être va-t-il un peu loin en disant que l'asepsie, loin d'être un progrès sur l'antisepsie, est plutôt un recul. Il insiste sur ce fait qu'avec les procédés antiseptiques, on peut toujours rester antiseptique, tandis qu'avec les procédés aseptiques, il est bien difficile de rester aseptique, de l'aveu même des plus chauds partisans de l'asepsie. Par exemple, les fils, aseptiques au début de l'opération, cessent de l'être à la fin. Ce fait seul est, aux yeux de M. Championnière, la condamnation de l'asepsie. M. Lucas-Championnière déclare nettement qu'il a la prétention d'avoir toujours ses mains aseptiques en restant fidèle aux premiers antiseptiques, c'est-à-dire à l'acide phénique, qu'il préfère de beaucoup au sublimé. Il se sert toujours des deux mêmes solutions, l'une au quarantième, l'autre au vingtième.

Nous ferons respectueusement observer à M. Championnière qu'il est bien heureux de pouvoir impunément tremper ses doigts dans une solution phéniquée au vingtième, sans en altérer la peau. Tout le monde n'a certes pas le même bonheur.

Quoi qu'il en soit, le mieux, dans l'espèce, est ennemi du bien et M. Championnière n'accepte aucun des procédés qui sont venus après la méthode de Lister, à laquelle il reste absolument fidèle, au moins quant au choix des liquides antiseptiques. L'important pour lui, c'est d'avoir les mains intactes et de n'y avoir aucune solution de continuité. M. Lucas-Championnière tient beaucoup à sa peau en tant que chirurgien.

Il rappelle qu'il a fait beaucoup de chirurgie articulaire avec un succès opératoire constant. Il maintient que les suppurations sont moins fréquentes dans son service que dans ceux où on fait de l'asepsie. Ses fils (il emploie le catgut) restent toujours aseptiques.

En résumé, on peut faire de bonne chirurgie sans gants et sans masques. L'asepsie ne vaut pas l'antisepsie. Restons donc fidèle à l'antisepsie.

Cette extrême sévérité de M. Lucas-Championnière pour l'asepsie peut s'expliquer par ce fait que l'antisepsie lui a toujours bien réussi. Cela pourra paraître étrange aux chirurgiens de la jeune génération, qui sont arrivés à une période où l'asepsie seule était déjà devenue la règle, et il est bien certain que pour beaucoup d'entre eux l'asepsie a été aussi favorable que l'antisepsie l'a été à M. Lucas-Championnière.

Parmi les présentations, signalons celle de M. Reclus, sur un cas de **greffe italienne** à la paume de la main ; beau résultat.

M. G. Marchant a présenté un homme auquel il a enlevé le **ganglion de Gasser** pour une névralgie; la guérison se maintient depuis deux ans. Il n'en est malheureusement pas ainsi chez tous ceux qui ont subi cette opération.

Signalons encore un cas de **tumeur orbitaire** enlevée par M. Quénu, d'après un procédé identique à celui dont a parlé récemment M. Valude à l'Académie de médecine (voir *Gaz. des hôp.*, 1900, n° 62); un cas de **résection de l'omoplate** pour un chondrome, par M. Schwartz; un cas de **gastrostomie**, par le procédé ordinaire, présenté par M. Monod; un cas d'**appendicite** avec diverticule appendiculaire persistant dans le méso, par M. Walther; un cas de **typhlo-appendicite**, par M. Bazy, qui réclame pour le cæcum les mêmes droits que pour l'appendice; deux cas de **perforation de l'appendice** par des corps étrangers, présentation de M. Guinard, qui en conclut qu'il faut établir une grande différence entre les appendicites perforantes et les perforations de l'appendice.

Sur la proposition de M. Pozzi, la Société de chirurgie sera représentée le 26 de ce mois à la réunion de la Société royale de chirurgie d'Angleterre, qui fêtera son centenaire.

MÉDECINE PRATIQUE

Les injections de calomel dans le traitement des arthrites chroniques non syphilitiques.

D'après M. de Gorsse, médecin-consultant à Luchon.

De plus en plus, le cadre des arthrites chroniques non infectieuses se restreint, et le jour n'est pas éloigné où la variété de rhumatisme *dit arthritique* pur prendra place à son tour parmi les infections. Aussi était-on autorisé à essayer dans ces cas l'antisepsie sanguine et c'est ce qu'a tenté M. de Gorsse sous l'inspiration de M. Toupet.

C'est au mercure, et au mercure sous sa forme la plus énergique, aux injections intramusculaires de calomel, que l'auteur a eu recours; et les résultats obtenus doivent engager les praticiens à essayer cette méthode thérapeutique.

Néanmoins, il faut bien se rappeler qu'il existe aux injections profondes de calomel des contre-indications que l'on ne doit pas perdre de vue, et dans les arthrites chroniques comme dans toute autre maladie, il faut se souvenir que l'insuffisance rénale ou hépatique, le mauvais état général, les cachexies, ou encore le mauvais état de la bouche doivent faire écarter les injections mercurielles insolubles.

Ceci bien posé, l'auteur a cherché comment agissait le calomel administré sous forme d'injections intramusculaires.

Le protochlorure de mercure est transformé, par les sels ammoniacaux qui existent dans l'économie, en mercure et sublimé; l'ammoniaque qui provient de la dissociation de ces sels réagit sur le dernier pour l'amener à l'état de chloramidure Hg $(Az H^2 Cl)$.

C'est donc soit le chloramidure de mercure, soit le sublimé à l'état naissant, qui sont absorbés par la circulation. Les agents d'absorption et de transport des composés mercuriels sont les leucocytes exclusivement, et c'est le sang lui-même qui subit les premières transformations.

D'après diverses expériences, il est prouvé que le mercure combat l'anémie et la déglobulisation, diminue l'hémoglobinurie et l'urobilinurie, abaisse la proportion de l'urée, tandis qu'au contraire il augmente les chlorures urinaires. Qu'est-ce là, sinon l'amélioration de tous les troubles apportés dans le sang et l'urine par le rhumatisme?

Mais ce n'est pas tout : le sang mercurialisé, transformé, amélioré, va agir directement sur les lésions locales articulaires et péri-articulaires, et cette action semble être la diminution de la congestion, et le remplacement du tissu embryoplastique qui aboutit au processus fibreux connectif par des cellules fixes de tissu conjonctif.

L'auteur a voulu profiter de l'occasion qui lui était offerte pour fixer les techniques exactes de la préparation du sel mercuriel à injecter, et de l'injection elle-même. Les voici, telles qu'il les donne.

Technique de la préparation d'une suspension de calomel dans l'huile d'olives ou l'huile d'amandes douces. — 1° Prendre une éprouvette graduée de 15 centimètres cubes et un flacon à large ouverture de 45 centimètres cubes;

2° Laver à l'eau distillée;

3° Sécher à l'étuve;

4° Mesurer 15 centimètres cubes d'huile d'olives ou d'amandes douces pure dans l'éprouvette;

5° Verser dans le flacon à large ouverture;

6° Peser 45 centigrammes de calomel, l'introduire dans le même flacon;

7° Boucher avec un tampon d'ouate non hydrophile stérilisée;

8° Faire chauffer, soit au bain d'huile, soit au bain de sable, soit à l'étuve à une température de 120 degrés et maintenir pendant vingt minutes à cette température;

9° Laisser refroidir.

Un centimètre cube de cette préparation contient trois centigrammes de calomel.

Technique de l'injection. — 1° Faire coucher le malade sur le ventre;

2° Se laver les mains au savon;

3° Laver la région où sera faite l'injection au savon d'abord, à l'eau distillée ou bouillie ensuite;

4° Y verser de l'éther pour dissoudre les matières grasses;

5° Se passer les mains au sublimé;

6° Laver la région à injecter au sublimé;

7° Enfoncer l'aiguille de 5 ou 6 centimètres stérilisée ou flambée, au lieu d'élection (partie supérieure de la fesse, à trois travers de doigt au-dessous de la crête, à l'union du tiers externe et des deux tiers internes), et l'enfoncer, d'un seul coup, jusqu'à la garde;

8° Remplir la seringue (n° 2 de Luer) de l'émulsion, après avoir fait secouer fortement et déboucher par un aide, ou par le malade lui-même, le tube qui la contient;

9° Injecter lentement en maintenant la seringue dans l'aiguille;

10° Retirer aiguille et seringue lentement d'abord, puis plus vite;

11° Recouvrir le point piqué de collodion;

12° Ordonner au malade un repos allongé de trente-six heures.

Les arthrites chroniques traitées de cette façon ont été améliorées ou guéries; et ce ne sont pas seulement les arthrites chroniques primitives ou secondaires à des attaques de rhumatisme articulaire aigu qui en ont retiré un bénéfice, mais encore le rhumatisme déformant, noueux, et les arthrites infectieuses gonococciques ou même tuberculeuses.

On voit l'importance qu'acquiert cette méthode d'antisepsie sanguine en face de maladies contre lesquelles on était le plus souvent impuissant et sur lesquelles tous les traitements essayés ne donnaient au praticien que le regret de ne les point voir réussir et la certitude d'avoir des clients à jamais impotents.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Les pouvoirs des maires en matière de salubrité.

Une dame X..., propriétaire d'une maison dans laquelle se trouvaient des cabinets d'aisances communs à plusieurs locataires, fut mise en demeure par un arrêté préfectoral particulier d'avoir à effectuer certains travaux pour assainir ces cabinets.

Elle résista ; poursuivie successivement en simple police, puis, en appel, devant le tribunal correctionnel, pour contravention à l'arrêté, elle excipa de l'illégalité de cet arrêté pour échapper à toute répression. Mais le tribunal correctionnel ordonna diverses mesures d'instruction qui impliquaient, tacitement, la reconnaissance de la légalité de l'arrêté.

Elle s'est pourvue contre ce jugement devant la Cour suprême, appuyée qu'elle a été par le syndicat des propriétaires.

La chambre criminelle de la Cour de cassation a décidé qne le préfet de la Seine avait commis un excès de pouvoir en prenant un arrêté pour prescrire diverses mesures d'assainissement dans un immeuble déterminé, en vue d'assurer sa salubrité particulière.

La Cour suprême, en effet, a jugé que la loi de 1890 n'accorde point de tels pouvoirs aux maires et, par suite, au préfet de la Seine, faisant fonctions de maire à Paris. Ces pouvoirs appartiennent, aux termes de la loi de 1850, à la Commission des logements insalubres.

Le préfet ne peut prendre des arrêtés que dans l'intérêt de la salubrité générale. Ces arrêtés n'ont un caractère légal et, par suite, obligatoire, que lorsqu'ils ont cet objet, ce qui n'était pas le cas dans l'espèce soumise à la Cour.

Le jugement du tribunal correctionnel de la Seine qui avait implicitement reconnu la légalité de l'arrêté, auquel la demanderesse au pourvoi avait refusé d'obéir, a donc été cassé sur ce point.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

La propriété des observations médicales.

Dans une récente séance de la Société de médecine légale, M. Brouardel a posé la question suivante : Les observations médicales laissées par un médecin appartiennent-elles à ses héritiers?

Un médecin meurt. Son fils unique, médecin aussi, se voit refuser par sa belle-mère, cohéritière, les observations médicales prises par son père, et cela sous prétexte de sauvegarder le secret professionnel.

M. Brouardel estime ce prétexte mal fondé. D'après lui, il y a continuation du secret médical du premier médecin au second.

Cet avis n'est pas partagé par M. Danet ni par M. Rocher, qui pensent qu'en principe il faudrait brûler les observations.

M. Ladreit de la Charrière pense de même que, quand un médecin vend son cabinet, il n'a pas le droit d'initier son successeur au passé pathologique de ses clients sans le consentement de ceux-ci.

Nous inclinerions à penser comme MM. Ladreit de la Charrière, Danet et Rocher.

Quoi qu'il en soit, la question en litige a été renvoyée par la Société devant la commission du secret médical.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

PARIS, 2-9 AOUT 1900

Moins d'un mois nous sépare maintenant de l'ouverture du Congrès international de médecine. Nous croyons donc utile de rappeler à ceux de nos confrères qui hésiteraient encore à envoyer leur adhésion, quelques points de l'organisation générale du Congrès.

Quelques jours après son adhésion, le congressiste recevra sa carte et sa feuille de chemin de fer, qu'il devra faire viser à son départ, ou à la frontière s'il vient de l'étranger. Pour recevoir celle-ci en temps utile, il est bon de ne plus s'attarder.

A son arrivée à Paris, le congressiste n'a qu'à se rendre à l'École pratique, aux bureaux du Congrès. Là, il sera reçu par un secrétaire parlant sa langue, qui timbrera sa feuille de chemin de fer et lui remettra tout un dossier constitué à l'avance à son nom.

Ce dossier renferme : programmes, cartes d'invitations, renseignements sur le fonctionnement de l'Assistance publique et l'enseignement médical à Paris, sur les eaux minérales françaises.

On remettra en outre au congressiste le résumé des rapports de sa section, et même un Guide-Conti, édité spécialement pour la circonstance.

Nos confrères trouveront en outre, au secrétariat, un bureau de poste, télégraphe et téléphone, et MM. les secrétaires se mettront à leur disposition pour tous les renseignements concernant leur installation matérielle. (Voir à ce sujet *Gaz. des hôp.*, 1900, n° 78.)

Au départ, il n'y aura plus qu'à présenter à la gare la feuille de chemin de fer pour obtenir un billet *gratuit* de retour.

Postérieurement au Congrès les volumes suivants seront mis gratuitement à la disposition de MM. les membres du Congrès :

1° Un volume de procès-verbaux sommaires de l'ensemble des travaux du Congrès.

2° Un volume donnant le compte rendu *in extenso* des assemblées générales du Congrès.

3° Le volume contenant les travaux de la section dans laquelle chaque congressiste s'est fait inscrire (le volume de la section indiquée en premier sur sa feuille d'adhésion dans le cas où il serait inscrit dans plusieurs sections).

Les éditeurs tiendront à la disposition de MM. les membres du Congrès qui désireraient le compte rendu des travaux de plusieurs sections chacun de ces volumes pris isolément, au prix de 4 francs.

On pourra souscrire à la collection complète des 17 volumes de comptes rendus au prix de 50 francs. Ce prix est réduit, pour les membres du Congrès, à 45 francs pour toute la série, déduction faite du volume remis gratuitement comme membre d'une des sections.

Pendant la durée du Congrès, il sera installé à la Faculté de médecine, dans des locaux de l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine (premier étage), dépendants du Laboratoire de M. le professeur Lannelongue, président du Congrès, un bureau central de Presse, sous la direction du bureau de l'Association de la presse médicale française.

Tous les journalistes français et étrangers trouveront là, pendant la durée du Congrès, les renseignements, susceptibles de les intéresser, qui seront mis à notre disposition par les diverses sections du Congrès, renseignements qui seront affichés dans le plus bref délai possible.

De plus, les membres de l'Association assureront, dans ce bureau, un service de permanence, exactement dans les mêmes conditions que le service organisé par les membres de la Commission supérieure de la presse au pavillon de la Presse, à l'Exposition de 1900.

RÉPARTITION DES LOCAUX

Assemblées générales les 2, 5 *et* 9 *août*, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

RÉUNIONS DES SECTIONS : 1° *Sciences biologiques.* — 1. Anatomie descriptive (Collège de France, salle n° 6); — Anatomie comparée (Collège de France, salle n° 8). — 2. Histologie et embryologie (pavillons d'histologie et amphithéâtre Cruveilhier, à l'École pratique). — 3. Physiologie (amphithéâtre de physiologie à la Sorbonne); — Physique et chimie biologique (amphithéâtre de physique et de chimie, à l'École pratique).

2° *Sciences médicales.* — 1. Pathologie générale (amphithéâtre de pharmacologie, à la Faculté de médecine). — 2. Bactériologie (Institut Pasteur). — 3. Anatomie pathologique (amphithéâtre de M. Chantemesse, à la Faculté de médecine). — 4. Pathologie interne (grand amphithéâtre, à la Faculté de médecine). — 5. Maladie de l'enfance (amphithéâtre Turgot, à la Sorbonne). — 6. Thérapeutique (amphithéâtre du sud, à l'École de pharmacie). — 7. Pharmacologie (amphithéâtre du nord de l'École de pharmacie); — Matière médicale (galerie de l'École de pharmacie). — 8. Neurologie (amphithéâtre Richelieu, à la Sorbonne). — 9. Psychiatrie (amphithéâtre de géologie, à la Sorbonne). — 10. Dermatologie (hôpital Saint-Louis).

3° *Sciences chirurgicales.* — 1. Chirurgie générale (grand amphithéâtre de l'École pratique). — 2. Chirurgie de l'enfance (amphithéâtre Descartes, à la Sorbonne). — 3. Chirurgie urinaire (hôpital Necker). — 4. Ophtalmologie (amphithéâtre de chirurgie de l'Hôtel-Dieu). — 5. Laryngologie (amphithéâtre n° 3 de la Faculté de droit). — 6. Otologie (amphithéâtre n° 4 de la Faculté de droit). — 7. Stomatologie (grand amphithéâtre de l'avenue Victoria).

4° *Obstétrique et gynécologie.* — 1. Obstétrique (amphithéâtre de physique, à la Sorbonne). — 2. Gynécologie (amphithéâtre de chimie, à la Sorbonne).

5° *Médecine publique.* — Médecine légale (petit amphithéâtre de la Faculté de médecine). — 2. Médecine et chirurgie militaires (grand amphithéâtre du Val-de-Grâce); — Médecine navale (petit amphithéâtre du Val-de-Grâce); — Médecine coloniale (amphithéâtre de chimie du Val-de-Grâce).

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA PRESSE MÉDICALE

(26-28 JUILLET)

I. QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR. — 1° Opportunité de la fondation d'une association internationale de presse médicale. Rapporteurs : MM. Posner (de Berlin), Laborde (de Paris), Rubino (de Naples). — 2° Application des principes de la protection de la propriété littéraire à la protection de la littérature médicale. Rapporteurs : MM. Pouillet, de Maurans et Rocher (de Paris), Fasset (des États-Unis).

II. AUTRES QUESTIONS. — 1° Étude sur la constitution de la presse médicale dans chaque pays. Rapports pour les différents pays par les secrétaires de chaque Association et par divers journalistes étrangers. — 2° Abus du pseudonyme précédé du mot docteur dans les articles réclames, M. Lévy. — 3° Unification de la terminologie adoptée pour la bibliographie scientifique, M. de Maurans. — 4° Affiliation des Associations de presse médicale aux grandes Associations générales de presse. — 5° Protection de la propriété des figures et planches figurant dans les journaux médicaux, M. Alcan, éditeur, Paris. — 6° Du journal médical gratuit. — 7° De la publicité concédée gratuitement et de ses dan-

gers. — 8° Place donnée aux comptes rendus des séances des Sociétés savantes et répercussion sur l'état actuel des revues spéciales, M. Blondel (de Paris). — 9° Rôle de la presse médicale dans l'organisation des Congrès médicaux. — 10° Des échanges entre journaux médicaux. — 11° De la publicité concédée aux Compagnies de chemins de fer. — 12° Des polémiques personnelles et du droit de réponse, M. Jayle. — 13° De la solidarité professionnelle dans la presse médicale, M. J. Noir. — 14° Rapports de la presse médicale sanitaire et de la presse politique (côté technique) au point de vue social, M. Bossi (de Gênes). — 15° De l'emploi de la classification décimale dans les publications médicales, M. le professeur Richet (de Paris). — 16° Emploi du dictionnaire décimal international pour la traduction chiffrée des titres médicaux, Marcel Baudouin. — 17° La technique moderne des tables des matières des revues médicales et scientifiques (emploi de la table décimale), Marcel Baudouin. — 18° Règles internationales à établir pour la transcription des noms slaves en alphabet latin. — 19° Avantages et inconvénients de la machine à composer pour les journaux de sciences à petit tirage. — 20° Des frais d'encartage dans les journaux spéciaux. — 21° De la reproduction en couleur dans les journaux de médecine. — 22° Reportage photographique dans la presse médicale et cinématographe.

Les membres du Congrès, qui désireraient présenter un travail sur l'une de ces questions ou sur tout autre sujet de leur choix se rapportant à la Presse médicale, sont priés de s'inscrire auprès du docteur Blondel, secrétaire général, 8, rue de Castellane, à Paris, avant le 1er juillet.

Les fêtes, organisées à l'occasion du Congrès international de la Presse médicale, ont été arrêtées ainsi qu'il suit :

1° Le jeudi 26 juillet, à 2 heures de l'après-midi, au pavillon de la Presse à l'Exposition, ouverture solennelle du Congrès par M. le ministre du Commerce.

Le même jour, à 5 heures, à l'Hôtel de Ville, réception du Congrès par le bureau du Conseil municipal.

2° Vendredi 27 juillet, soir, réception chez le président du Congrès, M. le professeur Cornil.

3° Samedi 28 juillet, le soir, à 7 h. 1/2, banquet à l'Exposition. Fête au Vieux-Paris.

4° Deux excursions seront organisées l'une à Versailles, l'autre à Chantilly, le dimanche 29 juillet.

5° Lundi et mardi 30 et 31 juillet, visites à l'Exposition.

6° Le mardi 31, réception et fête à l'Hôtel de Ville.

7° Le 1er août, réception au Club médical par les Sociétés savantes de Paris.

8° Le 2 août, réception au ministère de l'Intérieur, chez le président du Conseil, au nom du gouvernement.

9° Le 5 août, réception au palais de l'Élysée, par le président de la République.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

399. M. Krikortz. Contribution à l'étude du rhumatisme musculaire. — 400. Mlle Aron. Contribution à l'étude de l'aphasie hystérique. — 401. M. Herpain. Adénites et péri-adénites à streptocoques (en particulier celles de l'aisselle). — 402. M. Beltzer. Contribution à l'étude des kystes hydatiques du rachis. — 403. M. Helot. Influence de la grossesse sur la marche de la sclérose de l'oreille moyenne. — 404. M. J. Richard. Etude sur les intoxications alimentaires. — 405. M. Gauthier. Considérations sur exercice illégal de la médecine. — 406. M. Guilbot. Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire du premier âge. — 407. M. Costard. De l'amygdalite ulcéro-membraneuse chancriforme à bacilles fusiformes et à spirilles ou maladie de Vincent. — 408. M. de Gorsse. Les injections de calomel dans le traitement des arthrites chroniques non syphilitiques. — 409. M. Hoffmann. Influence du traitement prophylactique antisyphilitique dans les avortements à répétition de cause inconnue (syphilis soupçonnée). — 410. M. Gagey. Du réchauffement des nouveau-nés débiles. — 411. M. Keim. L'expression du fœtus par la paroi abdominale. — 412. M. Guillemin. Considérations sur la pathogénie d'une variété d'éléphantiasis avec varices lymphatiques basées sur un cas personnel. — 413. M. Champion. Manifestations à distance dans le zona. — 414. M. Goigoux. Des adhérences vulvaires. — 415. M. Lévy (G.). Documents pour servir à l'histoire des rapports entre le poids du fœtus et celui du placenta. — 416. M. Bayce. Influence de la grossesse et de l'accouchement sur l'évolution des maladies de l'oreille. Indications du traitement radical par l'évidement pétro-mastoïdien. — 417. M. Boullet. Luxations en haut du métatarse. — 418. M. Béard. De la rétraction de l'aponévrose plantaire. — 419. M. Cayre. De la luxation congénitale du genou en avant avec chevauchement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hospices de Nîmes. — *Concours pour les places d'élève interne à l'hôpital mixte.* — Il sera ouvert, le mercredi 7 novembre prochain, un concours pour des places d'élève interne. Les candidats devront déposer avant le 30 octobre, au secrétariat des hospices, leur demande. Le concours comprendra : 1° Épreuve écrite : une question de médecine et une question de chirurgie, un délai de quatre heures sera accordé pour la rédaction ; 2° Épreuve orale : une question d'anatomie à développer après cinq minutes de réflexion; question orale de médecine et de chirurgie pratique appliquée au service de garde, à développer après dix minutes de réflexion. Deux places seront disponibles le 1er janvier.

La durée de l'internat est de deux ans.

Les internes sont logés, chauffés, éclairés. Ils reçoivent un traitement de 250 francs en 1re année, 300 la 2e année, plus une indemnité mensuelle de nourriture de 70 francs. L'interne de garde est nourri. Les internes sont chargés, à tour de rôle, des fonctions de répétiteur du cours d'accouchement, indemnité annuelle de 100 francs.

Hospices civils de Rouen. — Le 8 novembre 1900 s'ouvrira un concours pour la nomination à deux places de médecin adjoint (fonction gratuite). S'inscrire à la direction, enclave de de l'Hospice général de Rouen, avant le 18 octobre.

Guerre. — Par décret en date du 12 juillet, sont promus et nommés aux grades et emplois ci-après désignés :

Au grade de médecin principal de première classe : MM. les médecins principaux de deuxième classe Jourdan, en remplacement de M. Sommeillier, retraité; désigné pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains; — Rigal, en remplacement de M. Sorel, retraité; maintenu à son poste actuel.

Au grade de médecin principal de deuxième classe : MM. les médecins-majors de première classe Radouan, en remplacement de M. Bablon, retraité ; désigné pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital militaire de Blida; — Maljean, en remplacement de M. Jourdan, promu; maintenu à son poste actuel; — Sockeel, en remplacement de M. Rigal, promu; désigné pour l'hôpital militaire de Belfort.

Au grade de médecin-major de première classe : MM. les médecins-majors de deuxième classe Lassale, en remplacement de M. Zimmermann, décédé; désigné pour le 44e d'infanterie; — Durand, en remplacement de M. Jouano, décédé ; maintenu à son poste actuel ; — Bernard, en remplacement de M. Francou; maintenu à son poste actuel ; — Weiss, en remplacement de M. Deschamps, retraité; désigné pour le 4e tirailleurs algériens; — Ferrier, en remplacement de M. Boutry ; maintenu à son poste actuel ; — Frilet, en remplacement de M. Dubarry, retraité; désigné pour le 141e d'infanterie ; — Loison, en remplacement de M. Roch, retraité; maintenu à son poste actuel ; — Lapeyre, en remplacement de M. Radouan, promu; désigné pour le 163e d'infan-

terie; — Rioblanc, en remplacement de M. Maljean, promu; désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — Bimler, en remplacement de M. Sockeel, promu; désigné pour le 22e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. les médecins aides-majors de première classe Binet, en remplacement de M. François, démissionnaire; maintenu à son poste actuel; — Duhaut, en remplacement de M. Lassalle, promu; désigné pour le 47e d'infanterie; — Lefebvre, en remplacement de M. Durand, promu; désigné pour le 29e d'artillerie.

Hommage à M. de Lacaze-Duthiers.— Il y a quelques jours a eu lieu à la Sorbonne une manifestation scientifique franco-espagnole. L'Université de Barcelone offrait à M. de Lacaze-Duthiers, l'éminent professeur à la Faculté des sciences, son buste exécuté par le sculpteur Bellune. Elle tenait aussi à rendre hommage au savant et à l'homme qui depuis si longtemps accueille avec tant de bonne grâce les naturalistes espagnols dans son laboratoire de Banyuls.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 27e semaine, 816 décès, chiffre inférieur à celui des semaines précédentes et inférieur aussi à la moyenne ordinaire des semaines de juillet (893). L'état sanitaire est donc satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 15 décès, la rougeole 18 (la moyenne est 21), la scarlatine, 7, la coqueluche 7, et la diphtérie, seulement 4. Ces chiffres s'éloignent peu de la moyenne.

La variole a causé 4 décès.

La diarrhée infantile, a causé 42 décès de 0 à 1 an (dont 5 seulement dans les dix premiers arrondissements et 37 dans les arrondissements pauvres de la périphérie; ce chiffre est un peu plus élevé que celui de la semaine précédente (34), mais il est fort au-dessous de la moyenne ordinaire des semaines de juillet (99). Il est fort à craindre si les chaleurs persistent, que cette maladie devienne plus meurtrière; on ne saurait donc trop insister pour que les familles veillent avec le plus grand soin à la bonne qualité du lait donné aux jeunes enfants (lait stérilisé) et à la méticuleuse propreté des vases dans lesquels ce lait leur est présenté.

En outre, 22 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 76 décès, au lieu de 56 pendant la semaine précédente, et au lieu de 74, moyenne ordinaire de la saison.

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 26 décès, dont 16 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 183 décès (au lieu de la moyenne 165), la méningite tuberculeuse 12 décès, la méningite simple 23, les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 21 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramolissement cérébral 49 décès, les maladies organiques du cœur 35; le cancer a fait périr 45 personnes; enfin 20 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le congrès du Sanitary Institute et de la Société française d'hygiène. — Le Sanitary Institute tient chaque année un Congrès qui, depuis la fondation de cette association, s'est toujours réuni dans l'une des villes de la Grande-Bretagne. Cette année, à l'occasion de l'Exposition universelle, il a été décidé que le Congrès se réunirait à Paris, avec le concours de la Société française d'hygiène.

Le Sanitary Institute de la Grande-Bretagne, qui a pour président le duc de Cambridge, est l'association sanitaire la plus importante de l'Europe. Le Congrès se réunira à Paris, les 7, 8 et 9 août prochain, sous la présidence effective de M. le professeur Corfield (de Londres) et de M. Gréhant, professeur au Muséum, président de la Société française d'hygiène. Les séances auront lieu dans l'amphithéâtre de zoologie du Muséum, qui a été mis gracieusement à la disposition du Sanitary Institute et de la Société française d'hygiène par M. Edmond Perrier, directeur du Muséum.

Les inspecteurs sanitaires de la Grande-Bretagne et les Medical officers of health se joindront à leurs collègues du Sanitary Institute, dans cette circonstance.

Après chaque séance, des excursions, organisées par la Société française d'hygiène, permettront aux membres du Congrès de se rendre compte de l'organisation et du fonctionnement des services sanitaires de la Ville de Paris.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 81. — JEUDI 19 JUILLET 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 19 JUILLET 1900. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — SCORBUT NOSTRAS, par M. LOP, ex-chef de clinique à l'École de médecine de Marseille, médaille d'or de l'Académie de médecine. — EMPOISONNEMENTS NON PROFESSIONNELS PAR L'ANILINE; FAITS CLINIQUES ET EXPÉRIMENTAUX, par le professeur L. LANDOUZY et M. Georges BROUARDEL. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine* : Angine et endocardite; — La saignée dans le coup de chaleur; — La photothérapie de la rougeole; — Un cas de parotidite par l'iodure de potassium. — *Chirurgie* : Procédé facile de stérilisation du catgut. — *Thérapeutique* : Traitement de la grippe. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

SCORBUT NOSTRAS (1)

Par M. LOP,
Ex-chef de clinique à l'Ecole de médecine de Marseille,
médaille d'or de l'Académie de médecine.

I

Le scorbut est devenu tellement rare que je ne crois pas être au-dessus de la vérité en disant que dans la génération médicale de ces vingt dernières années, la plupart d'entre nous ne connaissent cette affection que par ouï dire.

Après un séjour de neuf ans dans les hôpitaux de notre ville et une pratique civile de six ans, où journellement j'examine huit à dix marins français ou étrangers, venant des différents points du globe, je n'avais jamais eu, jusqu'à ce jour, l'occasion d'en observer un cas.

Cette occasion vient de m'être offerte, non par un marin, comme l'on pourrait s'y attendre, mais par un homme qui n'a jamais quitté Marseille, et qui n'a été mis dans aucune des conditions hygiéniques et alimentaires où il était jadis commun d'observer le scorbut.

C'est cette particularité qui m'engage à faire connaître cette observation, aussi intéressante par ses manifestations cliniques que par son interprétation étiologique.

II

OBSERVATION. — Homme de trente-huit ans, fabricant de caisses d'emballage, bonne santé antérieure, pas d'éthylisme, gagnant largement sa vie (de 6 à 7 francs par jour), habitant un logement très sain, bien aéré, bien ensoleillé et dont l'alimentation, prise en commun avec sa mère et sa sœur, est des plus normales et est ainsi composée.

Le matin, café au lait à six heures; à neuf heures, un morceau de pain et un peu de viande froide de la veille; à midi et demi, potage, un plat de viande et légumes; le soir, potage et un plat varié.

Jamais de salaisons *ni de charcuterie*, du *poisson frais en très petite quantité*, jamais de *morue*.

(1) Communication faite à l'Académie de médecine.

La veille de la Noël 1899, il a fait une chute sur les rochers en allant à la pêche, distraction qu'il s'offre de temps à autre (huit à dix fois par an).

Dans cette chute, il se contusionne fortement la cuisse droite et se fracture une côte du même côté.

Cette fracture me paraît douteuse, je ne l'ai pas soigné à cette occasion, mais je n'ai pu en retrouver trace.

Au moment de son accident, il était en traitement pour une affection oculaire, pour laquelle on lui instillait deux fois par jour un collyre au cyanure de mercure à 0,10 p. 100.

Dès son accident, il prit le lit et s'y trouvait encore le 2 février 1900, jour de ma première visite, où je constatai les symptômes suivants :

Le membre blessé, atteint d'une phlébite de la saphène, était lourd, œdématié, impotent, et au lieu d'être blanche comme dans la phlegmatia ordinaire, la peau offrait une teinte jaunâtre et présentait de distance en distance de larges placards ecchymotiques, siégeant surtout aux faces interne et postérieure, tandis que la face antérieure du membre était recouverte de sigillations veineuses, indices de troubles dans la circulation profonde; chacune de ces sigillations était entourée d'une auréole ecchymotique.

Le malade souffrait cruellement de son membre, le moindre mouvement devenait un véritable supplice. Très amaigri, affaibli, cet homme, qui dormait mal et souffrait beaucoup, ne s'alimentait pas à cause d'une lésion buccale tellement intense, qu'elle rendait l'alimentation, même liquide, impossible.

La cavité buccale exhalait une odeur infecte et laissait sourdre un liquide sanieux fétide, les dents étaient entièrement recouvertes par une hypertrophie telle du bourrelet gingival, que l'on peut affirmer sans exagération, que la muqueuse gingivale était quadruplée d'épaisseur; pas une dent qui ne fût à nu. Cette muqueuse recouverte de débris sanieux grisâtres, rappelant la fausse membrane diphtérique, saignait au moindre attouchement, la langue rouge et desquamée était augmentée de volume.

Il était évident qu'avec une pareille lésion, le malade faisait de l'auto-intoxication septique, qui se traduisait par du dégoût, des vomissements et de la diarrhée fétide.

La dépuration urinaire était réduite à 3 ou 400 grammes d'urines par vingt-quatre heures, faiblement acides, très uratiques et légèrement albuminuriques.

Un pouls petit, défaillant, trahissait l'état du myocarde, dont les contractions étaient sans vigueur; de temps à autre on percevait une ébauche de bruit de galop.

A l'examen du thorax, je ne trouvai pas trace de la fracture de côte signalée plus haut, mais en revanche, je constatai l'existence d'une double congestion pulmonaire limitée aux bases.

J'instituai un traitement approprié contre cette phlébite et contre la lésion buccale.

Sous l'influence de la thérapeutique mise en œuvre, il se fit une amélioration rapide pendant la première semaine, mais cette amélioration resta stationnaire, en dépit des modifications apportées dans la médication. Je me proposais alors, en présence de cet état mal défini, d'appeler un de mes confrères en consultation, lorsque, tombant à ce moment malade à mon tour, je cessai de voir ce client jusqu'au 6 avril dernier.

Pendant mon absence, il avait fait appeler différents confrères, entre autres, mon ami M. Monteux qui, peu de jours avant mon retour, constata, non sans surprise, la présence d'une double fracture de côte du côté opposé au traumatisme thoracique et survenue brusquement.

Je retrouvai mon client à peu près dans le même état, peut-être même plus affaibli, malgré les efforts de M. Monteux. Il avait en plus de l'œdème du membre inférieur gauche et de la paroi abdominale inférieure, un peu plus d'albumine que lors de ma dernière analyse et deux côtes fracturées.

Peu ou pas d'amélioration du côté de la lésion buccale, les dents étaient toujours recouvertes par un bourrelet gingival suintant et fétide, et saignant au moindre attouchement. Sur le front et les extrémités je trouvai de petites taches purpuriques très nombreuses et très serrées.

J'avoue que cet ensemble clinique me laissait très perplexe quant à sa nature, lorsque l'idée me vint que mon client pouvait bien avoir le *scorbut*, bien que la lésion buccale, l'état cachectique laissassent plutôt penser à l'*épulis ou sarcome gingival*, qu'à toute autre chose. D'ailleurs, rien dans les antécédents du malade n'autorisait cette hypothèse de *scorbut*; malgré cela, tenant à mon idée, je revenais le soir même (6 avril) et je soumis mon malade au traitement suivant.

Le matin à sept heures : 50 grammes jus de cresson frais.
A dix heures et à cinq heures : 1 verre à liqueur jus de citron.
A midi et le soir aux repas : 1 cuillerée sirop antiscorbutique, potage aux légumes frais, radis crus hachés et un plat légumes frais en purée, deux œufs, une orange et un verre de vin bordeaux.

Ce régime est exactement suivi huit jours, au bout desquels survient un peu d'intolérance pour le jus de cresson qui est supprimé pendant quatre jours et remplacé par un potage à l'oseille; j'ajoute à ce menu un peu de viande crue rapée et des pommes de terre bouillies.

Dès le huitième jour un changement manifeste, surprenant, s'est effectué du côté de la bouche. Les gencives diminuées de moitié sont détergées et n'exhalent plus d'odeur, les dents à demi découvertes sont moins branlantes; les fausses membranes ont totalement disparu, la langue est nette, bien propre et humide.

L'œdème des membres et les ecchymoses ont disparu, la physionomie est meilleure, le teint plus coloré.

Le pouls a plus de vigueur et les urines émises en abondance ne sont plus albumineuses.

Suppression du jus de citron le quinzième jour, le dix-huitième, la double fracture de côte peut être considérée comme consolidée, le poumon qui était congestionné est perméable dans toute sa hauteur.

Le vingtième jour, la stomatite est totalement guérie, les dents sont complètement découvertes et solides, le bourrelet gingival, très rouge encore, a repris ses dimensions normales. Le malade peut être considéré comme guéri. De son infection scorbutique persistent seuls de la raideur dans les genoux et de l'œdème périmalléolaire pendant la station debout.

L'alimentation mixte (légumes et viandes au choix du malade) est autorisée. Le sirop antiscorbutique est continué.

III

Je ne crois pas, après lecture de cette observation, que le *diagnostic* de scorbut puisse être contesté, d'ailleurs mon client a été vu par mes confrères et amis, les docteurs Monteux et Bricka, qui ont pu observer la symptomatologie que j'ai exposée et qui ont pleinement souscrit à l'hypothèse de scorbut que je leur émettais dans une conversation que nous avions à l'occasion de ce malade. D'ailleurs la prompte guérison sous l'influence de la seule médication végétale suffit à elle seule pour écarter toute discussion à l'occasion du diagnostic.

La cause de ce scorbut chez cet homme qui n'a jamais été mis dans les conditions où il est habituel de l'observer, m'échappe complètement. Malgré tout le zèle mis à rechercher à l'occasion de quoi mon client avait eu le scorbut, je ne puis aujourd'hui encore, depuis deux mois bientôt que je cherche, trouver une solution satisfaisante.

EMPOISONNEMENTS NON PROFESSIONNELS PAR L'ANILINE (1)

FAITS CLINIQUES ET EXPÉRIMENTAUX

Par le professeur L. Landouzy et M. Georges Brouardel.

Accidents survenus chez des enfants chaussés de bottines de cuir jaune noirci avec une teinture à base d'aniline. — L'an dernier, le 28 avril, au commencement d'un chaud après-midi de printemps, l'un de nous était, en hâte, mandé auprès d'un bébé de dix-sept mois rapporté de la promenade sans connaissance, asphyxiant : l'enfant, disait-on, se mourait !

Accourant auprès du bébé, nous le trouvions dans sa chambre, étendu inanimé, en résolution complète sur les genoux de sa nourrice, les yeux à moitié clos, le visage d'une pâleur de cire gris de plomb, les lèvres, le bord libre des paupières bleuâtres, les ailes du nez gris ardoisé, les mains d'une pâleur cadavérique, les phalangettes bleutées.

L'enfant, complètement immobile, insensible, indifférent à toute excitation, les membres flasques en résolution, paraît plongé dans un sommeil profond : réflexes patellaire, conjonctival conservés. Les pupilles, moyennement ouvertes, réagissent faiblement et lentement à la lumière.

Respiration ralentie, d'un rythme égal ; pouls petit, régulier, à 80.

Température rectale, 37°3.

Aucune tuméfaction ni de la gorge ni du cou; aucune distension veineuse, d'œdème nulle part ; pas de saillie des jugulaires, pas d'exorbitisme.

Rien d'anormal dans l'auscultation du cœur et des poumons.

La cyanose, inexpliquée par l'état organique de l'enfant, dont les voies respiratoires et cardio-vasculaires sont intègres, apparaît d'ordre dyscrasique.

(1) Communication à l'Académie de médecine.

Immédiatement on recourt aux injections hypodermiques d'éther sulfurique, à la sinapisation des reins et des membres inférieurs, à un lavement d'évacuation suivi aussitôt d'un lavement de café.

Lavage du visage et de ses orifices à l'aide d'une éponge de toilette imbibée d'eau à la température de la chambre. Ingestion par cuillerées à café de café chaud, de lait chaud aiguisé de vieille eau-de-vie.

L'état dans lequel nous trouvons le bébé dure depuis deux heures environ, et s'est produit soudain dans les circonstances suivantes :

Après une bonne nuit, après un réveil normal, après une matinée passée à la chambre comme de coutume, rien n'ayant été changé à l'habillage, au bain, à la nourriture (le bébé élevé au sein par la mère est complètement sevré depuis six semaines), l'enfant est, aussitôt après midi, porté sur les bras à deux cents pas de la maison, au parc Monceau.

Contrairement à ses habitudes, le bébé n'est ni remuant ni gai, il a une physionomie étrange, un teint qui semble bleuir, il est comme engourdi, et cela sans plaintes, sans cris.

La nourrice prend peur et ramène à la maison, au lieu du bébé frais, rose, enjoué du matin, un enfant inanimé, la figure plombée, les lèvres complètement bleues... on aurait dit d'un enfant doucement agonisant par asphyxie.

Jusque dans la soirée l'enfant resta inerte, sans connaissance (comme si un narcotique l'avait plongé dans un sommeil profond), l'aspect asphyxique se modifiant, la figure n'étant plus bleue, mais gris blafard.

La nuit se passe sans incident.

Le lendemain matin, l'enfant semble engourdi, n'ayant point encore recouvré son entrain coutumier.

Rien à signaler (les urines, rendues claires, contiennent des traces d'albumine) que le teint cireux du visage que le bébé gardera trois jours encore, alors même qu'il aura repris sa gaieté, et qu'aucun autre trouble ne rappellera le mal asphyxique dans lequel hier il est tombé.

L'accident dont nous rappelons les deux éléments caractéristiques, cyanose bleue, torpeur profonde, arrivait à un superbe enfant, que, la veille même, nous avions soumis à une visite complète, visite hebdomadaire.

Le bébé était en superbe état, ramené depuis une semaine de Biarritz, où la famille avait passé les vacances de Pâques; une seule fois, en février 1899, nous avions eu à le soigner pour une broncho-pneumonie pseudo-lobaire grave, hyperthermisante, traitée par les hémi-enveloppements froids, dont la convalescence rapide, franche, s'était faite sans laisser le moindre ressentiment organique ou fonctionnel; à aucun moment de la pneumopathie, ni le cœur, ni les reins n'avaient été touchés. L'accident asphyxique n'était que plus étrange et que plus terrifiant : le bébé, répétait la mère, n'avait jamais paru aussi mal, même durant les deux journées critiques de sa broncho-pneumonie, durant lesquelles la température centrale avoisinant 41 degrés, le pouls avait dépassé 120, et la respiration 38.

La soudaineté, l'acuité des accidents, la physionomie du bébé moribond, tout cela tenait de l'empoisonnement, et c'est cette idée de premier sentiment que nous eûmes absolument ferme après examen complet de l'enfant, après narration détaillée et contrôlée des circonstances dans lesquelles s'était rapidement déroulé ce drame en deux tableaux, d'un bébé parti gai et bien portant de la maison, rapporté inanimé, asphyxiant.

Revision faite de ce qui, dans la matinée, avait été donné à l'enfant, affirmation renouvelée que le bébé à qui nous ne prescrivions pas de médicament, n'en avait pu prendre aucun ; revision faite de tout ce qui l'avait approché, de tout ce qui aurait bien pu être à portée de ses mains et de sa bouche, enquête faite en tous sens dans la chambre, nous ne trouvâmes rien, d'autant que personne de l'entourage immédiat du bébé, ni sa nourrice sèche, qui ne le quittait pas, ni un frère de six ans, n'avaient été ni souffrants, ni même incommodés.

Nous en arrivâmes, de supposition en supposition, à nous demander si le bébé n'aurait pas pu s'empoisonner avec des bottines qu'on lui avait remises, le matin même, pour la première fois, depuis qu'un teinturier les avait renvoyées la veille de l'accident, après, de jaunes qu'elles étaient, les avoir passées au noir, toute la famille prenant le deuil.

Pourtant l'enfant, que sa nourrice ne quittait jamais, n'avait pas joué avec ses bottines avant de les chausser : ni les mains, ni les poignets, ni la figure, ni la robe n'avaient été salis, comme il arrive chaque jour aux enfants qui portent à la bouche tous les objets qui leur tombent sous la main. Et pourtant, à force d'enquête, il n'y avait guère que de ce côté qu'on pouvait incriminer, d'autant que les bottines avaient une odeur pénétrante, perceptible à distance, qui ne laissait pas que d'être désagréable, rappelant fort celle de l'encre de Chine.

Nous en étions resté là, quand, douze jours plus tard, le frère (Henri six ans), chaussant pour la première fois pareilles bottines de bébé, qui, elles aussi, avaient été teintes, s'en fut à la promenade par un bel après-midi chaud de mai. Trois heures après, l'enfant rentrait tout refroidi, frissonnant et le visage bleu, terrifiant sa mère, qui ne se rappelait que trop les anxiétés par lesquelles elle avait passé : Henri se réchauffait lentement; en quelques heures, la teinte asphyxique s'effaçait sans que l'enfant parût incommodé; le lendemain, la mine habituelle n'était pas revenue, l'enfant avait encore la face blafarde.

Cet événement éclaircit l'accident dont avait été victime le petit frère : il devait changer nos suspicions en certitude, quand, le surlendemain, le même enfant, Henri, remettant les mêmes bottines, revenait encore de la promenade les lèvres bleues et le teint plombé : la teinte asphyxique avait été le seul phénomène observé, il n'y avait même pas eu la sensation de froid dont il s'était plaint la première fois : peu incommodé, Henri avait trouvé la chose amusante, jugeant que « c'était drôle d'avoir, lui aussi, la tête bleue de Robert ».

Désormais nous étions confirmé dans le diagnostic porté à l'état d'extrême probabilité que les deux enfants avaient été empoisonnés par la couleur dont s'était servi le teinturier pour noircir leurs bottines jaunes, couleur pouvant bien contenir de l'aniline la cyanose bleue étant apparue chez les deux enfants comme chez les ouvriers qui fabriquent l'aniline.

Cependant l'accident du bébé asphyxié s'était ébruité : raconté, colporté qu'il avait été par les mères et les nourrices habituées du parc Monceau d'où on avait vu emporter inanimé, asphyxié et mourant, un bébé, la veille si vivace, si frais et si rose.

Alors parvinrent à la mère de Robert des histoires d'empoisonnements « comme celui arrivé à son fils ».

Une dame de la Rochelle lui écrivait, qu'en août 1899,

six, sur sept de ses enfants, avaient présenté des accidents analogues, survenus dans les conditions suivantes :

Un jour, six enfants sur sept, au demeurant bien portants, mettent à trois heures de l'après-midi des chaussures teintes en noir le matin même, « dégageant une forte odeur ; » les enfants, joyeux, vont en promenade à la plage.

Ils jouent depuis une heure peut-être lorsqu'on s'aperçoit que la plus jeune des fillettes, trois ans, a les lèvres bleues. Interrogée, l'enfant répond n'éprouver aucun malaise; ce disant, elle tombe raide. Elle était « d'une pâleur de cire ardoisée, le nez pincé, les lèvres et les mains bleuies comme par l'asphyxie ». On croit d'abord à un coup de soleil, quoique l'enfant jouât sous une tente ; on la porte au casino où, la situation ne s'améliorant pas, on la ramène en voiture à la maison ; en même temps rentrent les autres enfants.

Quelques instants après, une sœur de quatre ans crie : « Maman, tout tourne ! » elle tombe inerte et bleuit comme tout à l'heure l'enfant de trois ans.

Une demi-heure plus tard, un garçon de cinq ans est pris de pareil accident. Trois autres enfants, deux fillettes, de quatorze et neuf ans, un fils de treize ans, présentent bientôt des symptômes comparables de forme, mais d'intensité moindre; ils souffrent de la tête, éternuent fréquemment et se plaignent surtout d'éprouver par tout le corps une sensation de froid intense qui persiste malgré les boules d'eau chaude dont on les entoure. La pâleur du visage est extrême, les lèvres et les mains sont bleues.

Les deux plus jeunes enfants ne reprirent connaissance qu'à dix heures et demie du soir. « Ce ne fut qu'à minuit, qu'on fut tranquillisé pour leur vie : le cœur et le pouls étaient si faibles qu'on croyait les voir s'éteindre d'un moment à l'autre, sans souffrance apparente. »

Détail intéressant, les enfants eurent tous, à des degrés différents, un peu d'albumine dans les urines. Chez tous le symptôme disparut rapidement et complètement.

Quand, à la plage, avait commencé par le bébé de trois ans « l'attaque d'asphyxie », quand, successivement, les six enfants tombaient malades, on s'était demandé si les enfants n'avaient point été empoisonnés par les coquillages. Ce diagnostic auquel manquaient les symptômes habituels, vomissements, coliques, diarrhée, urticaire, fut vite écarté, d'autant que les enfants n'avaient rien pris en dehors de la maison, d'autant que, ce jour-là, dix-huit personnes de la famille avaient partagé le même repas, et que six enfants sur sept avaient été seuls pris du mal asphyxique.

Le lendemain, l'idée de la teinture dont on avait, la veille au matin, noirci les chaussures des enfants, traversa l'esprit de la mère; l'idée étant jugée des plus vraisemblables par le médecin de la famille, celui-ci s'en fut chez le cordonnier, y saisit la teinture... noire, qui, analysée, fut trouvée à base d'aniline.

A Paris, une fillette G... de trois ans, en pleine santé, est à la fin de la matinée, un jour chaud de septembre dernier, avant le déjeuner, chaussée de bottines de cuir récemment teintes en noir. Pendant le déjeuner, l'enfant, sans mot dire, sans plainte, sans larmes, devient livide.

La mère, qui prend peur, touche le visage et les mains de l'enfant, « elle était froide. »

Le temps de mettre la fillette au lit, elle était bleue, « comme asphyxiant. »

En l'absence du médecin de famille, on court chez un confrère du voisinage qui, justement effrayé de l'état de l'enfant, demande au plus vite une consultation : les consultants s'arrêtent à l'idée d'une « maladie bleue », à l'idée d'une asphyxie que pourrait expliquer quelque lésion brusquement produite dans la cloison interventriculaire.

L'enfant, en dépit d'injections de caféine, d'éther, en dépit d'applications répétées de sinapismes, reste inanimée et bleue jusque dans la soirée : la nuit se passe sans incident; l'enfant reprend connaissance le lendemain matin, ne présentant, trois jours durant, rieu autre chose qu'une profonde fatigue, la peau livide, le teint ardoisé.

La mère, anxieuse de pareils accidents, cherchant quelle en pourrait bien être la cause, pense, à défaut d'autre hypothèse plausible, à incriminer les bottines dont elle a chaussé sa fille le jour même où elle l'a vue « empoisonnée »; elle y songe d'autant plus que les bottines nouvellement teintes exhalaient ou exhalent une odeur « violente, nauséabonde », à laquelle elle n'avait pas d'abord pris garde.

La teinture-cirage, envoyée à la Sorbonne, y aurait été analysée : on y aurait répondu, sans autres détails, qu'elle renfermait plusieurs poisons ! Cependant, le médecin de famille (absent durant la semaine des accidents) qui a suivi la fillette depuis sa naissance, n'hésite pas, après examen complet de l'enfant et narration entendue du mode de début, de développement et de disparition des phénomènes asphyxiques, à croire qu'il s'est agi d'un empoisonnement.

(*A suivre.*)

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(17 JUILLET 1900)

M. Landouzy a fait, en son nom et au nom de M. Georges Brouardel, une importante communication sur des **cas d'empoisonnements non professionnels par l'aniline**. Il s'agit, dans ces observations, d'accidents survenus chez des enfants chaussés de bottines de cuir jaune noirci avec une teinture à base d'aniline. Ce travail est basé, non seulement sur des observations fort bien prises et très complètes, mais aussi sur des expériences qui viennent confirmer pleinement les données cliniques. On trouvera plus haut ces observations et ces expériences.

M. Blache, à ce propos, a rappelé l'histoire d'une jeune femme qui a présenté les mêmes accidents après avoir porté des bas rouges teints à l'aniline. Cette histoire remonte à dix huit années. Ce n'est pas d'aujourd'hui seulement que datent les méfaits de l'aniline. Après la condamnation des bas rouges, il faut donc prononcer celle des souliers jaunes passés au noir.

M. Franck a analysé une note intéressante de M. Marinesco (de Bucarest) relative à un **sarcome du plancher du quatrième ventricule, ayant déterminé de la polyurie, de la glycosurie, tous les symptômes du diabète.**

M. Delorme résume deux notes : l'une de M. Lop, sur le **scorbut nostras** (voir plus haut, p. 817); l'autre de M. Arreu, sur la **désinfection des caisses à eau des navires par le permanganate de potasse** et sur la possibilité d'employer les eaux nauséabondes des côtes d'Afrique après désinfection de ces eaux par le permanganate de potasse.

Enfin, M. Doléris a fait connaître les résultats de ses recherches sur l'**anesthésie obstétricale par les injections intra-arachnoïdiennes de cocaïne**. Ce mode d'anesthésie, au premier abord quelque peu étrange, donnerait d'excellents résultats dans les opérations obstétricales. Il résulte

des observations de M. Doléris, qu'une injection de 2 centigrammes supprime, après cinq minutes, toute douleur, procure une anesthésie qui dure plus d'une heure, rend les contractions utérines plus longues, plus fréquentes et plus fortes, hâte la délivrance spontanée et exerce une action hémostatique très puissante. M. Doléris a eu recours à ce moyen dans cinq cas. Ces cinq accouchées s'en sont très bien trouvées.

Signalons encore un travail de M. Darier, sur l'analgésie locale obtenue par la dionine.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Angine et endocardite. — M. Rœger a recherché l'existence de souffles cardiaques dans 120 cas d'angines; il a éliminé dans sa statistique les cas de diphtérie ou ceux qui s'accompagnaient d'exanthèmes. Sur le nombre de cas examinés, il a noté 24 fois un souffle cardiaque, le plus souvent systolique et à la pointe du cœur; sur ce nombre, 10 fois le souffle était certainement apparu après l'angine, il disparut 14 fois seulement et persista dans les autres cas. Cette persistance prouve que, dans une proportion de 8 p. 100, l'angine détermine une lésion organique du cœur, due à un processus inflammatoire vrai de l'endocarde portant sur l'appareil valvulaire. Dans 13 de ces 24 cas, on notait la présence de vésicules gris jaunâtre sur les amygdales ou la voûte palatine; 5 fois il existait en même temps de l'herpès labial. (*Münch. Med. Wochen.*, 1900, n° 8; C. R. in *Wien. Med. Wochensch.*, 1900, n° 24, p. 558.) P. V.

La saignée dans le coup de chaleur. — M. C. Klein rapporte l'observation suivante qui, par les chaleurs que nous traversons, ne manque pas d'intérêt.

Un homme de 28 ans, sobre et bien portant, fut engagé comme chauffeur à bord d'un navire. Le second jour de la traversée, il s'acquitta pendant plusieurs heures de ses fonctions avec zèle. Malgré sa force, il manquait d'habitude, et il ne tarda pas à se plaindre de soif vive; puis il perdit connaissance et fut pris de convulsions générales. Apporté sur le pont, on lui fit des applications de glace, de la respiration artificielle; on voulut lui faire respirer du chloroforme, mais cela parut aggraver son état. Quatre hommes avaient peine à le maintenir et à l'empêcher de se blesser dans ses spasmes.

Il ne reprenait pas connaissance; son pouls devenait petit, la cyanose s'accentuait et la mort semblait proche par suite de l'œdème pulmonaire, quand M. Klein lui fit une saignée de 220 gr. Aussitôt le pouls se releva et devint plus lent; la respiration devint plus tranquille et plus profonde; les convulsions s'arrêtèrent progressivement, tandis que le visage, de bleu, devenait pâle. Le malade tomba dans un sommeil calme qui dura dix heures, au bout desquelles il se réveilla fatigué et abattu, mais bien portant et ayant de l'appétit. Huit jours après il put reprendre son travail d'une façon modérée. (*Bullet. méd.*, 11 juillet 1900, et *Münch. med. Woch.*, n° 27.)

La photothérapie de la rougeole. — M. Comby, ayant observé quatre cas de rougeole dans la même famille, a eu l'idée d'essayer sur l'un des malades, la photothérapie par la lumière rouge suivant le procédé de M. Henri Chatinière (de Saint-Mandé). Les résultats n'ont pas paru très concluants à M. Comby, cependant, son expérience étant trop récente et trop restreinte, il ne porte pas de jugement définitif, la méthode mérite donc d'être encore expérimentée.

Nous allons la rappeler en deux mots. On sait que Finsen (de Copenhague), a montré l'action irritante sur la peau des rayons *ultra-violets* de la lumière solaire. D'où l'idée de soustraire les varioleux à l'influence des rayons ultra-violets en filtrant la lumière à travers les rideaux rouges. Finsen, Juhel-Rénoy, Backmann obtinrent ainsi des résultats assez bons.

M. Chatinière (*Presse méd.*, 28 avril 1900), reprenant cette idée, appliqua la méthode de Finsen à la rougeole. Dans douze cas bien caractérisés de rougeole, il s'est borné pour tout traitement à suspendre au-devant des fenêtres, une étoffe d'Andrinople, n'éclairant la pièce qu'avec une lanterne *rouge*. Tous les malades ont rapidement guéri et l'éruption a en quelque sorte avorté sous l'influence de la lumière rouge.

Les observations de M. Chatinière lui ont montré, en outre, que l'éruption disparaît d'abord sur les régions exposées aux rayons rouges.

En attendant que de nouvelles observations viennent confirmer définitivement ces faits, il vaut mieux s'abstenir de rechercher une interprétation à ceux que nous connaissions déjà. (*Arch. de méd. des enf.*, juillet 1900.) N.

Un cas de parotidite par l'iodure de potassium. — M. G. Trantmann rappelle la très grande rareté des faits de ce genre; on ne connaît guère que les cas de Villar, Reynier, Rénon et Follet et enfin celui de Guelliot et Le Gendre. Dans le cas de M. Trautmann, il s'agissait d'un homme de trente-deux ans, syphilitique, qui, soumis au traitement par l'iodure de potassium, présenta, au bout d'une quinzaine de jours, une inflammation de la parotide droite avec coloration violacée de la peau; la muqueuse buccale du même côté est rouge; la palpation douloureuse; pas de fluctuation. La simple suppression de l'iodure amène en une semaine la disparition de ces phénomènes. (*Münchener med. Wochens*, 1900, n° 4.)

CHIRURGIE

Procédé facile de stérilisation du catgut. — Ce procédé imaginé par M. C. A. Elsberg (de New-York) est basé sur le principe général bien connu en chimie, qui veut que les substances organiques soient insolubles dans les liquides qui déterminent leur précipation des solutions où elles sont en suspension. Ainsi, l'albumine est insoluble dans les solutions concentrées de sulfate d'ammoniaque, parce que ce sel précipite l'albumine de ses solutions. L'auteur déduit de cette constatation le procédé suivant pour la stérilisation du catgut : il dégraisse pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures le catgut brut dans le chloroforme ou l'éther, ou mieux dans un mélange d'une partie du premier pour deux du second. On peut conserver ce catgut ainsi dégraissé à sec après évaporation du mélange chloroforme-éther.

Pour le stériliser, on l'enroule bien serré et arrêté sur une bobine de verre de 2 ou 3 centimètres de diamètre et de 8 ou 10 de haut, puis on prépare à chaud une solution aqueuse saturée de sulfate d'ammoniaque, à laquelle on ajoute du sel à saturation quand l'eau bout. On fait bouillir les bobines dix à trente minutes dans cette solution, puis on les plonge, immédiatement après, pendant une minute environ, dans de l'eau stérilisée ou une solution de sublimé ou d'acide phénique; il perd ainsi les sels facilement solubles dont il est imbibé, il peut alors être utilisé de suite ou conservé dans de l'alcool fort. (*Centralbl. f. Chir.*, 1900, n° 21, p. 539.) P. V.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la grippe. — M. Weber a rappelé à la Société de thérapeutique ce traitement qu'il recommande contre la grippe; ce traitement consiste : 1° à faire pratiquer des lavages de la bouche au moyen d'une solution de phénosalyl; 2° à antiseptiser les fosses nasales au moyen de la vaseline au sublimé; 3° à faire prendre de dix en dix minutes une potion de 100 grammes contenant de 1 à 2 cen-

tigrammes de nitrate de pilocarpine; ce médicament provoque, en même temps que la transpiration, une sécrétion bronchique abondante.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique de dermatologie (1), par H. Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine, secrétaire général de la Société française de dermatologie, et L.-E. Leredde, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, ancien assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis, secrétaire de la Société française de dermatologie.

Depuis le Traité du professeur Hardy, qui est resté classique, nous ne possédions aucun ouvrage réunissant d'une façon complète, quoique concise, toutes nos connaissances en dermatologie. On ne saurait donc trop louer MM. Hallopeau et Leredde de l'heureuse initiative qu'ils ont prise en publiant ce nouveau *Traité clinique et thérapeutique des maladies de la peau.*

Ecrit dans un style clair et concis, que nos lecteurs ont déjà pu apprécier, les auteurs ayant bien voulu nous confier il y a quelques mois un de leurs chapitres (2), ce Traité répond à un double but que MM. Hallopeau et Leredde définissent dans leur préface :

« 1° Exposer succinctement, mais aussi complètement que possible nos connaissances actuelles en dermatologie;

2° Résumer nos travaux originaux concernant cette science, ainsi que les idées personnelles auxquelles nous a conduits une pratique déjà longue. »

Et de fait, par un séjour de douze ans à l'hôpital Saint-Louis, par la grande part qu'en sa qualité de secrétaire général, il a prise aux travaux de la Société de dermatologie. M. Haloppeau était désigné mieux que personne pour mener à bien cette tâche, et il ne pouvait choisir un meilleur auxiliaire que M. Leredde.

Une impression se dégage tout d'abord de la lecture de ce volume, c'est qu'il est réellement pratique. Les descriptions y sont faites avec cette clarté et cette conscience souvent scrupuleuse qui caractérisent l'enseignement de M. Hallopeau. Mais tout en étant claire, cette partie descriptive est extrêmement complète et on y trouve la mention des travaux les plus récents, de toutes les communications faites à la Société de dermatologie ou dans les congrès internationaux.

Enfin le lecteur verra qu'une large part a été faite à l'histologie, à la bactériologie, à l'hématologie et, dans son ensemble, à la pathologie générale.

Le plan général de l'ouvrage comprend deux parties :

Dans la première se trouve une étude résumée de la dermatologie générale, dans la seconde partie chaque dermatose est décrite séparément. Nous voudrions pouvoir signaler les chapitres les plus intéressants, il nous faudrait les citer tous, contentons-nous d'attirer l'attention sur ceux qui concernent l'eczéma et le psoriasis.

A côté de la partie clinique qui se trouve simplifiée au maximum grâce à la *classification basée sur l'étiologie* qu'ont adoptée les auteurs, se trouve une partie thérapeutique qui sera grandement appréciée des praticiens. Sortant du maquis pharmaceutique où se perdent trop souvent les dermatologistes, MM. Hallopeau et Leredde indiquent d'une façon aussi précise que possible les moyens par lesquels on peut lutter contre la cause, les lésions, les symptômes des différentes dermatoses.

Enfin, une série de 24 superbes aquarelles de M. Méheut, reproduites avec un vrai luxe par l'éditeur, fait de ce beau Traité un ouvrage particulièrement utile aux étudiants.

(1) Gr. in-8°, 992 pages, avec fig. dans le texte et 24 pl. en couleurs, d'après les aquarelles photographiques de M. Méheut. Prix : 30 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) *Gaz. des hôpit.*, Rev. gén., 1899, n° 146, p. 1387.

Traité de chirurgie clinique et opératoire (1), par M. A. Le Dentu, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Pierre Delbet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. T. IX : « Maladies des organes génito-urinaires de l'homme. »

Le *Traité de chirurgie clinique opératoire*, publié sous la direction de MM. Le Dentu et Delbet, continue sa marche régulière. Le neuvième volume, qui vient de paraître, s'avance de pair avec ceux qui l'ont précédé : il est difficile de trouver une série d'articles mieux traités.

M. Legueu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, traite en 272 pages des « Maladies de la vessie » (Malformations congénitales, traumatismes, corps étrangers, calculs, cystites, tuberculose, tumeurs, troubles d'origine nerveuse). Cet excellent article est précédé d'un chapitre de sémiologie générale et se termine par un chapitre de médecine opératoire.

MM. Albarran et Legueu se sont partagé les « Maladies de l'urètre » (246 pages). M. Legueu a écrit les chapitres : exploration, vices de conformation, traumatismes, corps étrangers, calculs, urétrites, tumeurs. M. Albarran a traité les rétrécissements et les opérations qui s'y rapportent, puis les infections péri-urétrales comprenant les abcès, les phlegmons diffus et les fistules urinaires.

M. Albarran s'est encore chargé des « Maladies de la prostate » (200 pages) : il traite successivement des lésions traumatiques, des prostatites, de la tuberculose de la prostate, des concrétions et calculs, de l'hypertrophie, des tumeurs malignes et des kystes.

M. Legueu a écrit le chapitre de l' « Infection urinaire » (30 pages), puis celui des « Maladies du pénis » (44 pages).

Enfin, M. Sébileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, termine par un important chapitre consacré aux « Maladies des enveloppes du testicule » comprenant les maladies des bourses (lésions traumatiques, maladies inflammatoires, troubles trophiques, tumeurs) et les maladies de la vaginale (172 pages).

Le choix des auteurs indique avec quel soin est dirigé le *Traité de chirurgie clinique et opératoire.* Le souci des indications et des procédés thérapeutiques, qui est une des caractéristiques de ce Traité, se retrouve à un haut degré dans ce neuvième volume, et l'œuvre garde son caractère pratique qui, dès le début, a fait son grand succès.

Le tome X et dernier, consacré aux *Maladies des organes génitaux de la femme* et aux *Membres*, paraîtra en octobre.

La cure des affections des voies respiratoires à Cauterets (2), par le Dr Achille Bouyer, médecin ex-inspecteur des Eaux, à Cauterets.

La grande majorité des médecins français ne connaissent pas à fond toutes les ressources thérapeutiques que l'on peut obtenir des richesses hydrominérales de notre sol. Il faut donc savoir gré à ceux de nos confrères qui essaient de vulgariser nos stations françaises et de montrer tout le parti qu'on en peut tirer.

C'est à ce titre que nous signalons le très intéressant ouvrage que M. Bouyer vient de publier sur Cauterets.

Après avoir rappelé les conditions climatériques de Caute-

(1) Gr. in-8°, 956 p., avec 245 fig. Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8°, 2e édition. — Paris, O. Doin.

rets et avoir insisté sur l'absence de vent qui, jointe à l'altitude, crée un ensemble de conditions atmosphériques constituant un précieux adjuvant du traitement thermal dans la cure des affections des voies respiratoires, M. Bouyer passe à l'étude des sources.

Les vingt-deux sources de Cauterets, toutes sulfurées sodiques, thermales, sont utilisées en *dix* établissements thermaux qui constituent une richesse extraordinaire au point de vue thérapeutique.

Les unes, dont la sulfuration est stable (César, les Espagnols, la Raillière), sont spécialement appliquées aux affections des voies respiratoires; les autres, dites dégénérées (le petit Saint-Sauveur, le Rocher, le Bois, Pauze-vieux), trouvent leur indication dans les affections où prédomine un élément nerveux.

Entre ces deux groupes principaux prennent place plusieurs sources à indications spéciales.

M. Bouyer étudie ensuite les divers modes d'emploi des eaux et leur action, enfin dans une dernière partie, il précise les indications de ces eaux.

Cette partie doit intéresser particulièrement le praticien.

D'une façon générale, les eaux de Cauterets agissent très favorablement sur les coryzas, les angines, les pharyngo-laryngites chroniques et catarrhales, hypertrophiques, granuleuses; elles sont utilisées pour combattre les surdités de cause catarrhale, mais elles trouvent surtout leurs indications dans les bronchites chroniques, et toutes les affections pulmonaires chroniques.

Dans l'asthme à forme humide elles sont utiles, en revanche dans les asthmes nerveux secs développés chez des sujets névropathiques, elles sont contre-indiquées.

Dans la tuberculose pulmonaire, les eaux de Cauterets ont une action capable d'enrayer ou de ralentir la marche de la maladie. Au début, dans les formes lentes, on obtiendra des résultats excellents. Au contraire dans les formes éréthiques, quand il y a des hémoptysies, il faut s'abstenir. Il en est de même quand il y a de la fièvre hectique.

La coexistence d'une phtisie laryngée est une condition peu favorable dont il faut tenir compte.

En somme, le petit livre de M. Bouyer sera un guide sûr pour le praticien qui le consultera toujours avec fruit.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — Ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe Bar et Rouflay; M. Desprez, médecin-major de première classe de l'armée territoriale; MM. les médecins-majors de première classe Mestrude et Tanfin.

Au grade de chevalier. — M. Lemaistre, médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale; M. Martin de la Semmera, médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale; MM. les médecins-majors de première classe Gancel, Hublé, Fournot, Marotel d'Arras, Morer, Plantié, Stouff et Wissemans; MM. les médecins-majors de deuxième classe Benoît, Berthoud, Boyé, Comte, Folliasson, Knoll, Labroue, Lebon, Olivier, Pichon et Valissant.

— Ont été promus dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de chevalier : M. le docteur Moulé (de Paris).

Au grade d'officier : MM. les docteurs Guillier (de Brûlon), Labrousse (conseiller général de la Corrèze), Loubrieu (de Paris), Vigenaud (de Clermont-Ferrand).

Guerre. — Par décret en date du 12 juillet, sont promus et nommés aux grades et emplois ci-après désignés :

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée active Lafforgue, en remplacement de M. Bernard, promu; maintenu à son poste actuel ; — Guichard, en remplacement de M. Weiss, promu; désigné pour le 30e d'infanterie ; — Drouineau, en remplacement de M. Ferrier, promu; désigné pour le 123e d'infanterie; — Pech, en remplacement de M. Frilet, promu; maintenu à son poste actuel; — Jolly, en remplacement de M. Loison, promu; maintenu à son poste actuel ; — Maissiat, en remplacement de M. Lapeyre, promu ; désigné pour le 86e d'infanterie; — Augier, en remplacement de M. Rioblanc, promu; désigné pour le 100e d'infanterie; — Faure, en remplacement de M. Bimler, promu ; désigné pour le 20e d'infanterie.

Le Directeur-gérant : François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 82. — SAMEDI 21 JUILLET 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 21 JUILLET 1900. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Du sel dans l'alimentation des épileptiques, par M. Ed. TOULOUSE, médecin en chef de l'asile de Villejuif. — EMPOISONNEMENTS NON PROFESSIONNELS PAR L'ANILINE; FAITS CLINIQUES ET EXPÉRIMENTAUX (*fin*), par le professeur L. LANDOUZY et M. Georges BROUARDEL. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — FORMULAIRE. Thérapeutique dermatologique. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Du sel dans l'alimentation des épileptiques.

Par Ed. TOULOUSE,
Médecin en chef de l'asile de Villejuif.

Depuis la communication que M. Ch. Richet et moi avons, le 20 novembre 1899, faite à l'Académie des sciences (1) pour indiquer que la diminution du sel dans l'alimentation des épileptiques augmentait dans une très grande mesure l'action thérapeutique des bromures, beaucoup de praticiens ont expérimenté cette méthode. Je crois utile de résumer ici les résultats de mon expérience personnelle; car certains points de ce traitement sont délicats.

I

Il est nécessaire tout d'abord de dire en quelques mots le principe de cette thérapeutique. « Nous avons pensé, écrivions-nous, qu'en privant, dans une certaine mesure, l'organisme de chlorures, on devait le rendre ainsi plus sensible à l'action des bromures. Comme, selon toute vraisemblance, les actions médicamenteuses sont dues à l'imbibition des cellules par tels ou tels poisons, les actions doivent être d'autant plus intenses que l'appétition de ces cellules pour les poisons est plus intense, et, par conséquent, elle doit être augmentée pour les sels alcalins thérapeutiques par l'absence des sels alcalins alimentaires. » C'est pour cela que nous appelions métatrophique (de μετά, changement, τροφή, nourriture) cette méthode thérapeutique, qui consiste à changer, à modifier la nutrition de manière à rendre l'organisme plus apte à subir l'action d'un médicament. Cette méthode nous a même paru être susceptible de généralisation. Par exemple, l'action des iodures alcalins pourrait être exaltée par l'hypochloruration dans le traitement de la syphilis et de l'athérome. Peut-être même est-ce là une base rationnelle de toute la thérapeutique, et ne devrait-on donner des médicaments qu'en préparant leur assimilation.

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse générale et pour en revenir à l'hypochloruration, des expériences antérieures prouvent que le brome peut se substituer au chlore dans certaines conditions. « Nencki et Schuman Simanowski, rapporte M. Linossier (1), ont démontré, il y a quelques années, que le brome peut se substituer au chlore dans les tissus de l'organisme. Après un traitement bromuré de dix jours seulement, ils trouvèrent dans les divers tissus et organes d'un chien plus de brome que de chlore... De ces faits, et d'autres qu'il serait trop long de rapporter, résulte cette notion que le brome introduit dans l'organisme ne s'y comporte pas comme un corps étranger, mais peut, dans certaines limites, se substituer au chlore, dont il est si voisin chimiquement, pour le suppléer physiologiquement.

Un bon exemple de cette suppléance du chlore par le brome est fourni par l'étude de la sécrétion stomacale. Chez un animal soumis à l'action des bromures, une partie de l'acide chlorhydrique du suc gastrique peut être remplacée par de l'acide bromhydrique en proportion équimoléculaire. »

Ainsi donc le brome peut remplacer le chlore; si l'on prive les tissus nerveux de chlorures, ils seront plus avides de bromures, qui auront de ce fait une action thérapeutique plus grande. L'expérimentation sur les malades confirme d'ailleurs pleinement cette déduction, basée elle-même sur des faits.

Mais quelle est la valeur alimentaire du sel qui est diminué? Elle n'est pas encore bien connue. C'est, chez les éleveurs, une opinion courante que les animaux engraissent et se portent mieux quand on mêle du sel à leurs aliments. Pour les hommes, Bunge (2) fait remarquer que la consommation du sel est grande dans les populations agricoles végétariennes, qu'elle est au contraire petite dans les populations nomades, vivant de la chasse et carnivores. Des populations nombreuses, les Kirghizes, les Peaux-Rouges, les Bushmen ne salent pas leurs aliments. Les paysans, qui mangent plus de légumes que les citadins, absorbent aussi plus de sel. Il est désagréable de manger les pommes de

(1) Ch. RICHET et Ed. TOULOUSE. Effets d'une alimentation pauvre en chlorures sur le traitement de l'épilepsie par le bromure de sodium, Acad. des sciences, 20 nov. 1899. — Consulter encore Ed. TOULOUSE. Traitement de l'épilepsie par les bromures et l'hypochloruration, Soc. méd. des hôpitaux, 12 janv. 1900. — Ed. TOULOUSE. Traitement de l'épilepsie par les bromures et l'hypochloruration, *Rev. de psych.*, janv. 1900.

(1) LINOSSIER. Soc. méd. des hôpit., 12 janv. 1900.

(2) BUNGE. *Cours de chimie biologique et pathologique*, traduit par A. Jacquet, 1891.

terre sans sel. L'usage de saler les légumes et de manger les viandes plus ou moins non salées est très ancien. Les Juifs offraient à Dieu du sel avec les fruits de la terre. Les Romains agissaient de même, tandis que, dans les sacrifices vivants, les victimes étaient offertes sans sel. Bunge explique cette différence d'assaisonnement des aliments par ce fait, que lorsqu'on mange des végétaux, on absorbe beaucoup de sels de potasse, qui décomposent le chlorure de sodium en chlorure de potassium et en sels de soude dont l'acide est fournie par le sel de potasse. Le chlorure de potassium et le sel de soude s'éliminant comme corps étrangers, le sang se trouverait, en définitive, privé de chlore et de soude. Aussi devient-on avide de ces corps dans ces conditions. Mais quand on mange une nourriture variée et surtout carnée, comme dans les villes, le sel n'est plus aussi nécessaire. Et cependant on en absorbe jusqu'à 20 grammes par jour, imposant ainsi au rein une élimination fatigante de ce produit.

A quoi sert le sel dans l'organisme? Il est difficile de le dire exactement. Son action dans l'économie est encore peu connue. On a dit (1) que le chlorure de sodium augmentait le nombre des globules rouges, favorisait la dissolution des albuminoïdes dans le sang et aussi la diurèse, facilitait l'expulsion des éléments dystrophiques, assurait l'équilibre isotonique des protoplasmas.

Je n'ai pas observé, chez des malades soumises durant des temps variant entre un et sept mois, à une forte hypochloruration (2 grammes de sel par jour), de troubles de la nutrition. La plupart des malades engraissaient et présentaient constamment, au dynamomètre, une force musculaire égale. Il ne me semble donc pas que l'hyperchloruration habituelle des hommes civilisés soit nécessaire.

M. Charrin (2) a, dans une série d'expériences bien conduites, montré que des lapins, auxquels on injectait pendant un certain temps des solutions de sels de soude, étaient plus résistants à l'action de la culture pyocyanique que d'autres lapins qui recevaient des acides. Faut-il admettre que — inversement — la diminution des chlorures peut affaiblir la résistance des sujets aux maladies infectieuses? En fait, cette conclusion se heurterait à de nombreux faits. Les animaux sauvages carnivores mangent naturellement des viandes non salées et sont robustes et résistants. Des populations nomades, et par conséquent hypochlorurées, se sont conservées pendant des siècles. Des voyageurs, habitués à saler leurs aliments, ont pu vivre sans souffrir, pendant des temps plus ou moins longs, avec des quantités faibles de sel. Le lait, qui ne contient qu'un gramme de sel par litre, peut être sans inconvénients une alimentation exclusive. Enfin j'ai observé récemment une épidémie de grippe dans mon service et n'ai pas constaté que les malades hypochlorurées fussent plus atteintes que les autres.

Il faut remarquer que les épileptiques hypochlorurées prennent du bromure et subissent de ce fait une autre minéralisation bromurée qui compense, dans une certaine mesure, la déminéralisation chlorurée. Il serait d'ailleurs possible de compenser le déficit restant de la déminéralisation en cherchant d'autres sels que l'on pourrait donner dans ce but en quantité convenable (1). D'ailleurs l'hypochloruration, nécessaire pour renforcer puissamment l'action thérapeutique du bromure, n'est que relative.

(1) Chassevant. Art. Chlore, in *Dict. de physiol* de Ch. Richet, t. III, p. 606.

(1) Charrin. *C. R. de l'Acad. des sciences* et *C. R. de la Soc. de biol.*, 1898, passim.

Au début de nos expériences, nous avons cherché à mettre les malades en état d'hypochloruration maxima. D'après MM. Lapicque et Richet (2), la consommation minima de sel est de 2gr40 pour un homme de 60 kilogs. Nous avons pensé que l'on pourrait ne donner à une femme que 2 grammes par jour; et l'expérience de plusieurs mois nous a montré que cette quantité suffit pour que l'organisme fonctionne normalement. D'ailleurs, on sait que l'on peut se bien porter, pendant des temps plus ou moins longs, en ne prenant que 3 à 4 litres de lait, ce qui donne environ 3 à 4 grammes de sel. La suppresion du sel ne portait donc, dans nos expériences, que sur le chlorure de luxe.

Pour nous assurer de la dose de chlorure absorbé par les malades, nous leur donnions le régime alimentaire spécial suivant :

Lait	1 000	grammes.
Pommes de terre	300	—
2 œufs	70	—
Café	10	—
Viande de bœuf	300	—
Farine	200	—
Sucre	50	—
Beurre	40	—

Le chlorure contenu dans ces aliments était de 2 grammes en chiffres ronds. Cette ration donnait 2gr700 calories et 20 grammes d'azote, quantité suffisante étant donné le sexe et l'activité des malades (3).

Avec ces aliments, on constituait les repas suivants :

A sept heures du matin, 25 centilitres de lait.

A onze heures, 2 crêpes faites avec des œufs, de la farine, du lait du sucre; café.

A trois heures, bouillie faite avec de la farine et du sucre délayés dans du lait bouillant.

A cinq heures et demie, bouillon non salé, bœuf bouilli sans sel, pommes de terre sautées au beurre.

Pas de vin, et le restant du lait donné en boisson avec de l'eau.

Ce régime spécial était bien accepté des malades qui goûtaient particulièrement les crèpes. Certaines y ont été soumises pendant sept mois sans en être rebutées.

II

Vingt malades de mon service ont été soumises à la bromuration combinée avec ce régime spécial d'hypochloruration. Le nombre moyen de jours de traitement a été de soixante-dix. La dose moyenne de bromure de sodium donnée a été environ de 2gr50. *Dans tous les cas, sans aucune exception, le nombre des accès a diminué.* Dans trois cas, le nombre des vertiges a un peu augmenté, comme si ceux-ci remplaçaient, dans une certaine mesure, les accès disparus; mais le nombre total des accidents (accès et vertiges) a

(1) Je poursuis actuellement des recherches pour savoir si une dose de phosphate de soude pourrait être donnée aux épileptiques hypochlorurés sans rappeler leurs accès.

(2) Lapicque et Richet. Art. Aliments, in *Dict. de physiol.*, t. I, 1895, p. 317 et 322.

(3) MM. Lapicque et Ch. Richet ont évalué, dans la ration moyenne du parisien, le nombre des calories à 3278 et la quantité d'azote à 19.

diminué. Toutes les malades — sauf une — avaient eu, avec le régime ordinaire, plusieurs accès dans une période de dix jours, en moyenne un tous les 3,41. Aucune de ces malades n'en a plus présenté avec l'hypochloruration, dans la même période de temps.

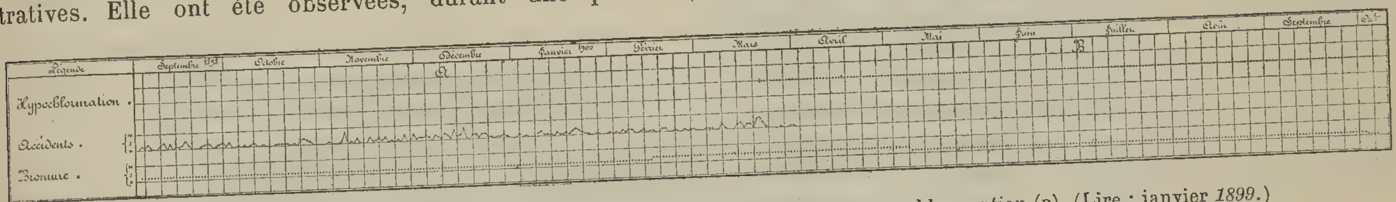
NATURE du RÉGIME.	ACCÈS — Nombre moyen pour dix jours.	ACCÈS — Différence. — Nombre d'accès en moins dans le régime d'hypochloruration par rapport au régime ordinaire.	VERTIGES — Nombre moyen pour dix jours.	VERTIGES — Différence.	TOTAL — Nombre moyen pour dix jours.	TOTAL — Différence.
Régime ordinaire	3,41		3,90		7,31	
Hypochloruration	0,24	92 p. 100	1,14	70 p. 100	1,38	81 p. 100

Neuf de ces observations sont particulièrement démonstratives. Elle ont été observées, durant une période moyenne de soixante-quinze jours pendant le régime ordinaire et une autre égale de soixante-quinze jours pendant l'hypochloruration. La quantité de bromure donné dans les deux régimes était sensiblement égale à 3 grammes.

Voici les résultats :

NATURE du RÉGIME.	ACCÈS — Nombre moyen pour dix jours.	ACCÈS — Différence. — Nombre d'accès en moins dans le régime d'hypochloruration par rapport au régime ordinaire.	VERTIGES — Nombre moyen pour dix jours.	VERTIGES — Différence.	TOTAL — Nombre moyen pour dix jours.	TOTAL — Différence.
Régime ordinaire	3,69		5,81		9,54	
Hypochloruration	0,17	95 p. 100	0,98	83 p. 100	1,16	87 p. 100

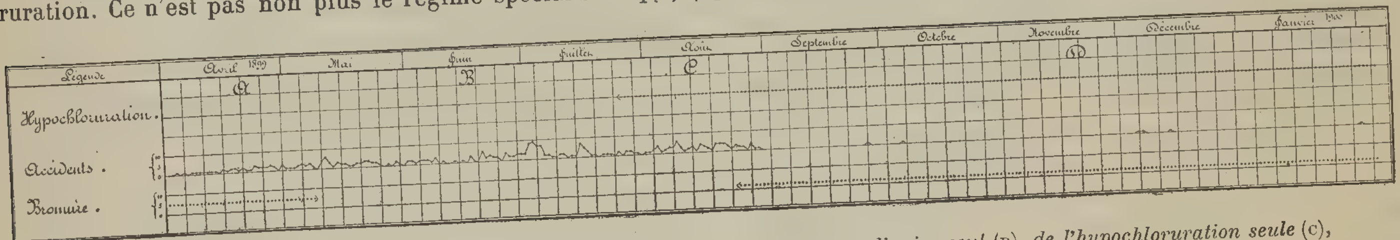
Nous donnons comme exemple le graphique I qui concerne une malade traitée durant près de sept mois.



I. — *Effets comparés de la bromuration avec régime ordinaire* (A) *et avec hypochloruration* (B). (Lire : janvier *1899*.)

Dans les neuf observations ci-dessus, il est évident que ce n'est pas au bromure seul qu'il faut attribuer la diminution des accès, puisqu'il a été donné à des doses égales durant le régime ordinaire et durant le régime d'hypochloruration. Ce n'est pas non plus le régime spécial seul qui, ainsi que M. Maurice de Fleury (1) l'a supposé, a suspendu les accès par une diminution de l'auto-intoxication alimentaire.

En effet, une malade (graphique II) a été soumise à l'hypochloruration sans bromure et ses accès sont devenus



II. — *Effets comparés de la bromuration avec régime ordinaire* (A), *du régime ordinaire seul* (B), *de l'hypochloruration seule* (C), *de la bromuration combinée avec l'hypochloruration* (C).

encore plus fréquents. Cette observation est très démonstrative à ce sujet. La malade a été soumise à 4 régimes différents :

1° Régime ordinaire avec bromuration (A) dont les effets thérapeutiques ont été peu sensibles.

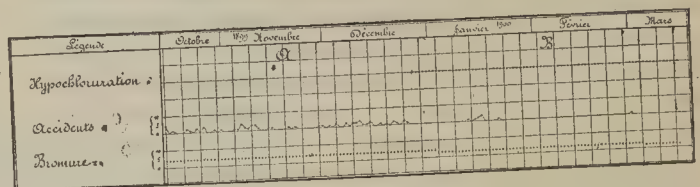
2° Régime ordinaire seul (B) dont les effets thérapeutiques ont été nuls.

3° Hypochloruration seule (C) dont les effets ont été nuls.

4° Hypochloruration avec bromuration (D) dont l'action a été presque immédiate et absolue.

C'est là une expérience cruciale qui montre que les résultats thérapeutiques ne sont dus ni au régime ordinaire, ni à l'hypochloruration, ni à la bromuration combinée avec le régime ordinaire, mais bien et uniquement à la bromuration combinée avec l'hypochloruration. Cette expérience a été confirmée par d'autres tout aussi convaincantes.

On pouvait encore se demander si le régime spécial d'hypochloruration agissait par la diminution du sel ou par quelque autre modification du régime. Pour éclaircir cette question, j'ai donné à des malades les aliments du régime hospitalier ordinaire mais cuits à part sans sel. Ces aliments, y compris le pain, ne contenaient que 4 grammes environ de chlorure de sodium et constituaient par conséquent un

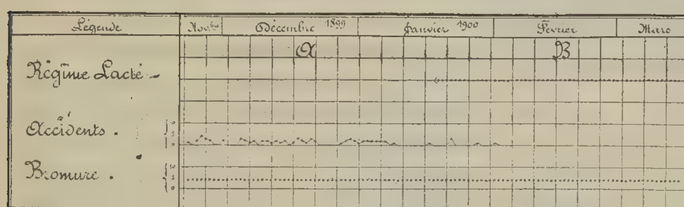


III. — *Effets comparés de la bromuration avec régime ordinaire* (A) *et avec une hypochloruration relative obtenue par des aliments non salés* (B).

régime d'hypochloruration. Les effets thérapeutiques ont été les mêmes qu'avec le régime spécial indiqué plus haut, ainsi que le montre le graphique III.

(1) Maurice DE FLEURY. *Recherches cliniques sur l'épilepsie et sur son traitement*, 1900, p. 100.

Mais si c'est bien la diminution du sel alimentaire qui amène la cessation des accidents des épileptiques bromurés, nous devons observer ce fait toutes les fois que les



IV. — *Effets comparés de la bromuration avec régime ordinaire* (A) *et de la bromuration avec régime lacté* (B).

malades absorbent moins de sel et notamment au cours du régime lacté. C'est ce que l'expérience a pleinement confirmé, comme le prouve le graphique IV.

Cette expérience thérapeutique a été confirmée récemment par M. J.-Ch. Roux qui, dans le service de M. Déjerine, a soumis au régime lacté combiné avec la bromuration une épileptique avec plein succès (1).

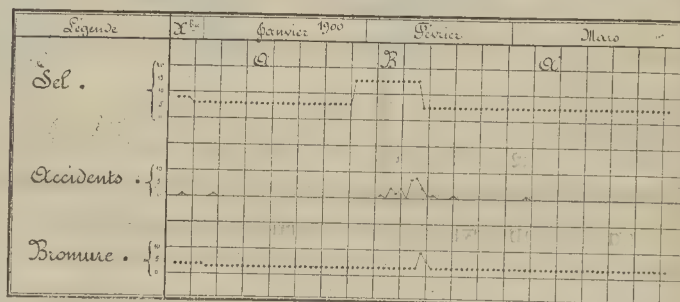
Les effets du régime lacté sont même tellement nets dans la plupart des cas que l'on se demande comment il se fait qu'ils n'aient pas frappé plus tôt les observateurs. J'avoue d'ailleurs qu'une épileptique de mon service avait été, il y a deux ans, avant que j'établisse mes expériences d'hypochloruration, soumise, pour des troubles stomacaux, au régime lacté. J'ai, lorsque mon attention a été portée sur ces faits, consulté le relevé de ces accès, et j'ai constaté que les accès avaient disparu durant la période de l'alimentation lactée; et cependant, ce gros fait m'avait échappé, comme il a échappé avant moi à tant d'autres; tant il est vrai qu'on ne voit que ce que l'on cherche et que ce que l'on sait.

D'après Bunge, le régime végétarien aboutit à un régime d'hypochloruration. J'ai eu la curiosité de rechercher si les malades que j'avais depuis quelque temps soumises dans un autre but à ce régime, avaient tiré un bénéfice de cette thérapeutique, et j'ai constaté en effet que les malades avaient un peu moins d'accès. Sous ce rapport, elles ressemblaient à d'autres épileptiques que j'ai soumises ultérieurement à une hypochloruration très légère, ce qui est en fin de compte l'aboutissant du régime végétarien.

Par conséquent, de cette manière encore, il m'arrivait une nouvelle confirmation de l'effet de l'hypochloruration combinée avec la bromuration.

Il restait encore une autre preuve à réaliser en faisant, par une élévation brusque du sel alimentaire, réapparaître les accès chez les malades hypochlorurées.

L'observation V est très instructive à cet égard. La malade

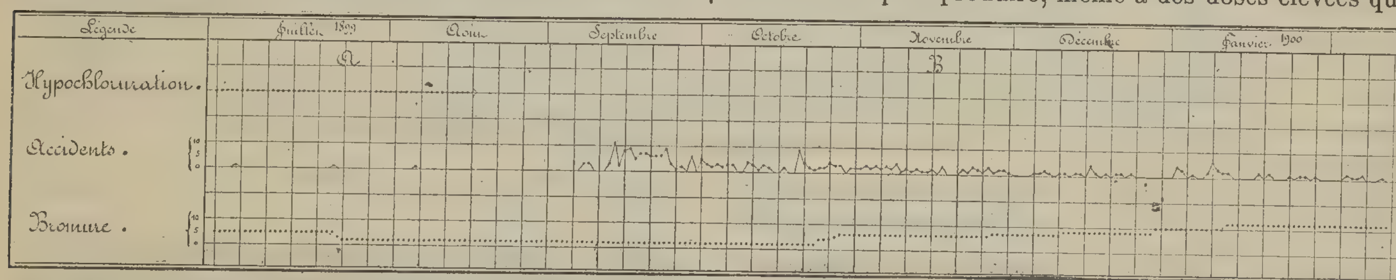


V. — *Effets d'une dose élevée de sel alimentaire* (B) *au cours d'une bromuration avec hypochloruration maxima* (A et A').

soumise à une bromuration continue présente ou ne présente pas d'accès selon qu'elle prend ou ne prend pas de sel ajouté à l'alimentation, laquelle reste toujours la même.

Je crois donc établi d'une manière irréfutable ce fait que la diminution du sel alimentaire augmente l'action thérapeutique du bromure. Dans quelle mesure cette augmentation a-t-elle lieu? On peut dire que l'hypochloruration quintuple l'action du bromure, puisque 2 grammes de sel agissent plus avec l'hypochloruration que 10 grammes avec le régime ordinaire.

Encore faut-il remarquer que le bromure avec le régime ordinaire ne peut produire, même à des doses élevées que

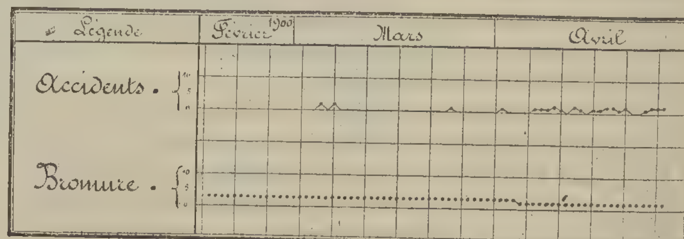


VI. — *Effets comparés d'une bromuration modérée avec hypochloruration* (A) *et d'une bromuration élevée avec régime ordinaire* (B).

l'on ne dépasse pas dans la pratique courante, des effets équivalents à ceux produits par le bromure donné à doses plus faibles mais avec l'hypochloruration.

On peut donc dire que le bromure dans ces conditions agit non pas mieux, mais autrement. Et c'est parce qu'il en est ainsi que la méthode est réellement utile. Si l'hypochloruration ne faisait qu'exalter dans une certaine mesure l'action thérapeutique du bromure, l'avantage ne serait en définitive qu'une économie de dose et il n'y aurait par conséquent un bénéfice que pour les voies digestives qui auraient moins de bromure à absorber.

Mais il faut retenir que, dans l'hypochloruration, le pouvoir toxique du bromure s'élève avec le pouvoir thérapeutique, et que l'on peut observer des signes de bromisme avec des doses relativement faibles, par exemple avec 4 grammes. La surveillance médicale doit donc être plus étroite. On doit se rappeler que des doses de 1 gramme en plus ou en moins correspondent, avec l'hypochloruration,



VII. — *Effets d'une légère diminution de bromure dans l'hypochloruration.*

à des doses beaucoup plus grandes de ce médicament données avec le régime ordinaire. On voit dans le graphique VII

(1) J. Ch. Roux. Effets de la demi-inanition chlorurée dans le traitement de l'épilepsie, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1900, p. 273.

combien les effets sont différents dès que l'on diminue de 1 gramme la dose du bromure.

III

Voici maintenant quelques conseils pratiques pour l'application de ce nouveau traitement.

1° *Régime d'hypochloruration.* — Le régime lacté ne plaît pas en général aux malades, qui préfèrent manger des aliments non salés. Une ration d'entretien, le pain non compris, comprend environ 2 grammes de sel; un kilogramme de pain peut contenir 3 grammes de sel, ce qui porte à 5 le nombre de grammes de chlorure de sodium (1). Cette hypochloruration relative est suffisante pour obtenir d'excellents effets thérapeutiques et paraît ne présenter aucun inconvénient. Si l'on met la malade au régime lacté on pourra prescrire 3 litres de lait et 1 à 2 livres de pain de manière à obtenir une quantité de sel alimentaire proche de 5 grammes. Dans tous les cas il est facile d'augmenter ou de diminuer la dose de chlorure de sodium, selon la nécessité thérapeutique, en augmentant ou en diminuant la ration de pain.

2° *Bromuration.* — Lorsqu'on soumet un épileptique à l'hypochloruration, il est rare qu'il n'absorbe pas une dose quotidienne de bromure supérieure à 2 grammes. Dans ce cas, il faut diminuer progressivement la quantité de bromure, et par exemple 1 gramme tous les trois à cinq jours, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à la dose désirable de 2 grammes. On suit d'ailleurs pour guide, dans cette opération et la diminution des accès. Lorsqu'on est aux environs de cette dose, il s'agit de régler la quantité minima de bromure, la quantité maxima de sel nécessaire pour obtenir la disparition des accès. On a, à ce moment, pour maîtriser l'épilepsie, deux rênes, celle du bromure et celle du sel, qui doivent être actionnées en sens inverse. La diminution du sel augmente l'effet du bromure et équivaut à une dose supplémentaire de ce dernier corps.

Il est préférable de ne pas descendre au-dessous de 5 grammes de sel, qui assurent au sujet une légère chloruration de luxe et d'augmenter plutôt la dose de bromure jusqu'à 4 grammes. Si le résultat n'était pas satisfaisant, on pourrait diminuer — tout au moins temporairement et pour frapper un coup — la quantité de chlorure de sodium, jusqu'à 3 et même 2 grammes. Il est à remarquer que 1 gramme de bromure de plus ou de moins a des conséquences thérapeutiques grandes. Tel sujet, qui n'a pas de crises avec 5 grammes de sel et 3 grammes de bromure, en présente dès qu'il ne prend plus que 2 grammes de bromure. On fera bien de manier ce médicament par demi-gramme.

Lorsque, après plusieurs essais, on a déterminé la dose maxima de sel et la dose minima de bromure nécessaires pour obtenir les effets thérapeutiques, on maintient le malade à ce traitement, sans le changer, pendant plusieurs mois. Pour savoir si le terrain convulsif s'est modifié, il faut donner du sel sans changer la dose du bromure; on peut ainsi, dans les cas favorables, redonner au sujet 10 à 15 grammes de sel et le faire revenir au régime ordinaire, sans que les accès réapparaissent. On peut alors diminuer ultérieurement la dose de bromure. Mais il ne faut augmenter le sel d'abord et diminuer le bromure ensuite que très lentement et en tâtant l'aptitude convulsive du sujet, en s'arrêtant et en retournant en arrière à la première alerte. Dans ces deux temps, on risque de faire revenir les accès. Il faut donc être très prudent, si l'on ne veut pas observer une série de crises convulsives, comme lorsqu'au cours d'un traitement bromuré ordinaire on diminue brusquement la dose du médicament; et à ce point de vue, la diminution de 1 gramme de bromure semble avoir plus d'action que l'augmentation de 1 à 3 grammes de sel.

Combien de temps faut-il prolonger ce traitement? J'y ai soumis des malades durant sept mois; et les effets étaient excellents pendant toute cette période. Mais les accès revenaient généralement avec le retour au régime ordinaire. Ce n'est donc qu'à la longue que le terrain convulsif d'un sujet pourrait être modifié d'une manière durable.

Il faut éviter le bromisme, qui se caractérise tout d'abord par de l'hébétude, la diminution et la disparition des réflexes et une hypotonie générale (surtout visible à la lèvre inférieure qui reste pendante). Si l'on observe des signes de ce genre, il faut purger le sujet et le mettre au régime lacté salé (3 grammes de sel par litre), pour qu'il élimine le plus rapidement possible le bromure. On pourra suspendre ce dernier pendant deux ou trois jours, mais il faut ensuite en redonner — ne serait-ce que 1 gramme — tout en continuant le régime ordinaire, et augmenter la dose au fur et à mesure que les signes de bromisme disparaissent; sans cela on risquerait, pour éviter le bromisme, de provoquer un rappel des accès en grand nombre. Ces dernières considérations n'ont d'ailleurs rien de particulier au traitement de l'hypochloruration, qui, sur ce point, ne diffère pas de tous les traitements bromurés.

Si un malade a une affection incidente fébrile, on peut suspendre le bromure tant que la température est au-dessus de 38°5, car la fièvre est un bon antidote de l'accès convulsif. Si cependant il y avait lieu de continuer le traitement, il faudrait, pour la dose à fixer, se rappeler que les malades soumis au régime lacté sont en état d'hypochloruration.

Quel bromure faut-il employer? J'ai essayé les principaux qui m'ont donné des résultats analogues (1). Je recommande le bromure de sodium, qui semble être le moins toxique et surtout le plus proche du chlorure de sodium qu'il doit remplacer.

Au demeurant, ce traitement est à peine plus compliqué que le traitement ordinaire, mais il demande à être surveillé par un médecin. Il n'y a d'ailleurs pas de traitement bromuré que l'on puisse sans danger abandonner au malade (2), qui ne saura que prendre une dose fixe de médicament et s'exposera, étant un organisme dont les variations sont incessantes, à absorber des doses tantôt trop fortes et tantôt trop faibles.

(1) M. A. Marie, mon collègue à l'asile de Villejuif, a eu l'idée de faire faire un pain sans sel pour les hommes épileptiques qu'il traite avec cette méthode. Ce pain n'est pas désagréable et permet une hypochloruration plus grande.

(1) Le bromure de strontium, conseillé d'une manière générale par M. Laborde, ne m'a pas donné dans ce traitement spécial des effets meilleurs que les autres.

(2) Ch. Féré. La tolérance des bromures chez les épileptiques âgés, *Revue de méd.*, 1900, p. 11.

EMPOISONNEMENTS NON PROFESSIONNELS PAR L'ANILINE (1)

FAITS CLINIQUES ET EXPÉRIMENTAUX

Par le professeur L. LANDOUZY et M. GEORGES BROUARDEL.

Les neuf enfants — nous pourrions dire les dix enfants, puisque chez le jeune Henri l'empoisonnement fut observé deux fois à trois jours d'intervalle — dont, en quelques mots, nous venons de donner l'observation, présentèrent tous des symptômes absolument comparables, à l'intensité près.

Tandis que l'enquête minutieuse à laquelle on se livra à propos de chacun des cas, permettait, d'une part, d'écarter toute idée d'empoisonnement médicamenteux aussi bien que toute idée d'intoxication alimentaire; ne permettait pas, d'autre part, d'expliquer les accidents par une lésion quelconque des appareils laryngo-pulmonaire, cardiaque ou rénal, elle établissait qu'une circonstance commune avait préexisté aux accidents: tous les enfants malades, sans exception, avaient, une heure et demie ou deux heures avant leurs malaises, chaussé des bottines de cuir jaune récemment teintes en noir, avec cette particularité, que dans la famille B..., le 28 avril, le bébé Robert parti pour la promenade botté de noir, avec son frère Henri botté de jaune, est seul malade, Henri devant avoir sa cyanose quelques jours plus tard seulement, quand à son tour il mettra ses chaussures noires.

Une même particularité est à remarquer dans la famille de la Rochelle : une seule fillette n'est pas malade au retour de la promenade faite par les six enfants à la plage, seule elle portait des bottines de cuir jaune.

Ajoutons comme dernière remarque, dont les expériences que nous allons relater semblent révéler l'importance, que les accidents observés dans le groupe des dix enfants se produisirent par des temps chauds dans les dernières journées d'avril, en mai, en août et en septembre ; remarquons enfin que les accidents furent d'autant plus intenses que les enfants étaient plus jeunes, Robert, dix-sept mois étant terriblement plus malade qu'Henri, six ans; le bébé de trois ans de La Rochelle, comme la fillette G... de Paris, trois ans, singulièrement plus en asphyxie et en torpeur que les enfants de neuf, douze et quatorze ans.

C'est la pareille teinture saisie chez le bottier de La Rochelle que la mère de notre petit client Robert, femme d'intelligence claire et agissante, se mit en tête de posséder afin que nous l'expérimentions; non sans peine elle se la procura. C'est la pareille teinture, dont, en avril, on a noirci les bottines de ses deux enfants, c'est de ce cirage liquide, exactement de même *marque déposée*, dont nous nous sommes servi dans la première série de nos expériences.

« La teinture analysée par Ph. Lafon distille à 182 degrés; la partie volatile est formée entièrement d'aniline.

La teinture renferme deux substances :

1° De l'aniline, produit volatil y existant en grande quantité (90,90 p. 100) et servant de véhicule à la couleur;

2° Des couleurs d'aniline fixes.

La recherche de l'arsenic conduit à un résultat négatif. »

PREMIÈRE SÉRIE D'EXPÉRIENCES. — *a*. Cobayes jeunes, de 300 et quelques grammes, et lapins jeunes tués en quelques heures, de deux à huit, par injection hypodermique d'un demi-centimètre cube de la teinture : les premiers accidents apparaissent après un quart d'heure ou une demi-heure.

Début un peu moins rapide après introduction dans l'estomac, également d'un demi-centimètre cube : accidents après une heure; mort entre la sixième et la douzième heure.

b. Trois gouttes déposées à l'entrée des fosses nasales ou dans la cavité buccale suffisent pour donner des accidents qui apparaissent, légers, de huit à quinze heures après; ces accidents sont passagers.

c. Des vapeurs dégagées de la teinture chauffée, et envoyées dans les cages des animaux rendent ceux-ci malades vingt à trente minutes après le début de l'expérience; éloignés des vapeurs, dès l'apparition des accidents graves, ils guérissent presque tous en vingt-quatre heures.

d. Une couche de teinture appliquée sur une surface cutanée (dos, flanc) de la largeur de la paume de la main, surface rasée au préalable, recouverte d'une couche d'ouate humide, chauffée à 35 degrés, et fixée par un bandage, donne des accidents dès la troisième ou la quatrième heure. Les symptômes sont particulièrement sérieux, les accidents vont s'accentuant, la mort survient en vingt-quatre à trente-six heures, sauf dans les cas où, dès les premiers signes d'intoxication, on détache le manchon qui enrobe les surfaces cutanées enduites de teinture.

e. Une couche de la teinture portant sur une surface cutanée rasée, de même étendue, appliquée à la température du laboratoire, + 19 degrés, et non recouverte, ne produit aucun accident;

f. Une couche de la teinture portant sur une surface cutanée rasée de même étendue, recouverte d'une compresse sèche et froide, sans revêtement ouaté, ne donne chez les animaux, gardés en sous-sol à la température de + 16 degrés, aucun accident.

Quel que soit le dispositif expérimental adopté dans cette première série d'expériences, les accidents sont toujours, à l'intensité près, comparables entre eux : l'animal tombe soudain, les membres étendus, rigides, présentant du tremblement à petites oscillations, manifeste surtout quand on prend l'animal dans la main. De temps en temps paraissent des convulsions, la respiration est ralentie, les battements du cœur affaiblis, parfois difficiles à sentir. La langue, la muqueuse gingivale, toute la geule sont décolorées, blanchâtres.

Les globules rouges diminuent de nombre; c'est ainsi, que chez deux jeunes lapins chez lesquels avait été faite une application de la teinture avec manchon d'ouate humide et chaude à 33 degrés, la numération donnait :

Lapin A......	5301000	avant l'application de la teinture.
Lapin B......	5100000	
Lapin A......	3999000	trois quarts d'heure après.
Lapin B......	3900000	

Dans plusieurs expériences, l'examen spectroscopique du sang a permis de constater la présence des bandes caractéristiques de la méthémoglobine.

DEUXIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES. — Sur de pareils animaux jeunes (cobayes, lapins), les expériences refaites comme dans la première série en employant une teinture fabriquée par nous avec :

Eau distillée..........................	7,60
Aniline..............................	92,40

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, n° 81.

donnent des résultats identiques aux précédents : mêmes accidents par voie hypodermique, par voie gastrique, mêmes accidents à la suite des badigeonnages garnis d'enveloppements chauds et humides, tous accidents rappelant ceux observés et décrits par les expérimentateurs qui, voulant étudier les empoisonnements professionnels, avaient empoisonné les animaux avec l'aniline.

C'est donc bien à l'aniline que sont dus les accidents cliniques et expérimentaux dont nous donnons brièvement la description.

Observées chez les enfants, comme chez les animaux, nos expériences tendent à prouver combien la surface cutanée, dans certaines conditions, se prête à l'absorbtion de l'aniline pourvu que celle-ci se trouve en atmosphère fermée, humide et chaude : nous savons, du reste, que l'aniline possède à + 30 degrés une tension de vapeurs très notable. Ce sont ces vapeurs, qui, dégagées des bottines nouvellement teintes à la faveur de la chaleur moite des pieds des enfants, expliquent pathogéniquement l'empoisonnement asphyxique dont ils ont été victimes. Nous rappelons que les accidents ont éclaté alors que les enfants étaient tous chaussés depuis une heure au moins, quand les désordres ont apparu ; nous rappellerons que le temps était chaud. Nous venons d'expérimenter que la température prise la semaine dernière, dans la chaussure de cuir d'un enfant de trois ans (thermomètre placé, soit entre la peau et la chaussette, soit entre la chaussette et la bottine), varie suivant qu'il y a plus ou moins de transpiration, entre 33, 35, 35°5, 36 degrés, celle d'un adulte, dans les mêmes conditions, variant entre 35°4 et 36°3.

Il était important de démontrer par des enveloppements humides et chauds non seulement la possibilité, mais la facilité d'absorption de l'aniline qu'*a priori* on n'aurait pas cru devoir être toxique dans les conditions de teintures employées en manière de fixatif par les bottiers pour teindre le cuir en noir.

Jamais, que nous sachions, pareils accidents n'ont été signalés, et tous les travaux fort intéressants, cliniques et expérimentaux, publiés sur la matière, n'ont porté que sur les accidents dont peuvent être victimes les ouvriers employés à la fabrication ou à la manutention de l'aniline.

Les seuls faits un peu comparables (seulement comparables, puisque dans l'espèce il n'y aurait point intégrité dermique) sont les trois cas d'accidents survenus dans le service de Lallier (rapportés par Leloir, Soc. de biologie, 3 novembre 1879) à la suite d'applications de compresses, imbibées de chlorhydrate d'aniline, sur des plaques de psoriasis : de la cyanose, de l'abaissement de la température s'en étaient suivis.

Les cas de Lallier (dans lesquels on pourrait se demander si la peau des placards psoriasiques n'était pas quelque peu fissurée) mériteraient apparemment d'être plutôt rapprochés des accidents que nous provoquons chez nos animaux par voie hypodermique.

S'il fallait chercher quelque comparaison avec les accidents professionnels signalés, nous rapprocherions plutôt les observations de nos dix enfants des remarques faites en plusieurs endroits, dans lesquelles les empoisonnements des ouvriers manipulant l'aniline apparaissent plus intenses quand ils la renversent sur leurs vêtements (Wertheimer). Nous pourrions nous demander, si, en ce cas, la plus grande intensité des désordres ne serait point attribuable à l'imbibition des vêtements, imbibition humide et chaude, puisque, du fait de la moiteur et de la température du corps, l'aniline est en conditions opportunes pour dégager des vapeurs.

L'intérêt des observations que nous publions réside précisément dans les circonstances dans lesquelles se sont produits les empoisonnements ; autant les auteurs nous avaient bien fait connaître les accidents résultant de l'absorption des vapeurs d'aniline par les voies respiratoires (autrefois si fréquents et si graves dans les fabriques d'aniline), ou par les voies digestives (accidents d'inadvertance ou accidents-suicides), aussi bien nous ignorions la possibilité d'empoisonnement par absorption cutanée, dont un vêtement pourrait être l'occasion.

Nous n'avons pas besoin d'insister pour démontrer que les symptômes relevés chez les dix enfants dont nous donnons l'histoire, sont en tout comparables aux accidents professionnels dont description très complète a été donnée par Wertheimer.

Si, chez les enfants, les accidents (aucun ne fut mortel) semblent avoir été plus souvent graves que chez bon nombre d'ouvriers intoxiqués professionnellement, la différence semble due, et à l'âge des sujets — empoisonnés en raison directe de leur peu d'années — et au mode de pénétration du toxique, le cuir imbibé de part en part de la teinture ayant trouvé dans la chaleur humide du pied des enfants longuement bottés, les conditions que nous réalisions nous-mêmes, alors que nous intoxiquions les animaux, en leur faisant, dans la zone badigeonnée, une atmosphère chaude humide ; alors que nous ne les empoisonnions pas quand nous ne leur procurions pas, après badigeons, la chambre humide-chaude favorable au dégagement et à la mise en tension des vapeurs qu'*a priori* on n'aurait pas songé pouvoir se dégager d'une bottine noircie et *sèche*.

Nos observations ne viennent pas seulement, au point de vue nosographique et toxicologique, s'ajouter aux descriptions de MM. Ollivier et Bergeron, aux remarques que suggéraient à M. Laborde les faits de Leloir, aux études de Wertheimer, elles offrent un intérêt considérable dû, d'une part, à l'âge des malades, d'autre part, à la pathogénie singulière des accidents qu'on avait d'autant plus de chances de méconnaître que l'expérience n'avait point jusqu'ici appris à les redouter.

Le syndrome observé chez nos dix enfants a été simple dans son uniformité : pas de crampes, pas de tremblements, pas de vomissements ; l'anéantissement allant jusqu'à la chute, jusqu'à la torpeur profonde et complète ; la sensation du froid et surtout la teinte asphyxique passant par toute une série de nuances et de degrés, suivant les parties du corps, suivant les moments plus ou moins éloignés du début des accidents, suivant l'âge des enfants : teinte asphyxique allant depuis le facies blafard jusqu'au gris de plomb, jusqu'au gris ardoisé, jusqu'à la cyanose bleue.

Chez nos petits malades, il en a été de leur asphyxie bleue, de leur torpeur et de leur mort menaçante comme dans l'infinie variété (variété d'acuité et de forme) des accidents professionnels relatés ; l'empoisonnement chez nos enfants a varié avec leur âge et avec le temps plus ou moins long, durant lequel ils sont restés chaussés, tout comme chez les ouvriers ont été vus des accidents graves ou légers, suivant que les empoisonnés avaient plus ou moins longuement respiré une atmosphère anilinée ; suivant qu'à la première apparition chez eux de la cyanose bleue on les avait fait sortir de l'atelier.

Une particularité intéressante est l'albuminurie légère, temporairement présentée par les enfants de La Rochelle, comme chez notre petit client Robert, fait à rapprocher de celles de nos expériences, dans lesquelles les animaux ont eu de l'hémoglobinurie, fait à rapprocher de ce que nous ont appris les cliniciens et les expérimentateurs touchant les altérations des globules rouges du sang, touchant la diminution d'hémoglobine par transformation d'une partie de l'hémoglobine en méthémoglobine (qui donne au sang des empoisonnés sa coloration spéciale), touchant l'hémoglobinurie parfois observée en clinique.

Nos recherches expérimentales entreprises, soit avec la teinture de *marque déposée* employée dans l'industrie, soit avec la teinture que nous avons fabriquée nous-mêmes, sont absolument comparables à toute une série de recherches déjà faites pour fixer la physiologie pathologique des empoisonnements par l'aniline. Sans rappeler les expériences de Hoffmann, de Wertheimer et Mayer, sans rappeler les observations d'Ollivier et de Bergeron, de Leloir, disons que les résultats que nous avons obtenus et les cas cliniques nouvellement observés sont absolument superposables à ceux jusqu'ici relatés d'empoisonnement anilique provenant d'absorption sous-cutanée, gastrique ou respiratoire.

Ce que nous voulons retenir de particulièrement intéressant et nouveau dans nos recherches expérimentales, c'est la complète différence des résultats obtenus, suivant les conditions d'humidité et de chaleur dans lesquelles nous avons placé nos animaux : ce sont ces expériences d'un dispositif qui cherchait à s'approcher des conditions de la clinique, qui nous permettent de prouver, que chez les dix enfants victimes d'un empoisonnement aniliné, le mode de pénétration du poison (alors qu'on se serait cru en droit de penser à la parfaite fixité de la teinture) a été la voie cutanée, des vapeurs d'aniline ayant trouvé toutes conditions propices d'abord à leur dégagement, ensuite à leur absorption par le réseau vasculaire cutané.

Les empoisonnements observés, tant à Paris qu'à La Rochelle, chez les dix enfants dont nous avons brièvement relaté l'histoire, nous ont paru devoir être communiqués à l'Académie, tant à cause de leur rareté — celle-ci n'est sans doute qu'apparente, pareils accidents ont pu se produire dont la cause sera restée méconnue — qu'à cause de leur pathogénie, les empoisonnements d'aniline n'étant redoutés jusqu'à ce jour que par tous ceux qui ont à fabriquer ou à manipuler soit l'aniline, soit ses dérivés; pareilles observations et pareilles expériences n'ayant été faites qu'à propos des empoisonnements professionnels.

Il est bon qu'on n'ignore plus (les teintures et les cirages à base d'aniline semblant prendre dans l'industrie une grande expansion), que des accidents d'autant plus redoutables qu'on en ignore la possibilité, se produisent dans toutes autres conditions que celles dénoncées et étudiées jusqu'à ce jour. Il est bon que les médecins, aux prises demain avec des accidents comme ceux dont nous avons été témoins, sachent d'emblée non seulement qu'ils ont affaire à des cas d'empoisonnements aniliques, mais encore qu'ils pensent à incriminer les causes vraies auxquelles, jusqu'à présent, l'expérience n'avait pas fait songer, l'attention des médecins, des toxicologues et des hygiénistes ne s'étant, jusqu'ici, fixée que sur les accidents professionnels.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(18 JUILLET 1900)

M. Kirmisson a fait un rapport sur plusieurs observations adressées par MM. Deyron et Damas et relatives à des cas de **lésions péri-appendiculaires.** Dans un cas, il s'agissait d'un abcès périnéphrétique d'origine appendiculaire, dans un autre cas d'une ulcération du cæcum concomitante avec une appendicite. Ces exemples de lésions éloignées, d'origine appendiculaire se multiplient et semblent plus fréquents qu'on l'avait cru d'abord. Il est bon d'appeler sur eux l'attention des praticiens. Dans bien des cas, tout n'est pas dit, en effet, quand on a fait la résection de l'appendice à chand ou à froid.

A propos de ces faits, M. Kirmisson appelle l'attention sur un autre ordre de complications plus ou moins éloignées des crises d'appendicite et des opérations qu'elles ont nécessitées; il veut parler des hémorragies foudroyantes qui se produisent parfois. C'est ainsi qu'il y a une quinzaine de jours, il venait d'opérer un jeune homme pour une appendicite avec phlegmon de la fosse iliaque; les suites semblaient des plus simples, la fièvre était tombée, et la guérison semblait assurée quand ce jeune homme fut pris d'une hémorragie foudroyante. M. Kirmisson, aussitôt appelé, ouvrit le ventre, vit qu'il s'agissait d'une légère rupture de la veine iliaque, posa une ligature et referma le ventre. Malheureusement cela n'empêcha pas ce jeune homme de succomber à une syncope quelques heures après. Dans un autre cas opéré par M. Faure, il y eut aussi consécutivement une inondation péritonéale à laquelle le malade succomba. M. Kirmisson cite également des cas d'hématémèse consécutive à des opérations pratiquées pour des appendicites. Il y a donc tout un nouveau chapitre à étudier, celui des accidents hémorragiques survenant dans le cours de l'appendicite.

M. Delbet a observé des cas d'hématémèse mortelle à la suite d'une appendicite : il s'agissait d'un homme de trente-cinq ans, chez lequel M. Delbet fit la résection de l'appendice; il constata que le foie était cirrhotique. Cet homme eut d'abord un léger vomissement de sang puis un second qui l'emporta.

Dans un autre cas, signalé par M. Broca, il s'agit d'une petite fille qui eut une entérorragie à la suite d'une appendicite opérée. Mais, ajoute avec raison M. Broca, ces faits ne s'observent pas seulement dans le cours des appendicites. Il se rappelle avoir constaté une hématémèse foudroyante après une taille vésicale. Il ne faudrait donc pas croire que ces hémorragies secondaires soient uniquement d'origine appendiculaire.

M. Routier relate une intéressante observation **d'anévrysme de l'artère iliaque.** Il s'agissait d'un homme qui se plaignait de douleurs sacro-coccygiennes, dont tout le membre gauche était œdématié. Il portait dans l'aine une tumeur à battements isochrones au pouls; on ne sentait les battements ni de la fémorale, ni de la poplitée, ni de la pédieuse. Cet homme, quelque temps auparavant, avait ressenti une vive douleur. M. Routier pensa qu'il s'agissait d'un anévrysme rompu brusquement; il fit une laparotomie pour lier l'iliaque externe, ligature difficile; il lia aussi la fémorale, laissa deux pinces à demeure sur deux points qui saignaient et n'osa pas extirper le sac. Les suites furent simples. Mais il y eut une éventration; on endormit à nouveau le malade et on

rentra les intestins, lorsque, deux jours après, il eut quelque peine à cracher, eut un peu de trismus et succomba en vingt-quatre heures au tétanos. D'où est venu ce tétanos? Il ne peut s'expliquer aucunement par la contagion.

MM. Reynier et Tillaux citent des faits analogues dans lesquels il a été impossible de trouver l'origine du tétanos.

Signalons enfin une importante communication de M. Tuffier sur l'**extirpation des fibromes utérins avec conservation de l'utérus et des annexes**. C'est là une question qui va être traitée au Congrès de gynécologie et qui ne manquera pas d'être discutée un jour ou l'autre à la Société de chirurgie. Les conclusions de M. Tuffier sont que l'hystérectomie abdominale totale doit devenir une opération d'exception. On devra à l'avenir préférer autant que possible l'énucléation.

M. Tuffier dit avoir pratiqué 15 fois cette opération avec 14 succès et 1 mort. Le manuel opératoire est le suivant : cavité externe lavée, curetée, dilatée, aseptisée préalablement; incision à blanc sur la face antérieure et le bord de l'utérus, attaque du ou des fibromes de dedans en dehors, énucléation, suture de l'utérus, drainage de la cavité utérine et drainage du cul-de-sac de Douglas.

Nous aurons certainement l'occasion de revenir sur cette question.

FORMULAIRE

Thérapeutique dermatologique.

M. P. Lucas-Championnière vient de réunir une série d'ordonnances qui sont préparées à l'avance et sont données aux nombreux consultants de la policlinique de l'hôpital des Enfants, pour les cas les plus fréquents de maladies de la peau. Ces ordonnances ne prescrivent que des substances peu coûteuses, et d'autre part, elles contiennent des indications indispensables pour que leur application soit faite utilement. Nous croyons utile de les reproduire (1) :

Pelade. — 1° Couper les cheveux ras une fois par semaine.

2° Laver la tête une fois par jour avec de l'eau chaude et du savon blanc.

3° Frictionner énergiquement toute la tête avec la solution :

Alcool camphré............	100	grammes.
Essence de térébenthine.....	25	—
Ammoniaque..............	5	—

4° Frictionner légèrement une fois par jour les plaques malades et leur bordure avec une baguette de bois recouverte d'ouate et trempée dans la solution :

Chloroforme..............	25	grammes.
Acide acétique cristallisable..	5	—

Prurigo. — 1° Ne donner à l'enfant ni vin, ni bière, ni café, ni liqueurs.

2° Veiller à ce que tous les jours à la même heure il aille à la selle.

3° Lui donner peu de viande et beaucoup de légumes, et peu assaisonnés en vinaigre et poivre.

4° Chaque soir le frictionner doucement sur tout le corps avec de l'huile de foie de morue non épurée; lui laisser pour la nuit une chemise de toile fine et longue, qu'on ne changera d'au moins quinze jours, ainsi que les draps du lit.

5° Le matin au lever, faire une lotion de tout le corps avec une éponge imbibée d'eau vinaigrée fraîche, puis, sans essuyer, poudrer abondamment avec de la poudre de fécule de pomme de terre.

6° Lui donner chaque jour à chaque repas dans un peu de potage un des paquets ci-dessous :

Phosphate tribasique de chaux... 1 gramme.

pour un paquet n° 20.

Confection d'un cataplasme de fécule de pomme de terre. — Prendre un grand verre d'eau, dans la moitié de cette eau, délayer lentement une cuillerée à soupe et demie de fécule de pomme de terre, de manière à ce qu'il n'y ait pas de grumeaux. Faire bouillir l'autre moitié et, quand elle bout, y verser lentement le mélange de fécule, puis agiter doucement jusqu'à production d'une gelée claire transparente et molle. Puis verser le tout entre des doubles de tarlatane qui, au préalable, auront été passés à l'eau bouillante.

Laisser refroidir sur un plat en porcelaine bien propre et appliquer à froid. Maintenir par une bande légère sans intermédiaire de taffetas gommé. Changer quand le cataplasme est échauffée, en moyenne si possible toutes les heures.

Phtiriase et impétigo. — 1° Couper les cheveux absolument ras.

2° Tenir sur la tête des compresses de linge imbibées d'eau bouillie, et recouvertes de taffetas gommé; quand les croûtes sont molles, les détacher doucement.

3° Laver chaque jour la tête à l'eau chaude et au savon blanc, puis lotionner avec de l'eau vinaigrée chaude (un verre d'eau ajouté à un verre de vinaigre);

4° En dernier lieu, lotionner matin et soir avec la solution :

Eau......................	500	grammes.
Sublimé corrosif...........	1	—
Alcool	Q. S.	

Eczéma aigu. — Ni vin, ni café, ni liqueurs.

Appliquer en permanence sur les parties malades des cataplasmes de fécule de pomme de terre froids et moelleux, qu'on changera quand ils seront échauffés.

Quand l'eczéma ne sera plus chaud, appliquer une couche épaisse de la pâte :

Vaseline.................		20 grammes.
Poudre d'amidon..........	} *ââ*	8 grammes.
Oxyde blanc de zinc pulvér.	}	

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de gynécologie (1), par M. C. Fournier.

Les traités de gynécologie, récemment parus en France, sont très volumineux et s'adressent surtout aux gynécologues de profession; mais il existe peu de manuels au courant de la pratique moderne, à l'usage des étudiants et des médecins patriciens. C'est cette lacune que vient de combler M. Fournier, professeur de gynécologie et d'obstétrique à l'École de médecine d'Amiens, auteur du Manuel complet des sages-femmes accueilli si favorablement.

Les premiers chapitres du Précis de M. Fournier sont consacrés aux questions générales de gynécologie usuelle : examen, antisepsie et asepsie, médications et médicaments, puis aux petites opérations gynécologiques.

Les chapitres suivants sont consacrés aux principales maladies de la femme : déplacements (antédéviations, rétrodéviations et prolapsus), inflammations superficielles (vulvite, vaginite urétrite, bartholinite), inflammations utérines (métrites), inflammations annexielles (salpingo-ovarites), tumeurs utérines (fibromes, cancer), tumeurs annexielles (kystes), grossesses ectopiques (grossesse extra-utérine, hématocèle), difformités acquises (déchirures du périnée, fistules).

L'ouvrage se termine par l'étude des causes et du traitement de la stérilité.

Le livre est clairement écrit et illustré de figures démonstratives bien choisies.

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 juill. 1900.

(1) In-8°. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La syphilis et les maladies vénériennes (1), par M. le professeur FINGER (de Vienne). Deuxième édition française, traduite d'après la quatrième édition allemande, avec une introduction et des notes par MM. DOYON et SPILLMANN.

Sous une forme concise, ce traité résume, d'une façon claire et nette, les données actuelles sur les maladies vénériennes et syphilitiques. Les lecteurs y trouveront un exposé des doctrines de l'école viennoise et un tableau complet de tous les traitements actuellement appliqués, soit à la blennorragie et au chancre simple, soit à la syphilis. A ce titre, cet ouvrage ne peut être qu'utile aux praticiens et aux étudiants, qui y trouveront un guide précieux pour l'étude et le traitement de ces diverses maladies. La dernière partie de cet ouvrage est consacrée aux affections oculaires qui relèvent de la blennorragie ou de la syphilis.

Le succès de ce livre a été grand en Allemagne; il n'a pas été moins vif en France, où il a rapidement atteint sa seconde édition. La traduction qu'en publient aujourd'hui les docteurs Doyon et Spillmann a été remaniée; elle comporte un grand nombre de notes relatives aux travaux de l'école française.

Le Vade-Mecum du médecin-expert (2), par A. LACASSAGNE. Deuxième édition.

C'est la deuxième édition, revue et augmentée, de ce guide médical ou aide-mémoire de l'expert. Avec la loi nouvelle sur l'exercice de la médecine, tout praticien pouvant être expert, l'auteur a cru utile de condenser dans des tableaux ou modèles de rapports les constatations nécessaires à relever dans les cas les plus fréquents et les plus graves des levées de corps ou des autopsies de médecine légale et même dans les cas d'examen de personnes vivantes (aliéné, criminel aliéné, blessé, enfant victime d'attentats à la pudeur, individu ayant subi des manœuvres pédérastiques ou sodomiques, femme enceinte et femme accouchée). Un long chapitre est consacré à la conservation des cadavres, aux procédés d'embaumement, à l'examen des empreintes, des taches de sang, de sperme et à la docimasie hépatique.

C'est un véritable abrégé ou épitomé de médecine légale qui, au moment d'une autopsie ou d'une opération médico-légale, permet à l'expert de consulter tous les renseignements dont il peut avoir besoin. Le médecin y trouve encore la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine, le décret du 21 novembre 1892 sur la nomination des experts et le tarif des opérations médico-légales, enfin la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail et le tarif ouvrier du *Concours médical* qui a été approuvé par plusieurs syndicats médicaux. Si ce livre peut rendre de grands services à l'étudiant puisqu'il lui met rapidement sous les yeux l'ensemble de connaissances afférentes à chaque question de médecine judiciaire, il est indispensable au médecin.

Le praticien l'aura sur sa table afin de le consulter tous les jours pour la rédaction des différents certificats et à propos des droits et des obligations que les Codes attribuent au médecin dans la société et devant la justice.

L'expert emportera ce petit livre quand il ira faire une levée de corps, pratiquer une autopsie, procéder à un examen ou à une opération médico-légale quelconque.

Questions d'internat. — Liste des questions publiées dans la presse médicale (3), par M. Marcel BAUDOIN.

M. Marcel Baudoin a eu l'heureuse idée de dresser, pour les candidats à l'internat, la liste impartiale et complète de tous les travaux récemment parus sur les sujets les plus importants du programme. Dans cette liste, où la *Gazette des hôpitaux*, avec ses Revues générales, figure en bonne place, les candidats trouveront sans peines et surtout sans perte de temps, tout ce qu'il leur faut pour étudier et posséder à fond une question donnée.

Alors que nous devions, d'une plume rapide, fixer les indications parfois fausses — toujours incomplètes — précipitamment dictées par le chef de conférence, nos heureux successeurs pourront à loisir trouver dans les *Questions d'internat* tous les renseignements nécessaires. Il faut donc louer sans réserves M. Baudoin de rendre ainsi service aux jeunes — et aussi de les initier dès maintenant (à une période de la vie où rien ne semble impossible), aux difficultés de la classification décimale. L. B.

(1) Gr. in-8°. Prix : 12 francs. — Paris, F. Alcan.

(2) In-32, 324 p. (fig., plans, schémas). — Lyon, Storck; Paris, Masson et Cie.

(3) Institut de bibl. scient., 93, boulev. Saint-Germain.

Le Mont-Dore et ses eaux minérales (2). Étude médicale, par M. Em. EMOND, médecin consultant au Mont-Dore.

L'auteur s'est proposé de remémorer aux médecins les indications de ces eaux et le rôle important qu'elles jouent dans le traitement de l'appareil respiratoire, et en particulier dans les maladies ue poitrine. On ne saurait trop vulgariser et leur mode d'administration et les heureux résultats qu'on en obtient, aujourd'hui surtout que la connaissance plus intime des éléments qui entrent dans leur composition, permet d'en formuler en quelque sorte les doses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de notre ami Léon Goujon, externe des hôpitaux, qui a succombé hier soir après une courte maladie. Tous ceux qui ont connu et aimé notre malheureux camarade se joindront à nous pour envoyer à son père, M. le docteur Goujon, et à toute sa famille l'assurance de notre très respectueuse et très vive sympathie.

Concours de l'internat. — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 15 octobre, à midi précis. Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le samedi 1er septembre jusqu'au samedi 29 du même mois inclusivement.

Concours de l'externat. — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le mardi 16 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le samedi 1er septembre jusqu'au samedi 29 du même mois inclusivement.

Distinctions honorifiques. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Fontan, médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier : MM. les médecins de première classe de la marine Hagen, Santelli, Goron, Fallier, Depied, Galbruner, Gastinel, Berthier, Mayolle, Dessemond-Picard, Richer de Forges, Dérobert, Duliscouet, médecins de première classe de réserve; — Thouvenin, à Vézelise.

— Des récompenses ont été accordées aux personnes ci-après désignées, pour services rendus aux Sociétés de secours mutuels :

Médailles d'or : MM. les docteurs Thonion (d'Annecy), Aubin (de Toulon), Masbrenier (de Melun).

(1) In-18 jésus, 4e édition. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Médailles d'argent : MM. les docteurs Friot et Valentin (de Nancy), Millon (de Marseille), Legros (de Rochefort), Chambard (de Lyon).

Médailles de bronze : MM. les docteurs Barbarin, Floquet, Dehenne, Joanin, Lansac, Pinet, Allard, Letulle, Thoumas, Laurent, Trouillet, Nogué, Sabatié, Queyssac, Klein, Ertzbischoff (de Paris), Imbert (de Castellane), Jacques (de Saint-Bonnet), Daraignez (de Mont-de-Marsan), Ansalom (de Selles-sur-Cher), Martin (de Saint-Jean-de-Trézy).

Mention honorable : M. le docteur Guihal (de la Chapelle-Basse-Mer).

Guerre. — Par décret en date du 12 juillet, sont promus et nommés aux grades et emplois ci-après désignés :

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée active Daussat, désigné pour le 30e d'artillerie ; — Gandar, pour le 156e d'infanterie ; — Viguier, pour le 23e d'artillerie ; — Carbonnier, pour le 97e d'infanterie ; — Paris, pour le 36e d'artillerie ; — Normand, pour le 4e tirailleurs algériens ; — Vigerie, pour le 157e d'infanterie ; — Pinot, pour le 31e d'artillerie ; — Calba, pour l'École militaire préparatoire d'infanterie des Andelys ; — Husson, pour le 39e d'artillerie.

Marine. — M. le médecin de première classe Berriat, du cadre de Cherbourg, est désigné pour servir aux batteries d'artillerie du Sénégal, en remplacement de M. le docteur Sadoul.

M. le médecin de première classe Réjou, du cadre de Lorient, est désigné pour servir aux batteries d'artillerie, à Madagascar, en remplacement de M. le docteur Lafaye de Michaux.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 28e semaine, 955 décès, chiffre voisin de la moyenne ordinaire des semaines de juillet (893).

La fièvre typhoïde a causé 18 décès, la rougeole 24 (la moyenne est 21), presque tous (20) dans les arrondissements pauvres de la périphérie ; la scarlatine, 2, la coqueluche 3, et la diphtérie, 4. La variole a causé 3 décès.

La diarrhée infantile présente l'augmentation prévue : elle a causé 75 décès de 0 à 1 an (au lieu de 42 pendant la semaine précédente et de 34 pendant la semaine antérieure). Presque tous ces décès (64) ont eu lieu dans les dix arrondissements pauvres de la périphérie. L'élévation extraordinaire de la température permet malheureusement de prévoir que cette mortalité des enfants augmentera encore. C'est un devoir pour tous, de rappeler aux familles que par ces lourdes chaleurs, il ne faut donner aux enfants que le lait maternel, ou, à son défaut, du lait stérilisé ; il faut en outre veiller avec le plus grand soin à l'irréprochable propreté des vases dans lesquels ce lait leur est présenté.

En outre, 37 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 75 décès, au lieu de 76 pendant la semaine précédente, et au lieu de 74, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 3 décès (au lieu de la moyenne 10) ; bronchite chronique, 18 (au lieu de la moyenne 14) ; broncho-pneumonie, 29 (au lieu de la moyenne 24).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 30 décès, dont 16 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 163 décès (au lieu de la moyenne 165), la méningite tuberculeuse 26 décès, la méningite simple 27, les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 29 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral 63 décès, les maladies organiques du cœur 62 (la moyenne n'est que 50) ; le cancer a fait périr 55 personnes ; enfin 19 vieillards sont morts de débilité sénile.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Billets collectifs de vacances à prix réduits.* — La Compagnie délivre à Paris, du 15 juillet au 15 septembre, aux familles d'au moins trois personnes voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de vacances de 1re, 2e et 3e classes, pour toutes les gares de son réseau situées à plus de 500 kilomètres de Paris. Le prix s'obtient en ajoutant au prix de quatre billets simples (pour les deux premières personnes) le prix d'un billet simple pour la troisième personne, la moitié de ce prix pour la quatrième et chacune des suivantes.

Billets valables jusqu'au 1er novembre. Arrêts facultatifs. Faire la demande de billets quatre jours au moins à l'avance.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 83. — MARDI 24 JUILLET 1900. 73e ANNÉE. MARDI 24 JUILLET 1900. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — APPENDICITE CHRONIQUE ET OCCLUSION INTESTINALE AIGUE, par M. J. BOUGLÉ, chirurgien des hôpitaux de Paris. — LES NÉVRITES PALUSTRES. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — L'HYGIÈNE DANS LES STATIONS THERMALES. — FORMULAIRE. Anesthésie générale, — Enduit pour prévenir les escarres. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. L'art de déterminer le sexe à volonté, principes des lois naturelles qui président à l'évolution vers un garçon ou vers une fille.— XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE (Paris, 2-9 août 1900). — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

APPENDICITE CHRONIQUE
ET OCCLUSION INTESTINALE AIGUE

Par J. BOUGLÉ,
Chirurgien des hôpitaux.

Au cours de l'appendicite aiguë, l'obstruction intestinale est extrêmement fréquente; beaucoup d'auteurs y ont insisté, et M. Routier, en particulier, considère que l'arrêt complet des gaz est une des principales indications à l'intervention. Cette obstruction est la manifestation de la réaction péritonéale et de la paralysie intestinale qui en résulte. C'est pour n'avoir pas tenu compte de ce fait que l'on confond si souvent l'appendicite et l'occlusion intestinale. En présence des vomissements et de l'arrêt des gaz on croit à une occlusion, alors qu'il ne s'agit que d'une péritonite appendiculaire. Une étude attentive de l'évolution des accidents permettrait, le plus souvent, d'éviter cette erreur, sans parler des caractères distinctifs de ces deux affections à leur période d'état, caractères sur lesquels je ne puis pas insister ici.

Le 8 décembre 1899, Aviragnet et L. Bernard ont publié, à la Société médicale des hôpitaux, deux observations d'obstruction intestinale coïncidant avec une appendicite aiguë. Un des deux cas répondait à la variété signalée plus haut; l'autre était plus complexe, il s'agissait d'une appendicite terminale greffée sur une obstruction intestinale chronique, liée elle-même à un cancer de l'angle gauche du côlon.

J'ai eu l'occasion d'observer une autre variété d'occlusion intestinale au cours de l'appendicite, variété rare, je pense, et en tous cas mal connue. C'était une occlusion aiguë produite par une appendicite chronique latente. Voici le fait :

OBSERVATION. — Le 26 décembre 1899, étant de garde pour l'Assistance publique, je fus appelé à l'hôpital Beaujon auprès d'une jeune fille de dix-sept ans, atteinte d'occlusion intestinale. Depuis sept jours, la malade vomissait et n'avait pas eu de garde-robes. Un médecin consulté avait ordonné des lavements à plusieurs reprises; ces lavements avaient été rendus avec des gaz, mais sans matières. Le 26 au matin, les gaz eux-mêmes ne passaient plus, et la malade était envoyée le soir à l'hôpital Beaujon où je la voyais à onze heures. Le ventre était très ballonné, dur, tendu, d'une exploration à peu près impossible. La température était de 36°2, le pouls à 110, très faible, mou et dépressible. Visage pâle, traits tirés, yeux excavés, voix lente et faible, langue sèche, en un mot facies péritonéal très accentué. Les mains étaient froides. Peu de temps avant mon arrivée, la malade avait eu un vomissement fécaloïde.

Malgré le mauvais état de la malade, n'ayant aucun diagnostic précis, il me parut indiqué de pratiquer une laparotomie rapide, quitte à établir un anus contre nature s'il y avait lieu. Incision sous-ombilicale. Le ventre ouvert, l'intestin grêle apparut d'emblée très distendu, violacé, recouvert de fausses membranes. Certaines anses sont particulièrement dilatées. Par endroits il existe des brides de péritonite chronique et, fait remarquable, celles-ci deviennent plus nombreuses à mesure que je me rapproche du cæcum. En cette région, je dois, pour libérer l'intestin grêle, faire une véritable dissection aux ciseaux, et j'arrive finalement sur l'appendice enfoui au milieu des adhérences. Résection rapide de l'appendice très altéré, drainage de la cavité abdominale avec un tube de caoutchouc et deux mèches de gaze et fermeture de la paroi au-dessus et au-dessous du drain. Immédiatement après l'opération, qui a été menée très rapidement, je fais faire une injection d'un litre de sérum artificiel, et je prescris un lavement purgatif à administrer dans la nuit.

L'appendice présente les lésions suivantes : il est extrêmement court et en même temps très réduit dans son diamètre; sa longueur est de 4 à 5 centimètres et son diamètre ne dépasse pas celui d'une plume de corbeau. Sa surface est pâle, grisâtre, sa consistance absolument dure. Sur une coupe on constate que la lumière est ponctiforme et par endroits même, la cavité semble être oblitérée. Le méso-appendice est petit, rétracté, surchargé de graisse. Il existait en somme des lésions très accentuées d'appendicite chronique scléreuse.

Le lendemain de l'opération, ayant été appelé de nouveau à Beaujon pour un autre cas d'urgence, je revois la malade, son état général est le même que la veille. Elle n'a plus de vomissements, mais le lavement a été rendu sans matières. Je lui fais moi-même séance tenante de l'entéroclyse. Je lui injecte quatre litres d'eau bouillie boriquée, et dans la nuit, elle a une débâcle de matières fécales.

Le 28, la plaie est en parfait état, le drainage est supprimé; cependant la malade est toujours très faible : elle se plaint de bourdonnements d'oreilles, d'éblouissements, et malgré une nouvelle injection de sérum et une piqûre de caféine, elle s'éteint dans la nuit, quarante-huit heures après l'opération.

Il ne me semble pas qu'il puisse y avoir de doute sur le diagnostic; il s'agissait évidemment d'occlusion intestinale provoquée par des brides péritonéales consécutives elles-mêmes à une appendicite chronique. Celle-ci avait évolué d'une façon absolument latente; peut-être en interrogeant la malade alors qu'elle avait encore toute sa lucidicité d'esprit aurait-on pu retrouver dans ses antécédents quelques troubles digestifs en rapport avec cette appendicite chronique; en tous cas la malade nous a déclaré à plusieurs reprises n'avoir jamais souffert du ventre.

L'opération avait rempli son but, puisque j'ai obtenu le rétablissement du cours des matières vingt-quatre heures après l'opération, grâce à un grand lavage de l'intestin. Malheureusement elle a été pratiquée trop tard, la malade n'avait plus assez de résistance et, pour ma part, je ne puis que déplorer une pareille attente; si au lieu de la soumettre à la chirurgie sept jours après le début des accidents d'occlusion, on y avait eu recours au premier ou au deuxième jour, après avoir épuisé, si l'on voulait, les moyens simples (lavage de l'intestin, lavement électrique), il est permis de penser que cette malade aurait guéri.

Le fait à retenir de cette observation est la possibilité d'une appendicite chronique évoluant d'une façon absolument insidieuse et se révélant seulement à la longue par des accidents d'occlusion intestinale. Il n'y avait pas d'adhérences de l'épiploon au cæcum, comme dans les cas rapportés par M. Walther à la Société de chirurgie (séance du 7 mars 1900) et consignés dans la thèse de son élève Levrey (*Du rôle de l'épiploïte aiguë ou chronique au cours des appendicites*, Paris, 1899). Néanmoins ces faits méritent d'être rapprochés; que les brides se développent aux dépens de l'épiploon ou que les adhérences se fassent comme dans notre cas entre les anses intestinales, il s'agit toujours d'un processus inflammatoire scléreux secondaire à une appendicite chronique.

M. Walther a insisté sur les tiraillements et les coudures intestinales, on voit par notre observation qu'il peut y avoir plus, c'est-à-dire une véritable occlusion intestinale.

N'est-ce pas une raison de plus pour conseiller vivement l'ablation de l'appendice aux malades atteints de cette forme d'appendicite chronique d'emblée qui évolue sans accidents aigus et qui ne se révèle que par quelques troubles intestinaux, quelques tiraillements et par quelques vagues douleurs dont le point de départ siège constamment dans la fosse iliaque droite?

J'ajoute qu'en présence de ces occlusions intestinales de cause méconnue, dans lesquelles on rencontre au cours de la laparotomie des brides de péritonite chronique dont la nature est incertaine, on devra songer à la possibilité d'une appendicite scléreuse latente et explorer attentivement la région cæcale et péri-cæcale. Instruit par l'observation relatée plus haut, je pense avoir eu affaire déjà deux fois à des occlusions intestinales de la même origine, chez deux malades opérés d'urgence, pour le service de garde, à l'hôpital Cochin, mais à cette époque, n'ayant pas eu mon attention attirée de ce côté, je ne songeai pas à examiner l'appendice.

LES NÉVRITES PALUSTRES

La névrite est une des manifestations fréquentes du paludisme. Jusqu'alors, seules, des observations isolées avaient été publiées : MM. Sacquépée et Dopter (*Revue de médecine*, 10 avril et 10 juin 1900) viennent de l'étudier complètement, en y ajoutant les cas qu'ils ont pu constater.

La *symptomatologie* ne comporte rien de bien spécial à signaler; les signes sont identiques à ceux des névrites de toute origine. On peut cependant assigner à la névrite palustre quelques caractères qui la distinguent de ses congénères : les auteurs notent la variabilité des localisations sur les différents territoires nerveux, à l'inverse de ce qui se produit dans les névrites saturnines, alcooliques, sulfo-carbonées, où, suivant la nature de la cause toxique, certains nerfs sont affectés de préférence à d'autres. La face est rarement intéressée, il y a lieu de noter la présence constante des troubles trophiques et des troubles vaso-moteurs, dont quelques-uns rappellent les phénomènes de Raynaud.

La date d'apparition de ces troubles nerveux au cours de l'infection malarique est assez variable. Tantôt ils coïncident avec les périodes d'accès fébriles, ou bien y font suite; tantôt ils surviennent longtemps après la guérison, tantôt pendant la durée d'un accès pernicieux.

Chez les uns, le début est *lent* et graduel; souvent la névrite s'étend et se généralise à la faveur de nouveaux accès de fièvre, procédant ainsi par poussées successives. Chez d'autres, il est *brusque*, chez d'autres encore, il peut être *apoplectiforme*.

L'*anatomie pathologique* est un des points essentiels, mis en lumière par MM. Sacquépée et Dopter : ils considèrent deux types de lésions, l'un correspondant à la forme apoplectique, l'autre à la névrite commune.

Dans le premier, ils trouvent tous les caractères de la névrite interstitielle suraiguë avec exsudation leucocytaire autour des vaisseaux, ruptures vasculaires, extravasats sanguins, dissociant le tissu conjonctif et le tissu nerveux. Ce dernier est en état de dégénérescence manifeste : mais l'altération initiale porte sur la trame conjonctivo-vasculaire : la dégénération des tubes nerveux n'est que secondaire; elle passe au second plan.

Dans le deuxième type, l'altération est purement parenchymateuse, analogue à la dégénérescence wallérienne.

Le chapitre de l'*étiologie* demanderait une étude délicate. Toutes les névrites, en effet, qu'on a rattachées au paludisme peuvent ne pas être palustres. Le choix rigoureux que les auteurs ont fait dans les cas publiés, et dans ceux qu'ils ont observés eux-mêmes montre combien il est difficile de rencontrer des cas où le paludisme est seul en cause, et non accompagné de facteurs étrangers, tels que l'alcoolisme, le saturnisme, etc., favorisants ou déterminants. Le paludisme, en effet, peut avoir une influence prédisposante sur une névrite évoluant ultérieurement, provoquée par l'alcoolisme ou tout autre cause; cette dernière peut à son tour jouer un rôle analogue sur une névrite qui apparaîtra plus tard à l'occasion d'un accès de fièvre intermittente. Par contre, il est des cas très nets où le paludisme est le seul agent en cause dans une manifestation névritique. Aussi, MM. Sacquépée et Dopter sont-ils amenés aux conclusions suivantes au point de vue étiologique :

Dans une première catégorie de faits, se rangent les ob-

servations où le paludisme est la seule cause originelle des névrites périphériques, seules elles méritent l'étiquette de *paludéennes*.

A la deuxième catégorie se rattachent les cas où le paludisme est précédé, accompagné ou suivi d'autres facteurs étiologiques, toxiques ou infectieux. Ce sont alors des névrites survenues *chez des paludéens*.

Il fallait expliquer la *pathogénie* de ces troubles nerveux. Les recherches de Queirolo, de Roque et Lemoine, de Pensuti, ont démontré que le paludisme se comportait comme toutes les maladies infectieuses et que nombre de ses manifestations étaient causées par la sécrétion d'une toxine. Cette notion admise, on peut concevoir que, pendant tout le temps de son existence, l'hématozoaire répand son poison dans l'organisme d'une façon constante ou intermittente; le nerf, comme tous les organes, s'en trouve donc imprégné; la fibre nerveuse dégénère; c'est le mode de production de toutes les névrites; la toxine malarienne se comporte ainsi comme l'alcool, le plomb et toutes les toxines microbiennes. A côté de ces faits où l'imprégnation toxique est lente et progressive, et où l'explication précédente semble bien rendre compte des faits cliniques, il existe des cas où le début est apoplectiforme, et où cette pathogénie n'est plus satisfaisante; les autres poisons, alcool, tuberculine, ne sont pas capables, en effet, de produire la dégénération d'un tronc nerveux, d'une manière aussi foudroyante. Les hémorragies expliquent alors les phénomènes; la fonction du nerf est annihilée par la compression qu'elles opèrent. C'est ainsi qu'il faut interpréter les paralysies partielles, les anesthésies subites survenues à la suite des accès comateux; le fait est à rapprocher des embolies parasitaires et des hémorragies punctiformes observées dans le cerveau, et depuis longtemps décrites dans le cours du paludisme.

En général, le *diagnostic* ne souffre pas de difficulté. La seule affection dont il importe de distinguer la névrite palustre est le béribéri, qui se traduit d'habitude par des névrites multiples. Mais le béribéri s'accompagne de rachialgie, de douleur en ceinture, de grands œdèmes, d'épanchements dans les séreuses, inconnus dans la névrite malarienne; rare est la fièvre dans le béribéri; l'épidémicité de ce dernier est de plus un caractère essentiel que ne possède pas l'affection décrite.

Grâce au peu de fréquence de ses localisations bulbaires, la névrite palustre est rarement par elle-même une cause de mort. Son *pronostic quoad vitam* est donc favorable. Mais la guérison d'une atteinte, si légère soit-elle, demande un temps généralement assez long, le plus souvent les fonctions des membres sont sérieusement compromises; l'atrophie persiste et, avec elle, des impotences et des déformations proportionnées au degré des désordres produits.

Comme pour beaucoup de manifestations malariennes, on avait pensé avoir dans la quinine un *traitement* de choix; mais, le plus souvent, la quinine reste totalement inefficace. Mais où la quinine reprend ses droits, c'est pour prévenir le retour d'accès périodiques ou irréguliers, détruire l'agent infectieux, et supprimer une cause certaine d'aggravation des lésions préexistantes. A part les médications limitées du traitement causal, la thérapeutique des névrites palustres reste justiciable des moyens appliqués aux affections similaires relevant de toute autre origine.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(20 juillet 1900)

Notre précédent compte rendu s'est malheureusement trouvé incomplet. Que les auteurs nous pardonnent, il n'y a là qu'une erreur de la poste. Nous réparons cette omission involontaire en analysant cette fois, dès le début, les communications de M. Ménétrier et de M. Achard.

MM. Ménétrier et Legros ont observé un cas de **péritonite primitive à pneumocoques.** Le malade dont il s'agit fut pris brusquement de fièvre, de vomissements et de diarrhée. Ces phénomènes s'amendèrent; le ventre demeura un peu douloureux, tuméfié, les urines restèrent albumineuses. La fièvre tomba. Une douleur au pied apparut, et au niveau du quatrième orteil, on vit se produire une phlyctène avec début de sphacèle. Quelques jours après, des accidents semblables se manifestèrent au niveau de la main. Les phénomènes péritonitiques revinrent et le malade mourut dans le coma. A l'autopsie, un exsudat fibrino-purulent recouvrait les viscères de l'abdomen, lequel contenait 2 ou 3 litres de liquide louche. L'examen bactériologique et les cultures permirent de constater la présence du pneumocoque. Il y a, on le voit, une notable différence entre l'allure de l'affection chez l'enfant et chez l'adulte.

M. Achard, au cours de la même séance, présenta une malade atteinte de **ladrerie.** On sentait sous la peau de petites tumeurs dures contenant des cysticerques de tænia solium. Le diagnostic ne peut se faire que par l'examen du contenu de ces tumeurs. Il convient d'ajouter que l'examen du sang de cette malade fit constater de l'éosinophilie.

Venons maintenant à la dernière séance. Nous notons une présentation de deux malades par M. Antony (du Val-de-Grâce). Ces deux hommes étaient devenus aphasiques à la suite, l'un d'une **hémiplégie,** l'autre d'un **accès pernicieux** ou d'une **insolation.** Chez tous deux l'affection datait de 1889. Ces deux malades ont été soumis à la médication qui réussit si bien chez les névropathes. On leur mit entre les mains un petit livre enfantin et on leur fit réapprendre les lettres et les mots, et cela sur des airs dont ils avaient conservé la mémoire. Les progrès furent très remarquables chez le premier malade, plus difficiles à obtenir chez le second.

Nous enregistrons encore une très intéressante **contribution à l'étude de l'action des organes sur certains poisons,** par MM. L. Thoinot et Georges Brouardel. Voici le résumé de cette étude expérimentale :

L'action d'arrêt du foie et du poumon sur certains poisons est bien connue depuis les travaux de M. Roger; celle du cerveau, depuis les travaux de MM. Widal et Nobécourt; les expériences de Wassermann, Metchnikoff, Maire, Roger et Josué, celles des auteurs, ont contribué depuis à éclairer le rôle de certains organes vis-à-vis des toxiques.

MM. Thoinot et Georges Brouardel emploient aujourd'hui une méthode déjà usitée, méthode simple et même un peu grossière, qui consiste à extraire un organe sur un animal qu'on vient de tuer, à triturer une quantité toujours identique de cet organe (3 grammes, sauf pour le rein dont on n'emploie que 2 grammes), avec une dose donnée d'une solution contenant le poison — toujours la même — à filtrer le mélange sur une compresse stérilisée qu'on presse énergiquement, et à injecter à des cobayes le produit de ces manœuvres, en ayant soin d'injecter à des témoins la même

quantité de la solution passée seulement sur un filtre analogue. La dose de poison est calculée pour 100 grammes d'animal ; les poisons employés sont : le *sulfate de strychnine*, le *chlorhydrate de morphine*, l'*acide arsénieux*, le *sulfate d'atropine*.

Ces expériences montrent, en résumé, que différents organes peuvent jouer, vis-à-vis de certains toxiques, le rôle d'arrêt ou le rôle d'exaltation, ou le laisser intact : deux parenchymes neutralisent tous les toxiques employés, d'une façon constante, mais en proportions variables : le foie surtout, puis le rein ; cette action est surtout considérable pour la strychnine. Le tissu musculaire neutralise une assez forte proportion de strychnine, et une moindre de morphine et d'atropine ; il augmente la toxicité de l'arsenic. Le tissu pulmonaire arrête surtout l'atropine, plus faiblement la strychnine et la morphine, mais laisse intact l'arsenic. Quant au tissu cérébral, il neutralise la morphine et la strychnine, reste indifférent vis-à-vis de l'atropine, mais exagère notablement l'action de l'arsenic.

Sans chercher à expliquer l'action de renforcement constatée en certains cas, les auteurs pensent qu'il est intéressant de la rapprocher de celle que M. J. Teissier (de Lyon) a signalée pour le foie vis-à-vis de certaines toxines.

Signalons, en terminant, une présentation de **calculs biliaires**, par MM. Launois et Paris. L'un de ces calculs est de la cholestérine pure ; les deux autres, plus rugueux, contiennent des pigments biliaires et des acides biliaires.

L'HYGIÈNE DANS LES STATIONS THERMALES

Une très utile circulaire vient d'être adressée par le syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France, aux municipalités, propriétaires, hôteliers, etc., de ces stations.

Elle comprend deux parties. L'une s'adresse directement aux hôteliers et leur indique la façon simple et hygiénique dont ils doivent installer leurs hôtels. Cette description est presque exactement celle de la chambre modèle que le Touring Club de France a fait installer à l'Exposition. Dans la seconde partie enfin, la circulaire donne des notions générales sur l'organisation d'un service de désinfection.

I. *Mesures de propreté hygiénique à appliquer dans les stations sanitaires, les établissements thermaux et leurs dépendances, hôtels, villas et maisons meublées.* — 1° Au point de vue de l'eau de boisson et de toilette :

N'employer jamais, pour les usages domestiques divers, une eau susceptible d'être souillée par des infiltrations de fumier, fosses d'aisance, d'eaux ménagères, etc.

Distribuer largement de l'eau de source pure et, à défaut, de l'eau stérilisée (certains appareils de stérilisation fournissent de l'eau stérilisée à 10 et même 5 centimes le mètre cube).

Pour juger de l'importance de cette recommandation, qu'on se rappelle le départ immédiat et l'abandon, pour plusieurs années, de certaines plages et villes sanitaires dans lesquelles avaient éclaté des cas retentissants de fièvre typhoïde causés par l'eau.

2° Au point de vue de l'air :

L'air devient dangereux par des émanations diverses, le mélange de certains gaz, les poussières. Pour éviter cette contamination de l'air, toute industrie insalubre doit être interdite dans une station sanitaire ou reléguée au loin dans une direction opposée à celle des vents régnant habituellement ; les ordures ménagères doivent être placées dans des caisses et enlevées le plus rapidement possible par le service de voirie.

Les cabinets d'aisance doivent être installés de manière que par leurs émanations ou infiltrations ils ne puissent souiller ni l'air, ni le sol, ni les eaux. Le syphon hydraulique et la pratique du tout à l'égout, quand celle-ci est possible, donnent, à ce point de vue, le maximum de garanties.

Les poussières qui véhiculent et transportent dans les voies respiratoires et sur la peau des substances irritantes et des microbes, doivent être évitées autant que possible et enlevées par un balayage avec linge imbibé d'eau et jamais par un balayage à sec ou un époussetage. La contagion de la scarlatine, de la variole, de l'érysipèle, de la pneumonie, des angines, de la tuberculose se fait souvent par les poussières.

Pour éviter les accumulations de poussière, les *nids à poussière*, il est bon de supprimer, dans les chambres, les moulures, corniches compliquées, étoffes murales, baldaquins, rideaux de lit et de fenêtre en étoffes ne pouvant être lavés, les tapis de haute laine et les tapis fixes.

Certains hôtels ont adopté l'usage de housses en tissu supportant facilement les lavages pour les sommiers, matelas et meubles ; c'est là une bonne mesure à imiter.

Les meubles capitonnés doivent être proscrits. Il faut les remplacer par des meubles en bois peint ou laqué et canné qu'on peut recouvrir de coussins mobiles revêtus de tissus supportant le lavage.

Les murs doivent être recouverts d'enduits laqués ou de peinture facile à laver ; comme papiers de tentures, les seuls hygiéniques sont ceux qu'on peut laver (il en existe aujourd'hui de tels à un prix très peu élevé).

Les fenêtres doivent être pourvues d'un système de carreau mobile pour assurer, s'il y a lieu, une aération continue sans courant d'air gênant.

Les corridors, passages, escaliers, etc., doivent être recouverts de linoléum, d'un nettoyage humide facile.

Les cours, les rues, etc., ne doivent être nettoyés qu'après arrosage.

II. *Mesures à prendre pour détruire les germes de maladies contagieuses pouvant exister dans les immeubles et meubles dans une station sanitaire (désinfection).* — Les précautions hygiéniques ci-dessus étant prises, les chances de contamination sont considérablement diminuées, mais quoi qu'on fasse, dans une localité, où arrivent journellement de nouveaux hôtes, dont quelques-uns viennent sûrement de lieux contaminés, il peut survenir des maladies contagieuses. Il faut donc que dans toute station sanitaire existe des moyens de désinfection, choisis parmi ceux qui sont justement considérés comme les plus sûrs et qui, en même temps, causent le minimum de gêne dans l'exploitation.

L'utilité de ces moyens est particulièrement évidente dans les localités dont la clientèle se compose, en plus ou moins grande partie, des malades atteints de maladies transmissibles, comme la tuberculose, mais elle est incontestable aussi en ce qui concerne les autres stations sanitaires pour les raisons invoquées ci-dessus.

Les administrations de celles-ci doivent songer, en effet, qu'il suffit d'un cas de maladie contagieuse, telle que scarlatine, diphtérie, variole, etc., pour qu'un hôtel, une station

risquent d'être abandonnés, ce qui ne se produirait certainement pas si le public savait que dans nos stations sanitaires tous les moyens propres à éviter la contagion sont mis en usage.

Pour opérer une bonne désinfection il faut un matériel spécial et un personnel instruit.

Le matériel nécessaire est d'un prix assez élevé pour que, en dehors des grands établissements, aucun ne veuille en faire la dépense, mais il n'est pas d'un prix tel qu'il constitue une charge si cette dépense est supportée en partie et proportionnellement à l'intérêt de chacun, par la commune, l'établissement, les hôtels, les villas et les maisons meublées.

Le personnel (trois hommes) peut se recruter facilement partout, soit parmi les pompiers, soit parmi les membres des sociétés de secours (sauveteurs, brancardiers, etc.). L'instruction nécessaire peut leur être donnée facilement par les médecins de la station sanitaire. Ils sont rétribués suivant un tarif établi, lors de chaque opération.

Le matériel de désinfection comprend : 1° un matériel de désinfection des surfaces (murs, parquets, boiseries, meubles tentures légères) ; 2° un matériel de désinfection pour les objets dont l'intérieur doit être désinfecté comme les surfaces (matelas, édredons, oreillers, coussins, etc.).

Le matériel de désinfection des surfaces peut être soit un pulvérisateur, pour pulvérisation d'antiseptiques (sublimé tout spécialement), soit un appareil à vaporisation (de formol spécialement). Le matériel de désinfection des objets épais, dont l'intérieur doit être désinfecté, comporte essentiellement une étuve à vapeur sous pression.

Ces divers appareils, très répandus aujourd'hui, sont vendus à des prix très abordables.

Grâce à l'adoption de ces mesures hygiéniques, il n'est pas douteux que les dangers de contagion seront écartés et que nos stations sanitaires acquerront rapidement une réputation de salubrité qui assurera leur succès.

Celles de ces stations et ceux des hôtels qui les auront adoptées, présentant aux médecins et aux malades plus de garanties que les autres, seront tout naturellement les plus recommandés par les uns et les plus recherchés par les autres.

FORMULAIRE

Anesthésie générale.

M. Schleich recommande, pour l'anesthésie générale, le mélange de divers anesthésiques jusqu'ici employés isolément. Les proportions de ces mélanges varient avec la température interne du corps du malade; il faut se servir de celui qui bout à température la plus voisine de celle de l'opéré.

Ébullition	38°	40°	42°
Chlorure d'éthyle	2 parties	1,5	0,5
Chloroforme	4 —	4	4
Éther sulfurique	12 —	12	12

Sur 5000 anesthésies que l'auteur a pratiquées avec ces mélanges, il n'a jamais eu le moindre ennui. (*Berl. Klin. Woch.*, 1900, n° 13.)

Enduit pour prévenir les escares.

Gutta-percha	4 grammes.
Chloroforme	30 —
Baume du Pérou	1 —

Mêlez. — Deux fois par jour il faut enduire avec un pinceau fin les parties menacées. (*Monit. thérap.*, 1900, n° 6.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'art de déterminer le sexe à volonté. Principe des lois naturelles qui président à l'évolution vers un garçon ou vers une fille (1), par Anna D'ORANOVSKAÏA.

« L'art de déterminer les sexes à volonté. Principes des lois naturelles qui président à l'évolution vers un garçon ou vers une fille. » Sous ce titre, peut-être un peu long mais singulièrement suggestif, Mme Anna d'Oranovoskaïa, vient de publier un petit opuscule que je me permets de recommander à ceux que la marche des affaires publiques ou des chagrins d'amour ont plongés dans le marasme. Ils sont sûrs de passer une petite heure d'une joie sans mélange.

Il y a bien longtemps que cette difficile question hante le cerveau des philosophes, des médecins et des naturalistes et beaucoup trop longue serait la liste des théories proposées tour à tour pour élucider ce grand problème de la vie... et que sont devenues ces théories?

Qui parlerait encore sérieusement avec Hippocrate de la possibilité d'avoir à volonté un garçon en pratiquant le coït à la fin de la période des règles ou quand elles viennent de cesser, ou au contraire une fille quand la copulation a lieu pendant la durée de l'écoulement sanguin?

Qui songerait encore à admettre avec Giroux de Buzareingues qu'une femelle délicate, débile ou affaiblie, fécondée par un mâle vigoureux, engendre un mâle et que l'embryon devient femelle lorsque, par des circonstances quelconques, c'est l'inverse qui se présente lors de la fécondation?

N'a-t-on pas soutenu encore — et sur quelles données! — 1° que le type masculin prédomine dans les descendants lorsque le père est plus âgé que la mère; 2° que c'est le sexe féminin qui prédomine quand la mère est plus âgée que le père; 3° que les deux sexes sont en nombre presque égal, avec légère prédominance du sexe féminin quand le père et la mère sont du même âge!...

J'en passe et des meilleures.

Pour Mme Anna d'Oranovskaïa, c'est beaucoup plus simple que tout cela, c'est presque rien... mais il fallait le trouver.

Pour elle, toute la question repose sur... comment dirais-je...? la vivacité du plaisir (l'auteur dit la *jouissance*) éprouvée par l'un ou l'autre des conjoints :

Je cite textuellement : « Il est incontestable que la vivacité du plaisir éprouvé différera suivant les circonstances morales ou physiques dans lesquelles se trouveront chacun des *copulants au moment même du coït* ». (Qu'en termes gracieux ces choses-là sont dites!)

Mais quel est le rapport entre la jouissance (*sic*) et le fruit qui en est le résultat?

Pour moi, répond l'auteur, ce qui est surtout à noter, c'est justement l'influence de l'intensité du plaisir ressenti par les copulants (j'ai décidément horreur de ce mot), sur le sexe du produit de la copulation ! »

Écoutez maintenant comment l'auteur est arrivée à échafauder sa théorie. C'est une confession à laquelle il serait criminel de retrancher un mot :

« Il y avait, dit-elle, une fatale combinaison de circonstances, un extraordinaire concours de causes pour amener chez moi une parfaite impuissance à éprouver le désir sexuel au moment où le destin a voulu que je devienne mère.

En outre, et ce qui est remarquable, mon mari comme mâle m'était non seulement indifférent, mais de plus, j'avais instinctivement peur de lui, bien que dans tout le cours de ma vie, je n'aie jamais rencontré homme plus digne de mon amour et de mon estime. Donc j'étais un zéro absolu en ce

(1) In-18. Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

qui concerne la possibilité d'éprouver la jouissance sexuelle.

Comme j'étais femme, c'est-à-dire la *petite Marguerite qui ne sait rien ni du mal ni du bien, pour le plaisir de mon maître* (je jure que je n'invente rien), je ne pouvais pas me rendre compte de l'état dans lequel se trouvait mon système nerveux et de plus j'étais dans une ignorance complète à l'égard de l'état physiologique ou peut-être pathologique de mon système reproducteur.

Dès le début de ma vie conjugale, j'ai dû me persuader que l'acte copulateur m'était douloureux. Je ne me refusais jamais pour cette raison, aux désirs de mon mari, premièrement parce que je l'aimais et que je savais que la connaissance de mon état le plongerait dans un chagrin profond et ensuite parce que je voulais avoir des enfants.

Oui, Mesdames, j'avais la passion de créer des hommes, comme un artiste sculpteur est passionné pour créer des statues.

Dans aucun de nos rapprochements je n'ai jamais éprouvé la moindre sensation de plaisir, au contraire, le coït m'était toujours plus ou moins douloureux.

Je ne pouvais nullement mettre en doute que mon mari éprouvât le plaisir vénérien, puisque vu mon état psychique et physique, c'était toujours lui qui provoquait mon consentement et de plus, étant d'un caractère ouvert, il ne manquait jamais d'exprimer ses sentiments quels qu'ils fussent.

Mon premier enfant fut du sexe féminin...

Après la première, vint la seconde, après la seconde, vint la troisième fille.

Après ma troisième fille, j'acquis la conviction que mon état actuel était pour quelque chose dans le sexe de mes enfants, et la présomption que si mon état ne subissait aucun changement je ne réussirais jamais à produire un fils, après la naissance de ma troisième fille...

Nous nous imposâmes, mon mari et moi, un régime qui me permettrait d'éviter une prompte grossesse.

Le régime consistait à s'abstenir du coït quelques jours avant et après les menstrues.

Le destin a voulu que, conformément à cette résolution, m'étant refusée aux caresses conjugales pour ajourner les relations à un moment moins dangereux, j'entendis de la bouche de mon mari, pour la première fois depuis la consommation de notre mariage, ces mots *qui furent une révélation* pour moi : « Tu m'as fait tellement attendre que je n'ai pas éprouvé de plaisir en t'embrassant. »

Mes calculs m'ayant fait défaut, je devins enceinte et dès le premier moment j'acquis la conviction que, pour cette fois, c'était d'un fils. En effet, neuf mois après j'accouchais d'un fils, un gros garçon de 12 livres. »

Saisissez-vous maintenant?

« Le sexe se détermine au moment même de la fécondation, conformément aux conditions dans lesquelles se trouvent les copulants; par conséquent de chaque œuf capable de devenir un individu, peut naître un individu du sexe tantôt masculin, tantôt féminin, suivant les conditions et les circonstances favorisant l'évolution de l'un ou de l'autre sexe.

Quelles sont ces circonstances et ces conditions pour l'espèce humaine?

D'après mon expérience et mes observations, *le sexe du fœtus dépend de la différence du degré de l'intensité du plaisir sexuel éprouvé par les deux copulants au moment même du coït, ou du manque absolu de la sensation sexuelle, soit chez un des copulants, soit chez tous les deux.* »

Telle est la loi, voulez-vous des preuves?

« 1° Si, au moment du coït, la sensation sexuelle manque complètement aux copulants, le sexe du fœtus sera masculin (mon cas à moi est la conception de mon fils).

2° Si, au moment du coït, la sensation sexuelle manque complètement à l'homme, le sexe du fœtus sera masculin (le cas de ma cousine qui n'eut pas du tout de filles)! [Le cousin a dû être bien malheureux !]

3° Si, au moment du coït, la sensation sexuelle est plus intense chez la femme que chez l'homme, le sexe du fœtus sera masculin (le cas de ma tante).

4° Si, au moment du coït, la sensation sexuelle est d'une intensité égale chez les deux copulants, le sexe du fœtus sera probablement masculin (les cas avec les onze fils et une fille chez mes amis). »

L'auteur ajoute cette perle :

« Je dis probablement, parce qu'il n'y a pas moyen de vérifier mon hypothèse ! »

En effet, je ne vois pas très bien le moyen de connaître le degré exact du plaisir, ni le moyen d'établir s'il est égal chez les deux... copulants! Continuons.

« 5° Si, au moment du coït, la sensation sexuelle manque complètement à la femme, le sexe du fœtus sera féminin (le cas avec la naissance de mes quatre filles, avec ma mère, avec la mère des neuf filles).

6° Si, au moment du coït, la sensation sexuelle est moins intense chez la femme que chez l'homme, le sexe du fœtus sera féminin (le cas avec la naissance de mes quatre nièces). »

Ne trouvez-vous pas comme moi, que cette petite interview en famille est une pure merveille? A l'avenir, mes frères, tenez bien vos comptes, si j'ose m'exprimer ainsi, et vous saurez ce que vous faites... en copulant.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

PARIS, 2-9 AOUT 1900

Les inscriptions pour le XIIIe Congrès international de médecine seront reçues jusqu'à la veille de l'ouverture du Congrès.

PROGRAMME DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES DU CONGRÈS

Première assemblée générale. — Le 2 août, à deux heures, à la salle des fêtes de l'Exposition, sous la présidence de M. le président de la République.

Partie officielle : Discours de M. le président du Congrès. — Compte rendu du secrétaire général du Congrès. — Adresses des membres délégués des gouvernements étrangers.

Partie scientifique : Discours de M. le professeur Virchow : « Traumatisme et infection. » — Dicours de M. le professeur Pavlov : « Thérapie expérimentale comme méthode nouvelle et extrêmement féconde pour les recherches physiologiques. »

Deuxième assemblée générale. — Le 6 août, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

M. le professeur Baccelli : « Traitement du tétanos par les injections sous-cutanées d'acide phénique. »

M. le professeur Burdon Sanderson : « Quelques problèmes pathologiques d'aujourd'hui. »

M. le professeur Jacobi : « La médecine et les médecins dans les États-Unis. »

M. le professeur Albert : « De l'architecture des os de l'homme et des animaux. »

Troisième assemblée générale. — Le 9 août, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Attribution du prix triennal fondé, en 1897, par la ville de Moscou.

Proclamation du lieu de réunion du XIVe Congrès international de médecine et de son bureau.

CLOTURE DU CONGRÈS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — Nous sommes heureux d'annoncer la promotion de M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz au grade de grand-officier de la Légion d'honneur.

La médaille d'honneur des épidémies, en bronze, est décernée à M. Henri Mauban, externe des hôpitaux de Paris, pour le dévouement dont il a fait preuve dans l'exercice de ses fonctions.

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le lundi 8 octobre 1900, il sera ouvert un concours public pour la nomination de douze élèves internes et d'un nombre à fixer au moment du concours, d'élèves internes provisoires, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie, dans les établissements de l'Administration des hospices civils de Lyon.

Les élèves internes seront nommés pour quatre ans et seront logés et nourris. Ils recevront en outre, à titre de traitement annuel : les élèves internes de l'Hôtel-Dieu, de l'hôpital de la Croix-Rousse, de la Charité et de l'Antiquaille, 260 francs; ceux de l'hospice du Perron et de l'asile Sainte-Eugénie, 400 francs.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le lundi 22 octobre 1900, il sera ouvert un concours public pour la nomination d'élèves externes appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les établissements de l'Administration.

Les élèves externes seront nommés pour deux ans.

Bordeaux. — Le concours de la médaille d'or de l'internat s'est terminé vendredi soir. M. Abadie a été proposé pour la médaille d'or; M. Ginestous pour une quatrième année d'internat.

Orléans. — Un concours aura lieu à Orléans, le mardi 11 décembre prochain, à deux heures et demie, pour quatre places d'interne titulaire et trois places d'interne provisoire.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

Banquet de la conférence Scientia, offert à lord Lister. — Le mercredi 1er août 1900, aura lieu, à sept heures et demie très précises du soir, sous la présidence de M. le professeur Charles Richet, au restaurant du palais des Congrès, à l'Exposition (rue de Paris), un banquet offert à lord Lister, le célèbre chirurgien de Londres.

Le prix du banquet est de 20 francs. S'inscrire le plus tôt possible, chez : M. le professeur Richet (15, rue de l'Université); M. Louis Ollivier (22, rue du Général-Foy); M. Max de Nansouty (21, avenue Flachat, Asnières); M. H. de Parville (*La Nature*, 120, boulevard Saint-Germain); ou aux bureaux de l'*Agence de la Presse scientifique*, 93, boulevard Saint-Germain, qui se charge de transmettre les inscriptions au secrétaire de Scientia.

Poste à prendre. — L'administration quarantenaire d'Egypte fait savoir qu'elle dispose d'une place de médecin pour le service de la surveillance et de la désinfection à Suez et aux sources de Moïse.

Le traitement, fixé d'abord à 8 000 francs par an, pourra s'élever progressivement à 12 000 francs.

Le titulaire sera choisi de préférence parmi les médecins ayant fait des études spéciales pratiques de bactériologie et d'épidémiologie.

Les demandes des candidats devront être rédigées en français et être adressées à M. le président du conseil quarantenaire à Alexandrie, jusqu'au 15 août 1900.

Elles devront être accompagnées :

1° D'une copie légalisée du diplôme de docteur en médecine; 2° de certificats d'études pratiques bactériologiques; 3° de pièces pouvant justifier de connaissances spéciales en épidémiologie; 4° d'un certificat médical de bonne constitution; 5° d'un engagement formel de se rendre en Égypte en cas de nomination, dans le courant du mois qui suivra la notification officielle.

Les candidats sont prévenus que toute démission ne pourra être acceptée que si elle est adressée au président du conseil sanitaire trois mois à l'avance.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis Giraud (de Marseille); Le Gall (de Paris); et de M. Nollet, interne des hôpitaux.

La santé, la propreté et les bains douches au point de vue hygiénique et social, par le docteur G. CARRIÈRE. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 84. — JEUDI 26 JUILLET 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 26 JUILLET 1900. — N° 84.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Ier Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie (Paris, 23-28 juillet 1900). — Sur un nouveau traitement du diabète arthritique, par M. R. Vigouroux, médecin de l'Institut municipal d'électrothérapie à la Salpêtrière. — Séance de l'Académie de médecine. — Chronique et nouvelles scientifiques.

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL

DE MÉDECINE PROFESSIONNELLE ET DE DÉONTOLOGIE

Le Ier Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale, s'est ouvert hier, 23 juillet, à trois heures, au palais des Congrès, sous la présidence d'honneur de M. Théophile Roussel et sous la présidence effective de M. Lereboullet. A ses côtés prennent place M. Benedick (de Vienne) et les présidents des divers comités nationaux étrangers. Dans son discours d'ouverture, M. Lereboullet remercie M. Roussel, « ce médecin dont la vie faite d'honneur et de probité a toujours été au service de toutes les causes justes; l'hygiéniste à qui la science doit des données exactes et précises sur les maladies le plus redoutables jadis, les plus faciles à éviter aujourd'hui; le législateur qui a donné son nom à la loi sur la protection de l'enfance et qui a étendu sur les enfants moralement abandonnés, son influence tutélaire; le philanthrope dont la devise a été « Bienfaisance et bonté. »

Après avoir souhaité la bienvenue aux confrères étrangers, M. Lereboullet s'exprime ainsi sur la profession médicale :

« Longtemps honorée, dit-il, longtemps prospère, la profession médicale traverse, dans tous les pays, une crise dont il n'est pas possible de nier la gravité. En même temps que le nombre des médecins augmente, leur prestige et leur influence sociale diminuent.

Il nous faut définir les causes de cette crise et en rechercher les remèdes. Ce sera l'objet de plusieurs des rapports que vous aurez à discuter et dont il me sera bien permis de louer l'érudition et le sens critique.

Ces rapports n'envisagent pas au même point de vue ni les conditions sociales de l'exercice de la médecine, ni les réformes qui s'imposent au point de vue moral et professionnel.

Il vous appartiendra, dans les vœux que vous aurez à émettre, de concilier des conclusions parfois divergentes pour arriver à un résultat pratique.

Mais il ne faudra point oublier que, si nous voulons être écoutés, nous devons aborder franchement, sans aucun autre souci que celui de faire prévaloir les idées les plus justes et les plus honnêtes, tous les problèmes si délicats qui s'imposent aujourd'hui à notre attention.

De tout temps, messieurs, la profession médicale a été celle qui donne le plus et qui reçoit le moins. Toujours et partout, devant les tribunaux, dans les conseils ou comités d'hygiène, dans les hôpitaux et les asiles, au sein des bureaux de bienfaisance et des sociétés de secours mutuels, on fait appel au concours désintéressé, souvent gratuit, du médecin.

L'indifférence et l'ingratitude aidant, la chose paraît toute naturelle.

Alors que l'industriel ou le savant qui prétendent avoir réalisé un progrès réel prennent un brevet d'invention, qui leur donne la fortune et ne leur interdit pas l'accès des dignités, le médecin, de même que l'officier et l'avocat, ne peut, sans déconsidération, faire acte de commerce. Son intelligence, ses forces, sa vie, il les doit à ses concitoyens. Il les leur donne sans compter.

Mais l'Etat qui lui demande des garanties, nullement gratuites celles-là, de capacité et de savoir, ne juge pas toujours à la valeur les services qu'il rend à la société et, loin de le défendre, hésite souvent à le couvrir de l'égide protectrice des lois.

L'exercice illégal de la médecine se fait ouvertement, partout, sous toutes les formes. Des arrêts dont nous poursuivons énergiquement l'annulation, donnent aux magnétiseurs, aux masseurs, aux charlatans de tout ordre, le droit d'accaparer la clientèle la plus nombreuse de nos jours, celle des déséquilibrés de toute sorte. On laisse s'étaler sur tous les murs et dans tous les journaux des annonces et des réclames signées de pseudonymes suivis de titres usurpés. A l'étranger aussi bien qu'en France, la vente des spécialités pharmaceutiques se fait sans contrôle et sans intervention du médecin. Les drogues les plus diverses sont présentées comme médicaments approuvés par l'Académie de médecine, qui ne proteste pas contre un semblable abus, et les rebouteurs les moins diplômés annoncent impunément qu'ils guérissent toutes les maladies.

Par contre, lorsque par étourderie, dans la rédaction d'une formule ou erreur involontaire de diagnostic, un médecin peut être accusé d'une imprudence — je ne dis pas d'une faute — son diplôme ne le garantit pas contre des réclamations injustifiées, parfois contre des poursuites judiciaires.

Nombreux sont les faits que je pourrais citer où des médecins consciencieux et honnêtes ont été condamnés à des dommages et intérêts alors qu'ils auraient dû être couverts et défendus par leur titre de docteur.

Ainsi s'établit peu à peu dans nos mœurs l'habitude de considérer le médecin comme judiciairement responsable de tous ses actes, alors même qu'il n'a commis aucune faute lourde, alors qu'il a agi dans la plénitude de sa conscience.

En demandant une plus forte organisation des syndicats

et des associations professionnelles, en réclamant des conseils judiciaires de ces corporations un appui plus effectif et plus rapide, on arrivera peut-être à obtenir des autorités administratives et des cours et tribunaux une plus saine appréciation des droits et des devoirs des médecins. »

M. Lereboullet reconnaît que certains médecins ont leur part de responsabilité dans la crise dont souffre la médecine.

« Ce n'est pas en France seulement, c'est un peu partout que la faute de quelques médecins est venue aggraver le mal dont souffre la corporation tout entière. C'est dans tous les pays que la lutte pour l'existence a créé ou développé des habitudes commerciales, acceptables et même logiques dans les professions où le but légitime et avoué n'est que de gagner de l'argent, mais inconciliables avec une carrière où les mœurs doivent garder ce que les traditions professionnelles leur ont imposé de franchise vis-à-vis du client, de dignité dans la tenue, d'abnégation et de charité dans l'exercice de fonctions aussi pénibles que méritoires.

Or, on ne saurait trop le redire, ce ne sont pas les lois qui font les mœurs et les lois les plus draconniennes resteront impuissantes et stériles si les mœurs qui tendent à s'établir dans certains milieux ne viennent pas à changer. »

M. Lereboullet est partisan de la création d'un ordre des médecins ou de chambres disciplinaires. Mais il persiste à penser que tout appel adressé aux pouvoirs publics, en vue de donner aux arrêts de ces chambres disciplinaires la sanction légale qui paraissait nécessaire même en 1845, serait suivi de mesures restrictives de la liberté professionnelle.

« Si la profession médicale, dit-il en terminant, n'est plus un sacerdoce, elle reste et doit rester la profession libérale par excellence. Elle doit être ennemie de tout privilège, de toute hiérarchie illégitime, de toute oppression d'où qu'elle vienne.

Nous réussirons cependant à rehausser dans l'estime publique et à rendre plus facile et plus prospère une profession que nous aimons tant si nous arrivons à resserrer plus intimement les liens qui doivent nous unir tous.

Ce sera, j'en ai l'espérance, l'un des premiers, l'un des plus féconds résultats de ce Congrès de médecine professionnelle et de déontologie médicale. Il aura utilisé toutes les lumières, toutes les bonnes volontés, tous les dévouements que vous lui apportez. Il nous aura appris, par une discussion libre, loyale et approfondie de toutes les questions qui nous intéressent, à nous mieux connaître et par conséquent à nous bien comprendre. Il nous permettra, grâce à une estime et une confiance réciproques, de mieux assurer dans l'avenir la défense de nos intérêts et le maintien de notre dignité parce qu'il aura bien fixé nos droits et nos devoirs envers la morale, envers la société, envers la profession. »

Après ce discours, fréquemment interrompu par les applaudissements, M. Glover, secrétaire général, dans une note fort bien écrite et non moins bien lue, a rappelé le but du Congrès, son organisation, la somme de travail déjà accomplie par les différents rapports dont il cite quelques passages : il appelle l'attention sur la diversité et la multiplicité des questions soulevées, mises à l'étude et il termine en félicitant et en remerciant les confrères qui ont répondu en si grand nombre à l'appel du comité d'organisation.

La séance est levée et les congressistes sont invités à un lunch qui leur est offert dans un établissement voisin.

Séance du 24 juillet (matin).

Cette seconde séance, qui s'est tenue dans le grand amphithéâtre de la Faculté, a été consacrée à la lecture et à la discussion de la conférence de M. Cuylits (de Bruxelles), sur les rapports des médecins avec les mutualités.

Autrefois, il y avait les corporations, aujourd'hui les corporatious ont été remplacées par des sociétés mutualistes. Ces sociétés créent aux médecins de nouveaux devoirs, mais aussi une situation telle que souvent leur dignité, leur existence même s'en trouvent menacées. Quel remède apporter à cet état de choses qui existe et se développe de plus en plus dans tous les pays? Telle est la grave question qui a occupé toute cette intéressante séance.

La société mutualiste étant une œuvre ou devant être une œuvre essentiellement philanthropique dans laquelle le médecin joue un grand rôle, il est tout naturel que celui-ci y apporte son intervention charitable et généreuse. Mais pour que cette intervention, comme celle des donateurs, des souscripteurs, etc., soit justifiée, il faut que les membres de cette société mutualiste soient dans une situation modeste. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi.

Que sera-ce demain? car l'importance du mouvement mutualiste est extrême et générale : qu'on en juge par ces quelques chiffres concernant seulement la Belgique.

En 1895, il y a cinq ans, 756 sociétés mutualistes étaient reconnues; en 1899 il y en avait 2928; au début de cette année, il y en a plus de 3000.

Et les coopératives, cette autre forme de la mutualité, qui réclame ou réclamera son service médical, qui étaient au nombre de 394 en 1895, en sont arrivées au 31 décembre 1899 à 1 297.

Les 2928 mutualités reconnues en 1899 représentent 350 000 membres. Les médecins leur doivent le service à eux et à leurs familles. En moyenne une famille est, au minimum, composée de 5 membres. De ce fait le corps médical secourt donc 1 750 000 individus.

Il en est de même partout. Il n'est donc que temps pour le médecin de se défendre. Par quel moyen? C'est à indiquer ces moyens que vise surtout le rapport de M. Cuylits.

« Il faut, dit-il, que dans un unanime accord, nous décidions de quelques principes qui dans le détail et l'application auront une élasticité suffisante pour se prêter aux ressources des sociétés et aux habitudes locales, mais qui doivent être proclamés par ce congrès comme des lois auxquelles ne pourraient se soustraire ni les mutualités, ni leurs médecins.

Je les formule ainsi :

1° Toute mutualité vraie a droit à un tarif médical minimum, qui dans toutes autres circonstances serait incompatible avec notre dignité professionnelle.

2° Les mutualités ne pourront bénéficier de ces tarifs, que si elles s'engagent à n'accepter comme participants que les personnes peu aisées.

3° Ce tarif peut être différent et adapté aux ressources des mutualités ou aux habitudes locales.

4° Les tarifs seront établis de commun accord entre les mutualités et les associations professionnelles médicales. Ces tarifs seront notifiés à tous les médecins, laissant ainsi à tous la faculté de s'y soumettre.

5° Le système par abonnement ne peut être autorisé à quelque titre que ce soit et le choix du médecin doit rester libre à tout mutualiste.

6° Un médecin contrôleur fera partie du conseil de chaque

société. Ses visites auront pour but d'assurer le bon fonctionnement des secours médicaux, tant au point de vue des malades que des intérêts de la mutualité elle-même.

Que vous discutiez ces principes, que vous les amendiez ou que vous les contestiez, vous reconnaîtrez, messieurs et chers confrères, que c'est un esprit d'équité qui les a inspirés. Que cet esprit soit seul à diriger nos débats, si nous voulons réussir dans notre œuvre. Il faut que nous puissions dire à la face du monde, que ce n'est pas un souci de boutique et de lucre qui nous a réunis, que nous nous sommes préoccupés autant des intérêts des travailleurs que de nos intérêts propres. Aujourd'hui les collisions entre mutualistes et médecins se multiplient; ces plaintes et ces révoltes tendent à faire croire qu'il est entre eux et nous des intérêts inconciliables, des abîmes qu'on ne peut franchir et des haines qu'on ne peut éteindre. Erreur profonde! La paix renaîtra nécessairement et vos décisions s'imposeront d'elles-mêmes si elles sont marquées au coin de l'invincible équité.

Poursuivez le royaume de la justice et le reste vous sera donné par surcroît. »

Ce rapport a donné lieu à une discussion très vive à laquelle ont pris part MM. Gayral (de Carignan), Smitt (de Londres), Vandam (de Bruxelles), Berthod, Le Gendre, Dignat, etc. (de Paris).

M. Gayral combat avec énergie le système du tarif à l'abonnement et le forfait. Il demande le tarif à la visite. C'est ce tarif à la visite qui doit être le but des rapports entre médecins et sociétés de secours mutuels.

M. Smith, dans un discours plein d'humour et de bon sens, fait un tableau saisissant du mutualisme en Angleterre, des abus de toutes sortes auxquels a donné lieu ce mutualisme. Il parle surtout de l'ouvrier devenu bourgeois et riche et qui continue à recevoir les secours de la société dont il fait partie. Il donne quelques détails amusants, l'histoire, par exemple, de ce membre riche, qui ne reçoit pas les médicaments parce que c'est inscrit sur tous les livres mais qui demande le médecin parce que cela n'est pas inscrit, si bien que le médecin a reçu de ce malade riche 14 francs, alors qu'il en aurait reçu plus de 900 francs s'il l'avait visité comme un malade quelconque de sa clientèle.

M. Smith insiste également avec raison sur tout ce que perd la science, à l'état de choses qui nous menace; le médecin devenu pauvre et dont tout le temps sera pris par ces services des sociétés de secours mutuels ne saurait se tenir au courant de la science et marcher avec le progrès. Il est donc de toute nécessité que les médecins de tous les pays s'entendent pour se défendre contre la situation qui les menace, non seulement dans leurs intérêts matériels, mais aussi dans leur dignité professionnelle.

M. Vandam signale un danger, c'est la facilité avec laquelle on trouve des médecins besogneux pour prendre la place de ceux qui, légitimement, se refusent à faire un métier de dupe.

M. Le Gendre soutient la même thèse et fait appel à la solidarité professionnelle pour chasser de la confrérie les confrères qni agissent ainsi.

Signalons aussi, au cours de cette discussion, la proposition de M. Berthod qui demande que, dans les sociétés de secours mutuels, les vénériens aient droit aux mêmes soins que les autres malades.

Les conclusions du rapport de M. Cuylits ont été adoptées dans leur ensemble.

— A cinq heures du soir a eu lieu, au siège social du syndicat des médecins de la Seine, à l'hôtel des Sociétés savantes, une réunion confraternelle offerte aux membres du Congrès.

(*A suivre.*)

SUR UN
NOUVEAU TRAITEMENT DU DIABÈTE ARTHRITIQUE

Par M. R. Vigouroux,

Médecin de l'Institut municipal d'électrothérapie à la Salpêtrière.

La *Gazette des hôpitaux* s'est occupée à diverses reprises du diabète et plus spécialement du régime des diabétiques. Je crois qu'il est actuellement possible d'aller plus loin et de parler d'un nouveau traitement du diabète. Il s'agit surtout ici du diabète arthritique ou gras, mais sans limitation trop étroite. Avant d'expliquer en quoi consiste ce traitement, je crois indispensable de mettre certains faits en évidence et de préciser quelques notions récemment acquises.

Le lait et le régime lacté dans le diabète. — Le régime lacté, traitement par excellence de la glycosurie. — Un certain nombre d'auteurs ont rapporté des faits prouvant que le lait, administré à des diabétiques, a augmenté la glycosurie en raison directe de la quantité de glucose ingéré. Cela n'a rien qui doive nous étonner. Cela prouve seulement qu'il faut distinguer le lait donné éventuellement à un diabétique en sus de ses aliments habituels, du régime lacté exclusif. C'est ce dernier seul qui nous intéresse ainsi qu'on le verra.

Or, s'il est à l'heure présente un point de doctrine solidement établi, c'est l'incompatibilité absolue de ces deux idées, régime lacté et diabète. La phrase suivante, empruntée à un excellent et récent traité de thérapeutique, exprime bien l'opinion régnante : *Le régime lacté est un régime d'inanition pour les diabétiques; de plus, il est irrationnel puisqu'il apporte des éléments transformables en sucre.*

A une affirmation aussi catégorique on peut opposer le témoignage de plusieurs auteurs, qui ont admis plus ou moins complètement l'utilité du régime lacté dans le diabète. Le premier en date est Donkin qui, en 1874, proclamait le régime lacté comme le meilleur traitement de la glycosurie qu'il fait disparaître en quinze jours dans les cas moyens.

Charrin et Guillemonat ont donné à un malade quatre litres de lait par jour. Durant cette période, le sucre éliminé a été moins de 15 grammes par jour, tandis qu'avant, il était de plus de 60. Chez une femme qui prenait deux ou trois litres de lait, le sucre diminua, et il y eut augmentation du poids corporel (cité d'après Lépine).

Œttinger administre le lait à deux diabétiques albuminuriques, soit en régime lacté strict, soit en régime mixte, et voit disparaître ou baisser le sucre. D'où il conclut qu'il n'est pas prouvé que le lactose soit, pour tous les diabétiques, un générateur de sucre.

M. Maurel (de Toulouse), a aussi vanté les bons effets du régime lacté dans le diabète et l'a même proposé comme méthode de traitement. Il est vrai qu'il y voyait surtout un moyen de réduire la ration alimentaire.

De tous ces faits observés à des points de vue très différents, je retiens le trait commun, à savoir l'action antidiabétique du régime lacté. En présence de ces faits, on ne peut plus considérer cette action comme paradoxale et exceptionnelle. De mon côté, j'ai, depuis cinq ans, recueilli des observations qui m'ont convaincu de la valeur thérapeutique du régime lacté dans le diabète. Il ne s'agit donc plus de reconnaître avec force réserves que, dans certains

cas de diabète, le régime lacté peut être employé s'il est réclamé par quelque complication du côté de l'estomac, du rein ou du cœur; que, dans certains autres cas, il a pu amener une diminution de la glycogénie ou encore qu'il peut être utilisé chez les diabétiques comme moyen de réduire leur alimentation.

Ce qu'on est actuellement en droit de dire et de proclamer, comme l'a fait Donkin il y a vingt-cinq ans, c'est que le régime lacté constitue le meilleur traitement du diabète. C'est du moins une des conclusions qui me paraissent dictées par le présent travail.

Critique du régime de Bouchardat. — Un des résultats les plus considérables de cette utilité constatée du régime lacté dans le diabète est l'argument qu'elle fournit contre la doctrine de Bouchardat. Si l'alimentation exclusive au moyen du lait, qui contient 5 p. 100 de lactose, a pour effet constant de diminuer la glycosurie au lieu de l'augmenter, le principe de Bouchardat n'est plus d'accord avec l'observation et on se sent en droit de relever les contradictions théoriques et pratiques de son système de traitement. Ce système se donne pour but principal d'écarter de l'alimentation tous les matériaux capables d'être utilisés pour la production du sucre urinaire et en première ligne les hydrates de carbone. Puis il reconnaît que cette catégorie de substances alimentaires est indispensable au maintien de la vie et que d'autre part le sucre peut tout aussi bien provenir de matières albumineuses ou grasses.

Le système ne pouvant être appliqué dans sa rigueur théorique, subit dans la pratique des atténuations qui le dénaturent et le neutralisent. Le régime carné originel se trouve transformé en régime mixte par l'introduction arbitraire de fruits, pain et féculents divers. Et même ainsi tempéré ce régime implique un abus de viande dont Bouchardat lui-même avait signalé le danger. Le fait est que nombre d'observateurs attribuent au régime mixte trop animalisé une partie des complications du diabète et notamment l'accélération subite de son évolution.

On peut encore reprocher au régime de Bouchardat de n'avoir pour objet exclusif que la suppression ou la limitation des hydrates de carbone sans tenir compte des conditions diathésiques des malades ni des formes ou phases de la maladie. Ainsi on voit gorger de viande et de vin, des diabétiques qui sont en même temps goutteux ou dyspeptiques et en tout cas arthritiques, et on les voit se nourrir par prescription de viandes indigestes telles que le porc et le veau ou de parties telles que les riz-de-veau et cervelles qui augmentent énormément la production de l'acide urique en raison de leur richesse en nucléine.

En résumé, il ne serait pas difficile de montrer que la faible utilité dont peut momentanément faire preuve le régime mixte de Bouchardat à titre de palliatif, est amplement compensée par ses inconvénients. J'ajoute qu'une atténuation de la glycosurie, bien supérieure à celle que peut procurer le régime mixte, est obtenue plus rapidement et avec une parfaite innocuité par le nouveau traitement.

Après cela on ne comprend guère les partisans de ce régime, basé sur l'exclusion de matières alimentaires indispensables à la vie, lorsqu'ils qualifient le régime lacté de régime d'inanition. On sait, au contraire, que le lait est un aliment complet et que le régime lacté peut se concilier pour un temps très long avec une existence suffisamment active. Si, au nom de certaines théories dont la valeur pratique ne me paraît pas démontrée, on peut reprocher au régime lacté prolongé de ne pas fournir une ration suffisante d'albumine, on verra que ce reproche n'est pas applicable au nouveau traitement.

Efficacité de l'électricité statique dans le diabète. — Il s'agit ici d'une notion qui est loin d'être nouvelle, mais qui n'est pas encore suffisamment répandue. Un diabétique gras, dont la glycosurie ne dépasse pas 100 grammes par jour, voit diminuer graduellement et disparaître son sucre s'il se soumet régulièrement à la franklinisation. Tel est le fait général. Le mode principal d'application est le bain électrique. Il consiste comme on sait à séjourner pendant un quart d'heure (ou beaucoup plus) sur un tabouret électrisé, ou plus exactement à se placer dans un champ électrique intense, tel celui d'une grande machine de Holtz ou de Wimshurst. Dans ces conditions toutes les parties, tous les éléments de l'organisme sont soumis à une expansion, à un effort de déformation éminemment propres à stimuler la vie cellulaire.

On a récemment proposé d'employer, pour ce bain, le champ électrique produit dans certaines conditions par les courants de haute fréquence ou courants de Tesla. Ces courants n'ont pas encore été suffisamment étudiés et, quant à présent, je considère la franklinisation comme plus sûrement efficace et plus facile à réaliser.

Par l'emploi de l'électricité statique, sans aucun régime ni médication, on voit le sucre diminuer dans l'urine avec une régularité uniforme, 1 ou 2 grammes par jour par exemple, pour les cas légers. C'est moins que ce que donne le régime lacté; mais ce taux est dépassé de beaucoup dans certains cas. Un élément important est aussi la durée du bain.

Le premier fait de ce genre que j'aie (je crois même pouvoir dire : qu'on ait) observé remonte à plus de vingt ans. En 1879, j'eus à traiter un cas de sciatique rebelle. En six ans, le malade avait épuisé toute la série des médications internes et externes et des stations thermales. Je constatai une glycosurie d'environ 20 grammes par jour. Après un mois de traitement électrique (sans régime spécial ni médicaments) il fut délivré de sa sciatique et de sa glycosurie. J'ai appris quelques années plus tard qu'il n'était pas survenu de rechute. Depuis lors, les faits analogues se multiplièrent dans ma pratique et j'eus mainte occasion d'en parler, notamment à mes visiteurs de la Salpêtrière. Un des exemples les plus remarquables fut celui de ce paraplégique traité à la Salpêtrière en 1887 et qui rendait les quantités énormes de 16 litres d'urine et 1260 grammes de sucre par jour. Quatre mois plus tard (sans régime spécial et sans autre traitement que l'électrisation), il était guéri de sa paraplégie et le volume de l'urine et le poids du sucre étaient tombés respectivement à 4 litres et 350 grammes. En présence de faits aussi probants, je ne songeai pourtant pas à proposer l'électrisation statique comme moyen principal dans le traitement du diabète. C'est que, à côté de ces faits favorables, il y en avait d'autres qui ne l'étaient pas sans que la raison de cette différence fût apparente. Aujourd'hui, ainsi qu'on le verra plus loin, je suis en mesure de préciser les indications ou contre-indications de l'électricité dans un cas de diabète donné.

État de la nutrition dans le diabète. — Sur ce point on trouve en présence deux opinions opposées. Suivant l'une,

le diabète fait partie du groupe des maladies par ralentissement de la nutrition. Pour l'autre, il s'agit au contraire d'un excès des éliminations et oxydations. L'urologie est également favorable à chacune de ces manières de voir. Suivant que l'on examine un diabétique dans la période d'état de sa maladie ou bien dans la cachexie finale, on trouve des chiffres très différents. J'ai adopté, comme principal criterium urologique, le coefficient de Robin ou coefficient azoturique, sans toutefois négliger les autres données. Or, dans la première phase de la maladie qui peut d'ailleurs occuper la plus grande partie de l'existence; il n'y a ni amaigrissement marqué ni grande polyurie et la quantité de sucre ne dépasse guère 200 grammes par jour. Dans cette période le coefficient azoturique est très faible, 68 ou 70 par exemple, le chiffre normal étant compris entre 85 et 90.

Au contraire, lorsque le malade devient cachectique, les signes de dénutrition s'accentuent, le chiffre absolu des excréta s'élève, ainsi que le coefficient azoturique qui peut atteindre et dépasser 92. Ce dernier chiffre paraîtra relativement très élevé si l'on considère qu'il se présente chez des sujets déjà âgés et qui pendant toute leur vie ont eu un coefficient inférieur.

Il peut donc exister chez un même malade mais à des époques différentes deux types de diabète comportant des indications thérapeutiques directement opposées.

Or, on sait que l'électricité statique active les échanges et combustions organiques. Dès lors, est expliquée son influence favorable sur le diabète gras et aussi son influence néfaste dans le diabète cachectique. Dans ce dernier cas l'électricité aggrave la maladie et précipite son cours, ainsi qu'elle le fait d'ailleurs dans la tuberculose et autres maladies analogues. (Voir à ce sujet le chapitre « Électrothérapie », dans le *Manuel de thérapeutique* de Manquat.)

Les mêmes considérations s'appliquent à l'opothérapie thyroïdienne et aux alcalins, qui sont indiqués seulement dans les cas où le coefficient d'oxydation est très inférieur à la normale.

L'arsenic et l'antipyrine conviennent au contraire lorsque le coefficient est très élevé, c'est-à-dire dans la forme cachectique prononcée.

Formule du nouveau traitement. Régime lacté alterné. Électricité. Autres agents. — Si nous récapitulons les données qui précèdent nous y trouverons les éléments d'un traitement complet et efficace du diabète. Il reste à régler l'emploi du régime lacté et des autres moyens. C'est ce que j'ai déjà essayé de faire dans une note forcément trop peu explicite lue à l'Académie de médecine (séance du 3 avril dernier).

Les principales objections que l'on rencontre lorsqu'on veut prescrire le régime lacté sont : 1° la longue durée probable du régime et les perturbations qui en résultent dans les habitudes ; 2° ses prétendus effets débilitants. Mais toute opposition est écartée, si on se contente de prescrire le régime lacté pour une courte période (j'ai adopté quinze jours) à laquelle fait suite une période égale de régime ordinaire. Et cette alternance peut être facilement continuée, autant qu'il est nécessaire.

Pour donner une idée des résultats de cette manière de faire, je citerai, en la complétant, l'observation résumée dans ma note à l'Académie. Il s'agissait d'une femme de soixante-cinq ans qui, depuis fort longtemps, une douzaine d'années environ, se plaignait de soif, de fatigue spontanée, de faiblesse des jambes. Dans les derniers temps, ces malaises s'étaient accentués et elle avait constaté un amaigrissement continu. L'analyse urinaire constate un volume de 3 litres et un peu plus de 253 grammes de sucre par jour. Le coefficient azoturique est 91, chiffre d'autant plus élevé relativement, que la malade est âgée. Dans ces conditions, je renonce à employer l'électricité statique, et je décide de recourir uniquement, pour quelque temps au moins, au régime lacté alterné.

Voici les résultats des analyses faites de quinze jours en quinze jours, c'est-à-dire à chaque fin de période alternante. Nous avons déjà vu (première analyse), volume 3 litres, sucre 253 grammes. Quinze jours de régime lacté font tomber le sucre à 16 grammes pour vingt-quatre heures. Après trois semaines de régime ordinaire, le sucre est à 90 grammes par jour. Il y a alors une interruption de traitement; puis les analyses sont reprises régulièrement. Le 4 avril, après quinze jours de régime lacté, nous trouvons : volume 2 500, sucre total 25 grammes; — 23 avril, régime ordinaire : volume 2500, sucre total 14gr730; — 8 mai, après régime lacté : volume 2500, sucre 0; — 24 mai, après régime ordinaire : volume 2000, sucre 22,90; — 9 juin, après régime lacté : volume 2500, sucre 0; — 23 juin, après régime ordinaire : volume 2000, sucre 20; — 5 juillet, après régime lacté : volume 2 500, sucre 0.

On remarquera que depuis le 8 mai, à la fin de chaque période de régime lacté, le sucre a complètement disparu, tandis que le volume se maintient à 2500. Après chaque période de régime ordinaire le sucre est en diminution et le volume est moindre qu'avec le lait.

Pratiquement, ce résultat équivaut à une guérison : la malade n'éprouve aucun de ses anciens symptômes; elle n'est ni amaigrie, ni affaiblie. Le régime lacté lui est toujours désagréable ; mais elle s'y soumet volontiers, en songeant d'abord à son utilité incontestable, puis aux compensations gastronomiques de la période suivante. Pour celle-ci, il n'y a en effet de restriction ou d'interdiction d'aucune sorte, sauf en ce qui concerne le vin et les boissons alcooliques. Quant au reste, liberté absolue de manger pain, viande, légumes, pâtisseries, sucre, compotes, fruits, etc.

L'état de choses actuel semble donc pouvoir être maintenu indéfiniment sans fâcheuses conséquences. Cependant, je me propose d'administrer prochainement le cacodylate pour tâcher d'obtenir une suppression définitive du sucre.

Je demande maintenant que l'on veuille comparer ces résultats à ceux du régime classique. A supposer que celui-ci eût pu produire en aussi peu de temps la presque disparition du sucre, il est évident qu'il n'aurait pas pu être continué longtemps.

On fera peut-être la remarque que nous venons de constater l'action antiglycosurique du lait dans un cas où le coefficient azoturique était supérieur à la normale, et on demandera si cette action se montrerait aussi dans le cas d'un coefficient inférieur. En réponse je citerai le fait suivant qui date de 1895 : Une malade ayant dépassé la ménopause présentait un diabète peu gênant et plutôt stationnaire, d'environ 50 grammes par jour et un coefficient azoturique inférieur à 74. Au moment où elle allait commencer une cure électrique, elle fut prise d'une poussée d'eczéma sécrétant et généralisé. Je lui conseillai pour toute médication le régime lacté absolu. Après quinze jours, l'eczéma était très atténué et l'urine ne contenait plus trace de glucose.

En résumé, le régime lacté absolu est le meilleur antiglycosurique connu. Son pouvoir sous ce rapport peut être considéré comme double de celui de l'électricité statique. De plus, il convient également aux deux formes ou périodes du diabète. Il doit donc constituer sous forme alternée la base de tous les traitements du diabète.

Quant aux autres moyens qui doivent ou peuvent être mis en œuvre concurremment avec le régime alterné, et dont le plus important est l'électricité statique, j'ai déjà donné les indications relatives aux principaux d'entre eux et l'on pourrait passer en revue, à l'aide du même critérium (le coefficient azoturique), les indications de tous les autres.

Le traitement nouveau peut donc être schématisé de la façon suivante :

Diabète arthritique. Régime lacté alterné, plus.......	électricité statique, alcalins, thyroïdine, etc.	coefficient azoturique inférieur.
	arsenic, antipyrine, opium, etc.	coefficient azoturique supérieur.

Le régime lacté prescrit dans les conditions ci-dessus est en général facilement accepté. Il est vrai qu'on peut rencontrer à cet égard des dispositions individuelles très variées. Quelques malades, principalement, m'a-t-il semblé, ceux entachés d'alcoolisme, tolèrent très difficilement le régime lacté.

Pour être efficace, le régime lacté alterné doit être rigoureux. Je citerai comme preuve un fait qui offre en même temps un très bel exemple de combinaison du diabète et de l'hystérie. Il y a quelques années, j'eus à traiter un ecclésiastique étranger qui présentait : 1° tous les signes de la grande hystérie : anesthésie sensitivo-sensorielle, points hystérogènes, grandes attaques (dont j'ai été témoin) avec arc de cercle, chorée rythmique, délire hystérique, etc.; et 2° une glycosurie modérée, de 30 à 40 grammes par jour, et de la polydipsie ; 3° au point de vue urologique : diminution énorme de l'urée et des autres excreta, abaissement correspondant du coefficient azoturique. J'employai d'abord l'électricité statique et, plus tard, des périodes de régime lacté. A mon grand étonnement, je n'obtins qu'une amélioration insignifiante. La raison de cet insuccès me fut révélée après le départ du malade : dans le but de se tonifier, il avait toujours fait un usage abondant du cognac et d'autres spiritueux. L'année suivante, une dépêche m'apprit, sans détails, qu'il se trouvait dans un état comateux.

A propos de ce fait, je n'ai pas cherché laquelle des deux maladies, hystérie et diabète, était subordonnée à l'autre. Je me suis borné à considérer les deux groupes de symptômes comme des manifestations parallèles d'une même diathèse.

Mode d'action et signification théorique du nouveau traitement. — L'efficacité du traitement ne peut certainement pas s'expliquer par une réduction quantitative du régime alimentaire. Nous avons vu que la quantité de lait est au minimum de 3 litres, ce qui en pratique doit être considéré comme s'écartant fort peu de la ration d'entretien. De plus, à cette période de quinze jours à 3 ou 4 litres de lait par jour, succèdent quinze jours de régime absolument libre (sauf l'interdiction des boissons fermentées). En sorte que la moyenne de l'alimentation pour le mois entier diffère aussi peu que possible de celle des gens bien portants. Si donc un régime mérite la qualification de régime d'inanition, ce n'est pas le régime lacté, mais celui qui proscrit les féculents, les fruits, le sucre.

Le nouveau traitement n'est nullement le résultat de vues spéciales sur la pathogénie du diabète ou sur le mécanisme immédiat de la glycosurie. Il conserve sa valeur expérimentale, quelle que doive être la solution à intervenir dans ces questions.

D'autre part, l'importance que j'attribue, à titre d'indication thérapeutique, au coefficient azoturique, ne doit pas faire supposer que je ramène toute la pathogénie du diabète à une simple condition d'activité ou de modération des échanges ou des oxydations. Il est trop évident que, en sus de ces phénomènes généraux de la nutrition, entrent en jeu une foule d'actions secondaires. Il est probable, cependant, que le traitement en question agit plutôt sur les conditions pathogéniques générales, que sur le mécanisme immédiat de la glycosurie.

Si le régime lacté alterné n'agit ni par le lactose qu'il introduit dans l'économie, ni par une diminution de l'apport des substances alimentaires, il reste à admettre qu'il agit simplement comme régime lacté ; c'est-à-dire comme le meilleur dépurateur du milieu intestinal. Je me borne, pour toute théorie, à insister sur l'importance probable de l'auto-intoxication intestinale, dans la pathogénie du diabète.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(24 juillet 1900)

L'Académie a pris hier une heureuse initiative : elle s'est jetée courageusement dans la lutte contre le service municipal des eaux, qu'un de nos confrères appelle spirituellement le service municipal « de dessèchement ». A la demande de MM. Laveran et Hanriot, elle a adopté à l'unanimité le vœu suivant :

« L'Académie attire l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité :

1° De prendre d'urgence les mesures nécessaires pour maintenir l'eau de Seine à une pression convenable.

2° De réaliser la séparation complète de l'eau de source et de l'eau de rivière filtrée ou non, celle-ci devant être exclusivement réservée aux usages industriels, au lavage des chaussées et au tout à l'égout. »

Un très intéressant rapport de M. Le Dentu sur un travail de M. Gérard Marchant : **Traitement d'un anévrysme du tronc brachio-céphalique droit par la ligature de la carotide primitive et de l'axillaire du même côté**, a occupé la plus grande partie de la séance.

Le malade qui a fait l'objet de cette étude avait été traité sans succès par M. Lancereaux au moyen des injections de gélatine. M. Gérard Marchant intervint alors et lia l'axillaire, la sous-clavière étant intéressée par l'anévrysme. Le malade guérit.

En pareil cas, quelle est la conduite à tenir? Après avoir rappelé l'historique de la question, M. Le Dentu passe à l'étude des statistiques. Il en conclut que l'on doit toujours commencer par le traitement médical, et que le traitement chirurgical qui reste toujours grave est justifié pour une affection d'un pronostic aussi sérieux, quand le traitement médical a échoué.

A la fin de la séance, MM. Boinet (de Marseille) et Demange (de Nancy) ont été élus membres correspondants nationaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de Paris. — A la suite du concours qui vient de se terminer, ont été nommés :

Chefs de clinique médicale de la Faculté : MM. Marcel Labbé, Apert, Mangin-Bocquet, Hallé.

Chefs de clinique adjoints : MM. Sainton, Fauquez, Guillemot.

Facultés de province. — *Bordeaux.* — M. Fraikin est nommé chef de clinique chirurgicale.

Distinctions honorifiques. — Ont été promu ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Bernard, membre du Conseil général de la Manche.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Schwal, médecin du consulat général de France, à Genève, et Vacqueret, administrateur des phares de l'empire ottoman, et du chemin de fer de Jaffa à Jérusalem.

Service de santé du corps expéditionnaire en Chine. — Le service de santé de la 1re brigade sera assuré par les soins du département de la marine; celui de la 2e brigade par les soins de la guerre. En dehors des deux médecins que comprennent les cadres des bataillons, chaque brigade aura une ambulance divisionnaire et des hôpitaux de campagne. La *Nive* servira de navire-hôpital, le *Vinh-Long* et des affrétés feront un service régulier de vaisseaux-hôpitaux d'évacuation. On examinera s'il n'y aurait pas également avantage à organiser un hôpital-annexe au Japon.

Guerre. — Par décision ministérielle en date du 12 juillet, sont nommés pour les postes ci-après désignés :

M. le médecin principal de deuxième classe Dubujadoux est nommé médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Nîmes.

MM. les médecins-majors de première classe Veillon, pour l'hôpital militaire du Belvédère à Tunis; — Petit, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Vernon; — Lemoine, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Chandèze, pour le 1er tirailleurs algériens; — Strœbel, pour le 52e d'infanterie; — Vielle, pour le 112e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Olivier, pour le 7e chasseurs à cheval; — Douillet, pour le 4e chasseurs à cheval; — Cot, pour le 4e bataillon de chasseurs à pied; — Robelin, pour l'École d'application de l'artillerie et du génie; — Jaubert, pour le 8e dragons; — Lafforgue, pour le 18e escadron du train des équipages; — Delaborde, pour le 16e chasseurs à cheval; — Sendral, pour le 13e d'artillerie (batteries à cheval); — Payerne, pour le 4e du génie; — Boullet, pour le 53e d'infanterie; — Vernet, pour le 34e d'artilleriel; — Léon, pour le 3e chasseurs d'Afrique; — Gontrand, pour le 124e d'infanterie; — Poullain, pour le 141e d'infanterie; — Pla, pour le 3e zouaves; — Gauthier, pour le 28e bataillon de chasseurs à pied; — Danis, pour l'École d'application de cavalerie; — David de Drezigue, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — Paul, pour le 8e bataillon de chasseurs à pied; — Augué, pour le 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — Josse, pour le 1er du génie; — Sirot, pour le 19e d'artillerie.

Marine. — Le *Journal officiel* du 24 juillet publie un décret modifiant la tenue du corps de santé de la marine. (Heureux tailleurs, mais pauvres médecins !)

Le même décret, sous le titre XVIII, ajoute un article 76 (nouveau) ainsi conçu : Le port de la barbe est libre.

— Par décret du 20 juillet 1900 ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe : MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe, sortant de l'Ecole d'application, Petit, Marty, Oudard, Carrère, Fichet, Dufour, Bellile, Barthe, Le Feuntun, Martin, Erdinger, Plomb, Lesson, Fermond, Augé.

— M. le médecin en chef Jacquemin, du cadre de Toulon, a été désigné, sur la demande de M. le général Voyron, pour remplir les fonctions de directeur du service de santé du corps expéditionnaire français en Chine.

— M. le médecin de deuxième classe Camus, médecin en sous-ordre sur l'*Iphigénie*, embarquera sur le *Duguay-Trouin*, école d'application des aspirants à Brest, le 1er août prochain.

— M. le médecin principal Maurin, du cadre de Toulon, est désigné pour remplir les fonctions de médecin-major au 8e régiment d'infanterie de marine, en remplacement de M. Herbé.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 85. — SAMEDI 28 JUILLET 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 28 JUILLET 1900. — N° 85.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de **10f** par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — AVIS IMPORTANT. — REVUE GÉNÉRALE. De la luxation médio-tarsienne, par MM. Louis TIXIER, ex-interne des hôpitaux de Lyon, préparateur du cours de médecine opératoire, et Charles VIANNAY, interne des hôpitaux de Lyon. — Ier CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA PRESSE MÉDICALE (Paris, 26-28 juillet 1900). — Ier CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE PROFESSIONNELLE ET DE DÉONTOLOGIE (Paris, 23-28 juillet 1900) [*suite*]. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — PRATIQUE MÉDICALE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

AVIS IMPORTANT

Les travaux du XIIIe Congrès international de médecine, si l'on en juge par le nombre des communications annoncées et par l'importance de ses rapports, va former une œuvre scientifique considérable.

Désirant donner à nos lecteurs un compte rendu aussi clair et complet que possible de ce Congrès, nous avons décidé de publier, dans les quelques jours qui suivront sa clôture, un *NUMÉRO EXCEPTIONNEL* contenant le compte rendu analytique et critique des travaux de chaque section.

Nous avons choisi parmi nos collaborateurs ceux que leurs travaux antérieurs désignaient le mieux pour mener à bien cette tâche.

Ainsi, sous une forme qui n'aura pas les inconvénients d'un compte rendu au jour le jour, forcément hâtif et incomplet, nos lecteurs trouveront en un seul numéro ce qu'on devra retenir du Congrès de 1900.

Tous nos abonnés recevront gratuitement ce numéro exceptionnel.

NOTA. — *Pour faciliter la tâche de nos collaborateurs, nous prions MM. les Congressistes de vouloir bien nous adresser directement leurs communications ou un résumé de celles-ci.*

REVUE GÉNÉRALE

De la luxation médio-tarsienne.

Par MM. Louis TIXIER, ex-interne des hôpitaux de Lyon, préparateur du cours de médecine opératoire,
et Charles VIANNAY, interne des hôpitaux de Lyon.

I

Définition. — La luxation médio-tarsienne, ou de l'articulation de Chopart, est cette variété de dislocation du pied dans laquelle le scaphoïde et le cuboïde ont perdu simultanément leurs rapports normaux avec l'astragale et le calcanéum, ces deux derniers os conservant leurs rapports entre eux et avec les os de la jambe.

II

Historique. — Cette affection fut longtemps confondue avec la luxation du pied.

Jean-Louis Petit (1), le premier, commença à la distinguer. « Il y a, écrivait-il en 1723, une luxation que l'on a prise quelquefois pour la luxation de tout le pied, et qui n'est que la luxation de l'astragale et du calcanénum d'avec le scaphoïde et le cuboïde. Je ne l'ai vue que deux fois et toutes deux avaient été causées par l'engagement du pied sous la barre de fer qui fait le pont du ruisseau des portes cochères. On conçoit aisément que, le pied étant engagé et retenu dans quelque entrave de cette espèce, si le corps est emporté d'un côté ou d'autre, il y aura luxation, non de l'articulation de l'astragale avec la jambe, mais de l'articulation de l'astragale et du calcanéum avec le scaphoïde et le cuboïde. »

A ces deux faits de J.-L. Petit, Astley Cooper (2) en ajouta un troisième près d'un siècle plus tard. Il s'agissait, dans ce cas, d'une luxation en dedans du scaphoïde et du cuboïde, observée chez un ouvrier, sur le pied duquel avait glissé lentement une très lourde pierre.

En 1846, Liston (3) fait connaître un cas de luxation *en haut* de la deuxième rangée du tarse sur la première, survenue chez un enfant de quatorze ans, après une chute d'une hauteur de 40 pieds, sur la pointe du pied droit.

(1) J.-L. PETIT. *Traité des maladies des os*, 1723, et *Œuvres complètes*, Paris, Fr. Prévost, 1844.

(2) ASTLEY COOPER. *Treatise on fractures..., etc.*, edited by Bransby Cooper, p. 336, et *Œuvres chirurgicales complètes*, traduites et annotées par Chassaignac et Richelot.

(3) LISTON. *Practical Surgery*, p. 136 et 137.

En 1852, Broca (1), dans son mémoire à la Société de chirurgie, sur les luxations sous-astragaliennes, parle incidemment de la luxation médio-tarsienne. Mais il la cite sans commentaire, parmi les variétés de luxation que l'on peut rencontrer à la région du cou-de-pied et ne fait pas mention des quatre cas publiés avant lui. Broca, d'ailleurs ainsi que nous l'apprennent Malgaigne et Benjamin Anger, a sévèrement critiqué ces observations, qui, pour lui, n'ont guère que la valeur de simples assertions. Moins exigeant, Malgaigne (2), tout en reconnaissant que des observations aussi rares et aussi importantes, auraient mérité d'être mieux recueillies, estime cependant que, dans ces cas, « la luxation médio-tarsienne paraît trop nettement accusée, pour qu'il soit permis de la méconnaître. »

L'existence de la luxation médio-tarsienne n'en continua pas moins à être tenue en suspicion par la majorité des chirurgiens, qui demandaient avec Broca, pour se déclarer convaincus, une observation avec autopsie. Benjamin Anger (3) répondit à ce desideratum, en pratiquant la première autopsie connue de luxation de l'articulation de Chopart. Il donna ainsi, à cette affection, sa consécration anatomo-pathologique.

La seconde observation certaine de luxation médio-tarsienne fut publiée par Thomas (4) en 1867. Ce fut encore une trouvaille d'autopsie.

Puis, pendant vingt-cinq ans, on ne signale aucun cas de luxation de l'articulation de Chopart. L'existence de cette affection est bien établie par les deux autopsies de Benjamin Anger et de Thomas, mais son histoire clinique reste encore très rudimentaire. On ne peut guère, en effet, tabler sur les observations de J.-L. Petit, Astley Cooper et Liston : rapportées très brièvement, manquant de contrôle anatomique, elles méritent un peu le reproche que leur adressait Broca.

L'histoire clinique de l'affection qui nous occupe s'est constituée peu à peu, dans ces dernières années, grâce à la publication de trois nouvelles observations, mieux prises que les anciennes.

La première de ces observations appartient à Führ (5) : elle est bien étudiée cliniquement, mais manque, comme les précédentes, de contrôle anatomique. Les deux dernières ont été recueillies dans le service de M. le professeur Maurice Pollosson, et publiées, l'une par MM. Durand et Destot (6), l'autre tout récemment par nous-mêmes (7). Chacune de ces deux observations est accompagnée d'empreintes plantaires et de belles radiographies obtenues par M. Destot.

En somme, l'on voit que la luxation médio-tarsienne est une affection relativement rare et l'on conçoit qu'elle n'ait pas encore été l'objet, dans les traités, d'une description didactique. Sans doute nous ne la connaîtrons bien, que quand nous serons en possession d'un grand nombre d'observations étudiées avec soin et accompagnées d'une constatation de visu, soit sur un cliché radiographique, soit encore sur le lit d'opérations ou sur la table d'autopsie. Mais déjà l'étude de tous les cas énumérés au cours de cet historique nous montre un certain nombre de caractères communs, qui donnent, à la luxation médio-tarsienne, une physionomie bien à part entre toutes les dislocations du pied, et qui vont nous permettre de présenter une étude d'ensemble de cette affection.

(1) Broca. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1852-1853, p. 241 et 242.
(2) Malgaigne. *Traité des fractures et des luxations*, t. II, p. 1071.
(3) Benjamin Anger. *Iconographie des maladies chirurgicales*, 1865, p. 624.
(4) Thomas. *Mém. de la Soc. méd. d'Indre-et-Loire*, 1867.
(5) Fuhr. *Münch. med. Wochens.*, 1892, p. 1892.
(6) Durand et Destot. Luxation médio-tarsienne de l'articulation de Chopart, *Province méd.*, 1898.
(7) Tixier et Viannay. A propos d'un cas de luxation médio-tarsienne, *Arch. prov. de chir.*, mars 1900.

III

Anatomie pathologique. — Nous décrirons, successivement, les lésions de l'articulation de Chopart elle-même et les lésions associées des parties environnantes.

A. Lésions articulaires. — Ces lésions intéressent les extrémités osseuses et l'appareil ligamenteux.

1. *Situation des os luxés.* — Le scaphoïde et le cuboïde peuvent se déplacer : en bas, en haut, en dedans, en dehors, d'où quatre variétés de luxations. Mais quel que soit le sens du déplacement, ces deux os perdent toujours *simultanément* leurs rapports avec l'astragale et le calcanéum, qui, eux, conservent leurs relations entre eux et avec les os de la jambe : telle est la caractéristique anatomique de la luxation de l'articulation de Chopart.

a. La *luxation en bas* est la variété de beaucoup la plus commune. A elle se rattachent les cas d'Anger et de Thomas tous deux accompagnés d'autopsie, celui de Durand et Destot et le nôtre.

Dans ces cas, les surfaces articulaires de l'astragale et du calcanéum étaient montées sur la face supérieure du scaphoïde et du cuboïde rejetés en bas, et faisaient saillie sur le dos du pied. Ces deux os, saillants sur le dos du pied, à travers la capsule articulaire déchirée, étaient venus se mettre directement en contact avec la face profonde des tendons extenseurs des orteils, qu'ils soulevaient exactement comme le chevalet d'un violon soustend les cordes de cet instrument. Il en résultait un état permanent d'extension des orteils, et ceci explique, comme nous le verrons plus loin, l'absence de la marque des orteils sur les empreintes plantaires.

b. La *luxation en haut* est représentée par le seul cas de Liston dont nous ne possédons qu'une relation succincte, sans autopsie.

c. La *luxation en dedans* paraît avoir été observée par Astley Cooper. « Le calcanéum et l'astragale, dit-il, étaient restés dans leur position normale, mais la rangée antérieure du tarse, entraînant l'avant-pied, était luxée en dedans sur ces os, en sorte que les élèves de l'hôpital crurent d'abord avoir affaire à un pied bot (1). »

d. La *luxation en dehors* n'a pas été observée isolément, mais seulement combinée avec la luxation en bas (cas de Führ).

2. *Lésions de la capsule et des ligaments.* — Ces lésions ont été décrites par Benjamin Anger et Thomas, dans deux cas de luxations en bas du scaphoïde et du cuboïde, tous deux terminés par la mort due à une complication septique. A l'autopsie ces auteurs ont noté : la déchirure de la capsule à la face supérieure de l'articulation, l'arrachement du ligament en Y, au niveau de son insertion postérieure et l'arrachement partiel des insertions du ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur. Seul le ligament calcanéo-cuboïdien inférieur avait résisté au traumatisme. Ces lésions capsu-

(1) A. Cooper. Loc. cit.

laires et ligamenteuses sont celles qui accompagnent la luxation *en bas*.

La luxation en haut doit s'accompagner de désordres plus considérables, et notamment de l'arrachement, au moins partiel, du grand ligament de la plante. En effet, si l'on sectionne au bistouri, sur le cadavre, la partie supérieure de la capsule de l'articulation de Chopart, le ligament en Y et le bord interne du ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur, on peut facilement luxer la seconde rangée du tarse en bas, mais il est impossible de la luxer en haut, le grand ligament de la plante s'opposant à son ascension. Ce déplacement devient aisé, au contraire, après la section ou l'arrachement partiel de ce ligament.

Nous ne possédons pas de données précises sur l'état de la capsule et des ligaments dans les cas de luxation en dedans et en dehors.

B. Lésions associées. — La luxation médio-tarsienne peut s'accompagner de fractures des os du tarse et de lésions des parties molles environnantes.

1. *Lésions osseuses.* — Le scaphoïde a été trouvé fracturé, dans les 2 cas suivis d'autopsie (Anger et Thomas). Dans celui de Benjamin Anger, « il y avait une fracture de la partie antérieure du scaphoïde, dont le tubercule était presque totalement arraché. » Thomas a vu également le scaphoïde fracturé d'avant en arrière.

Dans les deux cas radiographiés (celui de Durand et Destot et le nôtre), le cliché ne décelait de trait de fracture sur aucun os; à la palpation d'ailleurs on ne sentait pas de crépitation.

2. *Lésions des parties molles.* — Ces lésions relèvent de la contusion des tissus péri-articulaires. Elles consistent en suffusions séreuses et sanguines, en une teinte ecchymotique plus ou moins accentuée de la peau, qui peut être parfois déchirée par la violence du traumatisme, comme dans l'observation de Durand et Destot. Enfin, à la suite de ces désordres, on a pu voir évoluer des complications septiques.

IV

Étiologie. — A. Fréquence. — La luxation médio-tarsienne est une affection rare, puisqu'on n'en connaît encore que 9 cas, dont les 4 plus anciens sont d'une authenticité douteuse. Cette rareté s'explique aisément par la puissance des moyens d'union de l'articulation médio-tarsienne et surtout des ligaments calcanéo-scaphoïdien inférieur et calcanéo-cuboïdien inférieur : la grande solidité de ces deux ligaments rend très difficile la production expérimentale de cette affection. Il est probable en outre que la luxation de Chopart, mal connue des chirurgiens, a passé de temps en temps inaperçue.

B. Causes prédisposantes. — 1. *Sexe.* — Tous les cas connus de luxation médio-tarsienne ont été observés chez des hommes. Mais il est évident que le sexe n'a pas, par lui-même, d'influence prédisposante. Les hommes sont plus atteints que les femmes, parce que leurs professions les exposent davantage aux grands traumatismes.

2. *Age.* — Pour la même raison, l'époque de la vie à laquelle la luxation de Chopart se rencontre le plus fréquemment, est *l'âge adulte.* Liston l'a cependant observée sur un enfant de quatorze ans.

V

Pathogénie. — A. Luxation non traumatique. — La luxation médio-tarsienne peut se produire en dehors de toute influence traumatique : elle résulte alors d'une malformation soit congénitale, soit acquise. Témoin le cas de Jackson Clarke (1) observé chez une fillette de dix ans, qui présentait le syndrome du pied plat valgus douloureux et avait des pieds remarquablement longs, eu égard à son âge et à sa taille. La radiographie montrait très nettement une luxation en bas du scaphoïde et du cuboïde.

B. Luxation traumatique. — Mais le plus souvent, la luxation médio-tarsienne relève d'une cause traumatique. En général, de grandes violences sont nécessaires pour disjoindre l'articulation de Chopart, la plus solide de toutes les jointures du cou-de-pied. La force traumatique peut agir sur la seconde rangée du tarse soit par action directe, soit par action indirecte.

1. *Luxations par cause directe.* — Dans cette variété, la force vulnérante s'applique directement sur le scaphoïde et le cuboïde, qu'elle déplace dans un sens ou dans l'autre, le plus souvent en bas, comme nous l'avons vu. Cette force était représentée, dans le cas d'Astley Cooper, par une lourde pierre ; dans celui de Thomas par une roue de voiture. Elle peut, on le conçoit, varier à l'infini dans sa nature, mais son mode d'action est toujours le même.

2. *Luxations par cause indirecte.* — On peut les distinguer, d'après leur mécanisme, en trois variétés :

1° Les luxations par *extension forcée* du pied ; elles se produisent dans les conditions suivantes : le pied est pris dans quelques entrave, comme « sous la barre de fer, qui fait le pont du ruisseau des portes cochères » (J.-L. Petit), ou encore, entre les barreaux d'une échelle (cas de Führ), et le corps est emporté dans une chute, en arrière ou de côté.

2° Les luxations par *flexion forcée*. L'observation de MM. Durand et Destot nous offre un bel exemple de cette variété. Dans ce cas la flexion fut poussée au maximum, puisque les orteils vinrent toucher la crête du tibia.

3. Les luxations par compression du tarse dans le sens antéro-postérieur.

Cette condition peut être réalisée de deux façons : ou bien il y a compression effective, la force traumatique venant frapper le talon, tandis que la pointe du pied est arrêtée par un obstacle fixe, comme dans notre observation ; ou bien, le malade tombe d'une grande hauteur sur la pointe du pied, comme dans le cas de Liston. Le poids du corps représente alors la force traumatique, et le sol, l'obstacle fixe qui arrête la pointe du pied.

Nous avons essayé de reproduire sur le cadavre, la luxation médio-tarsienne, par ces divers mécanismes. Au cours de nos expériences, nous avons obtenu, soit des luxations tarso-métatarsiennes, soit des luxations scaphoïdo-cunéennes, souvent compliquées de fractures concomitantes, du scaphoïde ou des cunéiformes, mais l'articulation de Chopart ne s'est pas laissé entamer.

Avant nous, Hencke (2) avait déjà cherché vainement à reproduire sur le cadavre la luxation médio-tarsienne.

A la suite de ses expériences, il déclara tout simplement que la luxation complète de l'articulation de Chopart était impossible.

En effet, pour lui, cette articulation est formée par deux articulations distinctes, au point de vue anatomique et physiologique. L'une est l'articulation de l'astragale et du sca-

(1) Jackson Clarke. *The Lancet*, 1898, t. I, p. 1108.

(2) Cité par Durand et Destot.

phoïde, auquel font suite les cunéiformes et les trois premiers métatarsiens. L'autre est l'articulation calcanéo-cuboïdienne qui répond aux deux derniers métatarsiens. La première (*Füssgelenk*) est une articulation de fonction, comprenant la physiologie de l'adduction et de l'abduction. L'autre, (*Sprügelenk*), n'est qu'une articulation d'appui. Pour Hencke enfin, le rôle des ligaments et leur puissance isolent complètement les deux articles.

VI

Symptômes. — Parmi les symptômes de la luxation de l'articulation de Chopart, il en est de communs à toutes les variétés de cette luxation, et d'autres qui se rencontrent seulement dans l'une ou l'autre variété.

A. Symptômes communs a toutes les variétés. — Ils sont au nombre de deux et résulteut directement de la séparation des deux segments antérieur et postérieur de la voûte du pied. Ce sont : le *raccourcissement du pied* et l'*affaissement de la voûte plantaire*. Ce dernier signe pourrait manquer à la rigueur, dans les cas de luxations pures, en dedans ou en dehors. Mais ces deux dernières variétés sont exceptionnelles, il n'est même pas démontré qu'elles puissent exister sans chevauchement des deux rangées du tarse dans le sens vertical.

B. Symptomes spéciaux aux différentes variétés. — Ces caractères généraux posés, si nous cherchons à pénétrer plus avant dans l'étude de chaque variété, nous voyons que trois d'entre elles sont encore insuffisamment connues. Ce sont : la luxation du scaphoïde et du cuboïde *en haut*, représentée par le seul cas de Liston; la luxation de ces mêmes os *en dedans*, représentée par l'observation d'Astley Cooper; et enfin, la luxation *en dehors*, qui n'a jamais été observée isolément. Nous serons brefs sur ces trois variétés, et nous nous étendrons plus longuement sur la luxation *en bas*, qui est de beaucoup la plus fréquente et la mieux connue de toutes les variétés de luxation de l'articulation de Chopart.

1. *Luxation en haut.* — Dans cette forme, la palpation permet de sentir, sur le dos du pied, la saillie du scaphoïde et du cuboïde, et, derrière cette saillie, une dépression conduisant sur la face supérieure de l'astragale et de la grande apophyse du calcanéum.

2° *Luxation en dedans.* — Dans cette variété, l'avant-pied se trouve dans une attitude d'adduction plus ou moins prononcée. Dans le cas d'Astley Cooper, cette attitude en imposa au premier abord aux élèves qui crurent à un pied bot.

3° Enfin, la *luxation en dehors* n'a jamais été observée isolément.

C'est là, à peu près, tout ce que l'on peut dire de ces trois variétés.

4° Il n'en est pas de même de la luxation *en bas*, la mieux connue de toutes les luxations médio-tarsiennes. Les observations de Benjamin Anger, Thomas, Führ, Durand et Destot et la nôtre sont des exemples de cette variété. C'est elle surtout que nous aurons en vue dans notre description.

a. Symptômes objectifs. — La luxation du scaphoïde et du cuboïde en bas se caractérise par les symptômes suivants :

1° On note d'abord à l'inspection une *déformation* spéciale du pied, qui paraît épaissi, globuleux et comme ramassé sur lui-même, raccourci dans le sens antéro-postérieur. Nous verrons plus loin que ce raccourcissement n'est pas seulement une apparence.

2° On constate sur le dos du pied, à la palpation, une saillie anormale, formée par les deux os de la première rangée du tarse.

La saillie de la tête de l'astragale est particulièrement accentuée : elle comble la dépression qui existe normalement, en avant et en dedans de la malléole interne. Au contraire, la saillie de la grande apophyse du calcanéum est à peine perceptible. Cette inégalité entre la saillie de ces deux os, semble au premier abord, extraordinaire, mais elle n'a rien au fond que de très naturel, et s'explique par les trois raisons suivantes. D'abord, l'astragale et le calcanéum sont deux os superposés, et non point juxtaposés. Si l'on considère un squelette du pied par sa face externe, il est aisé de se rendre compte que la grande apophyse du calcanéum est située en contre-bas, par rapport à la tête de l'astragale. La superposition de ces deux os est encore plus frappante quand on examine une articulation de Chopart ouverte.

En second lieu, des mensurations, faites au compas d'épaisseur, nous ont montré que la surface articulaire de la grande apophyse mesure, dans le sens vertical, un centimètre de moins, en moyenne, que la surface articulaire de la tête de l'astragale.

Enfin, le muscle pédieux qui s'interpose entre le doigt explorateur et la saillie calcanéenne externe vient encore masquer cette dernière et en atténuer le relief (Pollosson).

3° Les os de la deuxième rangée du tarse font, dans la plante du pied, une saillie qui détermine l'affaissement de la voûte plantaire.

Cet affaissement est visible et tangible. A la palpation, on sent, sur le bord interne du pied, le scaphoïde abaissé, et, sur le bord externe, le cuboïde qui prolonge, en bas et en arrière, la saillie du cinquième métatarsien.

Les empreintes plantaires traduisent nettement l'aplatissement de la voûte. Elles montrent la disparition plus ou moins complète de la cambrure interne du pied, qui repose sur le sol par toute la largeur de la plante, et la suppression de l'empreinte des orteils. Ces deux derniers signes ont été notés pour la première fois par Durand et Destot et nous les avons retrouvés chez le malade dont nous avons publié l'observation. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, au cours de cette étude anatomo-pathologique, la suppression de l'empreinte des orteils s'explique très bien par l'état permanent d'extension dans lequel se trouvent les orteils, dont les tendons extenseurs, ainsi que le muscle pédieux, sont soulevés, tiraillés par la tête de l'astragale et la grande apophyse calcanéenne faisant saillie sur le dos du pied.

Une autre raison pour laquelle les orteils ne laissent pas de trace sur l'empreinte plantaire, c'est que, le malade ne pouvant, comme nous le dirons plus loin, se porter sur l'avant-pied sans souffrir, il évite, en marchant, d'appuyer sur le sol la pointe du pied malade et, par conséquent, les orteils.

4° Le pied est *raccourci* dans le sens antéro-postérieur. Ce signe, parfois appréciable à l'œil nu, est bien mis en évidence par la mensuration. Il y a, à la fois, raccourcissement du dos du pied, et raccourcissement du pied dans sa totalité. La diminution de la longueur du pied peut être plus ou moins accentuée, suivant le degré de chevauchement des deux rangées du tarse l'une sur l'autre. Elle était d'un demi-pouce dans le cas de Liston, de 2 centimètres dans le cas de Durand et Destot, d'un centimètre seulement dans le notre.

5° On constate une élévation plus ou moins accentuée des malléoles au-dessus du sol. Ce signe est parfois très ap-

préciable à l'œil l'orsqu'on fait tenir le malade debout, les talons joints, et lorsqu'on le regarde par derrière. Mais, il est surtout mis en évidence par la mensuration. Tandis que les malléoles sont élevées, au-dessus du sol, leurs repères, par rapport à la saillie du talon, ne sont pas modifiés.

Enfin, on a noté parfois un élargissement plus ou moins accentué du tarse, dans le sens transversal immédiatement en avant des malléoles (Führ, Durand et Destot).

Tous ces signes, lorsqu'on examine le blessé très peu de temps après l'accident originel, se cachent plus ou moins sous le gonflement œdémateux et ecchymotique du pied, qui est ordinairement très considérable, en raison des grandes violences nécessaires pour produire la luxation de l'articulation de Chopart.

Au gonflement et à l'ecchymose peuvent venir s'ajouter comme dans le cas de Durand et Destot, des ulcérations de la peau, plus ou moins étendues et plus ou moins nombreuses.

A ces symptômes objectifs, s'ajoutent un certain nombre de signes subjectifs.

b. *Symptômes subjectifs.* — Ils varient suivant que l'on examine le malade de suite après l'accident, ou après plusieurs semaines.

1° Signes subjectifs immédiats. — Ce sont la *douleur* et l'*impotence fonctionnelle*.

La *douleur* est vive au moment de l'accident, mais cependant pas excessive, disait le malade de Durand et Destot. Elle siège au niveau de l'interligne de Chopart et s'exaspère sous l'influence des mouvements.

L'impotence fonctionnelle est surtout marquée pour les mouvements d'adduction et d'abduction et de rotation du pied, qui sont impossibles.

Les mouvements actifs de flexion et d'extension ne sont pas toujours abolis, mais ils sont limités et éveillent une douleur très vive.

Après quelques semaines, ces signes se modifient considérablement.

2° Signes subjectifs éloignés. — La douleur et l'impotence fonctionnelle s'atténuent peu à peu : au bout de dix-huit jours, le malade de Durand et Destot pouvait s'appuyer sur le talon.

Mais il persiste une variété d'impotence bien spéciale : le malade ne peut, sans souffrir, se porter sur l'avant-pied. Le nôtre, observé trois mois après l'accident, pour éviter d'appuyer, pendant la marche, la pointe du pied malade sur le sol, plaçait ce pied en équerre et boitait légèrement.

Il accusait, en outre, pendant la marche, une sensation de compression des parties molles de la plante, entre la tête du cinquième métatarsien et le sol.

VII

Diagnostic. — « Cette maladie, disait Jean-Louis Petit, se connaît par la seule difformité, qui indique le côté où les os se sont luxés. » Aujourd'hui, le diagnostic de la luxation médio-tarsienne ne nous paraît pas aussi simple, et nous croyons qu'il sera toujours assez délicat. Il faut peu compter, pour l'établir, sur les signes subjectifs, car cette affection ne va guère sans un degré plus ou moins accentué de contusion des parties molles, qui donne pour son propre compte de la douleur et de l'impotence fonctionnelle, et enlève à ces deux signes une partie de leur valeur.

Le diagnostic sera donc basé uniquement sur la *recherche des signes objectifs*, les seuls caractéristiques de la luxation de l'articulation de Chopart, à savoir : la constatation des *saillies anormales formées par les os déplacés, l'affaissement de la voûte plantaire, l'élévation des malléoles au-dessus du sol et le raccourcissement du pied.* Mais au sujet de ce dernier signe, une distinction s'impose : on devra mesurer séparément la longueur du dos du pied, et celle de la totalité du pied, depuis l'extrémité du talon jusqu'à la pointe des orteils.

En effet, le raccourcissement du pied, dans sa totalité, a une valeur diagnostique bien plus grande que le raccourcissement du seul dos du pied, car il ne se rencontre que dans la luxation médio-tarsienne et dans la luxation tarso-métatarsienne.

Au contraire, le raccourcissement du dos du pied existe : dans la fracture de Pouteau-Dupuytren, dans la luxation du pied en arrière et dans la luxation sous-astragalienne en avant.

Mais dans la *fracture de Dupuytren*, les signes de fracture des os de la jambe sont assez faciles à reconnaître pour nous dispenser d'insister plus longtemps sur ce diagnostic différentiel.

Dans la *luxation du pied en arrière*, l'augmentation de la saillie talonnière et l'existence d'une encoche sur le dos du pied, située immédiatement en avant de l'extrémité inférieure des os de la jambe, sont des signes suffisants pour éviter la confusion.

La *luxation sous-astragalienne en avant* est d'abord extrêmement rare. De plus, si certains signes tels que l'extension du pied avec légère adduction, le raccourcissement du dos du pied, rappellent la luxation médio-tarsienne, la saillie exagérée du talon et la cavité formée par le tendon d'Achille caractériseut suffisamment cette variété de luxation sous-astragalienne.

En somme, c'est surtout avec la luxation tarso-métatarsienne que le diagnostic de la luxation médio-tarsienne serait délicat, si nous ne possédions que le seul signe du raccourcissement du pied dans sa totalité.

Mais, dans la *luxation tarso-métatarsienne*, les saillies anormales occupent une situation plus antérieure : elles siègent au niveau de l'interligne de Lisfranc et non au niveau de l'interligne de Chopart; l'épaisseur de l'avant-pied, dans le sens vertical, est augmentée. Enfin les malléoles ne sont pas élevées au-dessus du sol, comme dans la luxation médio-tarsienne. Ces signes différentiels permettront de faire le diagnostic entre ces deux luxations, dont la ressemblance est grande en raison de l'existence de deux signes qui leur sont communs; le raccourcissement du pied dans sa totalité et l'affaissement de la voûte plantaire.

Cet affaissement de la voûte plantaire se rencontre encore dans les *fractures par écrasement du calcanéum* qui pourraient, en raison de ce signe, simuler la luxation médio-tarsienne. Mais dans ces fractures nous avons deux signes caractéristiques : l'abaissement des malléoles et l'élargissement du talon.

Un point important pour le diagnostic de la luxation médio-tarsienne est la recherche des saillies anormales formées par les os qui entrent dans la constitution de l'articulation de Chopart. Ces saillies, qui varient suivant la forme de luxation médio-tarsienne à laquelle on a affaire, peuvent simuler diverses variétés de luxations des os du tarse.

Ainsi la saillie de l'astragale sur le dos du pied, dans la luxation médio-tarsienne en bas, peut simuler soit la luxa-

tion du pied en avant, soit la luxation directe de l'astragale en avant.

Mais, dans la *luxation du pied en avant*, il y a allongement du dos du pied et non raccourcissement; de plus, la saillie du talon est diminuée, signe qui n'existe pas dans la luxation de l'articulation de Chopart.

Dans la *luxation directe de l'astragale en avant*, on ne retrouve pas en dehors, la saillie anormale de la grande apophyse du calcanéum, et l'on ne constate pas de raccourcissement du pied dans sa totalité.

La *luxation du scaphoïde* pourrait en imposer, en raison de l'existence d'une saillie sur le bord interne du pied et d'une dépression au niveau de la cavité que cet os occupe normalement. Mais il n'existe alors aucune modification de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, et le pied n'est ni raccourci, ni affaissé.

Enfin, dans certains cas de luxation médio-tarsienne, observés tardivement, peut-être pourrait-on confondre la déformation dûe à la luxation, avec d'autres déformations qui accompagnent certains pieds-plats ou certains varus équins.

Mais toutes les difficultés que nous venons d'énumérer seront aplanies par la *radiographie*, qui est devenue le complément indispensable de toute observation de lésion traumatique du squelette du pied. Nul doute qu'avec ce merveilleux moyen d'investigation, les observations de luxation médio-tarsienne ne deviennent de plus en plus fréquentes.

VIII

Pronostic. — Le pronostic de la luxation de l'articulation de Chopart est, en général bénin.

Cependant, dans les deux cas de Benjamin Anger et de Thomas, un érysipèle envahit le pied contusionné et enleva le malade. Mais de semblables complications seront évitées aisément, si l'on fait dès le début une désinfection soigneuse de toutes les solutions de continuité des téguments, qui peuvent accompagner la luxation.

Ceci dit, nous envisagerons le pronostic de la luxation médio-tarsienne au point de vue fonctionnel. Ce pronostic est en général favorable. Quand la luxation a pu être réduite, le blessé recouvre rapidement l'usage de son membre. Même lorsqu'il n'y a pas eu de réduction, la marche redevient possible. Le malade conserve seulement un peu de douleur et d'impotence fonctionnelle qui ont, d'ailleurs, une tendance naturelle à s'atténuer avec le temps. Les os déplacés s'habituent à leurs nouveaux rapports, les deux segments désunis de la voûte plantaire s'adaptent à une statique nouvelle et le blessé arrive à se servir à peu près convenablement de son pied.

IX

Traitement. — Quelle est la thérapeutique à suivre, en face d'une luxation médio-tarsienne? *Si le cas est récent*, on sera tout naturellement tenté d'essayer de réduire, comme pour toute autre espèce de luxation. Mais il faut savoir qu'ici la réduction est très difficile à obtenir.

Benjamin Anger eut de la peine à corriger le déplacement, même après dissection. MM. Durand et Destot, dix huit jours après la luxation, ne purent arriver à réduire même sous anesthésie et renseignés sur la situation des os luxés par un cliché radiographique.

Führ (1), plus heureux, parvint à remettre en présence les surfaces articulaires luxées.

(1) Cité par Durand et Destot.

Comme tous les chirurgiens qui ont observé des cas semblables, il a été frappé par la difficulté de la réduction et il l'explique par des considérations anatomiques sur les petits pieds et les grands pieds.

Dans ces derniers, la tête de l'astragale et la grande apophyse du calcanéum arrivent sur le même plan transversal, tandis que, dans les petits pieds, l'apophyse calcanéenne est en retrait, si bien que, si l'on imprime de simples mouvements de latéralité, on est arrêté par un obstacle osseux : le col de l'astragale.

Aussi doit-on, dans ces cas, essayer de dégager le scaphoïde par un mouvement d'extension forcée, en fixant le talon, puis faire bâiller l'article, en portant le pied en abduction forcée, pendant qu'un aide appuie fortement sur la tête de l'astragale. Enfin, si la réduction ne peut s'opérer, on pourra avoir recours à la résection de la tête de l'astragale.

Ainsi Führ en vient nettement à proposer une intervention sanglante, dans un cas déterminé d'irréductibilité. Devra-t-on tenter cette intervention? La question pouvait se poser, dans le cas de MM. Durand et Destot et dans le nôtre. Dans ces deux cas, elle fut résolue négativement. Dans notre cas, en particulier, M. Pollosson jugea toute intervention inutile, en raison du temps écoulé depuis le traumatisme, du peu d'intensité des phénomènes fonctionnels et de leur tendance manifeste à l'atténuation. Tel fut d'ailleurs l'avis de la Société de chirurgie de Lyon, à laquelle M. Pollosson (1) présenta le malade.

Le traitement de la luxation médio-tarsienne nous paraît donc, à l'heure actuelle, tenir dans la formule suivante :

D'abord tenter la réduction, sans grand espoir de réussite. Si l'on échoue, pas d'intervention sanglante immédiate. Immobilisation ad libitum pendant quelques jours pour calmer la douleur et donner au gonflement et à l'œdème le temps de s'atténuer.

Puis rapidement, recourir au massage, aux frictions excitantes, aux douches locales, à la mobilisation et à l'utilisation fonctionnelles du pied.

Dans les cas, enfin, où ce traitement, longtemps prolongé, n'aurait amené aucune amélioration, et où le malade, continuant à souffrir, serait dans l'impossibilité de marcher, on pourrait tenter une intervention sanglante, qui aurait pour but une résection partielle du tarse.

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA PRESSE MÉDICALE

(26-28 juillet 1900)

Le Congrès qui vient de s'ouvrir au pavillon de la Presse à l'Exposition a une importance exceptionnelle sur laquelle on ne saurait trop insister.

Tandis que fonctionne le Congrès de déontologie et de médecine professionnelle où tant de questions intéressant le praticien sont en voie de discussion, le Congrès de la presse médicale poursuit dans un autre ordre d'idées, un but analogue.

En dehors des questions purement techniques, un certain nombre de questions seront traitées qui intéressent vivement tous les publicistes scientifiques, et quel est le médecin qui n'est pas publiciste à son heure?

C'est ainsi que la propriété littéraire, en matière médi-

(1) *Province méd.*, 2 déc. 1899, p. 566, et *Bull. de la Soc. de chir. de Lyon*, 1899.

cale, va être étudiée et discutée à fond. Voilà bien une question qui a besoin d'être connue de tous, car rien n'est plus sacré que la propriété de l'idée, que la propriété scientifique. Or, beaucoup l'ignorant ou feignant de l'ignorer, la piraterie littéraire est actuellement élevée à la hauteur d'une institution.

D'autres questions, comme celle du droit de réponse, et bien d'autres d'un intérêt aussi vif, seront encore discutées.

Enfin, ce Congrès verra jeter les bases d'une association internationale de la presse médicale, unissant tous les journaux du monde entre eux de même qu'il y a onze ans, tous les journaux médicaux de France s'unirent dans l'Association de la presse médicale française.

La séance d'ouverture a été fort brillante. Nombreux et illustres étaient les délégués étrangers, ayant à leur tête le professeur Virchow (de Berlin). Cette séance a été surtout consacrée aux discours, nous avons entendu successivement le professeur Cornil, président du comité d'organisation, M. le ministre du Commerce, au nom du gouvernement, une très spirituelle allocution de M. le professeur Landouzy, un discours de M. Blondel, secrétaire général, quelques mots très applaudis du professeur Virchow, et enfin de chaudes paroles de bienvenue de M. Meunier, au nom de l'Association générale de la presse française dont nous étions hier les hôtes. A l'issue de la réunion on a procédé à l'élection du bureau. Par acclamation, M. Cornil a été élu président, MM. Lucas-Championnière et Ch. Richet, vice-présidents, M. Blondel, secrétaire général.

Parmi les présidents d'honneur, citons : les professeurs Virchow, Posner (de Berlin), Baccelli (de Rome), etc.

A cinq heures, nous avons été reçus à l'Hôtel de Ville, par M. le président et MM. les membres du bureau du Conseil municipal de Paris. Après les présentations, M. A. Grébauval, président du Conseil municipal, a souhaité cordialement la bienvenue au Congrès au nom de la Ville de Paris, un lunch a été ensuite servi aux congressistes dans les merveilleux salons de l'Hôtel de Ville.

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL
DE MÉDECINE PROFESSIONNELLE ET DE DÉONTOLOGIE
(22-28 JUILLET 1900)

Séance du mardi soir.

La parole est donnée à M. Schwalbe (de Berlin) pour une communication sur les **conditions de l'exercice de la médecine dans les différents pays.** Il divise, à ce point de vue, les pays en intransigeants protectionnistes, conciliants et libéraux, selon la façon dont sont traités les médecins étrangers, et il exprime le regret — que nous ne partageons pas — que ce soit dans les pays où la science médicale est le plus élevée que la protection soit le plus marquée.

M. Stœber (de Nancy) propose que le Congrès émette le vœu qu'une *ligne de médecine frontière* soit tracée, qui permette aux médecins français d'exercer dans les pays annexés.

M. Gayral demande qu'à ce point de vue, on revise la convention franco-belge.

Vient ensuite le rapport de M. Thiéry sur les **abus de l'hospitalisation et des consultations gratuites à Paris.** C'est encore là une question qui préoccupe avec raison les partisans de la ville, question qui a été assez souvent traitée dans la *Gazette des hôpitaux*, pour que nous n'ayons pas à y insister. Voici les conclusions de M. Thiéry :

« Pour résumer cette longue étude, et pour qu'il en puisse découler un résultat pratique, il nous reste à formuler des conclusions qui, sans être intransigeantes, ménagent à la fois les intérêts sacrés des malades et ceux du corps médical.

Il n'est pas discutable que des abus flagrants existent, et que, dans une ville comme Paris, leur proportion soit considérable, — que jusqu'à présent aucun appui ne nous est accordé pour les réprimer, ou que s'il existe des règlements dans ce sens, ils ne sont appliqués qu'avec une négligence extrême. En protestant contre ces abus, le Syndicat des médecins de la Seine ne fait que suivre l'exemple de sociétés étrangères patronnées par les noms les plus illustres et les plus désintéressés.

Nous vous proposons donc d'émettre les vœux suivants pour remédier à un état de choses aussi déplorable.

1° Une entente doit avoir lieu entre les médecins de la ville, le corps des hôpitaux, l'administration de l'Assistance publique, et les pouvoirs publics pour empêcher les malades aisés d'abuser des consultations gratuites et de l'hospitalisation.

2° Au besoin, l'Assemblée législative doit être saisie d'un projet ayant pour but de réglementer l'Assistance gratuite, conformément aux lois du 9 mars 1793, du 24 Vendémiaire an II, et du 2 Floréal an II (Convention nationale).

3° Considérant que c'est à l'Administration qu'il appartient de prendre à sa charge les mesures destinées à réprimer les abus, et qu'un résultat effectif ne peut être obtenu qu'en multipliant les difficultés pour le malade aisé de se présenter à l'hôpital, nous vous proposons de soumettre à l'approbation des pouvoirs publics les moyens suivants :

A. Affichage extérieur et intérieur de l'avis qui réserve les consultations et l'hospitalisation aux malades indigents et nécessiteux et des formalités nécessaires pour obtenir l'un et l'autre.

B. Conservation des circonscriptions hospitalières avec application intégrale du règlement en ce qui les concerne.

C. Création de commissaires enquêteurs de quartier et de bons pour consulter, valables pour une année, délivrés aux indigents et nécessiteux, établissant leur situation après enquête de ces commissions. Nécessité de présenter ces bons pour être admis soit à la consultation gratuite, soit à l'hospitalisation proprement dite et de répondre à un formulaire mentionnant l'état civil et la situation pécuniaire du malade.

D. Engagement écrit par le malade de rembourser à l'hôpital la valeur de la consultation ou des soins et frais de séjour, si l'enquête démontre une fraude de ses déclarations. En cas de récidive, le malade commet une contravention qui serait punie d'amendes et même de prison. (Au cas où la fraude proviendrait de fausses déclarations du propriétaire ou du concierge, responsabilité pénale de ces derniers.)

E. Suppression des lits payants en dehors des cas où le malade pourrait justifier soit d'un cas d'urgence, soit d'insuffisance ou de modicité extrême de ses ressources. Suppression de la Maison municipale de Santé.

G. Application stricte des règlements actuellement existants et adoption des vœux du Conseil supérieur de l'Assistance publique en ce qui concerne l'hospitalisatton des malades de province. »

M. Gourichon propose les moyens suivants :

« 1° De faire prononcer l'admission des malades dans les hôpitaux par les médecins des bureaux de bienfaisance (médecins de la consultation et du service à domicile);

2° De supprimer les consultations des hôpitaux; elles n'auraient lieu que dans les bureaux de bienfaisance. »

Ce système fonctionne à Rouen où il donne les meilleurs résultats.

M. Smith (de Londres) approuve les conclusions de M. Thiéry.

M. Bénédick (de Vienne) propose qu'on fasse appel aux bons sentiments des gens aisés pour qu'ils ne prennent pas la place des pauvres. Il ajoute que, dans ses légitimes revendications, le Congrès fera bien de se mettre d'accord avec les autorités.

M. Vandamme (de Bruxelles) proteste contre les conclusions de M. Thiéry et propose, au contraire, de multiplier les consultations et les cliniques comme étant le meilleur moyen de favoriser l'éducation du médecin.

Enfin, M. Lereboullet, président, propose le vœu suivant qui a été voté à l'unanimité :

« Le Congrès reconnaissant qu'il importe que les services hospitaliers soient absolument gardés aux indigents, laisse aux associations professionnelles le soin d'appliquer ces principes suivant les exigences locales. »

Séance du mercredi matin.

L'ordre du jour appelle M. Descouts à la tribune pour la lecture de son rapport sur l'**exercice illégal de la médecine**.

« Depuis plusieurs années le corps médical français se plaint de la difficulté qu'il éprouve pour gagner sa vie et sauvegarder son indépendance ; ses plaintes sont malheureusement trop justifiées.

Cette situation pénible tient à plusieurs causes : il faut citer notamment l'encombrement de la profession, la diminution des maladies par suite des progrès de l'hygiène publique et privée, l'abus des consultations gratuites données à des malades non indigents, tant dans les dispensaires particuliers que dans les hôpitaux, le nombre toujours croissant des sociétés de secours mutuels, les rétributions insuffisantes de l'assistance médicale gratuite, la réclame des spécialités pharmaceutiques dans les journaux politiques, etc. Mais la situation est surtout devenue critique par suite du sans-gêne véritablement incroyable avec lequel la médecine est chaque jour illégalement exercée sous l'œil indifférent des médecins et quelquefois, ne craignons pas de le dire, avec la complicité de quelques-uns d'entre nous, heureusement peu nombreux.

Rien que pour Paris, nous pouvons, sans exagération, estimer à quinze ou vingt mille les consultations données chaque jour en dehors des médecins.

Si le corps médical tout entier ne se décide pas à lutter énergiquement contre un pareil courant de dérivation, le médecin verra chaque jour ses ressources diminuer ; il sera obligé d'aliéner son indépendance pour devenir un fonctionnaire salarié par l'État ou par des groupements individuels qui auront tout intérêt à payer au taux minimum ses services ; il ne faut pas désespérer de voir ceux-ci soumis à l'adjudication au rabais.

Il est donc absolument nécessaire qu'il sorte des délibérations de ce Congrès une résolution énergique de lutter contre un tel danger. Il est indispensable que la masse des médecins, qui pratiquent la médecine pour vivre, secoue son indifférence habituelle, fasse abstraction de ses rivalités personnelles, s'unisse sincèrement pour un effort commun, non pas passager, mais persistant; c'est le seul moyen de reconquérir le terrain perdu et de pouvoir pourchasser sans trêve ni merci tous les parasites de la profession, autrement dit tous ceux qui exercent illégalement la médecine.

C'est une entreprise colossale qui ne pourra être menée à bonne fin par une organisation méthodique et persévérante dans l'effort.

Mais pour arriver à ce résultat l'union absolue est de toute nécessité; car s'il est utile et avantageux parfois de combattre en ordre dispersé, il ne faut pas oublier que la victoire appartient presque toujours aux gros bataillons. Unissons-nous donc, Messieurs ; c'est à cette condition seule que nous pourrons triompher.

La corporation médicale ne sait pas assez quelle serait sa force et sa puissance si elle voulait marcher en masse vers un but déterminé ; si elle arrive à réaliser cette union indispensable, elle gagnera du même coup l'indépendance vis-à-vis de l'État et des sociétés de secours mutuels qui l'exploitent et elle défendra avec succès contre les parasites, qui la ruinent, le monopole que l'Etat lui fait payer si cher sans lui assurer, en échange, une protection efficace.

Je ne me dissimule pas que la lutte sera longue et difficile, car fort longue est aussi la liste de ceux qui exercent illégalement la médecine d'une façon plus ou moins habituelle ; ils appartiennent à toutes les catégories sociales.

Nous citerons particulièrement un grand nombre de pharmaciens, les herboristes, les sages-femmes, les dentistes, les bandagistes, les pédicures, les curés, les sœurs, les rebouteurs, les masseurs, les magnétiseurs, les somnambules, les directeurs d'agences de garde-malades, les électriciens, les membres diplômés ou non des associations patriotiques de dames, etc.

Vous voyez combien sont nombreux ceux qui exercent illégalement la médecine ; je suis certain que chacun de vous connaît un de ceux-ci ; mais, par indifférence ou pour toute autre raison, il n'a jamais essayé de le troubler dans sa coupable industrie.

Sommes-nous donc désarmés ? Non, certainement. La loi du 30 novembre 1892 nous donne des armes suffisantes pour nous défendre utilement. »

M. Descoust rappelle ici les articles de la loi de 1892 et il termine par les conclusions suivantes :

« 1° L'article 13 de la loi de novembre 1892, en accordant aux docteurs en médecine le droit de se constituer en associations syndicales pour la défense de leurs intérêts professionnels, leur a indiqué la voie à suivre pour se défendre contre l'exercice illégal de la médecine si nuisible aux intérêts de la profession.

2° C'est donc aux associations syndicales, heureusement substituées aux individualités syndiquées ou non, qu'il appartient de poursuivre devant la juridiction compétente tous ceux qui exercent illégalement la médecine.

3° Pour subvenir aux dépenses, occasionnées par les nombreuses poursuites à faire, il est absolument nécessaire de créer des caisses de défense professionnelle, alimentées par des cotisations spéciales, proportionnelles aux exigences de la lutte et uniquement consacrées à cet usage. »

Une courte discussion a été soulevée par ce rapport.

M. Jeandrassik (de Budapest) a ensuite la parole pour son rapport sur l'*Association générale des médecins de la Hongrie*. Voici les conclusions de ce rapport :

« Il existe en Hongrie, depuis trois ans, une Association libre des médecins pour la défense de leurs droits et intérêts professionnels. Les cinq sixièmes des médecins de la Hongrie se sont affiliés à cette association, quoique nulle pression autre que la défaveur de leur position décidât leur adhésion. Dans ces trois années l'association a, en dehors de sa constitution, fondé une caisse de prévoyance pour ses membres ; elle a pris des mesures pour trouver le moyen de créer des fonds sérieux pour cette institution ; elle a fondé un journal servant les intérêts professionnels ; elle a rédigé un mémoire contenant les désavantages causés par les lois et arrêtés ministériels ; elle a fixé un tarif minimum d'honoraires médicaux pour les médecins des communes, etc. »

(*A suivre.*)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(25 juillet 1900)

On a parlé, dans la dernière séance, d'**hémorragies mortelles** survenant plusieurs jours après des opérations. M. Broca, à ce propos, communique l'observation suivante : il s'agit d'un homme atteint de calcul vésical, qui avait eu déjà une hématurie et auquel, le 16 octobre 1892, M. Broca fit à l'hôpital Bichat la taille hypogastrique; le 22, le malade eut une première hématémèse qui cessa assez rapidement sous l'influence de la glace intus et extra.

Le 24, il y eut de nouveau hématémèse et mélæna qui emportèrent le malade. A l'autopsie on trouve une exulcération sur la grande courbure de l'estomac et les artères étaient athéromateuses.

A propos de l'observation de **tétanos** récemment communiquée par M. Routier, M. Reynier relate l'observation d'une jeune femme de dix-neuf ans qui, après une fausse couche, fut atteinte de vaginite. Elle entra, le 25 avril 1900, dans le service de M. Reynier; cette femme était très hystérique et elle avait un enfant de deux ans également atteint de crises nerveuses. Elle eut des phénomènes de salpingite double, grave. Un mois après, M. Reynier fit la laparotomie et trouva deux trompes adhérentes et suppurées avec épaississement du ligament large gauche. Les suites de l'opération furent simples quand, le neuvième jour, la malade présenta du trismus; malgré le chloral à hautes doses, une injection de sérum antitétanique, et bien qu'après l'administration de l'éther, les symptômes tétaniques eussent momentanément disparu, cette malade mourut le soir même. L'autopsie la plus complète, l'examen histologique et bactériologique des liquides, du sang, du liquide céphalo-rachidien, des inoculations sur des souris, restèrent sans résultat au point de vue du diagnostic du tétanos, si bien que M. Reynier se demande encore s'il a eu affaire à un vrai cas de tétanos ou s'il ne s'agit ici que de phénomènes hystériques. Il est bon d'ajouter qu'il n'y avait pas un seul cas de tétanos dans le service de M. Reynier.

Il résulte de ces faits que le diagnostic du tétanos n'est pas toujours aussi aisé qu'on pourrait le croire.

M. Delbet, tandis qu'il était chargé du service des bandages à l'Assistance publique, a recherché les cas de récidive après la cure radicale : sur 1516 bandages inguinaux qu'il a prescrits à un millier de hernieux, il n'a trouvé que 7 opérés. Il y a lieu d'en conclure que la cure radicale de la hernie est une bonne opération, ce que nous savions déjà.

MM. Lejars, Reclus et Delorme partagent également cet avis et fournissent des statistiques qui confirment cette opinion.

M. Terrier fait cependant observer que, si M. Delorme a des résultats qui semblent meilleurs encore que pour d'autres chirurgiens, cela tient à ce qu'il opère de jeunes adultes, tandis que la cure radicale est loin de donner les mêmes résultats chez les vieillards.

Il y a évidemment hernies et hernies, et c'est avec raison que M. Segond prétend qu'il ne faut les mettre toutes dans le même sac. Cependant, d'une façon générale, les résultats de la cure radicale vont toujours s'améliorant, ainsi que M. Berger le prouve par des statistiques qu'il a recueillies également au service des bandages.

Suit un rapport de M. Delbet, sur une observation de M. Psaltof (de Smyrne) : **grossesse extra-utérine diagnostiquée, laparotomie, guérison.** Cette observation est intéressante en ce sens que l'œuf s'est infecté sans rupture de ses membranes. A ce propos M. Delbet appelle l'attention sur ce fait que, contrairement à ce qui a lieu pour les grossesses utérines, dans lesquelles l'œuf dont les membranes sont intactes ne s'infecte jamais, le kyste fœtal peut s'infecter dans les grossesses extra-utérines non encore rompues. M. Delbet cite à l'appui une observation qui lui est personnelle.

Nous revenons à l'**asepsie** avec M. Kirmisson qui, tout en étant très frappé des moyens et des précautions préconisés par M. Quénu, n'a pas cru, jusqu'ici, devoir s'y rallier et a continué à opérer comme par le passé. Il donne ses statistiques : en 1898, sur 457 opérations, il a eu 28 décès, soit 6,12 p. 100, et il fait connaître les causes de ces décès dont plusieurs étaient pour ainsi dire inévitables. En 1899, il a fait 587 opérations avec 6,98 p. 100.

Les précautions qu'il prend sont les suivantes : stérilisation des fils et des compresses, usage du catgut pour les parties profondes, du crin de Florence pour la peau, lavage et savonnage des mains, leur immersion dans une solution phéniquée au cinquantième. M. Kirmisson, comme plusieurs de ses collègues, croit qu'il faut tenir grand compte des susceptibilités individuelles ; il attache également une grande importance à l'intégrité de l'épiderme.

Dans son service, il peut séparer les suppurants des non suppurants. Il évite, autant que possible, de faire des opérations aseptiques après des opérations septiques ; cependant, dans des cas d'urgence, il a dû parfois transgresser à cette règle, et il n'a pas eu à le regretter.

Enfin, M. Kirmisson opère sans gants, sans masque et le plus vite possible. Il fait son service chaque jour et voit tous ses malades.

PRATIQUE MÉDICALE

La mycodermothérapie.

Lorsqu'il y a un an nous rappelions ici même les travaux de M. Debouzy et ceux de M. Brocq au sujet de la levure de bière, tout en prévoyant le grand avenir de cet agent thérapeutique nous ne pouvions supposer la multiplicité des applications qui en seraient faites.

Après avoir été employée avec le succès que l'on sait dans les dermatoses, dans l'anthrax, la furonculose et l'acné, la levure de bière a encore été appliquée utilement dans les phlegmons, les hydro-adénites à répétition de l'aisselle, les adénites inguinales, les orgelets palpébraux, son emploi a été très utile dans certaines suppurations et on a pu la considérer comme un spécifique du staphylocoque doré.

Chez le chien, elle aurait fait baisser la glycosurie alimentaire, chez la femme enceinte elle ferait généralement disparaître, d'après M. Brocard, la glycosurie dite physiologique. Chez les diabétiques elle provoque en général, au début du traitement, une augmentation du sucre urinaire, augmentation légère qui fait bientôt place à une diminution considérable (Cassaët, Beylot, Mesnard, Debouzy, W. Bird Herapath); elle favorise, par suite, les prescriptions du régime mixte de Bouchardat et permet ainsi de ne pas priver les malades des principes utiles qui font partie intégrante des aliments hydrocarbonés, tout en établissant, avec des menus plus variés, une diététique moins rigoureuse et plus facilement acceptée. Les vaginites, la blennorragie, la leu-

corrhée (Landau) ont été heureusement influencées par son usage externe. A l'intérieur, elle a donné, entre les mains de MM. Thiercelin, Mesnard et d'autres praticiens, des résultats constants dans les dyspepsies, la gastro-entérite infantile, la dysenterie.

Enfin, on se souvient des faits apportés par M. Marie à la Société médicale des hôpitaux, faits dans lesquels la levure de bière semble avoir eu une action très utile dans la pneumonie.

Devant ces multiples applications, devant les résultats obtenus dans des cas, en apparence si différents, il est permis d'hésiter en se demandant comment agit la levure de bière? Le problème fut plusieurs fois posé depuis un siècle à propos de la fermentation alcoolique. Liebig invoquait une décomposition de la levure d'où résultait, disait-il, un ébranlement moléculaire qui était lui-même le point de départ du dédoublement du glucose en acide carbonique et alcool; mais Liebig ne prouvait pas la décomposition de la levure et il ne fixait pas mieux ses contemporains sur la nature de l'ébranlement qu'il invoquait. Pour Pasteur, toutes les fermentations étaient la conséquence de la vie et de la reproduction de certains champignons, dépourvus de mycélium, qu'il rangeait dans le groupe des *mycodermes* : le *Mycoderma vini* qui produit la fermentation du jus de raisin, comme le *Mycoderma aceti* qui transforme le vin en vinaigre, comme le *Saccharomyces cerevisiæ* qui fabrique la bière, assuraient simplement leur développement normal et le jeu naturel de leurs fonctions physiologiques : la fermentation, en un mot, était un acte vital. Pour Bertholet, la présence de la levure, du *mycoderme*, n'était pas indispensable, et toute matière azotée pouvait jouer le rôle de ferment alcoolique.

Les expériences de Buchner venaient bientôt corroborer cette opinion : en soumettant de la levure de bière fraîche, préalablement mélangée avec de la terre d'infusoire et du sable siliceux, à une trituration mécanique énergique puis à une pression considérable, il parvenait à déchirer les cellules et à recueillir leur contenu; et le liquide ainsi isolé faisait rapidement fermenter une solution sucrée à laquelle il était mélangé. La fermentation alcoolique peut donc se faire sous cellules de levure, et c'est bien une action chimique qui prend naissance sous la seule influence de la zymase intracellulaire. Il faut néanmoins conclure scientifiquement avec Berthelot que la levure nature, ferment organisé et vivant, réalise une transformation plus prompte et plus complète : de sa vitalité et de sa rapide prolifération résulte en effet une production continue des principes actifs au nombre desquels il faut compter dès à présent non seulement l'invertine et la zymase alcoolique, mais sans doute aussi diverses diastases protéolytiques.

Ce double rôle du ferment figuré et des ferments solubles est encore moins discutable en thérapeutique qu'en physiologie : d'une part, en effet, les levures vivantes attirent les microbes pathogènes et saprophytes; ceux qui sont dans la sphère d'activité d'une cellule mycodermique s'en approchent peu à peu et finissent par la pénétrer : ainsi englobés, ils perdent leur mobilité et l'on constate finalement, à l'examen bactériologique, qu'ils ne prennent plus les réactifs colorants : ils sont absorbés, digérés et détruits comme par une véritable phagocytose. D'un autre côté, les ferments solubles, remplissant leurs fonctions chimiques relatives au milieu, décomposent les matières ambiantes sucrées ou azotées. Enfin, les produits assimilables de la levure, les nucléines, en particulier, semblent provoquer l'augmentation des leucocytes et faciliter ainsi la défense de l'organisme.

La façon d'employer la levure de bière est-elle indifférente? Loin de là. M. Brocq a relaté les multiples inconvénients résultant des levures banales qui provoquent des aigreurs, des renvois acides, quelquefois même de la diarrhée. Ces ennuis font rejeter les levures fraîches. Il ne s'ensuit pas que toutes les levures sèches puissent être indistinctement employées. En effet, ces levures ne sont pas toujours stables, elles ne sont pas toujours sans inconvénient.

Les intéressants travaux de M. Déjardin ont montré qu'il n'en est pas de même quand on emploie la levure, soit sous forme d'extrait de malt, soit sous forme de bière diastasée. Sous cette forme qui est la plus généralement employée, la levure de bière agit le plus utilement.

Enfin, toutes les fois qu'il y a avantage à dissimuler la forme du médicament, on n'a qu'à employer la levure de bière pure ou mycodermine, sous la forme pilulaire que préconise M. Déjardin. On évite ainsi l'odeur des levures en poudre qui, ainsi que le faisait récemment remarquer M. Terson, dans la *Clinique ophtalmologique*, rebute souvent d'emblée les malades, qui ne se soignent plus ensuite avec la régularité désirable.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de Paris. — Par suite d'une omission que nous nous empressons de réparer, nous n'avons pas signalé les nominations suivantes :

M. Hulot est nommé chef de clinique médicale; MM. Gandy et Rosenthal chefs de clinique adjoints.

— Par décret en date du 23 juillet 1900, la première partie du cinquième examen de doctorat en médecine est comprise dans les examens à matières multiples.

Distinctions honorifiques. — A l'occasion de son quadricentenaire, le Collège royal chirurgical de Londres qui, on le sait, a été fondé par Henri VIII et réorganisé en 1800, vient de nommer le professeur Ollier (de Lyon), membre associé.

Marine. — M. le médecin de première classe Duguet, du port de Rochefort, est désigné pour embarquer en sous-ordre sur le *Redoutable*, en remplacement de M. le médecin de deuxième classe Letrosne.

— Les médecins de deuxième classe de la marine, nommés par décret du 20 juillet 1900, sont affectés aux ports ci-après :

A Cherbourg : MM. Oudard, Fermond, Augé.

A Brest : MM. Lepetit, Le Flunteun, Martin.

A Lorient : MM. Pichet, Lesson.

A Rochefort : MM. Marty, Carrère, Dufour.

A Toulon : MM. Bellile, Barthe, Erdinger, Plomb.

— MM. les médecins de deuxième classe L'Eost et Barillet, du cadre de Brest, et Pernet, du cadre de Rochefort, sont affectés, sur leur demande, au cadre de Toulon.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 29e semaine, 1547 décès.

La fièvre typhoïde a causé 20 décès, la rougeole 43, la scarlatine 8, la coqueluche 6, la diphtérie 5. La variole a causé 2 décès.

La diarrhée infantile a causé 256 décès.

En outre, 30 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 114 décès.

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 43 décès, dont 29 sont dus à la congestion pulmonaire; en outre 2 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie a causé 180 décès; la méningite tuberculeuse 16; la méningite simple 43, les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 30 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral 161; ce chiffre élevé a été grossi par un certain nombre de morts subites dues à l'hyperthermie; les maladies organiques du cœur 64; le cancer a fait périr 65 personnes; enfin 56 vieillards sont morts de débilité sénile.

Concours pour l'admission à quatre emplois de commissaire-inspecteur des établissements insalubres, dangereux ou incommodes. — Un concours aura lieu le lundi 19 novembre 1900, d'après le programme suivant :

Composition écrite. — Deux épreuves : dans la première, le candidat traitera un sujet donné par le jury et portant sur une ou plusieurs des industries insalubres, dangereuses ou incommodes. Il indiquera sommairement les procédés de fabrication de l'industrie ou des industries désignés, les inconvénients auxquels ils donnent naissance, les prescriptions à imposer pour y remédier autant que possible.

Dans la deuxième, il aura à traiter des questions de police judiciaire indiquées par le Jury. Deux heures sont accordées pour chacune de ces épreuves, qui seront éliminatoires.

Epreuve orale. — L'épreuve orale comprendra : 1° Des notions étendues sur la législation relative aux établissements classés ; 2° Des notions élémentaires sur la police judiciaire, sur l'organisation administrative et judiciaire, et sur les attributions du préfet de police en matière d'hygiène publique et de sécurité ; 3° Des connaissances générales sur les procédés de fabrication employés dans les principales industries ; sur les inconvénients auxquels donne lieu l'exploitation de ces établissements ; sur les mesures de sécurité et de salubrité à prendre au point de vue du voisinage dans l'exploitation des usines, ateliers, manufactures ou dépôts, d'après la nature des inconvénients qu'ils présentent.

Le traitement des commissaires-inspecteurs est fixé à 3,000 francs. Les candidats devront faire parvenir leur demande à M. le préfet de police au plus tard le 1er octobre 1900 ; ils y joindront une copie de leur acte de naissance et un extrait de leur casier judiciaire ayant moins d'un mois de date, et feront connaître les titres scientifiques qu'ils peuvent avoir et les ouvrages qu'ils auraient écrits. Ils devront être Français, jouir de leurs droits civils et politiques, avoir satistisfait à la loi militaire, être âgés de plus de vingt-cinq ans et de moins de trente ans, ou de moins de trente-cinq ans s'ils justifient de plus de cinq années de service militaire.

Le taux des remplacements médicaux en Algérie. — Aux termes d'une circulaire du gouverneur général, les médecins de colonisation en congé doivent verser à leur intérimaire une indemnité journalière de 10 francs si c'est un docteur en médecine, de 7 francs si c'est un étudiant.

Les internes de Mustapha veulent actuellement — les demandes de remplacement étant très nombreuses — le voyage aller et retour payé, le logement et 20 francs par jour, s'ils ne touchent que l'indemnité journalière.

Si l'on désire abandonner tout ou partie de la clientèle, vente de médicaments, transports, etc., on peut offrir 10 francs comme indemnité journalière, et s'entendre à l'amiable pour le reste. Tout dépend de l'importance de la clientèle. (*Rev. méd. de l'Afrique du Nord.*)

Suite à l'histoire de l'alcoolisme officiel. — Extrait d'un article récent du *Temps* : « Un mot de trop, un mot malheureux c'est celui que M. le ministre des finances a laissé tomber du haut de la tribune de la Chambre, sur les bienfaits de l'alcool « qui donne au moins pour quelque temps à l'ouvrier l'illusion des forces qui lui manquent ». Cette tendresse ou, si l'on veut, cette indulgence ministérielle pour une boisson et pour des habitudes qui sont le fléau de la classe ouvrière et font perdre chaque année à la France plus d'hommes et plus d'argent que ne ferait une guerre malheureuse, a causé quelque surprise sur les bancs de la Chambre et en causera une plus grande encore dans l'opinion éclairée. M. Caillaux lui-même a senti quelque embarras en relisant son discours, car il a modifié son couplet en faveur du petit verre, et l'a remplacé dans l'*Officiel* par cette phrase : « Une boisson qui, en définitive, prise modérément, peut venir au secours de l'ouvrier et, dans une certaine mesure, l'aider à réparer ses forces. » Le changement n'est pas heureux, puisqu'il ne corrige une faute politique que par une hérésie hygiénique, contre laquelle protestent unanimement les médecins et les statisticiens qui se sont occupés de la question. »

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau.* — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de la Société des voyages économiques, une excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau pour le *dimanche 29 juillet 1900.*

Départ de Paris, 8 h. matin ; retour, 9 h. 57 soir. Prix (tous frais compris) : 1re classe, **20** fr. ; 2e classe, **17f50** ; 3e classe, **15** fr.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence des « Voyages économiques », 10, rue Auber et, 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

— *Billets directs de Paris à Royat et à Vichy.* — La voie la plus courte et la plus rapide, pour se rendre de Paris à Royat, est la voie Nevers-Clermont-Ferrand.

Prix : de Paris à Royat, 1re classe, 47 fr. 70 ; 2e classe, 32 fr. 20 ; 3e classe, 21 francs. — De Paris à Vichy, 1re classe, 40 fr. 90 ; 2e classe, 27 fr. 60 ; 3e classe, 18 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pathologie buccale et naso-faciale, moyens de remédier par l'art prothétique aux difformités et destructions, par M. Goldenstein. Une br. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'art de déterminer le sexe à volonté, principes des lois naturelles qui président à l'évolution vers un garçon ou vers une fille, par Anna d'Oranoaskaia. Une br. in-18. — Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Nº 86. — MARDI 31 JUILLET 1900. 73e ANNÉE. MARDI 31 JUILLET 1900. — Nº 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — AVIS IMPORTANT. — Ier CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA PRESSE MÉDICALE (Paris, 26-28 juillet 1900) [*suite*]. — Ier CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE PROFESSIONNELLE ET DE DÉONTOLOGIE (Paris, 23-28 juillet 1900) [*suite*]. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

AVIS IMPORTANT

Les travaux du XIIIe Congrès international de médecine, si l'on en juge par le nombre des communications annoncées et par l'importance de ses rapports, va former une œuvre scientifique considérable.

Désirant donner à nos lecteurs un compte rendu aussi clair et complet que possible de ce Congrès, nous avons décidé de publier, dans les quelques jours qui suivront sa clôture, un *NUMÉRO EXCEPTIONNEL* contenant le compte rendu analytique et critique des travaux de chaque section.

Nous avons choisi parmi nos collaborateurs ceux que leurs travaux antérieurs désignaient le mieux pour mener à bien cette tâche.

Ainsi, sous une forme qui n'aura pas les inconvénients d'un compte rendu au jour le jour, forcément hâtif et incomplet, nos lecteurs trouveront en un seul numéro ce qu'on devra retenir du Congrès de 1900.

Tous nos abonnés recevront gratuitement ce numéro exceptionnel.

NOTA. — *Pour faciliter la tâche de nos collaborateurs, nous prions MM. les Congressistes de vouloir bien nous adresser directement leurs communications ou un résumé de celles-ci.*

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA PRESSE MÉDICALE

(26-28 JUILLET 1900)

Malgré la chaleur toujours étouffante, les congressistes ont travaillé pendant deux jours avec une ardeur digne d'éloges. Peut être faut-il regretter qu'à côté des questions si importantes de la propriété littéraire et artistique en matière de presse médicale et de la fondation de l'Association internationale de la Presse médicale, le Congrès ait abordé des questions techniques pour lesquelles il était insuffisamment préparé et qu'il les ait traitées hâtivement et d'une manière trop théorique.

D'autres questions ont été réservées qui seront reprises dans le Congrès de l'an prochain. Il eût été sage de généraliser cette mesure. Nous n'en voulons pour preuve que la confusion qui a régné au cours de plusieurs séances dans lesquelles M. le président Cornil n'a pas eu trop de toute son autorité et de tout son tact pour empêcher les discussions de dévier.

Parmi les rapports qui ont été étudiés, il faut faire une place à part à celui de MM. POUILLET, ancien bâtonnier de l'ordre des avocats de Paris, ROCHER et DE MAURANS.

DE LA PROPRIÉTÉ LITTÉRAIRE ET ARTISTIQUE EN MATIÈRE DE PRESSE MÉDICALE, AU POINT DE VUE DE LA LOI FRANÇAISE

Dans ce rapport, a dit Me ROCHER, la question de la presse médicale est un peu accessoire; c'est simplement une consultation de jurisprudence, dont on tirera le plus grand profit.

Me POUILLET insiste en effet d'abord sur les principes généraux qu'il n'est pas inutile de rappeler :

« Les lois sur la propriété artistique et littéraire intéressent les médecins à un double titre. Elles les intéressent comme écrivains, à raison des ouvrages qu'ils publient, soit seuls, soit en collaboration, ou, encore, ce qui arrive souvent aujourd'hui, dans l'ensemble d'une encyclopédie. Elles les intéressent aussi comme professeurs, à l'occasion des leçons qu'ils professent dans les facultés et dans les cliniques.

L'article 1er de la loi des 19-24 juillet 1793 décide que les auteurs d'écrits en tous genres, les compositeurs de musique, les peintres et dessinateurs, jouiront, durant leur vie entière, du droit exclusif de vendre, faire vendre ou distribuer leurs ouvrages dans les territoires de la République, et d'en céder la propriété en tout ou en partie. La même loi

protège pendant dix ans après la mort des auteurs leurs héritiers ou ayants cause. D'autres lois sont venues successivement étendre ces délais; et la loi du 14 juillet 1866, qui régit aujourd'hui la matière, a porté à cinquante ans après la mort de l'auteur, le droit de ses héritiers ou ayants cause.

Que les ouvrages ayant trait à la médecine soient compris dans l'énumération si large de la loi de 1793, c'est ce qui ne saurait être contesté. Il est manifeste que l'auteur d'un ouvrage médical, qu'il s'agisse d'un travail purement spéculatif et scientique, dont l idée première et la forme appartiennent en propre à l'écrivain, ou de la mise en œuvre, par un travail de compilation, de matériaux épars un peu partout, a droit à la protection de la loi. Il est propriétaire de son œuvre, de sa création, au moins dans la forme dont il l'a revêtue, sinon de sa pensée elle-même. Car, ce que la loi protège ce n'est pas la pensée, qui, puisée plus ou moins dans le fonds commun, dans le domaine public, comme l'on dirait en matière d'invention, échappe par son essence même à toute appropriation, et doit rester libre. C'est la forme sous laquelle il la présente; et la forme s'entend ici non pas seulement de l'expression littéraire qu'il donne à sa pensée, mais encore du plan, de l'ordre des développements que comporte son ouvrage, et qui lui donnent l'empreinte de sa personnalité. »

D'une façon générale, l'emprunt des idées est licite, il n'en est pas de même de la forme des planches explicatives et des figures qui appartiennent à leur auteur. En cas de collaboration, « chaque collaborateur est auteur et possède sur l'œuvre un droit égal et indivisible. » Il semble cependant, en l'absence de contrat précis, que le droit sur l'ouvrage d'ensemble appartienne « à celui qui a conçu le plan, les proportions, dirigé et centralisé, quelquefois revu, les travaux épars pour les réunir en un tout ».

Quand à la propriété de l'*œuvre orale*, elle existe incontestablement : « Le professeur doit sa science tout entière à ses élèves; ceux-ci peuvent prendre des notes, sténographier même son cours, l'apprendre par cœur, en tirer en un mot tout le profit personnel possible; mais leur droit ne va pas au delà. » Et c'est trop juste, car un professeur peut désirer revoir une leçon avant de la publier pour corriger un lapsus possible.

« En résumé, il faut tenir pour certain que le médecin, comme écrivain, conserve la propriété exclusive de ses ouvrages. Comme professeur, il peut interdire que ses leçons soient détournées de leur but, et publiées contre sa volonté. Comme savant, s'il ne peut revendiquer aucun droit sur ses découvertes considérées en elles-mêmes, il peut du moins prétendre en conserver le mérite et en revendiquer la paternité. »

Ces principes généraux peuvent s'appliquer au journalisme médical de la façon suivante :

1° *Articles originaux.* — « Le droit de l'auteur de l'article est celui de tout écrivain sur son œuvre. Il a le droit de s'opposer à toute reproduction de son travail; mais, comme cet article a été composé dans le but spécial de le faire paraître dans un journal déterminé, lorsque l'article a paru, l'engagement, exprès ou tacite, pris par l'auteur vis-à-vis de l'éditeur du journal, a reçu son accomplissement. L'auteur, propriétaire de l'œuvre, conserve le droit de reproduire son article dans ses œuvres complètes, s'il vient à les publier; de l'utiliser dans un travail postérieur en l'y fondant en quelque sorte. Mais il ne peut naturellement, à moins de convention contraire, communiquer son article à un autre journal; ce serait faire concurrence au journal avec lequel il a traité pour la première publication. »

Le propriétaire du journal a le droit de s'opposer à la reproduction par un autre journal de l'article qu'il a publié; mais il ne saurait autoriser cette reproduction, sans l'assentiment de l'auteur. Il ne peut faire de tirage à part pour la vente, mais pour les besoins de sa collection, il garde le droit de réimprimer l'article sans demander de nouveau l'autorisation à l'auteur.

Les figures jointes à l'article sont soumises aux mêmes règles que l'article lui-même.

2° *Reproduction d'articles.* — « La reproduction d'articles parus dans d'autres recueils est en principe interdite, sans l'agrément de l'auteur et de l'éditeur. » Toutefois il est bon, pour se protéger, de les accompagner de la mention : Reproduction interdite. « En tous cas les citations partielles, en vue d'une étude scientifique ou d'une polémique, sont licites, à la condition de mentionner l'auteur et la publication. »

3° *Leçons de professeurs. Leçons cliniques.* — Les leçons demeurent la propriété de celui qui les professe. La reproduction ne peut donc avoir lieu sans l'autorisation du professeur, qui peut par suite mettre à cette autorisation telles conditions qu'il lui plaira et notamment se réserver le droit de revoir le texte recueilli avant publication.

La publication d'une leçon, faite dans un journal sans autorisation, ne peut d'ailleurs avoir pour effet de permettre à d'autres journaux de la reproduire. L'auteur de la leçon peut agir contre ces reproducteurs successifs, tout aussi bien que contre le premier éditeur. Quant à celui-ci, dans les cas où il serait constant que la leçon publiée par lui, même sans autorisation, n'est pas la reproduction pure et simple des paroles du professeur, mais est accompagnée de commentaires, d'observations particulières, de nature à constituer une œuvre personnelle, il serait lui-même en droit de se plaindre de l'usurpation commise à son détriment, encore que sa reproduction, vis-à-vis de l'auteur dont il aurait emprunté la leçon, resterait illicite.

4° *Analyses. Comptes rendus.* — Les analyses de travaux, les comptes rendus de Sociétés savantes et de Congrès constituent des œuvres personnelles, des créations qui, comme telles, restent la propriété de celui qui les a faites, ou de celui pour qui elles ont été faites : il s'ensuit que l'auteur, ou le journal en vue duquel le travail a été fait, est en droit de s'opposer à sa reproduction.

Quant aux règles à suivre en matière d'analyse, elles sont des plus simples. Il ne faut pas que, sous couleur de l'analyser on reproduise en quelque sorte l'œuvre, en l'abrégeant. Il faut que lorsque des passages textuels de l'œuvre sont reproduits dans l'analyse le lecteur puisse le reconnaître. Il faut naturellement, enfin, que le nom de l'auteur et le titre de son travail soient indiqués. Peut-on exiger en outre l'indication de l'éditeur, de la revue, ou du journal, où l'œuvre a d'abord paru? Il est certain que c'est le mieux; mais c'est l'un de ces détails pour lesquels des règles précises ne peuvent être formulées. Il est d'ailleurs de l'intérêt même de l'auteur de l'analyse de fournir à ses lecteurs tous les renseignements bibliographiques utiles. C'est pour lui le meilleur moyen de donner à son travail le caractère d'une œuvre scientifique sérieuse, de nature à inspirer confiance.

5° *Notes thérapeutiques.* — Ce qui vient d'être dit à propos des analyses s'applique aux notes thérapeutiques, qui ne sont à vrai dire que des analyses, des résumés des travaux ou des opinions des spécialistes. Là comme ailleurs, il ap-

partient de respecter les droits de chacun. *Suum cuique* : c'est la maxime qu'il faut se rappeler, dont il ne faut jamais s'écarter, en matière de propriété littéraire, comme en toute autre; et cette seule règle d'équité peut permettre de résoudre les difficultés de détails que peut soulever la pratique de chaque jour. »

Ce remarquable rapport se termine par un conseil plein de prudence au médecin publiciste :

« Témoin chaque jour des maux et des misères physiques et morales de l'humanité, il est nécessairement conduit à appuyer ses déductions et ses théories par des exemples pris dans la pratique quotidienne de son art. Ces exemples, soit qu'il les donne dans ses leçons orales, soit qu'il les note dans un livre ou une revue, il faut qu'il ait grand soin que les personnes qui y sont visées ne puissent être reconnues; sans quoi il s'exposerait de leur part, par cette publication inopportune donnée à leur misère, à des réclamations et à des demandes de suppression, et même à des dommages et intérêts, que les tribunaux, défenseurs de toute atteinte portée à la personnalité humaine, ne manqueraient pas d'accueillir. »

M. Marcel Baudouin, s'associant au rapport de M. Pouillet, demande au Congrès de préciser par des vœux certains points de la propriété scientifique. Il propose que les *représentations figurées* non artistiques des idées scientifiques d'un auteur ne soient pas interdites, sauf dans le cas de concurrence déloyale, « cela dans le but de permettre le libre exercice du droit de *citation figurée* ».

La majorité de l'assistance, tout en reconnaissant avec M. Baudouin que dans certains cas il est impossible d'obtenir les autorisations nécessaires pour mener à bien certaines œuvres purement scientifiques et que cela est fort regrettable, est d'avis que la propriété des figures ne saurait être discutée.

Enfin M. Lucas Championnière fait adopter le vœu suivant qui complète heureusement le deuxième paragraphe du rapport de M. Pouillet concernant les analyses et comptes rendus : *Ceux qui reproduiront un article, une analyse*, etc., *devront citer le nom de l'auteur* ET *celui du journal.*

Il en est de même pour les comptes rendus des sociétés savantes, on doit toujours citer le journal, ou le bulletin spécial pour lesquels ces comptes rendus ont été rédigés et auxquels on les emprunte.

LE DROIT DE REPRODUCTION DES GRAVURES

intéresse vivement actuellement les journalistes médicaux, l'emploi de la gravure et de la photogravure devenant de plus en plus fréquent. Le rapport de M. Alcan (de Paris), éditeur, précise certains points qui sont utiles à connaître : « Les gravures illustrant les articles des journaux sont, comme le texte qui les accompagne, la propriété du journal qui les a fait exécuter. » Cette propriété est indiscutable.

Pour reproduire nous devons demander l'autorisation à l'éditeur en prenant l'engagement de citer la source. L'éditeur prête quelquefois gracieusement ses clichés, le plus souvent il les vend *moitié du prix de revient de la gravure originale.* Quant à la reproduction des portraits, elle ne peut se faire sans l'autorisation de l'intéressé ou de sa famille ; si les droits de reproduction ont été cédés à un photographe, on doit demander l'autorisation à celui-ci.

LE DROIT DE RÉPONSE

Dans une courte communication, à laquelle le Congrès ne semble pas avoir apporté l'attention qu'elle méritait, M. Jayle (de Paris) traite des polémiques personnelles et des abus qu'entraîne le droit de réponse avec la législation française actuelle. Nous espérons que la question sera reprise et discutée au Congrès qui se réunira l'an prochain.

Enfin le fait capital qui donne sa raison d'être à ce Congrès de la Presse médicale de 1900, est la *fondation de l'Association internationale de la Presse médicale.*

Cette association, due à l'initiative de MM. Laborde (de Paris), Posner (de Berlin), Marcel Baudouin (de Paris), a été définitivement fondée dans la dernière séance du Congrès.

En l'absence de notre excellent confrère, M. Laborde, malheureusement souffrant, c'est M. Posner (de Berlin), qui dans un rapport très applaudi a défini l'Association internationale de la Presse médicale et son but qui est :

a. De cultiver les relations confraternelles de la Presse médicale dans les différents pays ;

b. De représenter les intérêts communs de la Presse médicale, aussi bien dans chaque pays (protection de la propriété intellectuelle ; échange des journaux et nouvelles ; rédaction de comptes rendus communs, etc.), que pour les pays étrangers, au point de vue des Congrès internationaux et des mesures internationales médicales prises.

c. D'élire un comité exécutif, composé de membres appartenant aux divers pays, chargé de travailler aux statuts définitifs et à un règlement, et chargé spécialement aussi de donner le jour, dans les pays où n'existent pas encore des associations nationales de la Presse médicale, à des associations de ce genre.

Le principe de l'association a été adopté par acclamation, et grâce à l'intervention énergique de MM. Jayle et Granjux, cette association n'admettra pas seulement des directeurs et des rédacteurs en chef dans son sein, elle admettra aussi, et c'est un point très important, des journalistes médicaux de profession : secrétaires de rédaction et rédacteurs attitrés des journaux médicaux.

En se séparant les congressistes se sont donné rendez-vous pour l'an prochain à Bruxelles.

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL
DE MÉDECINE PROFESSIONNELLE ET DE DÉONTOLOGIE
(22-28 juillet 1900)

Séance du mercredi soir.

M. Bousquet (de Clermont-Ferrand), président du syndicat médical du Puy-de-Dôme, a la parole pour son rapport sur l'**assistance médicale gratuite dans le département du Puy-de-Dôme, ses desiderata et ses lacunes**. Il passe en revue les points suivants : 1° L'établissement défectueux des statuts de l'assistance dans les campagnes, l'influence du maire et des conseillers municipaux, la nécessité pour le médecin de faire partie de droit des conseils d'administration.

2° L'abus du carnet d'assistance, le gaspillage fâcheux qui en résulte ; la suppression du carnet et son remplacement par le bon de visite.

3° Les honoraires ridicules consentis par les conseils généraux et malheureusement acceptés par les médecins, l'insuffisance du tarif au kilomètre, qui met le médecin au-dessous du facteur, l'insuccès des syndicats dans leurs légitimes réclamations.

4° La gratuité des consultations dans le cabinet du médecin, l'invasion de ce cabinet par les indigents qui font fuir

les clients payants, abus qui pèse lourdement sur le corps médical.

Après avoir développé ces différents points, M. Bousquet termine par les conclusions suivantes :

« La loi de 1893, destinée à assurer aux indigents les secours de l'assistance médicale gratuite, est actuellement en vigueur, depuis plus de cinq ans, sur toute l'étendue du territoire de la République. Son application a montré que cette loi, excellente en principe, a été étudiée aussi légèrement que possible : elle ne satisfait personne, donne lieu à de perpétuels conflits entre les médecins et l'administration, à des protestations sans nombre de la part des indigents, et sert de porte d'entrée à toute une série d'abus. Il est donc de l'intérêt du corps médical tout entier, d'insister auprès des pouvoirs publics, pour obtenir la revision de cette loi.

Le syndicat médical du département du Puy-de-Dôme réclame en particulier :

1° La revision de l'article 12 de cette loi dont la nouvelle rédaction devra stipuler : « Le médecin ou les médecins de l'assistance médicale ou leurs délégués seront membres de droit des commissions chargées de dresser chaque année les listes des indigents, et ces médecins ou leurs délégués auront voix délibérative ;

2° Les pouvoirs publics prendront toutes les mesures nécessaires pour s'opposer à ce que l'inscription sur les listes d'assistance soit transformée en une machine électorale. Le droit à l'assistance médicale gratuite sera, comme le droit à l'assistance judiciaire, établi d'après des bases fixes : cote d'impôts, charges de famille, etc. » Des peines sévères seront édictées contre les commissions qui se rendront coupables de manœuvres frauduleuses en ce genre;

3° La loi fixera un tarif minimum pour les visites, les consultations et les courses faites par les médecins chargés du service de l'assistance médicale ; et, en aucun cas, ce tarif ne pourra être infirmé par les conseils généraux ;

4° Les pouvoirs publics étudieront et feront étudier dans tous les départements, par les inspecteurs de l'Assistance publique, les moyens qui pourront permettre de fournir aux indigents l'assistance la plus large, tout en évitant le gaspillage qui résulte de l'emploi du carnet d'assistance. »

Ces conclusions sont adoptées.

M. Poitou-Duplessis demande qu'il soit établi un tarif minimum kilométrique et un tarif minimum pour les visites et les consultations.

M. Lemière (de Lille) se fait l'écho de plusieurs membres qui demandent qu'il soit établi un tarif minimum chirurgical et un tarif minimum obstétrical. Enfin, il fait une proposition qui est adoptée à l'unanimité, c'est que l'abonnement est et demeure interdit.

M. Dorison, au nom de la Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris, traite la question **des rapports du service de l'assistance à domicile avec les services hospitaliers** :

« L'administration de l'Assistance publique de Rouen, s'inspirant de la nécessité d'assurer l'unité de direction dans ses services, a cru bon d'éviter la scission de l'assistance à domicile et de l'assistance à l'hôpital ; en conséquence, c'est le même comité de direction et de surveillance qui régit, dans cette ville, les deux branches de l'administration qui sont si profondément séparées à Paris. Partant du principe émis par la loi du 15 juillet 1893, on a décidé, à Rouen, que l'indigent malade serait d'abord soigné au dispensaire dont le médecin décide s'il y a lieu de recourir au traitement à domicile ou à l'hôpital ; c'est donc, par une déduction logique, le médecin du bureau de bienfaisance qui prononce les admissions à l'hôpital.

Hospitalisations gratuites. — Il n'en est pas de même à Paris où l'indigent malade reçoit d'abord les soins au dispensaire, puis, si son état empire, à domicile ; mais, et c'est là le point à relever, si son état s'aggrave encore, il lui faudra sortir de son lit, aller à la consultation hospitalière, y attendre longuement son tour pour demander enfin au médecin de cette consultation un billet d'hôpital. Ce n'est que dans le cas où son état est si sérieux qu'il exige un transport en voiture d'ambulance, qu'il pourra être dirigé sur l'hôpital par le médecin du traitement à domicile qui le soignait précédemment. De pareils errements ne s'expliquent que par l'idée que doit avoir l'administration, que le médecin de la consultation hospitalière est plus apte à décider de la gravité des cas qu'il observe pour la première fois que le médecin du traitement à domicile, lequel connaît cependant bien son malade pour l'avoir soigné, non seulement pendant sa dernière maladie, mais encore pendant les maladies antérieures. A quoi donc sert le concours subi avec succès par le médecin de l'Assistance publique? La logique ne plaide pas seule en faveur de l'hospitalisation assurée par les médecins des bureaux de bienfaisance : le médecin de la consultation hospitalière ne connaît pas la situation sociale des gens qui se présentent à son examen et qu'il admet à l'hôpital ; aussi voyons-nous les lits d'hôpital occupés, pour la presque totalité, par des gens qui ne sont ni indigents, ni nécessiteux. Cela ressort de l'examen du compte financier de l'Assistance publique pour 1900.

Or, si les médecins des bureaux de bienfaisance avaient seuls le droit d'hospitalisation, ils ne prononceraient évidemment l'admission que des malades qu'ils soignent, c'est-à-dire des clients des bureaux de bienfaisance, des vrais pauvres en un mot. Les autres malades devraient être placés à la maison Dubois ou dans des services payants, spécialisés dans chaque hôpital. Le nombre des admissions gratuites se trouverait donc considérablement diminué et, par suite, diminuées considérablement se trouveraient aussi les dépenses de l'Assistance publique, laquelle pourrait peut-être alors soulager, à l'aide des ressources rendues disponibles, les vraies misères, et empêcher de mourir de faim ceux de nos semblables infortunés à qui on ne peut allouer actuellement, comme secours, que la somme dérisoire de 3 à 5 francs par mois.

Consultations gratuites. — Le principe de l'assistance médicale réservée aux malheureux est nettement formulé par le décret du 15 novembre 1895 portant organisation de l'assistance à domicile à Paris ; le principe que nous invoquons, à savoir que hospitalisations et consultations gratuites doivent être réservées aux malheureux, a été consacré d'une façon indiscutable par la loi du 15 juillet 1893 ; cette loi fait de l'hôpital le complément du traitement à domicile et non un organisme à part et indépendant dans l'administration de l'Assistance publique. Le principe de la consultation gratuite réservée aux indigents et nécessiteux étant admis, il reste à examiner si l'administration peut assurer, parmi les malades se présentant à la consultation, la distinction entre les pauvres et ceux qui ne le sont pas. Les malades qui se présentent au dispensaire sont l'objet d'une enquête de la part du bureau de bienfaisance, et la délégation permanente qui se réunit chaque jour à la mairie, décide s'il y a lieu d'accorder la gratuité des secours médicaux et pharmaceutiques. Je sais bien que les membres de la délégation, très sévères quand il s'agit d'accorder des secours en argent, sont généralement enclins à accorder la gratuité des secours médicaux, croyant ne faire de la philanthropie qu'à notre détriment, à nous ; ils ne réfléchissent pas que la gratuité du médecin entraîne celle du pharmacien et que la dépense supportée par l'administration du fait des médicaments accordés à tort, dépasse rapidement le montant des secours en argent qui auraient pu être alloués. Cependant, la con-

sultation des dispensaires étant strictement régionale, les personnes aisées n'osent pas s'y présenter de peur d'être reconnues par les indigents de leur voisinage, tandis qu'à l'hôpital dont la circonscription est beaucoup plus étendue, et où, d'ailleurs, on peut se présenter, quel que soit le quartier habité, pourvu qu'on ne demande qu'une consultation (circulaire du 30 septembre 1895, page 7, alinéa 3), nous savons que des personnes aisées, riches même parfois, se présentent journellement sous le prétexte d'avoir l'avis d'un « prince de la science », mais en réalité pour avoir une consultation gratuite. Les médecins des hôpitaux, chefs de service, ne font plus en effet la consultation externe et, pour avoir leur avis, il faut se rendre dans leur salle. La preuve, en outre, que les consultants ne sont pas des indigents, réside dans cette observation qu'on ne donne pas de médicaments à l'hôpital, sauf dans quelques rares services spéciaux : or, que veut-on qu'un véritable indigent, qui n'a souvent pas de quoi acheter du pain, fasse d'une ordonnance sans médicaments? Ce ne sont, en fait, que les gens aisés qui peuvent se permettre d'aller consulter à l'hôpital, ce qui constitue un non-sens.

La consultation hospitalière a été créée à une époque où les dispensaires n'existaient pas; aujourd'hui, il y a double emploi, et, à notre avis, celui des deux organismes qui ne rend pas tous les services qu'on est en droit d'en attendre, doit disparaître. Or, le dispensaire donne la consultation médicale et les médicaments ordonnés; de plus, il s'en trouve deux dans chaque arrondissement; les malheureux en ont donc toujours un à leur portée, tandis que les hôpitaux sont très irrégulièrement répartis dans l'agglomération parisienne. Nous croyons donc être fondés à demander, pour ces raisons, la suppression de la consultation hospitalière,

Réorganisation des dispensaires. — Dans le cas où nos conclusions seraient adoptées, il y aurait lieu de réorganiser le service de nos dispensaires, car à nos 240000 consultants actuels viendrait s'ajouter une partie des 275000 consultants de l'hôpital. Or, notre service est déjà impossible dans certains arrondissements où se présentent chaque jour 50, 100 et 120 malades qu'il nous faut examiner, pour qui il faut écrire le même nombre d'ordonnances et autant d'instructions, d'autant plus détaillées qu'il s'agit de gens peu instruits et qui comprennent mal les instructions verbales; nous devons en outre, faire les petites opérations qui se présentent, préparer nos instruments, appliquer les ventouses scarifiées, les pointes de feu, examiner les femmes enceintes, faire les examens gynécologiques, etc. Enfin, nous n'avons pour nous aider qu'une femme, la surveillante, que la vue de la première goutte de sang fait le plus souvent pâmer. Les médecins consultants de l'hôpital sont aidés par deux externes et un personnel subalterne, de même que l'étaient les médecins de l'ancien bureau central; pourquoi ne nous accorderait-on pas à nous aussi, et pour un service identique, accompli au titre de la même administration, un certain nombre d'externes, variant suivant les besoins de chaque dispensaire? On a déjà accordé des élèves aux pharmaciens municipaux, est-ce trop demander que de solliciter l'extension de cette mesure aux services de médecine?

Conclusions. — Comme conclusions de ce travail, nous proposons d'émettre les vœux suivants :

1° Que la consultation hospitalière soit supprimée; 2° que l'admission des malades soit prononcée par les médecins de l'assistance médicale, dits médecins des bureaux de bienfaisance; 3° que des externes soient adjoints aux médecins des dispensaires de l'Assistance publique; 4° que des dispensaires généraux dépendant des bureaux de bienfaisance soient créés pour les maladies du nez, de la gorge, des yeux et des dents. »

Une courte discussion suit cet intéressant rapport dont les conclusions rallient beaucoup de partisans.

Séance de jeudi matin.

Cette séance peut être considérée comme une des plus importantes du Congrès. C'est dans cette séance, en effet, qu'a été communiqué et discuté le remarquable rapport de M. le professeur Grasset sur les **principes fondamentaux de la déontologie médicale.**

Nous regrettons que le défaut de place nous empêche de reproduire *in extenso* ce très important document. Nous ne saurions assez en recommander la lecture, on y trouvera un réel intérêt, un grand charme, on y puisera de bons conseils et après l'avoir lu si on veut bien s'en souvenir on aura de grandes chances de devenir meilleur.

« Rien de plus ennuyeux, dit M. Grasset, et par suite de plus long que de parler à quelqu'un de ses *devoirs*.

Aidez-le par vos conseils et vos discours à connaître et à défendre ses *droits* : vous serez le bienvenu. Mais les devoirs!

Ou bien vous êtes déjà pénétrés de leur importance et vous les connaissez à fond : et alors vous n'avez que faire de me lire. Ou bien vous n'en comprenez pas à priori l'importance et êtes décidés à ne pas les remplir : et alors vous ne me lirez pas.

Rien de plus banal aussi qu'un pareil exposé. Car tous les principes que j'énoncerai sont la simple expression du bon sens accumulé par la tradition professionnelle; c'est banal comme un lieu commun et par suite bien difficile à exposer.

Car, comme dit Brunetière, le difficile n'est pas d'exposer des idées neuves, originales, qui choquent, étonnent et scandalisent ces *philistins* que Lombroso appelle des *misonéistes*; le difficile est de dire à ses lecteurs « qu'il y a des idées, de vieilles idées dont la vie de l'humanité ne saurait pas plus se passer que de pain; leur communiquer enfin le rare courage, la singulière audace de ne pas vouloir, à tout prix, paraître plus *avancés* que leur temps... Voilà ce qui est difficile; voilà ce qui est hasardeux; et voilà, je l'avoue, ce que je voudrais essayer de faire aujourd'hui ».

Je suis condamné, moi aussi, à montrer « qu'il y a des lieux communs dont les dilettantes peuvent bien s'égayer, mais qui n'en font pas moins l'étoffe ou la substance de la vie morale; qu'on ne doit donc jamais avoir peur de développer, quand on ne parle pas pour faire des phrases; et que ni les particuliers ni les peuples ne sauraient impunément dédaigner ».

Je dois donc me résigner à choquer ces *dilettantes* qui répondent avec le Prospero de Renan, quand on lui parle de moraliser les masses : « A notre âge, peut-on dire de pareils enfantillages? » Ce sont les découragés que Renan déclare « tranquilles », précisément parce qu'ils sont désespérés.

Beaucoup de nos confrères, et des meilleurs, ont, sinon la « disposition de l'esprit, très intelligente à la fois et très voluptueuse », qui caractérise le dilettantisme, du moins un élégant scepticisme acquis, plus ou moins résigné, décourageant et découragé.

Ainsi un de mes meilleurs anciens élèves et amis, donnant d'ailleurs personnellement l'exemple de la vie confraternelle la plus scrupuleuse, m'écrit : «... La déontologie, ça n'existe pas. Elle peut s'écrire, mais ne peut pas se prescrire... en réalité, la paix ne sera jamais parmi nous qu'apparente. Nos baisers ne seront jamais que des baisers Lamourette. Plusieurs péchés capitaux se lient à notre profession et vicient irrémédiablement les rapports confraternels : l'orgueil, la jalousie, l'intérêt... Veuillez bien réfléchir à cette cause perpétuelle de conflit entre nous : l'orgueil, la confiance plus ou moins justifiée d'un mérite particulier,

d'un savoir plus étendu et, disons-le aussi pour être justes, d'un service à rendre... Les progrès de la science engendrent des sauveurs et le salut d'un malade en excuse bien le larcin... » Et il y a ainsi six pages charmantes, qu'il termine, non sans une gracieuse ironie, en disant : « Oubliez, bien cher Maître, oubliez mon scepticisme et faites-nous un beau prêche de concorde et d'amour ».

Je ne me sens certes pas de force à essayer un prêche de concorde et d'amour; mais je m'entête à croire qu'il y a quelque chose à faire; je veux essayer de montrer qu'il y a une question déontologique, comme il y a une question sociale; qu'elle n'est pas insoluble et que, si on veut essayer de la résoudre, il faut d'abord la poser aussi nettement que possible. »

Après avoir nettement défini son sujet et en avoir montré l'importance M. Grasset passe successivement en revue : 1° les principes qui doivent présider aux rapports mutuels des médecins en général; 2° les principes qui doivent présider aux rapports mutuels des médecins traitants; 3° les principes qui doivent présider aux rapports avec leurs confrères des médecins consultants; 4° les principes qui doivent présider aux rapports avec leurs confrères des médecins consultant dans leur cabinet; 5° Principes qui doivent présider aux rapports avec leurs confrères des médecins d'eaux et spécialistes; 6° enfin les moyens proposés ou à proposer pour fixer et répandre les principes de la déontologie médicale.

Il se résume dans les conclusions suivantes :

« 1. Quoi qu'en disent des confrères, sceptiques ou découragés, il y a une question déontologique et elle n'est pas insoluble.

Le but de ce rapport est de la poser nettement et d'en montrer à la fois l'importance et les difficultés.

D'ailleurs, quoique la déontologie médicale comprenne l'ensemble des devoirs des médecins, nous n'avons mission de nous occuper que des devoirs des médecins entre eux et encore seulement au point de vue des principes fondamentaux qui les régissent.

2. L'ignorance de la déontologie (et sa conséquence naturelle, le défaut de confraternité) est une des causes de la crise médicale actuelle, en ce qu'elle discrédite les médecins et déprécie la profession médicale.

Il faudrait qu'aucun confrère ne puisse, le cas échéant, arguer de son ignorance de la déontologie.

Or, actuellement, cette déontologie n'est formulée nulle part. Elle attend son code, qui n'est ni dans la loi civile ni même dans la loi morale usuelle.

3. Et cependant, s'il y a des points de déontologie sur lesquels tout le monde est d'accord, et que par suite il est inutile de discuter et de fixer, il y a aussi un certain nombre de points litigieux, sur lesquels il serait au contraire nécessaire d'établir une règle générale, acceptée de tous.

Telles sont, par exemple : la question de savoir où commencent et finissent la réclame, la médecine au rabais, la déloyauté dans la concurrence, — la question de la souscription des médecins à des actions d'un établissement hydrominéral, d'un sanatorium ou d'une fabrique de spécialités, — la question des conditions dans lesquelles un client peut changer de médecin au cours d'une maladie, — la question des médecins ambulants, — la question de savoir si on doit accepter tous les médecins comme consultants, — la question de la dichotomie, — la question des consultations gratuites dans le cabinet, dans une policlinique, à l'hôpital...

Nous avons, dans ce Rapport, donné notre avis sur ces divers points. Mais cet avis n'est pas celui de tous mes confrères; parfois même il n'est pas celui de la majorité de mes confrères; en tout cas, il ne peut pas avoir force de loi.

4. Il y aurait donc lieu de rédiger un Code de déontologie médicale.

Pour que ce code ait toute l'autorité désirable, il faut qu'il n'émane ni d'un individu, ni d'une localité ou d'une région, ni d'une corporation ou association quelconque; il faut qu'il émane de la profession médicale tout entière.

De plus, il faut un pouvoir, une juridiction, une autorité (purement morale, mais acceptée de tous), chargée d'interpréter ce code et de l'appliquer, seulement dans les cas difficiles.

5. Je propose donc la création d'un conseil supérieur de la médecine professionnelle, qui, grâce à la largeur de sa base de recrutement, représenterait bien la profession entière.

On pourrait le constituer auprès d'un ministère. Mais ses membres, tous élus et à fonctions gratuites, seraient désignés par les facultés et écoles de médecine, les académies et sociétés médicales scientifiques de Paris et de la province, les syndicats médicaux, les associations médicales de prévoyance, d'assistance ou de secours mutuels, la Presse médicale...

6. Si vous décidez (ce qui paraît désirable) le renouvellement périodique des congrès internationaux de médecine professionnelle et de déontologie (tous les trois ans, par exemple, l'année et au siège du Congrès international de médecine), le Conseil supérieur de la médecine professionnelle pourrait y rendre compte, dans un rapport, de ses travaux pendant la période triennale précédente.

Les élections de renouvellement auraient lieu ensuite.

7. Ce conseil n'aurait du reste à s'occuper que des questions de déontologie entre médecins, et nullement des questions entre médecins et collectivités ou individualités extra-médicales.

Dans son domaine, le conseil n'aurait pas à connaître des cas particuliers qui resteraient du ressort des sociétés et associations locales, déjà existantes. Mais il interviendrait en appel toutes les fois que les sociétés locales ou les confrères le saisiraient d'une question de principe à préciser à propos d'un fait particulier.

8. Le premier conseil élu aurait, de plus, pour mission de rédiger un code déontologique, essentiellement revisable, mais qui aurait force de loi morale.

En tête de ce code, on pourrait inscrire, comme épigraphe, le mot de Marc Aurèle : « Ce qui n'est pas utile à l'essaim n'est pas utile à l'abeille. » Et chaque jeune docteur en recevrait un exemplaire, le jour de la soutenance de sa thèse, des mains de son président.

9. Il est évident que les détails d'organisation de ce conseil ne sont énoncés dans ce rapport qu'à titre d'exemple : ils pourront être renvoyés par le Congrès à l'examen d'une commission.

Je n'insiste auprès du Congrès que pour qu'il veuille bien discuter une seule chose : la création d'un conseil supérieur de la médecine professionnelle, chargé de fixer et d'interpréter les principes généraux de la déontologie médicale (devoirs des médecins entre eux), uniquement recruté par l'élection sur une base très large, restant par là même au-dessus des questions de personne et de clocher, s'imposant à tous par son origine et l'indépendance de ses membres, pouvant être institué sans nouvelle loi et sans nouvelle disposition budgétaire, ne créant ni entrave nouvelle ni contrôle administratif à notre profession libérale, et n'ayant d'ailleurs qu'une autorité morale, comme il suffit entre braves gens qui ne demandent qu'à être éclairés sur leur devoir pour l'accomplir. »

Le succès de notre éminent confrère de Montpellier a été, comme on le pense bien, très grand et très légitime.

Une discussion s'est élevée sur quelques points seule-

ment, car l'assemblée tout entière a montré par ses applaudissements répétés qu'elle se trouvait en parfaite communauté d'opinions avec le rapporteur.

M. DE GOUVEA, le premier, est venu appuyer les conclusions de M. Grasset.

M. LE GENDRE a fait ressortir l'importance de cette discussion; comme M. Grasset, il pense qu'il faut un code déontologique, mais il ajoute qu'il faut que tous les médecins soient appelés à donner leur avis. Il ne faudrait pas, selon lui, que ce code fût élaboré seulement par les sommités de la profession. Pas de fossé entre les médecins arrivés et ceux qui ne sont pas encore arrivés. Il faudra donc que ces élections soient des élections universelles. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le corps de santé en Chine. — Sont désignés pour faire partie de l'état-major général et des formations sanitaires du corps expéditionnaire de Chine :

1° A l'état-major général : MM. Geay de Couvalette, médecin principal, et Bouras, médecin de première classe;

2° A l'ambulance de première ligne : MM. Clavel, médecin principal; Casanova, Lorin, médecins de première classe; Petit, Marty, Erdinger, Plomb, médecins de deuxième classe;

3° A l'hôpital de campagne n° 1 : MM. Duval, médecin principal; Laborde, Sisco, médecins de première classe; Oudard, Carrère, médecins de deuxième classe; Cavalier, pharmacien de première classe;

4° A l'hôpital de campagne n° 2 : MM. Machenaud, médecin principal, à Rochefort; Tricard, médecin de première classe, à Lorient; Lecœur, médecin de première classe, à Cherbourg; Fichet, médecin de deuxième classe, à Lorient; Dufour, médecin de deuxième classe, à Rochefort; Lautier, pharmacien de deuxième classe, à Toulon;

5° A l'hôpital d'évacuation : MM. Dollieule, médecin principal, médecin-major au 4e régiment, à Toulon; Guilloteau, médecin de première classe au 4e régiment, à Toulon; Ripoteau, médecin de première classe, à Brest; Bellile, médecin de deuxième classe, à Toulon; Augé, médecin de deuxième classe, à Cherbourg; Arnaud, pharmacien de deuxième classe, à Toulon.

La date du départ de ces officiers du corps de santé sera ultérieurement indiquée.

XIIIe Congrès international de médecine (Paris, 2-9 août 1900). — Tous les services du XIIIe Congrès international de médecine commencent à fonctionner le lundi 30 juillet. A partir de cette date :

1° MM. les membres du Congrès pourront retirer leurs insignes et publications, dans les bureaux du Congrès, 21, rue de l'École-de-Médecine, École pratique.

2° Le comité des dames, siégeant à la Faculté de médecine, dans la salle du conseil des professeurs, procédera à l'inscription des dames et à la délivrance des cartes et des insignes.

3° Le comité des logements sera installé à l'École pratique, pavillon n° 1.

4° Bureau de postes et télégraphes, au secrétariat de la Faculté.

Par suite de circonstances imprévues, la date de la fête du Congrès se trouve encore une fois modifiée, et le programme définitif des fêtes est le suivant ;

3 août. Réception (sur invitation) par M. le président du Congrès.

4 août. Fête offerte par le président du conseil, au nom du gouvernement, à deux heures, dans la salle du Trocadéro.

6 août. Fête du Congrès, à neuf hrures et demie du soir, au palais du Luxembourg.

7 août. Fête offerte par le Conseil municipal, dans les salons de l'Hôtel de Ville.

9 août. Fête offerte par le président de la République, au palais de l'Élysée.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 87. — JEUDI 2 AOUT 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 2 AOUT 1900. — N° 87.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Avis important. — Sur deux cas de contusion du foie avec laparotomie immédiate, par M. A. Gosset, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. — Sciatique chronique guérie par une morsure de vipère, par M. F. Pommerol. — Ier Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie (Paris, 23-28 juillet 1900) [*fin*]. — Séance de l'Académie de médecine. — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — Revue bibliographique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

AVIS IMPORTANT

Les travaux du XIIIe Congrès international de médecine, si l'on en juge par le nombre des communications annoncées et par l'importance de ses rapports, vont former une œuvre scientifique considérable.

Désirant donner à nos lecteurs un compte rendu aussi clair et complet que possible de ce Congrès, nous avons décidé de publier, dans les quelques jours qui suivront sa clôture, un *NUMÉRO EXCEPTIONNEL* contenant le compte rendu analytique et critique des travaux de chaque section.

Nous avons choisi parmi nos collaborateurs ceux que leurs travaux antérieurs désignaient le mieux pour mener à bien cette tâche.

Ainsi, sous une forme qui n'aura pas les inconvénients d'un compte rendu au jour le jour, forcément hâtif et incomplet, nos lecteurs trouveront en un seul numéro ce qu'on devra retenir du Congrès de 1900.

Tous nos abonnés recevront gratuitement ce numéro exceptionnel.

Nota. — *Pour faciliter la tâche de nos collaborateurs, nous prions MM. les Congressistes de vouloir bien nous adresser directement leurs communications ou un résumé de celles-ci.*

SUR DEUX CAS DE CONTUSION DU FOIE

AVEC LAPAROTOMIE IMMÉDIATE

Par M. A. Gosset, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

Nous avons eu occasion d'intervenir dans le service du professeur Terrier, à l'hôpital Bichat, dans deux cas de plaie du foie, par coup de pied de cheval. L'un de nos malades a guéri, l'autre a succombé à la multiplicité des lésions. Comme les cas de laparotomie pour contusion du foie sont relativement rares, nous croyons intéressant de relater ces deux observations.

Observation I. — *Contusion du foie par coup de pied de cheval. Plaie de la face inférieure. Laparotomie. Guérison.* — Le nommé G... (Albert), âgé de trente-cinq ans, palefrenier, entre le 17 juillet 1898, à l'hôpital Bichat, service de M. Terrier, salle Jarjavay, lit n° 8.

C'est à quatre heures de l'après-midi, qu'il est transporté en voiture à l'hôpital Bichat, et l'accident remonte à une heure, c'est-à-dire trois heures avant. Il a reçu un coup de pied de cheval *à la volée*; à ce moment il n'était pas appuyé contre un mur et la force du coup l'a projeté à terre. Il a pu se relever, puis, quelques instants après, il a perdu connaissance.

En l'examinant, on constate de la *contracture* dans tout l'abdomen, surtout dans la moitié droite. Sur la ligne mamelonnaire, à la partie inférieure du thorax, on relève la trace du coup de pied de cheval. Douleur très vive dans l'hypocondre droit, *matité dans la fosse iliaque droite*. Diagnostic porté : hémorragie intrapéritonéale.

Laparatomie médiane sus-ombilicale pratiquée séance tenante par M. Gosset, avec l'aide de M. Guillemin. Débridement latéral droit, sur le muscle droit, pour avoir du jour. Épanchement sanguin intra-abdominal assez abondant, environ un litre de sang dans le ventre. On va vers le foie et en relevant la face inférieure, pendant que la masse intestinale est abaissée au moyen de compresses aseptiques, on aperçoit, à 2 centimètres en dehors de la vésicule biliaire, un sillon d'éclatement antéro-postérieur, long de 5 centimètres et profond de 1 centimètre. L'hémorragie est abondante. En tamponnant avec de la gaze aseptique, on peut s'en rendre maître. Le tamponnement est laissé en place deux ou trois minutes, puis enlevé. L'hémorragie, moins abondante, persiste cependant. On met une mèche de gaze aussi bien appliquée que possible et l'on attend, ou plutôt l'on inspecte rapidement les autres organes. Le reste de l'abdomen paraît sain.

Après avoir fait cet inventaire rapide, on revient au foie. Le tamponnement paraît efficace et l'on referme la paroi, en laissant la mèche sortir par le milieu de l'incision.

18 juillet. Le pansement est sec, il n'y a pas eu de suintement sanguin. Température du matin, 38°4; du soir 38°8.

19 juillet. Le malade tousse. Il a des quintes de toux très pénibles, la température est à 38°4, le pouls à 106, avec 28 respirations à la minute. La veille, on a fait au malade 1 000 grammes de sérum artificiel en injection sous-cutanée. Il urine seul et, dans les vingt-quatre heures, il a émis 1100 grammes d'urine.

20 juillet. Le malade est très fatigué par une toux quinteuse, sans expectoration; on trouve à l'auscultation quelques râles de bronchite. Température du matin, 36°8; du soir, 38°4. 90 pulsations à la minute, 36 respirations.

21 juillet. On fait le pansement. La plaie a bon aspect. Par prudence, on laisse la mèche.

Du 21 au 26 juillet, l'état du malade s'améliore progressivement, la bronchite est moins marquée.

26 juillet. On retire une partie de la mèche.

27 juillet. La mèche de gaze est complètement retirée.

Le malade sort guéri de l'hôpital le 15 août 1898. Il a été revu en bonne santé, six mois après.

Obs. II. — *Contusion du foie par coup de pied de cheval. Plaies multiples de la face inférieure et de la face supérieure. Laparotomie. Mort.* — Le nommé B... (Léon), âgé de quarante-huit ans, palefrenier, est apporté d'urgence le 27 septembre 1898, à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier, salle Jarjavay, lit n° 4 bis.

A midi et demi, il a reçu, alors qu'il était appuyé contre le mur de l'écurie, un coup de pied de cheval qui l'a atteint immédiatement au-dessous du rebord costal, à trois travers de doigt à droite de la ligne médiane. Il est tombé à terre et a perdu connaissance. Une demi-heure après l'accident, j'ai pu l'examiner à Bichat et j'ai constaté, en même temps qu'un état syncopal très marqué, de la douleur dans toute la partie supérieure de l'abdomen, *avec contracture de la paroi abdominale*, surtout au-dessus de l'ombilic. A la percussion, *matité dans la fosse iliaque droite*, tandis que dans tout le reste de l'abdomen, la sonorité est normale. En présence de ces signes évidents d'hémorragie intrapéritonéale, étant donné le point où avait porté le choc et la localisation de la matité dans la fosse iliaque, et me rappelant le cas précédent, je porte le diagnostic d'*hémorragie intrapéritonéale*, due sans doute à une plaie du foie par éclatement.

Opération pratiquée à une heure et demie, c'est-à-dire une heure après l'accident, avec l'aide de M. Guillemin, interne du service. Chloroformisateur : M. Deschamps, interne. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Épanchement sanguin très abondant dans tout l'abdomen. De façon à avoir du jour, on branche, sur l'incision première, une incision transversale, sectionnant le muscle grand droit du côté droit et l'on va immédiatement explorer la face inférieure du foie. A droite et à gauche du sillon de la veine ombilicale, on constate une série d'éraillures transversales. Il y en a trois à droite et deux à gauche, chacune d'elles mesurant de trois à quatre centimètres de long avec une profondeur d'un centimètre. Ces éraillures saignent, mais le suintement n'est pas aussi abondant qu'on pourrait le supposer. On fait pendant quelques secondes de la compression avec de la gaze aseptique, on touche même ces plaies avec une solution gélatinée préparée d'avance, et l'on constate qu'il n'y a plus d'hémorragie. Par prudence, on laisse à demeure des mèches de gaze pour faire tamponnement.

Le bord antérieur du foie ne présente pas de lésions.

Malgré le tamponnement de la face inférieure, on voit, au moment de fermer le ventre, qu'il y a encore un peu de sang tout à fait en arrière, près de la veine cave. Pensant qu'il s'agit là de sang ancien amené en ce point par suite de la position de l'opéré, on termine l'opération et on referme la paroi. Durée de l'opération : cinquante minutes.

A deux heures et demie, injection sous-cutanée de 1000 grammes de sérum artificiel.

A six heurs du soir, nouvelle injection de 500 grammes de sérum. Le malade est dans un état satisfaisant.

A sept heures, il est pris d'une toux quinteuse, pénible.

A dix heures, le pouls est plus rapide (120) et petit.

A quatre heures du matin — c'est-à-dire quatorze heures après l'intervention — le malade meurt, en même temps que l'on constate une abondante hémorragie par la plaie.

Autopsie pratiquée le 29 septembre, vingt-huit heures après la mort.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate un abondant épanchement sanguin. Tous les organes sont sains, les lésions siègent exclusivement sur le foie. Au niveau de la face inférieure, il n'existe que les incisures constatées au cours de l'opération. Elles paraissent très bien comprimées par les mèches, et déjà la gaze adhère au tissu hépatique. Mais au niveau de la face supérieure il existe des lésions beaucoup plus importantes, et qui avaient échappé au cours de la laparotomie. Le tiers antérieur de la face supérieure est intact, mais tout le reste est comme labouré de profonds sillons antéro-postérieurs, au nombre de neuf et longs de 3 centimètres à 7 ou 8. Le plus important de ces sillons part immédiatement au-devant de la veine cave, il est long de 8 centimètres, et profond de 2 centimètres. A son niveau, la section du tissu hépatique est faite nettement, comme avec un instrument tranchant.

Deux points sont plus particulièrement intéressants dans l'histoire des contusions du foie : c'est, d'une part, la critique des signes propres à établir le diagnostic et, d'autre part, le choix des moyens thérapeutiques à employer.

L'on peut toujours diagnostiquer l'hémorragie intrapéritonéale et *même, dans quelques cas*, il est possible de préciser l'origine hépatique de cette hémorragie.

Dans l'observation I, nous avons seulement fait le diagnostic d'épanchement sanguin intrapéritonéal, sans chercher à en déterminer la cause; dans l'observation II, instruit par notre cas précédent, nous avons pu, avant toute intervention, avancer la possibilité de la lésion hépatique et la laparotomie a confirmé l'exactitude de cette hypothèse.

Dans nos deux cas, les signes d'une lésion profonde étaient des plus nets. Dans les deux, nous notons cette contracture de la paroi, dont tout le monde parle à propos des contusions de l'abdomen, sans cependant lui attacher la *valeur pathognomonique* qu'elle mérite. En 1898, alors que nous étions interne du professeur Terrier, notre maître, M. Hartmann, appela notre attention sur la très grande valeur de ce signe (1).

Depuis cette époque, nous avons systématiquement basé notre diagnostic, dans le cas de contusion de l'abdomen, sur ce signe unique. C'est lui qui a été notre seul critérium dans vingt cas de contusion de l'abdomen, que nous avons eu l'occasion d'observer à Bichat, dans l'espace de deux ans. Nous basant sur ce seul signe, dont nous faisions un *signe pathognomonique*, nous n'avons jamais eu à regretter la conduite suivie. Toutes les fois qu'il y avait contracture de la paroi, nous n'avons pas hésité à faire la laparotomie et

(1) H. Hartmann. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1898, p. 881.

toujours nous avons constaté des lésions viscérales. Chaque fois, au contraire, que la contracture était absente, nous avons pratiqué l'expectation et tous les malades, sans exception, ont guéri en quelques jours, ce qui écarte bien l'idée de toute lésion profonde. Ce signe, sur la valeur duquel M. Hartmann a eu le mérite d'attirer l'attention, et que nous étudierons plus tard dans un travail fait en collaboration avec lui et portant sur nos vingt observations, ce signe aurait donc une *valeur pathognomonique*, mais il demande à être recherché avec soin.

Pour ne pas être induit en erreur, il faut procéder avec beaucoup de méthode et surtout avec beaucoup de douceur. Lorsque l'on vient, chez un malade ayant reçu quelques heures auparavant un choc sur l'abdomen, à palper sans précaution la région abdominale, le malade se défend et met sa paroi en tension. Pour que la contracture ait une valeur clinique réelle, indubitable, il faut avant tout rassurer le patient, le calmer, le faire respirer tranquillement et la bouche ouverte; alors seulement on peut palper l'abdomen. Il faut poser la main bien à plat, très doucement, et déprimer lentement et progressivement. Lorsqu'il n'y a pas de lésion, on peut ainsi déprimer aussi profondément que l'on veut. Dans le cas contraire, après avoir déprimé la paroi jusqu'à un certain point, on sent bientôt qu'on ne peut pas obtenir plus. La paroi se tend, se raidit sous la main qui explore et bientôt cette main est repoussée par la paroi qui se contracte, comme sous la détente d'un ressort revenant peu à peu sur lui-même.

Dans le cas de *contracture très marquée*, lorsqu'il y a le *ventre en bois*, cette recherche ne présente aucune difficulté. Mais c'est dans les cas plus légers, qu'il faut justement déceler la contracture, et la sensation de résistance à la main qui explore, puis de refoulement par la paroi qui se contracture, est justement caractéristique.

Dans nos deux cas, nous avons noté cette résistance de la paroi. Dans l'observation II, une demi-heure après l'accident, il y avait une contracture des plus nettes dans toute la région sus-ombilicale. Dans l'observation I, la contracture existait surtout dans la moitié droite de l'abdomen. Dans un cas de Hartmann (1), relatif également à une contusion du foie, la contracture existait dans de telles conditions qu'elle acquiert ainsi une importance capitale. Il s'agit d'un malade ayant fait une chute d'un lieu très élevé, et atteint manifestement de fracture du crâne. Mais il y avait en plus de la contracture de la paroi. En conséquence, M. Hartmann pratiqua la laparotomie et trouva une plaie du foie. Le malade guérit du reste parfaitement bien de sa double lésion.

La contracture de la paroi, qui existait dans mes deux cas, indiquait donc une lésion viscérale.

La matité à la percussion venait préciser et montrer que cette lésion viscérale était accompagnée d'une hémorragie abondante. Dans un cas une demi-heure et dans l'autre trois heures après l'accident, on note, à côté d'une sonorité normale dans tout l'abdomen, une matité marquée dans la fosse iliaque droite. Cette matité, *dans la fosse iliaque droite*, montre un épanchement sanguin produit à droite du mésentère. Dans les deux cas, il s'agissait en effet de lésions hépatiques, et de lésions siégeant sur le lobe droit du foie.

Enfin les commémoratifs peuvent avoir une grande importance pour permettre de présumer le degré de gravité de la contusion et l'organe atteint. Le malade de l'observation II était calé contre un mur lorsqu'il reçut le coup de pied de cheval. Il y avait bien des chances pour qu'il s'agît d'une contusion grave de l'abdomen. Le malade de l'observation I reçut un choc tel qu'il alla rouler quelques pas plus loin. Enfin dans les deux cas le choc avait porté sur la région hépatique, nouvelle raison en faveur d'une contusion du foie.

(1) H. Hartmann. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1899, p. 143.

Lorsque l'examen très soigné du blessé amène à penser qu'il s'agit d'une hémorragie et peut-être d'une lésion hépatique, l'indication opératoire n'est pas discutable. Il faut, séance tenante, pratiquer la laparotomie médiane sus-ombilicale, mettre deux écarteurs et aller immédiatement explorer le foie. Dans le cas où l'origine de l'hémorragie est bien au niveau du foie, il faut avant tout se donner du jour et brancher, comme nous l'avons fait, une incision transversale sur le milieu de la lèvre droite de l'incision première. On peut alors se rendre compte des dégâts. Il faut explorer la vésicule, puis la face inférieure du foie, mais ne pas laisser incomplète l'exploration de la face supérieure. Lorsqu'on intervient pour des contusions de l'abdomen ou du thorax, on ne saurait faire d'exploration trop minutieuse. Dans le cas I, il n'y avait qu'une seule fissure de la face inférieure et le malade a guéri. Dans le cas II, nous avons arrêté l'hémorragie de la face inférieure, mais l'intégrité du bord antérieur du foie nous a abusé. La face supérieure du foie, collée contre le diaphragme, demande à être abaissée pour devenir visible. Nous avons eu le grand tort de nous contenter de l'examen du bord antérieur et de la portion avoisinante. Nous aurions dû écarter le foie du diaphragme et nous n'aurions pas ainsi laissé échapper les lésions si graves de la face supérieure, auxquelles a succombé notre deuxième opéré.

En présence de telles lésions, que peut-on faire? La plupart du temps, il ne s'agit pas d'hémorragie artérielle, auquel cas on imitera la conduite de J.-L. Faure (1), en mettant une pince sur le vaisseau qui donne. Le plus souvent, ce sont des hémorragies en nappe.

On a dit que ces hémorragies hépatiques, en nappe, n'étaient pas aussi redoutables qu'elles le paraissaient à priori et qu'elles peuvent s'arrêter spontanément, au bout d'un certain temps. C'est vrai sans doute, dans le cas de fissures peu profondes. Mais il ne faut pas compter sur cette hémostase spontanée, notre malade II ne le prouve malheureusement que trop. Ce qui est vrai, c'est que le tamponnement à la gaze suffit bien souvent à arrêter l'écoulement. Il nous a suffi dans nos deux interventions, et à l'autopsie du second malade, le tamponnement, qui n'était resté en place que 14 heures, adhérait déjà assez efficacement au tissu hépatique. Il y a même, dans ce fait, un inconvénient et dans le cas I où nous avions, par trop grande prudence, laissé la mèche en place pendant neuf jours, nous avons eu certaines difficultés à la retirer. Deux ou trois jours sont suffisants.

Mais il n'est pas toujours possible d'arriver sur la fissure et de l'exposer pour pouvoir en pratiquer le tamponnement. Et dans le cas II, la longue fissure qui allait en arrière jusqu'à la veine cave, eût été bien malaisée à tamponner efficacement. C'est dans de tels cas, pensons-nous, que la solution gélatinée trouve surtout ses indications.

(1) J.-L. Faure. *Gaz. hebd.*, Paris, 13 août 1896.

SCIATIQUE CHRONIQUE

GUÉRIE PAR UNE PIQURE DE VIPÈRE

Par M. POMMEROL (de Gerzat).

Marie M..., quarante-cinq ans, habitant à Châteaugay, Puy-de-Dôme, souffrait depuis plusieurs années de douleurs sciatiques violentes, dans le membre inférieur gauche. Elle avait consulté plusieurs médecins de Clermont et suivi diverses médications. Les calmants, les révulsifs, les altérants, tout avait été inutilement préconisé. Des saisons hydro-minérales à Châteauneuf-les-Bains et à Saint-Nectaire n'avaient pas été plus efficaces. Les muscles fléchisseurs de la cuisse et de la jambe avaient fini par se rétracter et la malade claudicant marchait avec une extrême difficulté.

Elle voulut dans le courant du moi de juin aller en voiture à un pré-verger où se faisait la fenaison. En marchant sur l'herbe récemment fauchée, elle sentit une vive douleur au niveau de la malléole externe gauche. Elle se coucha et vit ramper un petit serpent de couleur noirâtre. La douleur ne disparaissant pas, et bientôt un gonflement considérable s'étant manifesté, elle se fit conduire à son domicile.

Je fus appelé quatre à cinq heures après l'accident. Je trouvai la malade couchée, la figure pâle. Elle avait des sensations de défaillance, des nausées, des lypothymies. Le pouls était petit, misérable, la respiration pénible, les forces anéanties. J'examinai la partie blessée et je constatai d'une manière apparente deux petits points violacés, espacés d'un centimètre environ et situés au-dessus de la malléole externe gauche. La jambe était endolorie, et un gonflement dur s'étendait jusqu'au voisinage de l'aine. Il ne pouvait y avoir de doute, Marie M... avait été mordue par une vipère; la blessure faite par les crochets venimeux était caractéristique.

A cette époque on ne se servait pas, en injections hypodermiques, des médicaments oxydants, tels que l'acide chromique et le permanganate de potasse. Je me bornai à soutenir les forces de la malade. J'administrai l'ammoniaque remède alors populaire, ainsi que l'alcool et le café à fortes doses. J'enveloppai le membre dans de l'ouate et j'attendis les événements.

Tout alla bien : les phénomènes généraux disparurent en quelques jours; le membre, d'abord livide violacé, prit une teinte jaunâtre; après trois semaines, un mois, les forces revinrent et la malade put être considérée comme guérie. Je lui dis alors qu'il se pourrait fort bien que sa sciatique fût amendée à la suite de la révulsion violente dont elle venait d'être la victime. Les résultats dépassèrent mon espérance. A partir du jour de la morsure, Marie M... ne sentit plus aucune douleur dans le nerf sciatique. Insensiblement les raideurs musculaires disparurent, et le membre reprit ses fonctions normales. Voilà déjà longtemps que l'accident est survenu, et la guérison s'est maintenue d'une manière définitive. La sciatique de nature chronique, très douloureuse et datant de cinq à six ans, avait disparu comme par enchantement à la suite d'une piqûre de vipère.

Les anciens, dans leur thérapeutique, faisaient un usage fréquent de la vipère. La fameuse thériaque contenait de la chair et sans doute aussi du venin de ce reptile. On se servait beaucoup de cette panacée pour la guérison même des piqûres de bêtes venimeuses et des morsures de chiens enragés. Ambroise Paré (*Œuvres*, liv. XXI, ch. XIII, et liv. XXII, ch. XXIV) cite, d'après Galien, des faits remarquables de guérison. Des chasseurs m'ont assuré que tout chien piqué par une vipère était réfractaire à la rage. Qu'y a-t-il de vrai en cette affirmation?

Devant le fait si probant que je viens de rapporter, maintenant surtout que la thérapeutique nouvelle est surtout orientée du côté des sérums, il serait sans doute utile d'étudier l'action des venins atténués comme médication curative. Il y a certainement dans cette direction plus d'une découverte importante à faire.

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL

DE MÉDECINE PROFESSIONNELLE ET DE DÉONTOLOGIE

(22-28 JUILLET 1900)

Séance du jeudi matin (SUITE).

M. ANTONELLI (de Paris), après avoir exprimé toute sa reconnaissance au professeur Grasset et avoir pleinement souscrit à ses conclusions, aborde la question des rapports des médecins étrangers vis-à-vis des confrères de leur pays d'adoption. A ce point de vue, dit-il, le conseil supérieur de médecine professionnelle proposé par M. Grasset serait d'une utilité incontestable.

« Seul, en effet, ce conseil pourrait juger tout différend entre médecins de nationalités diverses exerçant dans un même endroit. Il est certain qu'une collectivité médicale, d'un pays quelconque, aura, à l'égard d'un médecin étranger ayant acquis droit d'y exercer, des rapports confraternels viciés, comme le dit si bien l'honorable rapporteur à la page 2 de son Mémoire, par l'orgueil, la jalousie et l'intérêt. Ces trois « péchés capitaux », exaspérés dans le cas particulier par la crainte de la concurrence, ne permettent pas, aujourd'hui, aux collectivités médicales, d'accepter la concurrence loyale, de la part d'un confrère étranger, avec la même sérénité d'esprit qui doit faire admettre toute concurrence entre praticiens instruits et honnêtes. Le conseil supérieur, préconisé par M. Grasset, pouvant s'élever au-dessus des rivalités locales, fixerait dans son *Code de déontologie médicale* ce qu'il faut exiger d'un médecin établi en pays étranger pour que ses confrères d'adoption puissent le considérer, avant tout et surtout comme un confrère; lui reconnaissant les mêmes droits qu'à eux-mêmes, non pas pour des places rétribuées, bien entendu, ou pour des fonctions touchant à la vie officielle de l'État, mais pour tout ce qui concerne exercice professionnel libre, déontologie, sociétés médicales, professionnelles ou scientifiques, chambres ou conseils d'ordre, syndicats et institutions similaires. »

M. LASSALLE rappelle qu'il existe dans la Gironde un code déontologique qui malheureusement n'a pas sensiblement diminué le nombre des confrères manquant à leurs devoirs confraternels. Superflu pour les confréres consciencieux et honnêtes, ce code devient inutile pour les autres. Il faudrait une sanction disciplinaire.

M. ZAMBACO cite quelques faits dont il a été témoin en Orient et qui sont bien faits pour déconsidérer la profession médicale. Il parle d'associations entre médecins et pharmaciens, il aborde la question de l'avortement qui se pratique sur une grande échelle par des sages-femmes que des médecins couvrent de leur nom et de leur titre, etc., etc. M. Zambaco insiste donc sur la nécessité d'un code international et il approuve les conclusions de M. Grasset.

M. THIÉRY propose que ce code, quand il sera élaboré soit remis d'office à tout étudiant passant sa thèse de doctorat.

M. MALBEC pense que ce code doit être l'œuvre de tous et

qu'il serait bon d'adresser dès maintenant, dans ce but, un questionnaire à chaque praticien.

M. Vandam (de Bruxelles) propose la création d'une commission permanente chargée d'étudier la question.

M. Grasset pense qu'il faudrait que chaque nation étudiât la question de son côté et fît ensuite connaître le résultat de ses réflexions à la commission internationale permanente.

Sans doute, ajoute-t-il, tout code nécessite une sanction. Ici la sanction pénale serait un blâme officiel émanant du conseil supérieur.

Après cet échange d'explications, chacune des conclusions du rapport de M. Grasset est votée à l'unanimité.

Séance du jeudi soir.

MM. Borel et Fayol font une communication sur la médecine sanitaire maritime. Ils formulent les vœux suivants :

« 1° Accorder au service médical, à bord des navires de commerce, l'indépendance qui seule lui permettra d'effectuer le service sanitaire;

2° Recruter les directeurs, agents principaux et médecins de la santé dans les ports parmi les médecins sanitaires maritimes ayant navigué un certain nombre d'années et ayant fourni par leurs rapports des preuves de leur compétence;

3° Représentation des médecins au conseil supérieur de la marine marchande;

4° Règlementation des infirmeries, pharmacies et matériel chirurgical des navires de commerce;

5° Intervention des gouvernements auprès des compagnies de navigation, pour la fixation d'une solde convenable pour le médecin que lesdits gouvernements imposent;

6° Rétablissement de la retraite des invalides de la marine pour ceux des médecins qui désirent y verser;

7° Régularisation de la situation militaire des médecins sanitaires maritimes français. »

M. Barbanneau (Vendée) appelle l'attention sur les rapports des médecins avec les compagnies d'assurances relativement à la loi « accidents du travail ». Il propose les conclusions suivantes :

« 1° En principe, le patron (ou la compagnie) est un client comme un autre, ni plus, ni moins. Et même la compagnie, en réalité, n'est rien aux yeux de la loi; le patron seul est responsable; à lui seul la note d'honoraires doit être remise, sans tenir compte de ses engagements avec une compagnie que nous ne devons pas connaître;

2° Dans chaque pays, faire établir, soit par les syndicats, soit par toute autre association médicale, un tarif d'honoraires suffisamment rémunérateur, pouvant être accepté par tous les médecins et imposé aux patrons, c'est-à-dire aux compagnies. Ce tarif, visant des ouvriers, doit être ni trop exagéré, ni trop amoindri. De plus, dans chaque pays, s'il existe des tarifs différents suivant les contrées, tendre à les unifier : c'est le moyen d'établir une solide base à toute revendication en justice;

3° Dans ces tarifs, contrairement au système girondin, le prix forfaitaire ne peut pas et ne doit pas s'appliquer aux visites subséquentes; il ne touche que les interventions chirurgicales possibles au début et dans le cours du traitement;

4° En pratique, éviter autant qu'on peut une nomination spéciale par une compagnie, nomination entraînant toujours une diminution d'honoraires; déclarer nettement que tous les médecins de la même région acceptant le même tarif, chaque patron assuré a la liberté du choix de son médecin;

5° Si, pour des raisons spéciales, on se croit obligé d'accepter le mandat de médecin d'une compagnie, exiger, avant toute autre condition, l'acceptation écrite du tarif adopté : ce tarif, dont une copie sera remise à chaque compagnie, devra toujours être la condition primordiale de toute entente.

Dans tous les pays où il n'existe pas de loi particulière sur les accidents du travail, établir les mêmes tarifs que ci-dessus, et déclarer péremptoirement aux patrons et aux compagnies qu'on leur refusera tous certificats jusqu'à l'acceptation sans restriction de ces tarifs. »

M. Dromain parle de la valeur du certificat de vaccine. Il rappelle qu'à la Faculté de médecine de Paris on refuse les certificats de vaccine établis par les médecins et qu'on n'accepte que les vaccinations faites par les employés de l'Académie de médecine. C'est un singulier exemple de déontologie que l'on donne aux étudiants, on prive en outre les médecins d'une source légitime de bénéfices.

M. Baudry (de Rennes) raconte *la grève des médecins d'Ille-et-Vilaine* pour protester contre le tarif dérisoire que le conseil général a adopté : abonnement à raison de 1 franc par indigent et par an, 1 fr. 50 quand le médecin fournit les médicaments. Cette grève n'a pas eu d'effet parce que nombre de médecins, qui avaient promis de s'y soumettre, se sont dérobés.

TROISIÈME SECTION

M. Galland-Gleize soulève ce point de *déontologie:* Un chirurgien ne doit pas pratiquer l'hystérectomie totale à une femme sans en prévenir le mari.

M. Cuylits fait observer qu'en Belgique pour l'opération césarienne le consentement de la femme seule suffit. Cependant M. Cuylits partage l'opinion formulée par M. Galland-Gleize.

Suit une discussion sur les sociétés médicales et les syndicats. MM. Cayla et Ducor expliquent le fonctionnement des sociétés d'arrondissement.

M. Smith demande si ces sociétés s'entendent avec les syndicats, comme cela a lieu en Angleterre, ce qui permet parfois de ramener les mauvais confrères.

M. Cayla répond que les mauvais confrères sont expulsés des sociétés d'arrondissement.

M. Ducor ajoute que ces sociétés sont une véritable école de déontologie.

M. Bellencontre fait observer que la dualité entre les deux réunions est une très bonne chose; le syndicat est l'arme matérielle qui doit être ouvert à tous sans parrain; les sociétés d'arrondissement représentent au contraire une sélection.

M. Antonelli (de Paris) demande l'avis du Congrès sur la situation déontologique des médecins ayant gardé leur nationalité et exerçant, bien entendu en toute légalité, dans un pays étranger. Ces médecins, reçus par la Faculté du pays où ils exercent, peuvent-ils, *de par le seul fait de leur nationalité différente*, être exclus des syndicats ou de toute autre société médicale, scientifique ou professionnelle? En d'autres termes, une société médicale quelconque, scientifique ou d'intérêts professionnels, peut-elle, SANS FAIRE OUTRAGE AUX BONS PRINCIPES DE DÉONTOLOGIE, fermer ses portes à un médecin étranger ayant acquis diplôme de la Faculté locale et ayant gardé sa nationalité?

La question paraît d'autant plus intéressante à être discutée, que les conclusions devront forcément en être appliquées à tout ce que notre Congrès aura à décider quant aux institutions médicales telles que ligues, ordres ou chambres de médecins.

M. Dignat rappelle que la loi n'oblige pas à être Français pour exercer la médecine en France.

M. Bellencontre fait observer que les mesures dont a parlé M. Antonelli sont des mesures de défense.

M. Cuylits croit qu'une fois un étranger admis, il doit jouir de toutes les prérogatives de la profession.

M. Boé (de Paris) appelle l'attention sur l'*incompatibilité des concours et de l'esprit de solidarité professionnelle.*

M. Manolescu (de Bucarest) fait connaître l'organisation de l'*Association générale des médecins de Roumanie.*

Séance du vendredi matin.

M. Lande (de Bordeaux) expose un rapport sur les *œuvres d'assistance et de prévoyance médicales*. Il représente le jeune docteur au début de la carrière. Le capital qu'il représente, dit-il, est constitué :

« 1° Par la somme des débours que représente la vie matérielle d'un homme arrivé déjà au delà de la moitié de la vie moyenne ; 2° par les dépenses spéciales que nécessitent des études longues et onéreuses ; 3° par sa valeur intrinsèque résultant de ses capacités intellectuelles et scientifiques ou, en d'autres termes, la valeur propre de son travail accumulé. »

Quelle garantie pour sauvegarder ce capital ? Aucune.

M. Lande, étudiant ce qui se passe dans les différents pays, conclut ainsi :

« On voit que, dans la plupart des pays, les membres du corps médical, soutenant une lutte fort rude contre les difficultés de la vie, ont cherché à se rapprocher et à s'entendre. Mais la plupart de leurs œuvres, inspirées surtout par un sentiment de commisération à l'égard des confrères tombés dans l'indigence, par suite de maladie, d'infirmité ou de vieillesse, ne constituent qu'une entente charitable.

Quelque noble que soit le mobile, quelque magnifique que soit le résultat, l'œuvre accomplie ne nous paraît pas suffisante ; c'est dans les idées d'association, de prévoyance et de mutualité que nous devons chercher les éléments d'un nouveau groupement.

La longue énumération des œuvres que nous avons citées témoigne, comme nous l'avons indiqué au commencement de ce travail, qu'une association professionnelle répondant à tous les desiderata d'une prévoyance complète devrait réaliser les œuvres suivantes :

Charité ;

Assurance en cas de maladie ;

Assurance en cas d'infirmité permanente ;

Assurance en cas de survie prolongée (pensions de retraite, rentes différées) ;

Assurance en cas de mort (assurance sur la vie).

Si chacun prévoyait les risques qui peuvent l'empêcher de continuer l'exercice de sa profession, on pourrait supprimer la part faite à la charité ou, tout au moins, la réduire dans de grandes proportions, puisqu'elle n'aurait plus à satisfaire qu'aux besoins des plus misérables et de quelques confrères assez dénués de bon sens pour ne pas réfléchir un seul instant aux mauvaises chances de la vie.

En l'état actuel au contraire, nous l'avons vu, c'est la charité seule qui, dans l'immense majorité des cas, fait face aux divers besoins des sociétaires groupés dans nos associations professionnelles.

Il serait à désirer que le Congrès de 1900 donnât, comme cela a eu lieu en France pour le Congrès de 1845, un nouvel essor aux associations de prévoyance, et provoquât partout, sous un même titre et d'après une même méthode, la création d'associations comprenant des œuvres d'assurances contre les risques qui peuvent réduire le praticien à l'inaction et à la misère.

Ces œuvres existent déjà dans la plupart des pays, c'est vrai, mais leur éparpillement et leur nombre même constituent leur faiblesse.

Dans toutes les affaires financières, le succès appartient aux gros capitaux et, loin de se laisser aller à une rivalité dangereuse, les médecins de chaque pays devraient se grouper en une seule et puissante association, subdivisée en plusieurs fondations ayant chacune pour objet de prémunir le praticien contre un des risques professionnels.

Déjà l'expérience a prouvé qu'on pouvait créer utilement des caisses indemnité-maladie contre les risques de l'infirmité permanente, et l'expérience en est déjà assez longue pour qu'on puisse établir des tarifs avec certitude que, quoi qu'il advienne, l'avenir de la caisse ne sera pas compromis.

L'exemple donné par les nombreuses compagnies d'assurances sur la vie qui, pour la plupart, ont une branche de pensions de retraite ou de rentes différées, l'expérience même des caisses de retraite constituées uniquement entre les médecins (Belgique, France), prouvent que ces œuvres peuvent réussir pourvu qu'elles ne tombent pas dans l'erreur de la caisse de retraites du corps médical belge qui, se laissant emporter par des sentiments trop généreux, a imprudemment étendu son action bienfaisante sur les veuves et sur les orphelins.

La caisse d'assurance contre la mort ou assurance sur la vie doit faire face aux besoins de la veuve et des orphelins du médecin. Le magnifique résultat obtenu en tous pays par les compagnies d'assurances sur la vie doit être un encouragement aux médecins à ne pas négliger cette forme de prévoyance qui en est la plus importante. On a pu penser en considérant les bénéfices considérables réalisés par les compagnies d'assurances sur la vie, qu'il serait possible de créer une caisse n'admettant que des médecins, mais les tables de mortalité calculées et publiées jusqu'à ce jour ne donnent pas d'indications assez précises pour qu'on puisse établir des tarifs spéciaux pour des hommes appartenant à une seule profession. Les heureux résultats obtenus par les compagnies d'assurances sur la vie nécessitent un nombre d'adhérents plus grand que ne peut le fournir une seule corporation.

Pour les médecins, il est préférable de suivre les exemples de la Société anglaise ou du « Concours médical » en faisant bénéficier les membres de la société d'une réduction consentie par une compagnie d'assurances déterminée.

Jusqu'ici la réduction ainsi obtenue a été rétrocédée aux adhérents. S'il s'agissait non pas seulement de favoriser la prévoyance, mais encore de grouper tous ceux qui comprennent l'utilité des assurances sur la vie et de créer un lien de solidarité entre eux, il serait préférable de réunir dans une caisse commune les sommes ainsi obtenues par les compagnies en réduction de leurs primes ordinaires. Dans la réserve ainsi constituée, les assurés pourraient en cas de détresse momentanée emprunter les sommes nécessaires au paiement de leurs primes. Les avances consenties dans ces conditions seraient toujours remboursées dès le versement des premières annuités de pension, elles permettraient aux associés de ne plus être exposés à perdre tout le bénéfice d'un contrat et à ne pas voir réduire dans des proportions importantes, par rapport aux versements effectués, les quotités de la retraite annuelle ou du capital assuré. »

M. Lande propose les conclusions suivantes qui sont adoptées à l'unanimité :

« *Conclusions.* — Les œuvres d'assistance ou de prévoyance médicale considérées dans les diverses nations sont encore incomplètes.

Ces œuvres doivent avoir pour but de prémunir les médecins contre les risques suivants :

Maladie aiguë ou chronique (infirmité),

Sénilité,

Mort.

A chacun de ces risques doit correspondre une cotisation et par suite une caisse spéciale :

Caisse d'assurance contre la maladie aiguë ou chronique (infirmité),

Caisse d'assurance contre la vieillesse (retraites, rentes différées),

Caisse d'assurance contre la mort (assurance sur la vie).

L'organisation de ces diverses caisses est rendue plus facile par l'adoption d'un âge déterminé comme terme moyen de la vie professionnelle du médecin (65 ans dans l'association anglaise).

La fixation de l'âge du repos normal permet de limiter la durée des versements des cotisations afférentes aux assurances contre la maladie et la mort au moment même où s'ouvre le droit à la retraite.

Le médecin arrivé à cet âge, devenu libre de toute charge, touchant la rente réservée pour ses vieux jours, pourrait ainsi jouir en paix d'un repos honorable avec la certitude de laisser encore après lui le capital garanti par l'assurance souscrite sur sa vie.

Enfin, un lien commun devrait réunir tous les participants de ces diverses œuvres : ce serait le versement d'une somme minime, de 10 francs par an par exemple, avec laquelle on constituerait une caisse de secours destinée à venir en aide aux imprudents, aux malheureux, aux veuves et aux orphelins de ceux auxquels la fortune n'aurait jamais souri.

Le médecin demeurerait ainsi pour les membres de la famille médicale ce qu'il a toujours été pour tous et en tous lieux, l'apôtre de la charité. »

Dans l'exposé des diverses sociétés, basées sur la mutualité, dont a parlé M. Lande, il n'a peut-être pas suffisamment reconnu l'importance de quelques-unes d'entre elles. C'est pourquoi M. Descout, président de la société Lagoguey, a rappelé le fonctionnement de cette société qui fait le plus grand honneur à son fondateur que la mort nous a ravi trop tôt et qui n'a pu jouir du succès toujours grandissant de son œuvre. Après 14 années d'existence, cette société a en caisse 350 000 francs et assure tous ses membres contre la maladie, contre les maladies de la sénilité et les assurera bientôt contre la mort même. Elle répond donc en tous points au programme présenté par M. Lande.

Nous entendons ensuite le rapport de M. Salomon (Sarthe) sur les *œuvres de défense professionnelle*.

« Le médecin, dit M. Salomon, semble avoir traversé les siècles, sans bruit et sans fracas, peut-être absorbé par l'exercice de son art dont il était si fier, dans tous les cas, menant une vie facile, simple et sans visées ambitieuses. Restant étranger à toutes les révolutions, à toutes les secousses sociales, il vivait seul, tranquille, en famille, au milieu des sociétés les plus tourmentées, sans s'inquiéter ni s'effrayer de cet isolement, semblant s'y complaire. Nos devanciers étaient loin de songer aux revendications qui nous amènent ici ; elles n'avaient pour eux ni sens, ni raison d'être. Pourquoi se seraient-ils préoccupés des œuvres de défense professionnelle, n'ayant pas à se défendre ?

Malgré la plaisanterie de Molière, dont il riait lui-même, le médecin marchait dans le monde avec cette dignité mystérieuse que lui donnait le respect de tous. Réputé le plus savant, il était le plus écouté. Ses arrêts étaient au-dessus de toute discussion et sans appel. Les rois eux-mêmes s'inclinaient devant sa volonté. Enfin, il trouvait dans l'exercice de sa profession le profit en même temps que l'honneur et la considération. Rien ne venait troubler son existence, en dehors des querelles d'école qui ne franchissaient pas l'enceinte de la Faculté.

Le médecin s'est endormi dans cette belle confiance en lui-même, inspirée par la tradition et la confiance des autres. Il était alors un des maîtres de l'humanité. Il se réveille aujourd'hui l'esclave de tous. »

M. Salomon étudie successivement :

1° L'étude des causes de la crise professionnelle ;

2° L'exposé des moyens employés pour conjurer cette crise, et comprenant les œuvres de défense professionnelle ;

3° Ce qui a été accompli par les œuvres de défense et ce qui leur reste à faire ;

Et il termine par les conclusions suivantes :

« Les œuvres de défense professionnelle sont d'institution récente. Crise professionnelle. Groupement des médecins dans le but de se défendre. Utilité de ce rapport. Sa division.

Première partie : Étude des causes de la crise professionnelle. Énumération de ces causes. 1° L'encombrement déterminé par la méthode de l'instruction secondaire. La création de nouvelles facultés. La loi militaire. L'invasion des médecins étrangers. L'exercice par les médecins militaires.

2° Les rapports entre confrères. Nécessité d'un code de déontologie. L'ordre des médecins.

3° L'assistance médicale gratuite donnerait l'hospitalisation et les consultations gratuites.

4° Les sociétés de secours mutuels.

5° Les Compagnies d'assurances contre les accidents.

6° L'exercice illégal de la médecine : par les rebouteurs, masseurs, magnétiseurs et pharmaciens.

7° Diminution des malades par l'hygiène et la prophylaxie.

Deuxième partie. — 1° Des œuvres de défense professionnelle. Association de la Seine, 1832. Association générale des médecins de France, 1859. Les syndicats, 1880. Le Syndicat de Montaigu. Le Concours médical, 1879. L'exercice des syndicats, 1885. Le procès de Dromfront. La loi du 30 novembre 1892. Les restrictions de l'article 13. Constitution de l'Union des syndicats par 45 syndicats de province. Les présidents. Les commissions. Le Syndicat des médecins de la Seine et les syndicats de province. Les ennemis des syndicats. Organisation des syndicats.

2° De l'influence des médecins comme moyen de défense.

3° De l'enseignement de la déontologie.

Troisième partie. — Résultats obtenus par les œuvres de défense que l'Union et le Concours médical ont fait pour la défense des intérêts généraux :

1° Contre l'encombrement. Réunion du groupe parlementaire ; à propos de la loi militaire.

2° Des médecins étrangers. Nouvelle réglementation de leurs études. Diplôme d'état et diplôme universitaire.

3° Médecins des frontières. Appel aux sociétés étrangères ; à la fédération belge.

4° Médecins militaires. Circulaire du général Loizillon.

5° Loi sur l'exercice de la médecine.

6° Loi sur l'exercice de la pharmacie. Action de l'Union et du Concours.

7° Sociétés de secours mutuels. Congrès des mutualistes. Le délégué du Syndicat de la Seine. Délégué-médecin au Conseil supérieur de la mutualité.

8° Compagnies d'assurance. Démarches du docteur Noir au ministère du Commerce. Le tarif. Tarif girondin. Tarif du Concours médical.

9° Exercice illégal de la médecine. Procès des magnéti-

seurs. Des œuvres de défense professionnelle. Groupe parlementaire de médecins députés et sénateurs. Assistance médicale gratuite. »

M. Poitou-Duplessis s'élève avec la plus grande énergie contre les atteintes à la liberté individuelle qu'il croit voir dans les nouvelles réglementations proposées; il s'insurge contre l'enrégimentement obligatoire dans le syndicat. Il s'élève de toutes ses forces contre ce qu'il appelle le syndicat obligatoire.

Il admet la contrainte morale, mais non la contrainte légale.

M. Gayral fait observer à M. Poitou-Duplessis qu'il confond le syndicat avec l'ordre des médecins. Le syndicat est, au contraire, la plus noble expression de la solidarité confraternelle et M. Gayral met à défendre les syndicats la même énergie et la même éloquence que M. Poitou-Duplessis a mises à les accuser.

M. Smith prend à son tour la parole et, non sans quelque ironie, se demande ce qu'on va faire : « J'entends, dit-il, dans ce Congrès, exposer avec talent les doléances du corps médical, ses griefs, mais je ne vois pas encore ce que vous allez faire pour y mettre fin. Jusqu'ici vous avez fait de bonne diagnose, mais quelques pilules feraient bien mieux mon affaire. On vous propose des syndicats, on vous parle de contrainte morale! mais toutes les religions nous ont parlé de contrainte morale. » M. Smith fait ressortir la grande inefficacité de cette contrainte morale; il fournit de nombreux exemples de mauvais confrères, de brebis galeuses que, dans telle ville, on a écartés, et qui vont dans la ville voisine retrouver clientèle et considération, grâce à l'ignorance et à l'indifférence coupable des confrères de cette ville.

Il faut se mettre en face des faits et reconnaître que c'est une bataille qu'il faut livrer. Or quelles sont vos armes? N'oublions pas que c'est aux médecins eux-mêmes qu'il faut faire la guerre. Vous êtes maîtres de la situation; votre seul ennemi, c'est le médecin lui-même, le confrère indigne ou le confrère riche, parvenu et indifférent. Comment combattre ces ennemis? M. Smith pense qu'on pourrait y arriver par la publicité, et il ne lui déplairait pas qu'on allât jusqu'à l'illégalité, ce qui permettrait de mettre quelques médecins en prison, ce qui ferait grand bien à la cause que nous soutenons.

M. Smith, qui a l'oreille du congrès, et qui a un grand talent d'orateur, va peut-être un peu loin et se laisse un peu trop emporter par son éloquence.

Séance du vendredi soir.

M. Lassalle (de Lormont) aborde la question des *chambres syndicales* et termine son éloquent plaidoyer par les propositions suivantes :

« Article premier. — Il est institué dans chaque département (ou arrondissement) un *collège médical.*

Art. 2. — Tout médecin qui aura régulièrement sollicité et obtenu son inscription au tableau de son collège aura seul qualité pour concourir à l'enseignement des Écoles et des Facultés de l'État, pour exercer des missions judiciaires et des fonctions médicales conférées par l'État, les départements, les communes, les établissements publics ou d'utilité publique, les sociétés de bienfaisance ou de secours mutuels, etc., etc. (A compléter s'il y a lieu.)

Art. 3. — Chaque *collège* élira une *chambre médicale* composée de... (nombre, composition et mode d'élection à déterminer par un règlement).

Art. 4. — Il sera dressé tous les ans, par les soins de la chambre médicale, un tableau des membres composant chaque collège. Ce tableau devra être déposé à la préfecture dans la dernière quinzaine de décembre. Il sera, dans le mois de son dépôt, publié par les soins de l'Administration.

Art. 5. — Les attributions de la chambre médicale sont :

1° De prononcer sur les demandes d'inscription au tableau du collège et sur les difficultés qui y sont relatives;

2° De veiller à la conservation de l'honneur des médecins, de maintenir les principes de probité et de délicatesse qui font la base de leur profession et d'assurer la protection de leurs intérêts, sans que jamais aucune ingérence soit permise dans les doctrines médicales honorablement pratiquées;

3° De prévenir et concillier tous différends entre médecins;

4° De prévenir et concillier toutes plaintes et réclamations de la part de tiers contre les médecins à raison de l'exercice de leur profession;

5° D'émettre son opinion sur les poursuites ou responsabilités auxquelles ils pourraient être exposés;

6° De donner son avis sur les difficultés concernant le règlement des honoraires et sur tous différends soumis à cet égard aux tribunaux;

7° De représenter, même en justice, tous les médecins du collège collectivement, sous le rapport de leurs droits et intérêts communs;

8° De prononcer ou provoquer, suivant les cas, l'application de toutes les sanctions disciplinaires.

Art. 6. — Les peines disciplinaires sont... (Par exemple : l'avertissement, le blâme, le blâme avec affichage aux lieux de réunion du collège, l'interdiction temporaire de paraître aux lieux de réunion du collège, l'interdiction du vote, l'inéligibilité, l'amende, la suspension, la radiation.)

Art. 7. — Aucune peine de discipline ne peut être prononcée sans que le médecin inculpé ait été entendu ou appelé, avec délai de huitaine franche; dans le cas où le médecin dûment convoqué n'aurait pas comparu, la décision de la chambre médicale ne pourra être rendue que par défaut.

Art. 8. — Les décisions par défaut seront susceptibles d'opposition dans la huitaine de leur notification.

Les notifications et oppositions seront faites par lettres recommandées.

Art. 9. — Au cas de décision contradictoire prononçant une peine supérieure à..., le médecin frappé pourra se pourvoir par la voie de l'appel.

La même faculté est réservée, dans les mêmes limites, au médecin frappé par défaut qui n'aura pas fait opposition en temps utile.

L'appel devra être interjeté dans le mois de la notification de la décision. Notification et appel seront également faits par lettres recommandées.

Art. 10. — Les appels seront portés devant un conseil médical supérieur, désigné sous le non de *conseil d'appel* (élection, organisation et fonctionnement à déterminer).

Art. 11. — La chambre médicale de chaque collège déterminera la cotisation qui devra être acquittée annuellement par chacun de ses membres pour faire face aux dépenses d'intérêt commun. »

En terminant ce compte rendu qui, nous l'espérons, si résumé qu'il soit, donnera à nos lecteurs une idée vraie du travail accompli dans ce Congrès, nous devons reconnaître que son succès a été très grand et a dépassé toutes les espérances. Un grand nombre de confrères ont répondu à l'appel du comité d'organisation; les séances ont toutes été fort bien remplies et le grand amphithéâtre de la Faculté

était presque toujours plein. Plusieurs rapports ont été vraiment remarquables et font le plus grand honneur à leurs auteurs. Les discussions ont été très animées sans jamais cesser d'être fort courtoises.

Dans notre carrière, déjà longue, de reporter médical, nous avons assisté à bien des congrès. Jamais il ne nous a été donné d'en voir un qui, à sa naissance, ait aussi parfaitement réussi.

Des questions bien graves, des questions vitales pour le médecin y ont été traitées, bien des réformes ont été proposées. Que sortira-t-il de tout cela? L'avenir nous l'apprendra et nous serions bien étonné qu'il n'en sortît pas de réelles améliorations pour la profession médicale. Mais quoi qu'il arrive, nous devons exprimer, au nom du corps médical tout entier, au nom des médecins de tous pays, notre profonde reconnaissance aux promoteurs de ce Congrès de déontologie et de médecine professionnelle, en particulier à son honorable président, notre distingué confrère et notre ami M. Lereboullet, qui a apporté dans ses délicates fonctions un tact, un zèle et une habileté au-dessus de tout éloge.

Souhaitons, en terminant, bonne chance au prochain Congrès qui aura lieu dans trois ans en Belgique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(30 JUILLET 1900)

Beaucoup d'étrangers assistaient à cette séance, parmi eux le professeur Virchow (de Berlin).

Une étude expérimentale de MM. Buffart et Schneider sur la **dourine du cheval** a fait l'objet d'un intéressant rapport de M. Nocard.

Cette maladie, appelée aussi maladie du coït, à cause de son étiologie, fait de grands ravages en Algérie. Elle se traduit, chez le mâle, par une tuméfaction du fourreau et du scrotum, par un écoulement muco-purulent chez la jument. L'animal s'amaigrit et meurt rapidement paraplégique. On observe aussi quelquefois des manifestations cutanées fugaces.

L'âne résiste mieux et sert souvent d'agent de contage.

Les recherches expérimentales ont montré que la dourine est due à un parasite, déjà vu en 1896 par M. Rouget, un trypanosome.

M. Dor au cours d'une épidémie d'**ophtalmie périodique du cheval**, à Auxonne, a pu isoler un staphylocoque voisin du staphylocoque doré. Les alcalins semblent donner de bons résultats thérapeutiques dans ce cas.

Après plusieurs présentations, parmi lesquelles nous citerons celle qu'a faite M. Robin du premier fascicule de son **Traité des maladies de l'estomac**, travail dans lequel sont émises des idées nouvelles sur la thérapeutique de ces affections; après un rapport de M. François Franck sur l'unique mémoire adressé pour le prix Bourceret, la parole a été donnée à M. Babès pour la lecture d'un travail sur la **pathogénie de la pellagre**.

D'après M. Babès, la pellagre se manifeste chez des individus prédisposés par une dégénérescence, par l'alcoolisme ou par la misère, et qui se nourrissent de maïs. Le maïs, en effet, renferme une toxine qu'a étudiée M. Babès et qui se trouve surtout dans le maïs gâté, laquelle toxine inoculée à des souris produit des accidents graves du côté de la moelle et du cerveau. Enfin, M. Babès a constaté qu'il se forme dans le sang des pellagreux une substance qui a la propriété de combattre, de prévenir les accidents déterminés par la toxine de maïs. Il y a donc lieu de penser qu'on pourrait trouver dans la toxine du sang du pellagreux un vaccin de la pellagre.

M. Schoull (de Tunis) fait connaître les résultats des divers traitements qu'il a employés contre la **tuberculose** à l'hôpital français de Tunis. Il établit tout d'abord que la tuberculose est beaucoup plus fréquente à Tunis qu'on le croit généralement. Il attribue cette grande fréquence surtout à la contagion, tout le monde, à Tunis, ayant l'habitude de cracher par terre.

Le traitement institué par M. Schoull est basé, d'une part, sur l'hygiène, l'aération et la suralimentation; d'autre part, sur la révulsion par les pointes de feu, et enfin sur l'association du cacodylate de soude et du thiocol.

La place nous avait manqué pour signaler au cours de la dernière séance l'intéressante communication de M. Coromilas (d'Athènes) sur le **traitement radical des foyers tuberculeux** aux diverses parties du corps et en particulier des ostéo-arthrites et arthrites tuberculeuses.

M. Coromilas emploie le sulfure de carbone térébenthiné, ou camphré ou térébenthino-camphré.

Il a obtenu ainsi des résultats fort encourageants dans la tuberculose chirurgicale et même dans la tuberculose pulmonaire.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(27 JUILLET 1900)

MM. Vaquez et Ribierre communiquent les observations de trois cas de **lymphocythémies leucémique et aleucémique.** L'évolution clinique de l'affection fut sensiblement différente chez les trois malades; mais tous présentèrent comme caractères communs, d'une part, des modifications *qualitatives* de leurs leucocytes (inversion de l'équilibre leucocytaire au profit des lymphocytes); d'autre part, des altérations de leur système ganglionnaire.

En revanche, tandis que, chez les deux premiers malades, l'inversion de la formule leucocytaire s'accompagnait d'une augmentation énorme dans un cas, considérable dans l'autre, du nombre total des globules blancs, c'est-à-dire de *leucémie*, chez le troisième non seulement il n'y avait pas leucémie, mais il existait une diminution certaine du nombre des leucocytes.

Les auteurs insistent sur ce dernier fait : ils pensent que cette seule considération, tirée de la valeur quantitative de la leucocytose, n'autorise pas à rejeter ce cas du groupe des leucocythémies. Jolly a publié un fait presque analogue. Il semble qu'il existe des lymphocythémies leucémiques et des lymphocythémies aleucémiques.

La participation du foie et de la rate au processus lymphocytique notée dans un cas (hypertrophie de ces organes et lymphomes diffus), paraît constituer une sérieuse objection à la théorie proposée récemment par Dominici, à propos du processus myélogène, sur la reviviscence embryologique de certains tissus.

M. Widal rapporte trois nouveaux cas de **pleurésie à bacille d'Eberth dans le cours de la fièvre typhoïde**, et M. Troisier montre des pièces anatomiques de **cancer du canal thoracique**.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les curiosités de la médecine (1) par M. Cabanès.

Le grand succès obtenu par les études de pathologie historique, publiées par M. Cabanès sous le titre de *Cabinet secret de l'histoire* (dont il ne s'est pas vendu jusqu'à présent moins de dix mille exemplaires), l'a encouragé à inaugurer une nouvelle série d'ouvrages, conçus dans un genre différent, et qui ont trait, ceux-là, aux *Curiosités de la médecine*.

Les *Curiosités de la médecine* ne sont pas, comme on pourrait le croire, un recueil d'anecdotes qui courent les encyclopédies et que l'on a cent fois lues; c'est de l'érudition condensée, mais absolument dépourvue d'aridité et très agréablement apprêtée. Il y a tels chapitres sur la « couvade », les « antipathies bizarres », les « relations du nez avec l'appareil sexuel », l' « influence des parfums sur la voix », les « organes génitaux de la femme d'après les anciens », qui ne sont pas seulement d'une lecture « prenante », mais qui nous révèlent des coutumes singulières, des perversions étranges, qu'on aurait pu croire définitivement abolies et qui persisteraient encore dans certaines régions, à en croire l'érudit historien.

L'ouvrage dont nous ne pouvons, à notre regret, donner qu'une analyse imparfaite, vient bien à son heure : c'est un livre de vacances, un livre à lire en chemin de fer ou sur la plage, pour se reposer l'esprit tout en le meublant. Il présente, en outre, cette supériorité sur les romans et autres livres frivoles, qu'une fois lu on le conserve pour le consulter de temps à autre et y puiser des notions qu'on chercherait vainement même dans de gros bouquins solennels et prétentieux.

La digitale (2), par M. S. Bernheim.

Voilà une intéressante étude expérimentale, clinique et thérapeutique de ce médicament dont l'utilité est aussi grande que l'emploi inopportun en est dangereux.

Ses indications et contre-indications ainsi que sa posologie en sont bien exposées. La lecture de cet opuscule ne peut être qu'utile au praticien

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE
PARIS, 2-9 AOUT 1900

Bulletin du Congrès. — Jeudi 2 aout (2 heures soir). Première assemblée générale dans la salle des fêtes de l'Exposition, sous la présidence de M. le président de la République. — Le même jour ouverture des sections de neurologie (8 h. et demie matin); — dermatologie (9 h.); — voies urinaires (9 h.) dans les locaux déjà indiqués.

Vendredi 3 aout. — A 9 heures du matin, ouverture des sections des sciences biologiques, de pathologie générale, de bactériologie, anatomie pathologique, pathologie interne, médecine de l'enfance, otologie, rhinologie, stomatologie, obstétrique, médecine légale; — à 9 h. et demie, thérapeutique; — 10 h., psychiatrie; — à 2 h. soir, chirurgie générale, chirurgie infantile, gynécologie; — à 3 h., hygiène militaire.

Samedi 4 aout. — A 9 heures, chirurgie militaire, médecine navale, médecine coloniale; — à 9 h. et demie, ophtalmologie.

Pour tous les détails se reporter au programme détaillé, distribué, 21, rue de l'École-de-Médecine, et dans les sections.

(1) In-12, 340 pages. Prix : 4 francs. — Paris, bureaux de la *Chronique médicale*, 6, rue d'Alençon.

(2) In-18. — Paris, Maloine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de Paris. — M. Debove, professeur de pathologie médicale, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale.

Écoles de médecine. — *Rennes.* — Le 8 juillet 1901, un concours s'ouvrira devant la Faculté de médecine de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Marine. — M. le médecin de première classe Santelli est désigné pour remplir les fonctions de médecin résident à l'hôpital principal de Toulon.

M. le médecin de première classe Houdart est désigné pour aller servir sur le contre-torpilleur *Vautour*, à Toulon.

M. le médecin de deuxième classe Barthe est désigné pour la *Triomphante*, à Saïgon.

M. le médecin de deuxième classe Le Feunteun est désigné pour l'*Ardent* (Sénégal).

Concours de médecins-adjoints des asiles. — Ce concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Région de Lille : 1. Raviard. — 2. Brunet et Ricoux (*ex æquo*). — 3. Rodier.

Région de Paris : 1. Manheimer et Truelle (*ex æquo*). — 2. Dide. — 3. Pochon. — 4. Castain, Marchand, Wahl (*ex æquo*). — 5. Ameline.

Région de Lyon : 1. Jacquin. — 2. Bonne.

Région de Montpellier : 1. Bécue. — 2. Pélissier.

Suite à l'histoire de l'anarchie postale. — Le service de la poste continuant, malgré les réclamations quotidiennes de toute la presse, à se faire d'une façon plus que fantaisiste, notre confrère le *Journal* vient de faire une enquête qui montre à quel point l'extraordinaire administration des postes se moque des contribuables :

« Rue Jean-Jacques-Rousseau, dans une modeste « buvette», à l'heure du repos, plusieurs facteurs du service des imprimés se rafraîchissent en attendant le moment de partir pour la distribution.

Il fait chaud. Trente-cinq degrés, c'est entendu, on boit, on cause :

— Nous commençons, nous disent quelques-uns, à nous ressentir sérieusement du surcroît de travail occasionné par l'Exposition universelle. Vingt jours sur trente, au service des imprimés, on nous fait faire plus de trois heures de travail supplémentaire.

— Pourquoi?

— Parce qu'il y a trop de papier et pas assez de personnel pour le distribuer : il y a des prospectus, il y a des affiches, il y a des journaux, il y a de tout! A la distribution des lettres, le travail est à ce point considérable que l'on prend des facteurs du service des imprimés; vous devez bien comprendre que, fatalement, nous nous ressentons de ce défaut d'agents. On nous adjoint bien des « rouleurs » mais ceux-là sont incapables de faire la même besogne que les autres. Trente-six quartiers du centre devaient être pourvus de facteurs supplémentaires, parce que les parcours à effectuer étaient beaucoup trop longs et surtout trop chargés. On a voté des fonds à la Chambre et au Sénat, chaque jour on nous répète que les dispositions vont être prises pour alléger notre service : or, ces changements qui devaient être effectués au 1er juillet sont encore à intervenir! C'est beaucoup de travail pour 3 fr. 50 par jour, concluent les braves facteurs qui nous fournissent ces quelques détails sur leur situation. »

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs A. Bar, professeur à l'École de méde-

cine d'Amiens; Girard, député de Riom; Baehrer (d'Epinal), décédé à Nancy; Quintaa, sénateur des Basses-Pyrénées.

L'encombrement des Universités allemandes. — La *Réforme sociale* nous donne les renseignements suivants sur le mouvement intellectuel en Allemagne pendant l'année écoulée. Jamais, non plus, le nombre des étudiants n'a été plus élevé dans les universités : 33353, dont 11522 dans les facultés de philosophie, 9804 dans les facultés de droit, 8066 dans les facultés de médecine et de pharmacie. Le surplus se compose de 2413 étudiants en théologie protestante et 1548 en théologie catholique. L'université la plus importante est toujours Berlin, avec 6478 étudiants. Viennent ensuite Munich avec 4049 et Leipzig avec 3481. Dix autres universités ont encore plus de 1000 étudiants : Bonn (1886), Halle (1636), Fribourg (1235), Wursbourg (1215), Strasbourg (1105), Marbourg (1141). Les autres sont Erlangen (974), Kœnigsberg (840), Giessen (802), Greifswald (759), Kiel (757), Iéna (655), Rostock (464); l'Académie de Munster (où il n'y a que 2 facultés) a 620 auditeurs.

Il n'y a pas qu'en France qu'il y ait de l'encombrement.

Le thermomètre centigrade en Allemagne. — La *Gazette de Cologne* annonce que le thermomètre Réaumur sera remplacé en Allemagne par le thermomètre centigrade à partir du 1er janvier 1901.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Billets pris à l'avance.* — Les gares de Paris, Lyon, Marseille, Saint-Étienne, Aix-les-Bains et Genève délivrent à l'avance, par série de 20, des billets de 1re, 2e et 3e classes, pour les gares de la banlieue de ces villes et réciproquement, avec 10 p. 100 de réduction.

Les billets délivrés dans les dix premiers mois de l'année sont valables jusqu'au 31 décembre inclus, et ceux délivrés pendant les mois de novembre et décembre jusqu'au 31 décembre inclus de l'année suivante.

Les demandes doivent être adressées auxchefs des gares intéressées ou dans les bureaux-succursales.

Voyages circulaires à itinéraires fixes. — Il est délivré, pendant toute l'année, dans les principales gares situées sur les itinéraires, des billets de voyages circulaires à itinéraires fixes, extrêmement variés, permettant de visiter à des prix très réduits en 1re, 2e ou 3e classe, les parties les plus intéressantes de la France (notamment l'Auvergne, la Savoie, le Dauphiné, la Tarentaise, la Maurienne, la Provence, les Pyrénées), l'Italie, la Suisse, l'Autriche et la Bavière.

Arrêts facultatifs à toutes les gares de l'itinéraire.

La nomenclature de tous ces voyages, avec les prix et conditions, figure dans le Livret-Guide P.-L.-M. vendu, au prix de 50 centimes, dans les gares du réseau.

Excursions en Dauphiné. — La Compagnie P.-L.-M. offre aux touristes et aux familles qui désirent se rendre dans le Dauphiné, diverses combinaisons de voyages circulaires à itinéraires fixes ou facultatifs permettant de visiter, à des prix réduits, les parties les plus intéressantes de cette admirable région : la Grande-Chartreuse, les gorges de la Bourne, les Grands-Goulets, les massifs d'Allevard et des Sept-Laux, la route de Briançon et les massifs du Pelvoux, etc.

La nomenclature de ces voyages, avec prix et conditions, figure dans le Livret-Guide P.-L.-M., qui est mis en vente au prix de 50 centimes dans les gares de son réseau, ou envoyé contre 85 centimes en timbres-poste adressés au service central de l'exploitation (publicité), 20, boulevard Diderot, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La goutte et le rhumatisme, par Armand DELPEUCH, médecin de l'hôpital Cochin. Un vol. in-8° carré, de 680 p., avec 10 pl. hors texte, dont 1 en chromotypographie, cartonné à l'anglaise. — Prix : 20 francs. — Paris, G. Carré et C. Naud.

Leçons sur les maladies du sang (*Clinique de l'hôpital Saint-Antoine*), par Georges HAYEM, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, recueillies par MM. E. PARMENTIER, médecin des hôpitaux, et R. BENSAUDE, chef du laboratoire d'anatomie pathologique à l'hôpital Saint-Antoine. Un vol. in-8° broché, avec 4 pl. en couleurs, par M. KARMANSKI. — Prix : 15 francs. — Paris,

La médication ergotée (ergot de seigle, ergotine, ergotinine). Étude clinique et thérapeutique, par S. BERNHEIM. Un vol. in-12 de 192 p. — Paris, A. Maloine.

Comment on se défend contre les maladies d'estomac, la lutte contre les gastralgies et les dyspepsies, par Victor AUD'HOUI, médecin des hôpitaux de Paris (Hôtel-Dieu). Une br. — Prix : 1 franc. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 88. — SAMEDI 4 AOUT 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 4 AOUT 1900. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — AVIS IMPORTANT. — REVUE GÉNÉRALE. Les hémorragies dans les maladies du foie, par M. Ch. DOPTER, médecin aide-major de première classe.—XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE (Paris, 2-9 août 1900). Séance d'ouverture ; — Bulletin du Congrès. — CONGRÈS INTERNATIONAL DES SOURDS-MUETS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

AVIS IMPORTANT

Les travaux du XIIIe Congrès international de médecine, si l'on en juge par le nombre des communications annoncées et par l'importance de ses rapports, vont former une œuvre scientifique considérable.

Désirant donner à nos lecteurs un compte rendu aussi clair et complet que possible de ce Congrès, nous avons décidé de publier, dans les quelques jours qui suivront sa clôture, un *NUMÉRO EXCEPTIONNEL* contenant le compte rendu analytique et critique des travaux de chaque section.

Nous avons choisi parmi nos collaborateurs ceux que leurs travaux antérieurs désignaient le mieux pour mener à bien cette tâche.

Ainsi, sous une forme qui n'aura pas les inconvénients d'un compte rendu au jour le jour, forcément hâtif et incomplet, nos lecteurs trouveront en un seul numéro ce qu'on devra retenir du Congrès de 1900.

Tous nos abonnés recevront gratuitement ce numéro exceptionnel.

NOTA. — *Pour faciliter la tâche de nos collaborateurs, nous prions MM. les Congressistes de vouloir bien nous adresser directement leurs communications ou un résumé de celles-ci.*

REVUE GÉNÉRALE

Les hémorragies dans les maladies du foie.

Par M. Ch. DOPTER,
Médecin aide-major de première classe.

La fréquence des hémorragies dans les maladies du foie a été reconnue de toute antiquité ; on les trouve notées depuis les temps les plus reculés. Longtemps après Galien, Gubler (1) et Monneret (2) semblent être les premiers qui aient insisté sur la question. Monneret a même fortement exagéré leur importance, en prétendant que ces épanchements sanguins étaient en quelque sorte le critérium d'une lésion hépatique. Ainsi, fait remarquer Rendu (3), quand il parle des entérorragies qui surviennent dans la dysenterie, comme d'un symptôme indiquant une altération du foie, il semble trop peu tenir compte de l'ulcération intestinale ; de même, dans la fièvre jaune qu'il cite à ce propos, les hémorragies semblent plutôt venir d'une intoxication générale que d'une localisation hépatique. Enfin, il suffira d'ajouter que les hémorragies se rencontrent souvent dans la thrombose de la veine porte, et les veines mésaraïques, en l'absence de toute lésion du foie ; d'autres exemples pourraient être encore invoqués pour prouver le trop absolu de cette affirmation.

Trousseau, cependant, considérait les hématémèses et les mélæna comme très rares ; il disait ne pas connaître d'exemples d'épistaxis, de taches purpuriques, d'ecchymoses, etc.

Jaccoud, par contre, Dieulafoy et tous les auteurs qui se sont occupés de la question, les prennent pour très fréquentes, et c'est l'opinion généralement admise.

Nous verrons d'abord quelles sont les affections hépatiques qui les provoquent, puis nous étudierons leurs caractères cliniques et anatomo-pathologiques ; suivront la discussion si controversée de la pathogénie, puis le diagnostic, pronostic et traitement.

I

Affections hépatiques hémorragipares. — La plupart des maladies du foie engendrent des hémorragies.

Les ictères infectieux, à tous leurs degrés, les comptent comme un de leurs symptômes habituels.

(1) GUBLER. Th. d'agr. 1853.
(2) MONNERET. *Arch. de méd.*, 1854.
(3) RENDU. Art. FOIE, in *Dict. encyclop. des sc. méd.*

Dans l'*ictère catarrhal*, on ne rencontre guère que l'épistaxis prenant un caractère passager et bénin.

Dans la forme simple de l'*ictère infectieux bénin*, l'épistaxis est très fréquente et parfois même assez abondante pour inspirer des inquiétudes. S'il prend la forme typhoïde, les hémorragies sont diverses et deviennent dangereuses par leur répétition et la quantité de sang épanché; on y observe souvent les plaques congestives cutanées, du purpura, des taches pétéchiales assez nombreuses, en certains cas, pour donner aux malades l'aspect de scorbutiques. Landouzy a signalé un cas d'hémorragie rétinienne. Les hémoptysies, les hématuries et les hémorragies intestinales sont exceptionnelles.

Ces affections, ictère catarrhal, ictère infectieux bénin (forme simple et forme typhoïde) peuvent ne pas rétrocéder; le tableau change et l'ictère grave se caractérise avec tous ses symptômes, dont l'hémorragie.

C'est, en effet, dans l'*ictère grave* primitif ou surajouté à une lésion hépatique persistante, que les hémorragies atteignent leur plus haut degré de fréquence et de gravité. Elles peuvent se produire au niveau de la peau et des muqueuses; le purpura s'observe communément; de même les pétéchies, les ecchymoses.

Sur les muqueuses on en observe d'analogues : les gencives, le pharynx, la bouche, la conjonctive peuvent en présenter. L'épistaxis en est assurément une variété très habituelle, presque la règle; cette forme d'écoulement sanguin peut même prendre des proportions considérables au point de nécessiter le tamponnement; la narine droite est la plus fréquemment intéressée.

De véritables suffusions sanguines peuvent se rencontrer dans les viscères, le foie en particulier, la transsudation hématique envahissant le tissu conjonctif entrant dans leur structure histologique. Le cas de Gubler (1) est remarquable à ce point de vue : outre les hémorragies communes, on trouva à l'autopsie des épanchements de sang sous-arachnoïdiens, d'autres siégeaient dans une circonvolution du lobe droit du cerveau, dans la scissure interlobaire d'un poumon, dans le médiastin postérieur, le tissu cellulaire péri-aortique; des ecchymoses furent constatées dans la paroi du ventricule gauche, à la face interne de l'intestin, au-dessous de la capsule du rein, dans la peau, sous les aponévroses des membres et dans les espaces intermusculaires. Il s'agissait, en somme, d'une véritable diathèse hémorragique. Malgré tout, ces cas sont exceptionnels.

Dans le tractus du tube digestif, les hémorragies possèdent un caractère de fréquence tout particulier : hématémèses, mélæna s'y rencontrent communément, et, comme nous le verrons, sans qu'on puisse déceler souvent la moindre lésion histologique à leur niveau.

Plus rares sont les métrorragies, les hématuries, les hémoptysies, d'origine bronchique ou pulmonaire, ces dernières se produisant en l'absence de toute trace de tuberculose.

Les métrorragies dues à l'ictère se voient souvent chez les femmes en couches; en ce cas, elles sont très abondantes et provoquent l'avortement; elles peuvent être mortelles.

L'hématurie se rencontre chez l'adulte, mais surtout chez le nouveau-né, dans les cas graves. Dans la forme légère elle n'existe pas, mais entre les deux extrêmes, on peut distinguer des formes intermédiaires, où l'hémorragie rénale est en quelque sorte à l'état latent, et ne se révèle qu'à l'état microscopique, jusqu'au moment où l'infection progressant, le sang s'épanchera au dehors.

Chez l'adulte, l'hématurie peut être assez abondante pour entraîner une syncope mortelle; nous en possédons une observation inédite.

Il faut signaler encore les cas où les hémorragies se font au niveau des séreuses : plèvre, péritoine, péricarde, méninges.

La *congestion hépatique*, de quelque origine soit-elle, s'accompagne parfois d'épistaxis, mais, contrairement à ce qu'en pensait Monneret, le fait est loin d'être commun. On le constate plus habituellement cependant, dans l'hyperémie hépatique due à l'intoxication paludéenne chronique; mais l'état du foie en est-il responsable? Dans la malaria, le sang est assez altéré pour pouvoir les engendrer, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer une influence hépatique; l'infection palustre à elle seule peut en rendre compte (1).

Les cirrhotiques sont très sujets aux hémorragies.

La *cirrhose atrophique* les compte au nombre de ses symptômes les plus classiques. Il est admis actuellement, que les épanchements sanguins peuvent précéder de longue date l'apparition des premiers signes de cirrhose; ils cessent en général à la période d'état de la cirrhose, pour reprendre dans les derniers temps de la maladie, où elles peuvent se répéter coup sur coup, épuisant progressivement le malade, et amenant une syncope mortelle.

Ce sont des épistaxis, des hémorragies buccales, gingivales, du purpura, des ecchymoses, des hémoptysies. Gerhardt a signalé notamment l'hémoptysie d'origine laryngée; mais c'est aux hémorragies gastro-intestinales qu'il faut accorder le plus haut degré de fréquence. Leurs caractères seront décrits ultérieurement. Disons de suite que, dans le cas particulier, elles sont assez souvent liées à la rupture de veines dilatées, œsophagiennes ou gastriques. Leur fréquence, leur abondance varient avec chaque individu observé. Tel présentera des hématémèses et des mélæna à de longs intervalles, et en petite quantité; chez tel autre, ces phénomènes se répéteront tous les jours, voire même plusieurs fois par jour pendant un certain temps; d'autres malades, enfin, se verront emportés à la suite d'un vomissement de sang unique.

La cirrhose atrophique peut encore s'accompagner d'épanchements hémorragiques aux dépens des séreuses : plèvre, péricarde, péritoine. On les a longtemps attribués en effet à l'affection hépatique en cours d'évolution, mais M. Henry (2) vient de leur donner une signification tout autre; il a pu constater d'une façon précise la présence de granulations tuberculeuses sur les séreuses en question. Il y aurait donc lieu dans le cas particulier d'incriminer la tuberculose surajoutée, développée à la faveur de la cirrhose.

D'après M. Henry, un deuxième facteur doit être invoqué dans la production de ces épanchements sanguinolents, c'est le traumatisme fourni par une ponction antérieure, transformant un épanchement simple en épanchement hémorragique. La lecture des observations de M. Henry ne laisse aucun doute sur la véracité des conclusions qu'il en tire : malgré tout il est des cas semblables, où l'épanchement a été trouvé hémorragique à la première ponction

(1) Gubler. Loc. cit.

(1) Kelsch et Kiener. *Maladies des pays chauds.*

(2) Henry. Thèse de Lyon, 1899.

et où l'autopsie n'a montré aucune trace de tuberculose, ni de cancer. En pareil cas, suivant les opinions actuelles, il est de toute vraisemblance que l'alcool a joué le principal rôle dans l'inflammation des séreuses, surtout quand plusieurs d'entre elles sont atteintes simultanément [Fernet (1), Siredey (2), Merklen (3)]. Dans la cirrhose alcoolique, donc, ces accidents ne seraient pas attribuables à la lésion hépatique.

Signalons enfin la rupture possible de la veine porte, rapportée par Frerichs (4), par Giacomini, par Malon et Wiks (5).

Les mêmes symptômes hémorragiques se retrouvent dans la *cirrhose alcoolique hypertrophique*. Le processus sclérogène est identique, en effet, dans les deux variétés de cirrhose; la seule différence repose en ce fait que, dans le dernier cas, l'organisme résiste et se défend, produisant l'hypertrophie compensatrice de Hanot. Pour Gilbert (6) le danger d'une hémorragie gastro-œsophagienne est plus grand même que dans la cirrhose de Laënnec. La circulation veineuse abdominale supplémentaire peut atteindre un degré plus notable que chez les cirrhotiques atrophiques; il en est de même dans la profondeur, d'où rupture facile des vaisseaux gastro-œsophagiens. C'est donc, conclut il, du fait de l'exagération d'un moyen de défense, que l'organisme succombe dans la cirrhose alcoolique hypertrophique.

Dans la *cirrhose hypertrophique avec ictère chronique*, Hanot a signalé les épistaxis, hématémèses et mélæna, comme s'observant communément, surtout à la période ultime de la maladie. Les hémoptysies y sont rares.

Dans la *cirrhose hypertrophique à type splénomégalique*, les malades peuvent présenter les mêmes hémorragies répétées. Dans une communication récente, MM. Landrieux et Milian (7) ont noté, en pareil cas, l'absence de coagulation du sang, fait important pour aider à concevoir la pathogénie de semblables accidents.

La *lithiase biliaire* provoque elle aussi des hémorragies dont les unes sont identiques aux précédentes : l'épistaxis semble plus fréquente que les hémorragies gastro-intestinales, elle survient souvent bien avant les premiers signes de la colique hépatique. L'hémoptysie se rencontre, mais elle doit reconnaître pour origine la congestion pulmonaire qui complique parfois les accidents lithiasiques (Potain Barié (8), Cassoute (9)]. Dalché a noté des hémorrhagies (10), survenant la plupart du temps à l'époque menstruelle, dont elles ne sont en somme qu'un symptôme exagéré. Les individus âgés ou athéromateux présentent parfois des hémorragies cérébrales sous l'influence de la lithiase.

Des hémorragies d'un autre genre, plus rares il est vrai, ont une origine toute différente : elles reconnaissent pour cause une lésion de l'artère hépatique. Dans un cas de Schmidt, un vaisseau, situé dans le voisinage d'un canal biliaire enflammé, avait subi des altérations pariétales ayant abouti à la formation d'un anévrisme dont la rupture amena l'épanchement sanguin. Dans un autre cas, Marion constata, à l'autopsie, la déchirure de la même artère par un gros calcul.

Enfin Pauly (1) signale une déchirure de la capsule de Glisson et du parenchyme hépatique.

Au cours de la *syphilis hépatique* de l'adulte, les hémorragies sont plus rares et moins abondantes [Frerichs (2), Lemattre (3)]. Chez le nouveau-né, au contraire, elles sont multiples, hémorragies nasales et ombilicales; les mélæna, le purpura sont rares.

Elles se voient assez couramment dans la *tuberculose du foie*, surtout quand le processus bacillaire s'accompagne de cirrhose et de lésions parenchymateuses; le fait est assez habituel dans la cirrhose hypertrophique graisseuse.

Seyers (*Semaine médicale* 1891) a signalé de fréquentes hémorragies dans la cirrhose produite, par l'absorption de moules avariées (*cirrhose mitylotoxique*).

Dans le *cancer du foie*, surtout à la période cachectique, des hémorragies multiples se déclarent, quand le malade est emporté par l'ictère grave. Avant l'apparition de ce symptôme, la forme connue d'adéno-cancer avec cirrhose le provoque de préférence.

Il est de ces hémorragies, liées à l'existence du cancer, dont la source est tout autre; elles siègent dans le tissu hépatique même. Rendu (4) cite le cas d'un malade à l'autopsie duquel on trouva dans le parenchyme un épanchement sanguin de plus d'un litre. Farre et Cruveilhier (5) rapportent un cas de mort par rupture du foie et épanchement sanguin péritonéal; Gordon (6) cite un fait semblable.

Dans les *kystes hydatiques du foie*, Monneret, puis Davaine ont noté des épistaxis; Trousseau signale des hématémèses et des métrorragies. Elles surviennent surtout à la période où l'insuffisance hépatique se caractérise.

II

Caractère des hémorragies. — Les caractères affectés par les hémorragies des affections hépatiques n'ont rien de spécifique; leur ensemble seul peut aider à leur assigner leur véritable origine.

Elles peuvent apparaître d'une façon insidieuse ou soudaine.

Insidieuses, elles surviennent le plus souvent en pleine santé à titre d'incident banal dans la vie de chaque jour. C'est une épistaxis passagère, qui peut, il est vrai, se répéter plus ou moins fréquemment pour prendre fin à un instant donné; de la congestion céphalique, de la céphalée peuvent en être les signes prémonitoires; d'autres fois ce sont les gencives qui saignent; enfin, parfois, chez les femmes, c'est simplement une plus grande abondance des règles.

Soudaines, on les voit rarement apparaître longtemps avant le diagnostic possible de la lésion hépatique. Le fait de Hertler (7) est sans doute unique dans la littérature : une femme de 60 ans présente un jour, sans cause connue, une hématémèse abondante qui fut la première manifestation d'une cirrhose, qui évolua ultérieurement. En général, quand leur début est brusque, c'est au cours de l'affection dont elles procèdent. Elles apparaissent alors avec grand

(1) Fernet. Soc. méd. des hôpit., 22 juin 1900.
(2) Siredey. *Id.*
(3) Merklen. *Id.*
(4) Frerichs. *Maladies du foie.*
(5) Cité par Chariot. *Leçons sur les maladies du foie.*
(6) Gilbert. Soc. de biol., 27 mai 1899.
(7) Landrieux et Milian. Soc. méd. des hôpit., 6 avril 1900.
(8) Barié. *Revue de méd.*, 1883.
(9) Cassoute. *Bull. méd.*, 1er sept. 1897.
(10) Dalché. Soc. méd. des hôpit., 12 nov. 1897.

(1) Pauly. *Lyon méd.*, juillet 1892.
(2) Frerichs. Loc cit.
(3) Lemattre. Soc. anat., 1863.
(4) Rendu. Article foie in *Dict. encycl. des sc. méd.*
(5) Cruveilhier. *Anatomie pathologique*, l. XXXVII.
(6) Gordon. *Dublin quart. Journ.*, nov. 1867.
(7) Hertler. *Wien. medic. Presse*, 1872.

fracas; le plus souvent, c'est une hématémèse plus ou moins abondante, avec mélæna consécutifs. Dans le cas rapporté par Gubler, nous l'avons vu, ces hémorragies avaient pris une importance et un développement inusités. Les hémorragies gastro-intestinales sont assurément les plus fréquentes avec ce mode de début. Elles peuvent ne se produire qu'une fois dans toute l'évolution de la maladie mais le plus souvent elles se répètent à intervalles plus ou moins rapprochés, affaiblissant graduellement le malade.

La date d'apparition des hémorragies est variable, on en voit survenir parfois longtemps avant les premiers signes cliniques permettant d'affirmer la lésion hépatique ; elles accompagnent parfois la période d'état; mais le plus souvent c'est à la période terminale qn'elles se déclarent.

La plupart du temps, ces hémorragies se produisent sans mouvement fébrile. Chautemps (1) cependant cite un cas de fièvre coïncidant avec l'épanchement de sang. Gauthier (2) l'a constatée plusieurs fois. Ce qui semble manquer rarement, c'est, dans les jours qui précèdent, la veille principalement, de l'abattement, de la courbature et de la céphalalgie. Ce tableau clinique ne rappelle-t-il pas celui qui se présente en cas d'infection banale ou spécifique (fièvre typhoïde, septicémie, pyohémie, etc.)?

Il importe de connaître les caractères du sang émis :

Quand sa provenance est directe et qu'il n'a pas séjourné dans un viscère quelconque avant de s'épancher au dehors, il est habituellement pur, rutilant, d'apparence artérielle. Autrement, il subit des altérations et devient ordinairement noir, cailleboté, mélangé à des produits de sécrétion. Souvent spumeux quand il tire son origine de l'appareil respiratoire, il se mêle à des débris alimentaires, du mucus, du liquide pituiteux ou de la bile, quand l'œsophage, ou surtout l'estomac est en cause. On l'a trouvé dans l'estomac avec une teinte marc de café. Murchison a pu comparer son aspect à celui du goudron. Hanot (3) rapporte un cas où, chez le même sujet, les hématémèses avaient présenté successivement, et à plusieurs reprises, ces deux aspects bien différents. Le malade avait été pris d'un vomissement sanguin qui s'était répété cinq à six fois en une heure et demie. Le liquide avait été recueilli dans deux cuvettes. Dans la première, sa coloration rappelait la suie ou le marc de café ; il était mêlé à du liquide pituiteux. La réaction au tournesol était acide. La deuxième renfermait du sang rouge, spumeux; sa réaction était neutre au tournesol. Les mêmes phénomènes s'étaient reproduits dans la journée. Pour expliquer le fait, il fallait supposer que le sang avait été rejeté au dehors, tantôt directement, tantôt après être resté dans l'estomac. Nous avons eu l'occasion d'observer un fait absolument semblable.

Dans l'hématurie rénale, la miction peut évacuer du sang absolument pur, rouge ou noirâtre, selon la durée de son séjour dans la vessie. Plus souvent, il se mélange à l'urine en proportions variables suivant l'intensité de l'hémorragie ; la coloration de l'urine varie dans le même rapport : elle peut être rose et offrir des teintes de plus en plus foncées, atteignant le noir brunâtre ou rougeâtre. M. Goislard (4) pense que cette coloration varie encore avec le plus ou moins d'altération des globules rouges, ces derniers pouvant être déjà altérés dans le sang avant l'hémorragie ou après elle, pendant leur séjour dans la vessie.

(1) Chautemps. Th. de Paris, 1874.
(2) Gauthier. Th. de Lyon, 1895.
(3) Hanot. Soc. méd. des hôpit., 1895.
(4) Goislard. Loc. cit.

Cette urine sanguinolente tache le linge d'une façon particulière ; la tache est jaune au centre, elle est bordée d'un liséré, rose dans les cas légers, noirâtre dans les cas graves. Parfois ce liséré est bleu : cette coloration spéciale doit être attribuée à la présence de l'indican, indice d'un mauvais fonctionnement des voies digestives. Dans le cas que nous avons observé, et que nous avons signalé plus haut, le sang était pur, rutilant, peu ou pas mêlé à l'urine ; le linge du malade était uniformément rouge, comme après une hémorragie commune.

Ce sang présente des altérations qu'on ne trouve malheureusement pas signalées dans toutes les observations. Souvent, cependant, il est diffluent, poisseux, se coagulant difficilement. Le sérum séparé du caillot contient parfois de l'hémoglobine en dissolution, on y trouve les substances suivantes : leucine, tyrosine, xanthine et hypoxanthine. Ces caractères ont été notés surtout dans les cas d'infection ayant abouti à l'ictère grave.

III

Anatomie pathologique. — Les lésions qui accompagnent les hémorragies d'origine hépatique, n'ont pas toutes été constatées avec la rigueur désirable. En ce qui concerne les hémorragies cutanées, ecchymoses, pétéchies, purpura, les altérations des tissus sont semblables à celles qui se présentent en dehors de toute affection hépatique.

Les mieux étudiées sont assurément celles qui ont engendré les hémorragies œsophagiennes, gastriques, intestinales.

Une fois la muqueuse libérée du sang, coagulé ou non, qui la recouvre, on la trouve imprégnée de matière colorante du sang : cette teinte disparaît facilement par le lavage à l'eau. Très souvent, la muqueuse de ces organes ne présente aucune altération ; tout au plus l'examen microscopique fait-il percevoir, par endroits, une légère congestion des capillaires. Dans ces cas, il est infiniment probable que la rupture s'est faite à leur niveau, la congestion pouvant être subite (voir plus loin la théorie pathogénique de Debove et Courtois-Suffit), l'issue du liquide sanguin se fait par un grand nombre de ces vaisseaux, si bien qu'à l'autopsie, on ne peut constater de lésions par le fait de leur ténuité et de leur multiplicité (1). Dans ces conditions, il est parfois très difficile de déterminer la région, ou même l'organe qui a fait les frais de l'émission sanguine.

Parfois, cependant, comme dans un cas de Hanot (2), les muqueuses stomacales et intestinales sont assez congestionnées pour que l'examen macroscopique puisse le constater : des ecchymoses peuvent encore montrer l'origine de l'hémorragie.

En certains cas, la muqueuse présente des érosions : Balzer (3) note le fait, d'autant plus intéressant que, durant la vie, le malade n'avait jamais eu d'hématémèse, et qu'il fut trouvé à l'autopsie, dans l'estomac, une quantité considérable de sang couleur marc de café ; les érosions étaient colorées en noir. M. A. Mathieu (4) en constate de semblables sur un estomac d'alcoolique, mort de cirrhose, et ayant eu de son vivant des hématémèses. Ces lésions érosives, il les

(1) Debove et Courtois-Suffit. Soc. méd. des hôpit., 1890, p. 727.
(2) Hanot. Cité par Debove et Courtois-Suffit. Id.
(3) Balzer. *Rev. mens.*, 1877.
(4) Mathieu. Loc. cit.

met, à juste titre, sur le compte de la gastrite concomitante, mais il ajoute que la congestion veineuse en a dû faciliter beaucoup la production. Aussi la cirrhose atrophique intervient-elle dans leur genèse, et c'est à ce titre qu'il convient de les citer ici.

Enfin, des traces tangibles de ces hémorragies se rencontrent dans les ulcérations développées au niveau des varices œsophagiennes ou stomacales.

L'existence des varices œsophagiennes a été reconnue de tout temps; elles siègent le plus souvent au niveau du cardia, occupant le tiers inférieur de l'œsophage; plus ou moins accentuées suivant les cas, elles remontent à une hauteur variable, et soulèvent la muqueuse à des degrés différents, selon l'intensité de la gêne circulatoire. Elles forment ainsi de gros canaux sinueux, s'anastomosant entre eux, et dessinant un véritable plexus. Elles se rencontrent fréquemment dans la cirrhose alcoolique; personne ne les a niées : mais ce qu'on a mis en doute, c'est l'existence des ulcérations qui se développent aux dépens de leurs parois. Lancereaux (1) disait avoir vu souvent des cas de cirrhose s'accompagner de dilatations des veines œsophagiennes, mais jamais il ne les avait trouvées ulcérées. En réalité, les observations qui les signalent sont relativement assez nombreuses.

La perforation veineuse peut être unique, ou peut s'accompagner de deux, de trois autres semblables; elle se développe habituellement au niveau d'une bosselure du vaisseau, dont la paroi, assurément plus faible à cet endroit, résiste moins bien à la pression normale ou exagérée du sang. C'est un orifice, le plus souvent taillé à l'emporte-pièce, large de 1 à 2 millimètres, laissant percevoir une petite tache, rose vif ou noirâtre, qui n'est autre qu'un caillot. La paroi veineuse est altérée au pourtour. D'après M. Letulle (2), elle présente des lésions « d'endophlébite chronique fibroïde, nullement végétante. Le tissu fibreux et les quelques fibres musculaires lisses qui l'accompagnent, sont tassés, écrasés, contre la *muscularis mucosæ*, avec laquelle ils se confondent intimement; tant et si bien qu'au niveau de la déchirure, cette couche musculaire a cédé brusquement, et se trouve, sclérosée aussi, taillée à pic, et donnant plus ou moins nettement insertion comme l'endophlèbe, aux lamelles de fibrine constituant l'ébauche de caillot obturateur ». Dans quelques cas, ce processus d'inflammation chronique aboutissant à la sclérose est si bien caractérisé, qu'Hanot (3) a pu voir à l'œil nu une zone blanchâtre, fibroïde, entourant concentriquement l'ulcération.

Mais ces varices œsophagiennes ne sont pas l'apanage exclusif des cirrhoses alcooliques, il est des cas de thrombose de la veine porte et des mésaraïques, sans lésion du foie, où les varices œsophagiennes se sont ulcérées et ont provoqué la mort. Il est infiniment probable, en effet, que la cirrhose n'est pas tout dans le processus variqueux. Le contact direct de l'alcool intervient selon toute apparence en première ligne pour entraîner les lésions chroniques inflammatoires, mais la congestion veineuse inhérente à la stase du système porte est un adjuvant de grande importance dans la genèse de ces complications ulcératives. Le rôle joué par l'altération hépatique est donc, malgré tout, indéniable.

Les ulcérations greffées sur les veines sous-muqueuses de l'estomac comportent la même description (1) et les mêmes remarques.

(1) Lancereaux. *Bull. méd.*, 23 mars 1890.
(2) Letulle. Soc. méd. des hôpit., 24 octobre 1890.
(3) Hanot. Id., 14 juin 1895.

L'examen du rein dans l'hématurie rénale mérite d'être signalé.

On peut déjà trouver des lésions hémorragiques avant l'apparition de l'hématurie. La surface du rein est congestionnée, les étoiles de Verheyen très accentuées; à la coupe, la région corticale semble normale; la région médullaire est sillonnée de tractus colorés en rouge ou en rouge brunâtre. Au microscope, on peut ne pas trouver d'altérations parenchymateuses, ni scléreuses; cependant, l'affection hépatique reste rarement sans engendrer de lésion de l'épithélium rénal, surtout quand les poisons qu'elle a pour mission de fixer, circulent librement dans le sang; de même, la cause qui produit la première peut simultanément provoquer les secondes. Aussi trouve-t-on habituellement des altérations déjà anciennes, plus ou moins accusées, des cellules épithéliales et du tissu conjonctif interstitiel; mais, nous insistons sur ce point, elles peuvent être totalement absentes. On ne constate alors qu'une congestion variable du système circulatoire du rein : en général, les glomérules sont les plus atteints, les capillaires sont bourrés de globules rouges, dont quelques-uns se sont échappés, par diapédèse, sans doute, dans la capsule de Bowman, puis dans les tubuli-contorti; ils sont parfois assez nombreux pour remplir un de ces tubes, comprimer de dedans en dehors leurs parois et aplatir les cellules épithéliales qui peuvent devenir granuleuses. On ne retrouve aucun globule rouge dans les anses de Henle, ni les tubes droits, ni partout ailleurs; on a devant les yeux en quelque sorte une hémorragie microscopique, pas assez abondante toutefois, pour provoquer une hématurie bien caractérisée.

Quand l'hématurie apparaît, toute la surface du rein est congestionnée, la coupe est uniformément lie-de-vin, violacée, le sang suinte à la surface. Au microscope, c'est une inondation hémorragique généralisée; tous les systèmes du rein sont bourrés de globules rouges : la capsule de Bowman en est remplie, à ce point que le glomérule, parfois rompu en un ou plusieurs points de ses capillaires, s'affaisse par la pression excentrique opérée sur lui; les tubuli contorti, les anses de Henle, les tubes droits sonts dilatés et envahis par l'hémorragie : à leur intérieur, on constate la présence de globules rouges souvent hexagonaux par pression réciproque, et mêlés à eux, des globules blancs avec toutes leurs variétés. L'épithélium de tous ces tubes rénaux ne possède plus de caractères différentiels; partout, il est considérablement aplati, les cellules sont granuleuses; leurs limites sont diffuses, et, par endroits, n'existent même plus. Ces lésions semblent bien être imputables à la pression du sang, car dans quelques tubes où les globules rouges sont moins nombreux, l'épithélium a conservé sa forme normale. Les vaisseaux enfin sont gorgés de sang.

Comme il a été spécifié plus haut, des lésions concomitantes, mais antérieures au processus hémorragique, peuvent exister indépendamment, ou être totalement absentes. De plus, la description précédente, se rapportant au fait que nous avons observé, peut ne pas être semblable dans tous les cas : tous les lobules du rein ne sont pas toujours fatalement intéressés; les hémorragies, ne se produisant pas aux dépens de tout le parenchyme, ne sont que partielles.

(1) Letulle. *Presse. méd.*, 1898.

IV

Pathogénie. — La pathogénie des hémorragies d'origine hépatique a donné lieu à de nombreuses interprétations dont la diversité prouve d'elle-même la difficulté du problème. Bien des théories ont été proposées, dont chacune compte actuellement des partisans ; mais aucune d'elles, à elle seule, ne rend compte exactement des différents types d'épanchements sanguins observés en clinique.

La première en date est celle qui attribue à l'altération du sang la genèse de ces hémorragies. Les anciens, et Monneret en particulier, s'en firent les ardents défenseurs. La façon trop absolue dont Monneret (1) avait envisagé la question, généralisant trop ce mode pathogénétique à toutes les hémorrhagies d'origine hépatique, entraîna un revirement d'idées complet, qui, on va le voir, pêche dans le même sens.

Théorie mécanique : stase du système porte. — On ne voulut voir en effet dans les accidents, que la conséquence d'une stase veineuse prolongée dans le système porte ; et de fait, l'augmentation de pression consécutive à la compression, à la sténose, des ramuscules portes intra-hépatiques dans les cirhoses, pouvait être incriminée. Mais on remarqua bientôt que les hémorragies étaient loin d'être proportionnelles au degré de gêne de la circulation porte (2), d'autant plus que nombre d'entre elles survenaient au début de l'affection hépatique, avant toute constatation possible des premiers signes cliniques, comme dans la cirhose atrophique par exemple. Le rapport était donc erroné. Puis MM. Cornil et Straus (3) ont démontré qu'une injection, poussée dans la veine porte d'un foie rétracté, passait à travers le parenchyme altéré presque aussi rapidement que dans celui d'un foie sain d'apparence. Brissaud et Sabourin (4) ont constaté le même fait.

Cependant, l'hypertension portale semble bien établie par les récentes observations cliniques et expérimentales de MM. Gilbert et Garnier (5) dans les cirrhoses alcooliques, en opposition avec l'hypotension artérielle, trouvée en pareil cas. C'est donc bien cette stase veineuse du système porte, qui donne lieu à la circulation complémentaire des veines sous-cutanées abdominales, aux hémorroïdes, à la splénomégalie en partie, le sang refluant par la veine coronaire stomachique aux varices œsophagiennes, ordinairement dilatées chez les cirrhotiques alcooliques, source fréquente d'hémorragies.

D'ailleurs, une expérience de Tilmann (6), établie pour montrer la curabilité de l'ascite due à la cirrhose, par la production artificielle d'adhérences péritonéales, sembla prouver en même temps cette influence de la stase veineuse du système porte sur la genèse des hémorragies du tube digestif. Après laparotomie, Tilmann irrite mécaniquement ou chimiquement l'endothélium péritonéal chez un chien, pour provoquer ces adhérences et établir à leur niveau une néocirculation supplémentaire ; il lie la veine mésentérique, puis la veine porte. La pression s'élève dans le système porte ; des hémorragies intestinales prennent naissance. Le sang se fraie une voie par la paroi abdominale dont les veines se dilatent, et une seconde par la circulation des adhérences, s'ajoutant à la première pour rapprocher de la normale la tension porte ; l'ascite ne se montre pas et les selles sanguinolentes ne se reproduisent plus. Dans les cas de cirrhose atrophique où l'on a, chez l'homme, tenté ce mode de traitement (1), pour combattre l'ascite, rien n'est signalé en ce qui concerne les hémorragies ; il serait intéressant d'examiner les faits à ce point de vue.

Malgré tout, si parfois l'influence de ce trouble mécanique est certaine, elle n'a pas l'importance capitale que les auteurs anciens se sont plu à lui reconnaître. Il est, en effet, des affections hépatiques où il n'existe aucune gêne circulatoire. D'autre part, la théorie de l'obstacle au cours du sang dans un système limité comme celui de la veine porte, ne peut rendre compte des hémorragies des fosses nasales, des gencives, de la peau, du cerveau, etc., qui semblent relever d'un processus plus général.

Dans la lithiase biliaire, Budd invoque aussi un trouble mécanique, non plus dans la circulation porte, mais dans la circulation hépatique même : « Dans l'ictère qui résulte de l'obstruction du canal cholédoque, dit-il, cette tendance aux hémorragies stomacales se manifeste assez fréquemment quand l'ictère a duré longtemps, et que les cellules sont détruites. *L'arrêt de la sécrétion biliaire gêne alors la circulation du sang à travers le foie, et, conséquemment, détermine la congestion des organes dont le sang retourne à la veine porte.* C'est la congestion de la muqueuse stomacale qui se produit plus spécialement. »

Cette théorie mérite les mêmes reproches que la précédente : elle ne s'applique qu'à un point particulier de l'histoire des hémorragies des affections hépatiques.

Théorie des altérations vasculaires. — Devant de semblables difficultés on a songé à incriminer les altérations vasculaires.

Lancereaux (2) émet une opinion mixte : il est tenté de supposer que les hémorragies sont le fait d'une modification de la composition du sang, mais aussi d'une lésion spéciale des capillaires. A la conception précédente qui, pour lui, expliquait les gastrorragies dans la lithiase biliaire, G. Budd ajoutait que les capillaires devaient être moins résistants et avoir « une vulnérabilité pouvant préexister chez les lithiasiques, qui ne sont en somme que des arthritiques ». A ceci, MM. Debove et Courtois-Suffit (3) répondent avec juste raison que « ces altérations sont tout hypothétiques et fussent-elles démontrées, elles ne suffiraient pas à expliquer des hémorragies profuses. Elles expliqueraient bien les pétéchies, mais comment peuvent-elles faire concevoir que subitement un grand nombre de capillaires se rompent simultanément et amènent une hémorragie si abondante, qu'on peut avoir un syndrôme rappelant celui de la rupture des anévrysmes » ?

Hanot (4) a invoqué en certains cas la rupture des varices œsophagiennes ; théorie trop exclusive, qui n'explique que

(1) Monneret. Loc. cit.
(2) Grasset. *Revue gén. de clin. et de thérap.*, mai 1887. — Ehrardt. *Th de Paris*, 1871.
(3) Cornil et Straus. *Arch. de physiol.*, 1874.
(4) Brissaud et Sabourin. *Arch. de physiol.*, avril et mai 1884.
(5) Gilbert et Garnier. *Presse méd.*, 4 fév. 1899 ; Soc. de biol., 22 juillet 1899.
(6) Tilmann. *Deuts. med. Wochens.*, 4 mai 1899.

(1) Talma. *Berlin. Klin. Wochens.*, 19 sept. 1898. — Drummand et Morison. *Brit. med. Journ*, 19 sept. 1896. — Morison. *The Lancet*, 27 mai 1899. — Weirr. *Med. Record*, 4 févr. 1899. — Neumann. *Deuts. Wochens.*, 29 juin 1899. — Rollesten et Turner. *The Lancet*, 16 déc. 1899.
(2) Lancereaux. *Bull. méd.*, 23 mai 1890.
(3) Debove et Courtois-Suffit. Soc. méd. des hôp., 1890.
(4) Hanot. Soc. anat., 1874.

l'œsophagorragie. Mais on sait que, d'après M. Letulle (1), l'alcool assume une énorme part de responsabilité dans la lésion des parois des veines œsophagiennes. De plus, ces varices gastro-œsophagiennes ne sont pas l'apanage exclusif des cirrhoses alcooliques. Letulle en a rencontré chez des cirrhotiques. Chautemps (2) se demandait si les hémorragies n'étaient pas dues directement à l'altération en question, résultant de l'alcoolisme; Balzer (3) avait trouvé à l'autopsie d'un alcoolique des lésions profondes des veines de l'estomac, avec petites hémorragies, avant l'apparition de tout symptôme de cirrhose; de même Duret (4), de même Mathieu (5), qui constata des érosions hémorragiques multiples sur la muqueuse de l'estomac, expliquant les hématémèses répétées chez un cirrhotique atrophique. En 1898, Letulle (6) retrouve sur l'estomac de deux de ses malades les mêmes altérations veineuses qu'il avait décrites quelques années auparavant sur l'œsophage et qu'il attribue toujours à l'action de l'alcool.

MM. Dieulafoy et Giraudeau pensent que, dans la cirrhose alcoolique, les origines mésentériques et péritonéales de la veine porte sont directement atteintes. Pour eux, l'inflammation veineuse symptomatique, dominant le processus de la cirrhose atrophique, pourrait bien frapper la veine porte dans ses branches d'origine et ses branches terminales : elles contribueraient ainsi à expliquer des hémorragies parfois précoces.

La friabilité des vaisseaux, consécutive à leur altération, peut, en effet, rendre compte de quelques faits; plus raisonnable nous semble l'opinion de Hanot, de Letulle par exemple qui arrivent à conclure que cette action du toxique n'est pas tout, qu'elle joue seulement un rôle prédisposant dans l'incision sanguine.

A cette théorie des altérations vasculaires se rattache l'opinion émise par M. Teissier (7) [de Lyon], développée et soutenue par Gauthier (8). Ils admettent que la dyscrasie sanguine causée par la perte des fonctions d'arrêt du foie pour les poisons d'origine digestive, agit en produisant au niveau de l'intestin des lésions vasculaires et un trouble du système nerveux.

A l'appui de la première de ces affirmations, ils ont produit des gastro-entérorragies expérimentales par l'introduction dans le sang de toxines microbiennes, telles que la toxine diphtéritique et surtout la pneumo-bacilline. La propriété toxique du sang peut donc être invoquée, mais son rôle est indirect; l'élimination des poisons non détruits par le foie malade concourt à provoquer des altérations des ramuscules portes intestinaux, dont la conséquence sera la friabilité des capillaires et des veines sous muqueuses de l'intestin. Qu'il survienne une vaso-dilatation, on peut comprendre qu'au même instant, un certain nombre de vaisseaux intestinaux puissent se rompre, en donnant lieu à l'hémorragie.

Enfin, un nouvel élément peut s'ajouter aux deux précédents pour déterminer l'épanchement sanguin, c'est l'infection, quelle qu'elle soit, révélée par le mouvement fébrile, la sensation de malaise et de courbature précédant l'hémorragie. En ce sens, ils se rattachent à la théorie humorale que nous développerons ultérieurement.

L'élément nerveux aboutissant à la vaso-dilatation est l'application d'une conception antérieure; c'est la théorie de la congestion de la veine porte.

(1) Letulle. Soc. méd. des hôp., 1890.
(2) Chautemps. *Th. de Paris*, 1875.
(3) Balzer. *Rev. mens.*, 1877, p. 514.
(4) Duret. *Arch. gén. de méd.*, 1879.
(5) A. Mathieu. Soc. méd. des hôpit., 30 avril 1897.
(6) Letulle. *Presse méd.*, 1898.
(7) Teissier. Congr. de Bordeaux, 1895.
(8) Gauthier. Th. de Lyon, 1895.

Théorie de la congestion porte. — Elle est à rapprocher en certains points de la théorie mécanique : elle en diffère en ce qu'elle est sous la dépendance unique du système nerveux : on la doit à MM. Debove et Courtois-Suffit (1). Ehrhardt y a consacré sa thèse inaugurale (2). Pour eux, par l'intermédiaire du nerf dépresseur de Ludwig et Cyon, les vaisseaux du système porte deviendraient à certains moments le siège d'une brusque dilatation. Chez le sujet sain, la congestion qui en résulte, ne donnera pas lieu à une hémorragie, parce que le foie peut se tuméfier et loger des quantités de sang considérables, mais si le foie est cirrhosé, il perd son élasticité; survienne alors une congestion du système porte, elle pourra se distendre jusqu'à amener sa rupture, c'est-à-dire une hémorragie. « Habituellement, la rupture se fera dans les capillaires de la muqueuse, et la congestion étant subite, un grand nombre de capillaires seront rompus en même temps, si bien qu'à l'autopsie on ne constatera pas de lésions. S'il existe un point ou une lésion antérieure ait conservé une moindre résistance du système porte, c'est en ce point que pourra se faire la rupture; c'est ce qui a lieu dans le cas de varices œsophagiennes. »

Rendu (3) attribue cette congestion à une action réflexe dont le point initial siégerait au niveau du péritoine, dont les lésions entretiendraient l'irritation permanente.

Hanot (4) a envisagé cette théorie pour interpréter certaines hémorragies de la lithiase biliaire : « Peut-être faudrait-il, avec Debove, faire jouer un rôle à l'élément vaso-moteur. Il est possible que l'irritation produite par le calcul détermine à certains moments, par l'intermédiaire des nerfs splanchniques dans les vaisseaux du système porte, de brusques dilatations incompatibles avec le degré de résistance probablement diminué des parois vasculaires. »

Les hémoptysies de la lithiase biliaire, provoquées par la congestion pulmonaire, peuvent aussi reconnaître pour cause cette action vaso-dilatatrice.

Toutes ces interprétations ne visent que des points particuliers; elles ne peuvent servir à donner raison de toutes les hémorragies observées.

Théorie humorale. — On a vu qu'auprès des auteurs anciens, et de Monneret, en particulier, la théorie humorale avait été la première en honneur. Abandonnée dans la suite, on fut bientôt obligé d'y recourir à nouveau pour expliquer des faits dont les théories, mécaniques ou autres, ne pouvaient rendre compte. Mais au début, on se méprit sur le genre d'altération subie par le sang, altération qu'on rendait responsable de la production des hémorragies. C'est ainsi que, le plus souvent, on les attribuait à la présence de l'ictère et plus spécialement à l'existence des produits de sécrétion biliaire en circulation dans le système circulatoire. Rohrig avait montré que l'injection d'acides biliaires dans

(1) Debove et Courtois-Suffit. Soc. méd. des hôpit., 17 oct. 1890.
(2) Ehrhardt. Th. de Paris, 1891.
(3) Rendu. Soc. méd. des hôpit., 17 oct. 1890.
(4) Hanot. Congr. de Bordeaux, 1895.

le sang détruisait très rapidement les globules rouges, entraînant ainsi des ecchymoses multiples chez les animaux en expérience, et de fréquentes hémorragies. Mais Vulpian prouvait, dans la suite, qu'une dose considérable de bile était nécessaire pour amener semblables accidents; un chien pouvait impunément supporter 90 grammes de bile. Or en cas de rétention biliaire, cette dose n'est jamais atteinte; il est donc difficile de se contenter de cette théorie; cette dernière n'a pas de raison d'être quand l'affection hépatique ne s'accompagne pas d'ictère.

Aussi Monneret avait-il attribué la tendance aux hémorragies à une fluidité particulière du sang, sans toutefois l'expliquer. Gubler (1) pensait que, à l'état physiologique, le foie transformait la fibrine demi-fluide en une fibrine parfaite et résistante; le foie malade perdrait cette propriété, et la fibrine ne serait pas modifiée, elle resterait déliquescente et donnerait lieu à toutes les manifestations hémorragiques observées. Reprise par Jules Simon (2), qui fait intervenir la diminution des globules, elle est définitivement condamnée par Claude Bernard qui dénie au foie toute participation dans la formation de la fibrine. Plus tard, enfin, avec Hayem (3), il faut rattacher les hémorragies des affections hépatiques à la diminution de la coagulabilité du sang, coïncidant avec le défaut de rétractilité du caillot, dus à la diminution du nombre des hématoblastes.

Ces derniers caractères sont précisément ceux que l'on assigne au sang toxique ou infectieux. Et de fait, tout dans l'histoire étiologique et clinique des maladies du foie, porte à faire intervenir les deux facteurs : intoxication et infection.

Certaines affections hépatiques sont dues à l'action d'un produit toxique sur le parenchyme glandulaire ou le tissu interstitiel du foie. L'alcool, le plomb, etc. en sont les agents provocateurs fréquents; la cirrhose atrophique, hypertrophique, alcoolique, la cirrhose saturnine en dépendent; de même la cirrhose mitylotoxique; les cirrhoses dyspeptiques sont le fait d'une véritable auto-intoxication; l'ictère grave reconnaît souvent une semblable genèse (phosphore, etc.)

Au cours de l'affection hépatique, déterminée par une cause quelconque, la cellule hépatique est fatalement lésée dans son intégrité fonctionnelle; les fonctions d'arrêt qu'elle exerce vis-à-vis des poisons que le sang charrie et lui amène, ne sont plus remplies; ces derniers s'accumulent et finissent par circuler librement dans le sang, d'autant plus que la lésion est plus avancée et plus généralisée. C'est là une sorte d'intoxication en retour, qui s'ajoute à l'intoxication originelle; c'est l'insuffisance hépatique; elle se montre à des époques différentes, suivant la date de l'altération cellulaire, dans la plupart des cirrhoses, l'ictère grave, le cancer du foie, etc.; en un mot, dans tout processus aboutissant à la dégénérescence ou à la destruction du parenchyme. Il est de toute vraisemblance que les hémorragies soient liées à cet état infectieux; Lancereaux (4) voit même un rapport immédiat entre la lésion cellulaire et l'apparition des hémorragies; le fait semble exact, mais il ne faut pas prétendre, avec lui, que les épanchements sanguins ne se produisent pas, tant que la trame conjonctive est seule atteinte, comme dans la cirrhose; or des épistaxis se montrent souvent quelques mois, un, deux, trois ans avant les premiers signes révélateurs de cette cirrhose, et bien avant les lésions glandulaires.

D'autres maladies du foie reconnaissent pour cause une infection. Les ictères infectieux, l'ictère grave en sont le type; la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, la même cirrhose à début splénomégalique doivent s'y adjoindre, ainsi que les cirrhoses tuberculeuse, syphilitique, paludéenne.

Dans les cas graves, la dysenterie peut s'accompagner d'une altération hépatique donnant lieu à de l'ictère, et avec ce symptôme, à des hémorragies multiples (1).

Des preuves cliniques montrent le bien fondé de cette interprétation toxi-infectieuse.

Des hémorragies (épistaxis, hémorragies gingivales, etc.), apparaissent, on l'a vu, avant tout signe palpable de l'altération hépatique; elles ressemblent, en cela, aux hémorragies qui marquent le début de certaines maladies infectieuses (grippe, fièvre typhoïde, tuberculose, etc.).

Des prodromes les accompagnent souvent : un mouvement fébrile se fait sentir, les malades éprouvent du malaise, de la courbature. Le fait se constate au début de la maladie, et au cours de son évolution, il traduit apparemment la réaction de l'organisme vis-à-vis de l'infection, quelle que soit l'époque à laquelle elles surviennent.

Enfin certaines hémorragies prennent un type de généralisation tout à fait caractéristique; les ecchymoses, le purpura sont bien des signes d'une altération humorale par la diversité et l'ubiquité de leur siège, montrant bien cette tendance du sang à franchir les limites qui lui sont assignées; il s'agit d'une véritable diathèse hémorragique dont le plus haut degré a été atteint par le malade de Gubler (2).

Il n'y a donc pas de doute; dans les maladies du foie les hémorragies proviennent souvent d'une infection ou d'une intoxication.

Cette conception est séduisante, mais malgré tout, elle est incapable à elle seule d'expliquer toutes les modalités que nous avons signalées dans ces accidents hémorragiques; elle partage ce caractère avec toutes les interprétations qu'on en a données.

L'absolutisme n'est donc pas de mise dans la pathogénie des hémorrhagies d'origine hépatique. Si la théorie humorale rend compte de bien des faits, ces derniers ne peuvent lui être exclusivement attribués; l'une ou l'autre de ces théories différentes pouvant s'adapter à certains cas particuliers : et plusieurs même à l'un seul d'entre eux. C'est la raison d'être de la diversité des opinions émises à ce sujet; mais où l'on a fait erreur, c'est quand on a prétendu par une seule interprétation résoudre le problème. Durant ces dernières années, les auteurs avaient tendance à devenir moins exclusifs, et de fait, l'éclectisme semble devoir être prôné. Nous n'en devons pas moins conclure que c'est la théorie humorale, théorie toxi-infectieuse, qui doit intervenir le plus fréquemment, mais non toujours, dans la genèse de ces accidents hémorragiques.

La théorie mécanique, celle de l'altération vasculaire avec ses variétés, etc., reprennent tous leurs droits devant des faits qu'il appartient au clinicien d'interpréter d'après l'ensemble des signes constatés.

(1) GUBLER. Th. d'agrég., 1853.
(2) J. SIMON. *Dict. de méd. et de chir. prat.*
(3) HAYEM. *Cours de thérapeutique*, 1890.
(4) LANCEREAUX. *Traité des maladies du foie et du pancréas.*

(1) SIMONIN. Communication orale.
(2) GUBLER. Loc. cit.

V

Diagnostic. — Reconnaître à ces hémorragies leur véritable cause est en général chose facile. Cependant, le diagnostic devient peu aisé, quand l'épanchement sanguin apparaît de longue date avant le début des signes cliniques de l'affection hépatique; on ne peut le faire que par exclusion, après avoir éliminé toutes les causes locales ayant pu donner naissance à une hémorragie déterminée. Et encore faut-il tenir compte de ce fait que l'épistaxis, la plus fréquente en pareil cas, survient souvent à titre banal, sans qu'on puisse sur le moment on même ultérieurement en découvrir la raison d'être. Les bases sur lesquelles on peut établir pareil diagnostic sont donc la plupart du temps purement hypothétiques.

Quand la maladie est déclarée, et que les signes en sont nettement palpables, l'hémorragie est en général aisée à rapporter à son origine réelle. Il en est ainsi dans les ictères infectieux, les ictères graves notamment, où les épanchements sanguins font partie de tout le complexus symptomatique. En d'autres cas cependant, dans les affections à évolution plus lente, comme dans la cirrhose alcoolique, le doute peut exister, car ces hémorragies deviennent plus rares à la période d'état, pour devenir la règle à la période terminale. A cette période d'état, en face d'une hématémèse, d'une œsophagorragie, les troubles dyspeptiques habituels qui les précèdent on les accompagnent, peuvent embarrasser le clinicien, et en imposer alors pour un cancer de l'estomac, un ulcère rond, une gastrite hémorragique. Il suffit, semble-t-il, de connaître l'écueil pour l'éviter.

Plus difficiles à distinguer seront les hémorragies symptomatiques d'une pyléphlébite adhésive dont le tableau clinique peut simuler la cirrhose atrophique ou hypertrophique alcoolique, d'autant que l'ascite qui les accompagne empêche d'apprécier l'état du foie.

Il faut encore signaler l'ulcération des varices œsophagiennes, existant seules, sans cirrhose concomitante chez des alcooliques avérés, comme dans le cas de Letulle.

Il convient d'ajouter que, dans les cas douteux, l'apparition d'une hémorragie peut être d'un grand secours; en ce sens sa valeur diagnostique n'est pas négligeable; elle permet souvent de dépister l'affection hépatique.

VI

Pronostic. — D'aucuns ont prétendu qu'il ne fallait pas s'exagérer l'importance des hémorragies dans les maladies du foie; bien souvent, en effet, elles présentent un caractère peu inquiétant. Des exemples ont montré cependant que celles mêmes qui surviennent à la période de début, peuvent être assez intenses pour menacer la vie du malade; on a vu ainsi des épistaxis se prolonger assez pour nécessiter le tamponnement des fosses nasales.

Des hémorragies peu abondantes mais répétées à courts intervalles ne sont pas sans affaiblir petit à petit le malade et diminuer chez lui sa résistance réactionnelle, surtout quand elles se montrent à la période ultime; elles contribuent à hâter la terminaison fatale. D'autre part une hémorragie unique peut être assez violente pour enlever le patient dans une syncope mortelle.

L'importance relative du rôle rempli par l'organe intéressé doit entrer aussi en ligne de compte; et il est bien évident que le danger d'une épistaxis n'est pas à comparer avec celui que fait courir une hémorragie dans la pulpe cérébrale.

On ne peut donc généraliser en matière de pronostic, chaque épanchement sanguin présentant des allures particulières, que seul l'examen clinique du moment peut faire connaître. Il est seulement permis de dire que le pronostic est subordonné aux caractères de *fréquence, d'abondance et de situation* affectés par les hémorragies.

Ces dernières peuvent servir en certains cas à apprécier l'état d'altération du foie et du sang. Elles augmentent et se répètent dès que le foie devient insuffisant; elles sont par là même un des principaux signes de l'ictère grave, qu'il soit primitif ou secondaire à une affection préexistante dont il annoncera la période terminale. En ce sens, leur valeur pronostique est indiscutable.

VII

Traitement. — La thérapeutique rationnelle doit être causale ou symptomatique, ou bien être à la fois l'une et l'autre.

Quand l'affection pourra être prise à son début, le traitement de la cause originelle contribuera assurément à faire disparaître, ou tout au moins à atténuer, la tendance aux hémorragies.

Mais si l'évolution de la lésion hépatique est trop avancée pour pouvoir être encore justiciable de tous les efforts dirigés contre elle, il s'agira de parer au plus vite et d'arrêter l'épanchement dont la fréquence et l'abondance peuvent avoir des conséquences fatales. En pareil cas, c'est à la thérapeutique générale de toute hémorragie qu'il faudra s'adresser, en l'adaptant aux cas particuliers. Le repos devra être absolu, puis les hémostatiques connus, ergotine, tannin, liquides glacés ou acidulés devront être employés pour éviter le retour de ces accidents dont le danger peut atteindre une extrême gravité.

Enfin, dans les cas intermédiaires, où, au cours d'uue affection guérissable encore, une hémorragie importante survient, les deux modes de traitement devront être exercés concomitamment.

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

PARIS, 2-9 AOUT 1900

Séance d'inauguration.

La séance d'inauguration du Congrès a eu lieu hier jeudi à deux heures du soir dans la salle des fêtes de l'Exposition. Dès une heure des congressistes pressés venaient se heurter aux portes fermées par une consigne mal comprise, évidemment, du Commissariat général.

A deux heures la salle présentait un aspect des plus animés. Les congressistes remplissaient le centre, parmi eux beaucoup de médecins militaires étrangers en tenue; les tribunes réservées aux dames étaient remplies de très élégantes toilettes.

On peut évaluer à 10000 le nombre des congressistes et des invités.

Sur l'estrade d'honneur, le bureau au grand complet : MM. Lannelongue et Chauffard assistés de MM. Duflocq, de Massary et Weber, les très aimables et dévoués secrétaires du congrès, recevaient les invités.

Nous remarquons M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz, président du comité technique de Santé au ministère de la guerre; M. Cunéo, inspecteur général du service de santé de la marine; MM. les professeurs Potain, Brouardel, Bouchard, Guyon, Le Dentu, Raymond; Hutinel,

Terrier; Pozzi, Léon Labbé, sénateurs; Bouilly, le médecin-inspecteur Dieu, Malassez, Nocard, Rendu, Roux, Troisier, Henneguy, Hallopeau, Thibierge, Vaillard et Vincent; Kermorgant, inspecteur général du service de santé des colonies; les docteurs Chauvel, Kelsch, Loir, délégué de la Tunisie.

Parmi les délégués étrangers : MM. les professeurs von Bergmann, Waldeyer, Posner; von Baumgarten, Betelmeyer, Buchner, Eschenburg, von Eiselsberg, His, Kirchner, Kossel, von Leyden, Strecher (Allemagne), Albert (Autriche); Tsuruta (Japon), etc...

A la fin de la séance, le professeur Virchow (de Berlin) a lu un rapport sur le *traumatisme et l'infection*. Enfin, le rapport de M. Pavlof (de Saint-Pétersbourg) sur la *thérapie expérimentale* qui devait être lu en son absence par M. Likhatchef, a été remis, à cause de la mauvaise acoustique, à une séance ultérieure.

La séance devait être présidée par M. le président de la République qui s'est abstenu par suite de la mort de S. M. le roi d'Italie. En son absence le gouvernement était représenté par M. le président du Sénat et M. le garde des Sceaux.

Après l'exécution de la *Marseillaise* écoutée debout par l'assistance, M. le président Lannelongue prend la parole.

Dans cet immense vaisseau la voix porte difficilement; aussi les dames, ne pouvant se résigner à ne pas entendre, commencent-elles à abandonner leurs tribunes pour se joindre aux membres du Congrès dans le centre de la salle.

Grâce à l'aimable attention de M. Lannelongue qui a fait distribuer son discours aux congressistes, il nous est possible de le suivre.

Après avoir salué les congressistes, l'orateur montre l'utilité des congrès, qui permettent de faire profiter l'univers des recherches de quelques-uns.

« Pour trouver, le chercheur ne peut plus vivre dans l'isolement. Il travaille cependant d'habitude à l'ombre et c'est de la retraite qu'il fait sortir l'œuvre utile. Mais cette vérité nouvelle ne vient pas exclusivement de sa pensée ou de son labeur. Il en existe, dispersés à côté ou loin de lui, soit des esquisses, soit des fragments isolés et épars, soit même tous les morceaux. En créant l'ensemble, il lui donne, il est vrai, une forme qui est la sienne et qui en fera sa propriété aussi longtemps qu'elle restera telle qu'il la présente.

Or, le monde entier travaille aujourd'hui aux mêmes recherches, dans les ateliers les plus divers et ce n'est pas seulement d'hier, ainsi qu'en témoignent ces paroles d'un savant universel que je me plais à citer, de Humboldt.

« Au milieu de cette lutte inégale des peuptes qui rivalisent dans la carrière des arts industriels, l'isolement et une lenteur indolente ont indubitablement pour effet la diminution ou l'anéantissement total de la richesse nationale... »

Le culte de la santé de l'homme, c'est-à-dire de sa conservation en le préservant ou en le guérissant n'est pas notre seul souci. Nous nous préoccupons aussi de sa grandeur matérielle et morale et c'est ainsi que des études poursuivies parallèlement sur tous les points du globe, trouvant une diffusion rapide dans nos contacts, sont d'une grande utilité.

... Dans cette France qui vous accueille et vous reçoit, je salue en vous, messieurs les membres étrangers, toutes les nations de l'univers unies dans cette préoccupation sublime des phénomènes de la vie. »

Après M. Lannelongue, M. Monis, garde des Sceaux, prend la parole au nom du gouvernement. Avec une familiarité charmante (les délégués étrangers ont certainement dû s'étonner qu'on leur fit revêtir leurs plus somptueux uniformes et tous leurs ordres pour contempler M. le ministre de la Justice en redingote), M. Monis salue les délégués étrangers et en particulier les délégués italiens si douloureusement frappés. Il ne peut s'empêcher de « bénir les nations étrangères » d'avoir ainsi envoyé leurs plus illustres représentants s'associer aux travaux des médecins français.

M. le secrétaire général Chauffard vient ensuite rendre compte des travaux du comité exécutif. La mauvaise acoustique ne nous permet pas de saisir un mot de son rapport. Peu importe! nous voyons les résultats et la façon merveilleuse avec laquelle les opérations préliminaires du Congrès ont fonctionné depuis deux jours; cela suffit amplement à faire apprécier les efforts du Comité exécutif français et de son dévoué secrétaire général.

Les discours des délégués étrangers commencent alors. M. le professeur von Bergmann (de Berlin) prend le premier la parole. Parmi les discours, ceux du délégué canadien, du délégué mexicain qui a envoyé un très chaleureux salut aux savants français, ont eu un très grand succès. Après la séance, les congressistes se sont répandus dans l'Exposition, en attendant le moment de se mettre au travail.

— La veille des réceptions très brillantes avaient eu lieu chez les présidents des différentes sections.

M. le président de la République avait reçu les délégués étrangers dans la matinée.

BULLETIN DU CONGRÈS — Depuis lundi la rue de l'École-de-Médecine a pris un aspect extrêmement curieux. Toute pavoisée, elle est constamment remplie par une quadruple file de voitures, qui déversent sans cesse les congressistes venant retirer leurs cartes et insignes.

La cour de la Faculté est transformée en un véritable jardin et égayée par les fraîches toilettes des dames congressistes, qui en ont fait leur quartier général. Au premier étage des nouveaux bâtiments, elles ont à leur disposition la salle du conseil transformée en un élégant salon, revêtu de merveilleuses tapisseries des Gobelins.

A l'École pratique, de longues tables installées sous le cloître, avec des affiches indiquant les différents pays, supportent les dossiers qui sont délivrés avec le plus grand ordre et la plus grande rapidité aux congressistes. De nombreux interprètes, voire des employés de Cook et de Duchemin, aplanissent toutes les difficultés. Ici deux buffets sont dressés, et dans le minuscule jardin qui entoure le grand amphithéâtre, on a installé des petites tables fort appréciées de tous.

Jeudi, 2 août. — Avant la séance d'inauguration, certaines sections avaient déjà commencé leurs travaux.

La section de neurologie et la section des voies urinaires ont tenu des séances peu chargées. Tout le monde n'est pas encore là.

Il n'en est pas de même de la section de dermatologie à l'hôpital Saint-Louis, où la discussion a été très animée dès le début.

Là encore l'organisation est parfaite, il existe des expositions des plus intéressantes de moulage, photographie, histologie et bactériologie.

MM. Du Castel et Meige ont fourni les éléments d'une remarquable exposition rétrospective qui, à elle seule, vaut le voyage de l'hôpital Saint-Louis.

L'école de Saint-Louis a d'ailleurs bien fait les choses

en mettant un buffet anti-alcoolique (un bon point) à la disposition des congressistes.

Vendredi 3 *août.* — Les sections ont commencé pour la plupart à fonctionner.

Au Val-de-Grâce, après le discours de bienvenue de M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz, les congressistes, sous la très aimable conduite des professeurs et des stagiaires de l'Ecole d'application, ont visité les salles et les laboratoires.

Les médecins militaires étrangers ont beaucoup admiré les collections scientifiques et historiques, et la superbe installation d'électricité médicale.

A onze heures et demie un lunch fort brillant a été servi dans les salles du Musée d'anatomie.

I[er] CONGRÈS INTERNATIONAL DES SOURDS-MUETS

Le Congrès international des sourds-muets (section des entendants et section des sourds-muets) se réunira au *palais des Congrès de l'Exposition universelle le* 6 *août à neuf heures du matin.*

La séance solennelle d'ouverture aura lieu sous la présidence de M. Deschanel, président de la Chambre des députés.

Ordre du jour. — Discours du président et des présidents de section; nomination des bureaux de chacune des deux sections.

Réunion de la section des entendants, le 6 août, à deux heures.

Discussion des communications de la première question :

Organisation de l'enseignement des sourds-muets dans les différents pays. — Les établissements d'éducation des sourds-muets doivent-ils être considérés comme des établissements de bienfaisance ou d'instruction ?

Depuis le 1[er] août, les membres du Congrès peuvent retirer leurs cartes chez M. le secrétaire général Martha, 32, rue Fortuny.

Ils les trouveront également le dimanche 5 août, chez M. le docteur Ladreit de Lacharrière, 3, quai Malaquais, qui demande aux membres du Congrès de lui faire l'honneur de se réunir chez lui à trois heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. Bellamy (de Rennes); Blaise (d'Alger); Blanchard, Budin, Chantemesse (de Paris); Combemale (de Lille); Debove, Dieulafoy (de Paris); Doumer (de Lille); Farabeuf, Fournier, Grancher (de Paris); Guillemet (de Nantes); Hanriot, Hayem (de Paris); Jagot (d'Angers); Joffroy, Landouzy, Le Dentu, Lejars (de Paris); Meyer (de Nancy); Moussous (de Bordeaux); Peugniez (d'Amiens); Pozzi (de Reims); Proust, Raymond (de Paris); Raymondaud (de Limoges); Retterer (de Paris); Rodet (de Montpellier); Rondot (de Bordeaux); Sarda (de Montpellier); Terrier, Tillaux (de Paris); Weill (de Lyon); Bonnefous (de Rodez); Dévé (de Beauvais); Mouchet (de Sens).

Officiers d'Académie. — MM. Ausset (de Lille); Berger (de Paris); Biais (de Limoges); Braquehaye (de Bordeaux); Brissaud (de Paris); Brossard (de Poitiers); Charrin (de Paris); Dodero (de Grenoble); Etienne (de Nancy); Fage, Fournier (d'Amiens); Gaucher (de Paris); Genoud (de Lyon); Gibert (de Montpellier); Hutinel (de Paris); Maurin (de Clermont); Monnier (de Nantes); Pachon (de Bordeaux); Pérochaud (de Nantes); Pouchet (de Paris); Poujol (de Montpellier); Siraud (de Lyon); Tavernier (de Lille); Widal, Wurtz (de Paris); Guibert (de Saint-Brieuc).

— Nos lecteurs verront avec étonnement qu'un grand nombre de professeurs de Facultés des plus connus n'avaient pas encore les palmes!

Le Directeur-gérant : D[r] François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

PAR L'IMAGE ET L'AFFICHE, EN FRANCE

Par M. COURTOIS-SUFFIT, médecin des hôpitaux.

En France, depuis quelques années, le mouvement anti-alcoolique s'accuse chaque jour plus nettement. Et cela est heureux puisque notre pays, auquel cependant les misères ne manquent pas, est *plus que tous les autres* — les chiffres l'ont souvent et clairement démontré — intoxiqué par l'alcool et ses trop néfastes combinaisons. Sous l'influence d'hommes au dévouement éclairé et patient, la lutte contre l'alcoolisme s'organise, une véritable croisade est en marche qui, peu à peu, regagnera le terrain que l'ignorance des uns, l'imprévoyance des autres et l'impéritie du plus grand nombre semblaient avoir définitivement fait perdre.

Quiconque s'intéresse au sort d'un grand peuple dont l'alcool est en train de ruiner la vitalité et l'avenir, doit s'engager sous la bannière de ceux qui combattent ce bon combat, et les médecins doivent être au premier rang. Les armes sont nombreuses que l'on peut employer, mais les résultats ne seront appréciables que si l'on s'adresse à ceux qui n'ont pas encore bu, à l'enfance et à la jeunesse.

« Donnez-moi l'éducation, je transformerai le monde, » disait Leibnitz.

« Qui gagne la jeunesse est maître de l'avenir, » dit un proverbe.

Et c'est ce qu'ont bien compris les premiers pionniers de la tempérance.

Chez nous, le fondateur de la première société anti-alcoolique fut le docteur Lunier, « à la mémoire duquel la France doit un culte, car il sut émouvoir l'opinion publique en face du péril alcoolique en apportant à l'appui de ses idées son autorité de savant et son cœur de patriote » (Ch. Ruyssen).

C'est à la « Société française de tempérance », à la « Ligue contre l'usage des boissons spiritueuses » à laquelle le nom respecté du docteur Legrain doit être attaché, à l' « Association de la jeunesse française tempérante », fondée par le docteur Roubinovitch, que revient, pour la plus grande partie, l'honneur

LA FRANCE BOIT



ALLONS! Françoise, encore un verre, tu vois comme cela te réussit...

(Dessin de LÉANDRE. *Journal amusant*, du 5 mai 1900. — Reproduit avec l'autorisation du *Journal amusant*.)

d'avoir suscité le mouvement d'opinion d'où est né l'enseignement anti-alcoolique, dont l'influence s'est disséminée peu à peu avec la fondation des ligues dites « sections cadettes ».

Actuellement, la lutte anti-alcoolique est organisée à l'école primaire et dans les établissements d'éducation secondaire, et sans nul doute, grâce à l'infatigable dévouement du personnel enseignant, l'œuvre sera plus tard couronnée de succès.

Depuis quelques années aussi, plusieurs chefs de corps, isolément, ayant compris combien, dans les rangs de l'armée, l'abus des boissons alcooliques pouvait causer de ravages, avaient cherché à les combattre, d'abord en interdisant ou en limitant la vente des spiritueux dans les cantines, puis en faisant, à ce point de vue, plus complète l'éducation de leurs hommes. Des conférences furent faites dans les casernes, des affiches, des maximes murales furent apposées dans les chambrées, montrant, de façon simple et concrète, les dangers de l'alcool dans le présent et dans l'avenir. Ce qui était l'exception devint la règle à la suite de la circulaire hardie du général de Galliffet. Il est profondément regrettable que cet exemple si net n'ait pas été suivi dans la marine, où jusqu'à présent on semble vouloir se contenter de demi-mesures.

Dans nos hôpitaux enfin, où déjà l'alcool a produit ses dommages, puisque, s'il ne crée pas toutes les maladies, au moins il les aggrave toutes, la lutte anti-alcoolique commence à devenir plus active sous l'influence de la plupart de nos maîtres et de nos collègues qui chaque jour prêchent la bonne parole.

De tous les moyens de propagande, il n'en est pas de meilleur peut-être, il n'en est pas de plus simple en tout cas que la suggestion par l'image, par l'affiche. Il faut, disait excellemment Le Gendre, frapper sans cesse sur le clou pour l'enfoncer : il faut organiser l'*obsession de l'alcoolisme*.

N'est-ce pas la même idée que l'on trouve exprimée par M. le professeur Follet (de Lille), dans un fort intéressant article paru dans le *Figaro* du 5 juin de cette année :

« Plutôt que de se traîner, dit-il, dans les démonstrations cent fois faites et refaites des méfaits de l'alcool, dans les gémissements inutiles, dans les petites brochures, les petites conférences, les petits sermons honnêtes, mais impuissants, ne vaudrait-il pas mieux que tous les anti-alcoolistes trouvent enfin un solide terrain de combat, fissent appel à tous les gens de bonne volonté et de conviction ferme pour forger contre un mal effroyable et grandissant cette arme bien moderne et d'une puissance irrésistible : la Réclame anti-alcooliste ? »

Or, en France, cette réclame existe déjà, et justement nous avons voulu grouper, en un même faisceau, non pas certes *tout* ce qui a déjà paru, mais au moins un spécimen de tout ce qui a été fait. Nous avons poursuivi une enquête semblable à l'étranger, et nous en donnerons les résultats dès qu'ils nous seront tous parvenus.

Nous avons réuni quelques-uns des dessins satiriques dus au crayon des plus habiles parmi nos dessinateurs, quelques modèles des *bons points* anti-alcooliques disséminés dans les écoles, des modèles aussi de couvertures de cahiers, des affiches illustrées ou non, des étiquettes, etc... Toutes ces formes de la propagande ou de la réclame, si l'on veut, concourent à ce but :

« Que l'enfant ou le jeune homme, devenu grand, connaisse l'alcool comme non-valeur en tant que boisson ;

« Qu'il sache que tout ce qu'on dit de son prétendu pouvoir de nourrir, de réconforter et de réchauffer, ne sont que des préjugés ;

« Qu'il soit au courant des effets destructeurs de l'alcool dans tous les organes ;

« Qu'il n'ignore pas quelle immense misère l'alcool répand sur toute la race humaine ;

« Qu'il ne croie plus que l'alcool soit une chose indispensable pour notre vie sociale ;

« Qu'il soit convaincu qu'il n'y a rien de louable ni de viril à boire des boissons alcooliques ;

« Qu'il comprenne que le plus sûr moyen de ne jamais parvenir à l'*abus*, c'est de ne jamais commencer à *boire modérément* ;

« Que dans l'enfant naisse le désir, non seulement de s'abstenir entièrement, mais encore de combattre, *à un âge plus avancé*, autant que possible, l'usage, même des plus modérés, chez les autres ;

« Que l'enfant ne regarde ni ne traite plus l'ivrogne comme un pécheur, un réprouvé, mais qu'il voie en lui un malade qui est fort à plaindre (1). »

Nous connaissons peu de dessins anti-alcooliques dans les journaux satiriques. Forain, dans le *Psst* du 21 mai 1898, publiait un dessin très mordant, représentant un homme étendu ivre-mort devant un mur couvert d'affiches électorales, avec la légende suivante : « Si le pain est cher, l'absinthe est pour rien. » Nous regrettons de n'avoir pu reproduire ce dessin.

Très suggestif est le dessin de Léandre : *La France boit*.

« Devant le comptoir, la France est représentée sous les traits d'une femme affaiblie par l'action du poison. Hâve, décharnée, elle a peine à se soutenir. L'œil est éteint, la lèvre pendante. Le buste à demi nu laisse voir une mamelle tarie, une poitrine creuse d'où saillent les clavicules. Le bras gauche pend, inerte, tandis que le droit s'appuie sur le comptoir.

Sur les cheveux dénoués et épars, le coq allégorique chante ; mais ce n'est pas le chant clair ni la fière attitude du coq gaulois, c'est un chant d'ivrogne, c'est le chant de la répugnante ivresse et de la déchéance.

De l'autre côté du comptoir, un autre personnage contraste avec le premier : c'est le débitant.

En bras de chemise, le ventre énorme, la face rubiconde, il est plein de son importance. Son chapeau est crânement posé sur le côté de la tête, sa face joviale est contenue avec peine dans un large faux-col. Sa large poitrine est constellée des décorations qui pendent de la brochette et qui descendent jusque sur le ventre.

Comme accessoires, des flacons variés et deux étiquettes, l'une toute d'actualité :

Grand dépôt de liqueurs
à l'usage des citoyens électeurs.

L'autre... d'actualité aussi :

Au[te] Grosprofit
Distillateur et empoisonneur national.

Cette dernière, tricolore, est entourée de décorations variées. La croix de la Légion d'honneur y brille même au centre.

La France tient d'une main lasse le verre dans lequel l'homme verse la verte liqueur.

(1) Conclusions du rapport de M. T. W. van der Woude au IVe Cong. internat. contre l'abus des boissons alcooliques.

Enfin au-dessous, la légende :

— *Allons, Françoise, encore un verre, tu vois comme ça te réussit...*

Tel est le dessin. Il nous serait agréable d'insister ici sur le côté artistique, mais nous ne voulons qu'indiquer l'idée qui nous semble se dégager de cette page de notre grand caricaturiste.

C'est une page sévère et, d'ordinaire, l'humour de M. Léandre laisse plus de place à la franche gaieté, au rire facile.

Si le dessinateur a nettement voulu nous donner une œuvre satirique et éducatrice, c'est qu'il a pensé que le sujet en vaut la peine.

Ainsi le plus indulgent, le plus facilement gai de nos caricaturistes contemporains, touche à la question de l'alcoolisme et son rire s'éteint, son crayon flagelle...

Que penserons-nous personnellement du dessin de Léandre?

Nous l'approuverons sans réserve, et nous lui saurons gré d'avoir consacré son grand talent à flétrir énergiquement l'alcoolisme (1). »

Ce dessin était bon à opposer aux affiches illustrées qui vantent sans pudeur les bienfaits de certains apéritifs.

Voici maintenant une couverture de cahier : « Le démon de l'ivrognerie. »

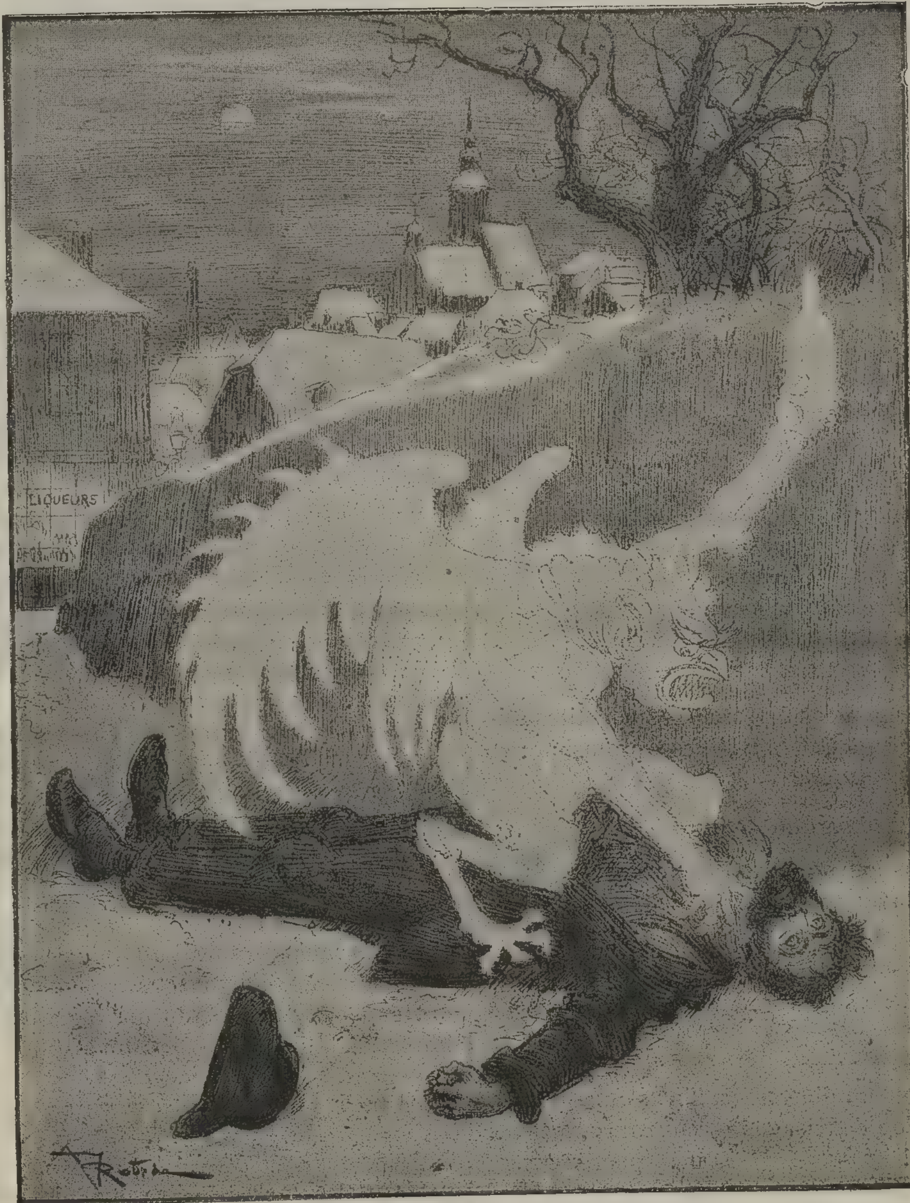
Cette composition, de Robida, est accompagnée de l'histoire saisissante de l'alcoolique saisi par le froid et la neige :

« Une angoisse inexprimable, inconnue le saisit, on dirait que sa tête va éclater, il s'effare, il essaie de crier, mais il tourne sur lui-même et s'abat comme une masse au coin d'une borne, foudroyé par une congestion cérébrale...

Il est là couché sur le dos, dans la neige, immobile, les yeux grands ouverts, dilatés par une expression de terreur épouvantable. Il râle, il lui semble le voir maintenant, le perfide et farouche démon de l'ivrognerie, couché sur sa proie abattue, ricanant atrocement et lui serrant de plus en plus la gorge de ses griffes impitoyables. C'est la fin, l'heure du châtiment pour l'ivrogne. »

Après les couvertures de cahier devaient logiquement venir les bons points, et nous en publions effectivement de très heureux spécimens.

NOTRE ENNEMI L'ALCOOL



Le Démon de l'Ivrognerie.

(Couverture de cahier anti-alcoolique. — Reproduit avec l'autorisation de M. Geisler, aux Chatelles, par Raon-l'Étape, Vosges.)

L'idée qui préside à leur composition est toujours expliquée par un texte placé au verso, qui montre bien les dangers de l'alcoolisme.

Dans la collection de M. Galtier-Boissière, dont nous avons pris au hasard trois exemples, les idées sont simples et doivent bien frapper l'imagination des enfants. Voici tout d'abord un pari stupide, comme on en voit des exemples dans les faits-divers : un ouvrier a parié de boire douze petits verres d'alcool aux douze coups de midi. Avant d'avoir achevé il meurt foudroyé. Puis, c'est le contraste entre l'heureuse vieillesse du tempérant et la lamentable sénilité de l'alcoolique.

Enfin, l'histoire du pioupiou alcoolique qui frappe son supérieur et finit avec douze balles dans le corps est bien faite pour inspirer aux enfants une sainte et profitable terreur de l'alcool.

Voici maintenant « La famille et l'alcool ». Les douze aquarelles de Geoffroy, dont nous reproduisons les principales, sont de véritables chefs-d'œuvre qui illustrent à merveille ce roman anti-alcoolique. Au revers des bons points, se trouve l'histoire de Jean-Louis, le menuisier qui, après avoir été sobre et économe, se laisse entraîner par des camarades, fait le premier pas, et une fois sur la pente, devient un pilier de cabaret, est une cause de scandale dans

(1) Extrait du journal l'*Alcool*, numéro de juillet 1900.

la rue, de misère pour sa famille, puis, continuant dans la voie qui mène à la folie, devient meurtrier, passe en cour d'assises, et, fou alcoolique, succombe misérablement dans un cabanon, au cours d'un accès de delirium tremens.

Cette histoire, d'une haute portée morale, est accompagnée d'excellents enseignements, avec des figures anatomopathologiques montrant les dangers de l'alcool, et capables de faire frémir les plus endurcis. Ces notes sont extraites de l'excellent livre de J. Baudrillard sur l'*Histoire d'une bouteille*, éditée par M. Delagrave.

A côté des bons points, les affiches jouent un grand rôle, on comprend donc le succès des tableaux muraux de Galtier-Boissière.

La propagande individuelle dans l'armée n'est pas restée en retard. Ici, les affiches, les maximes peuvent avoir d'excellents résultats, car elles sont très lues par les troupiers pendant les moments de loisir. La place nous manque pour reproduire une affiche apposée récemment dans les chambrées du 54e de ligne (1), voici quelques maximes qui ont été affichées par le soin d'officiers dans certaines chambrées :

— L'alcoolique perd toute volonté.
— Acheter l'alcool c'est acheter la mort.
— L'eau-de-vie devrait s'appeler eau-de-mort.
— L'alcool n'est pas un aliment.
— L'alcool paralyse le cerveau.
— L'alcoolique n'offre pas de résistance aux maladies.
— L'alcool ne donne pas de forces.
— L'alcool n'est pas un désaltérant.
— L'alcool ne favorise pas la digestion.
— La tempérance c'est le bonheur à bon marché.
— Méfiez-vous du petit verre, il tue le corps et l'âme.

Rapprochons-en les maximes imprimées sur petites étiquettes gommées destinées à être répandues à profusion : en voici des exemples.

ÉTIQUETTES GOMMÉES

— L'alcool fait de nos jours plus de ravages que n'en font la peste, la famine ou la guerre. GLADSTONE.

— TOUS LES APÉRITIFS SONT DES DROGUES ET DES POISONS. C'est une sottise d'y toucher, c'est un grand malheur d'en prendre l'habitude.

L'alcool n'est pas plus un digestif qu'il n'est un apéritif. — De quelque façon qu'on l'envisage L'ALCOOL EST UN POISON... L'ALCOOL VOILA L'ENNEMI ! Francisque SARCEY.

— L'ALCOOL, VOILA L'ENNEMI ! L'alcool fait plus de victimes que toutes les épidémies réunies. — Il ruine les familles et nous prépare des générations d'enfants rachitiques et scrofuleux. — Il est le principal pourvoyeur des asiles d'aliénés, des hôpitaux, des prisons. — Il n'étanche pas la soif, il la donne ; il ne réchauffe pas, il ne nourrit pas ; il ne fortifie pas : il tue. — GUERRE A L'ALCOOL.

— Savez-vous ce que boit cet homme dans ce verre qui vacille en sa main tremblante?

Il boit les LARMES, le SANG, la VIE DE SA FEMME ET DE SES ENFANTS. LAMENNAIS.

(1) Voir *Arch. gén. de méd.*, nov. 1899.

— L'ALCOOL NE DONNE NI SANTÉ, NI FORCE, NI CHALEUR, NI JOIE, ET NE FAIT QUE DU MAL. Tout homme raisonnable et bon devrait non seulement ne pas faire usage lui-même de boissons alcooliques, mais encore chercher de toutes ses forces à détourner les autres de ce poison. Léon TOLSTOÏ.

Enfin à côté des grands enfants que sont les soldats il y a d'autres catégories qui sont touchées par les affiches. On comprend donc le grand succès des avis dans le genre de ceux que M. Le Gendre a fait placarder dans les hôpitaux :

AVIS IMPORTANT POUR LES HOMMES

La plupart des maladies soignées dans les hôpitaux sont causées ou aggravées par l'**abus des boissons alcooliques**.

Toutes les boissons alcooliques sont dangereuses. Les plus nuisibles sont celles qui contiennent, avec l'alcool, des essences aromatiques, comme *la liqueur d'absinthe, qui ne peut jamais être bienfaisante*, le vulnéraire et les prétendus apéritifs appelés « *amers* ».

Les boissons alcooliques sont encore plus dangereuses quand on les prend le matin *à jeun* et entre les repas.

L'homme devient inévitablement alcoolique, c'est-à-dire **empoisonné** lentement par l'alcool, **même sans avoir été jamais en état d'ivresse**, quand il boit tous les jours de l'alcool, de la liqueur ou trop de vin (plus d'un litre par jour).

— L'*alcool est un poison*, dont l'usage habituel détruit plus ou moins vite, mais inévitablement, les organes les plus nécessaires à la vie : l'estomac, le foie, les reins, les canaux du sang, le cœur et le cerveau.

— L'alcool excite l'homme, mais il ne le fortifie pas.

— Il ne remplace pas la nourriture, mais il en fait perdre le goût. .

Quand on boit souvent de l'alcool, ou quand on boit trop de vin (plus d'un litre par jour), on est plus exposé aux maladies et, quand on est devenu malade, la maladie est toujours plus grave, elle se complique souvent de délire mortel.

— L'alcool cause très souvent la **phtisie**, en affaiblissant les poumons ; chaque année nous voyons des malades qui entrent d'abord à l'hôpital pour alcoolisme et qui reviennent quelques mois plus tard atteints de **phtisie**.

Les parents, qui ont fait abus des boissons alcooliques, ont souvent des enfants qui naissent mal conformés ou idiots, ou qui meurent de convulsions.

AVIS IMPORTANT POUR LES FEMMES

L'ALCOOLISME, c'est-à-dire l'empoisonnement lent par l'abus ou même l'usage continuel de boissons contenant trop d'alcool, n'existe pas seulement chez les hommes. Les médecins l'observent trop souvent aussi **chez des femmes** et même **chez des enfants.**

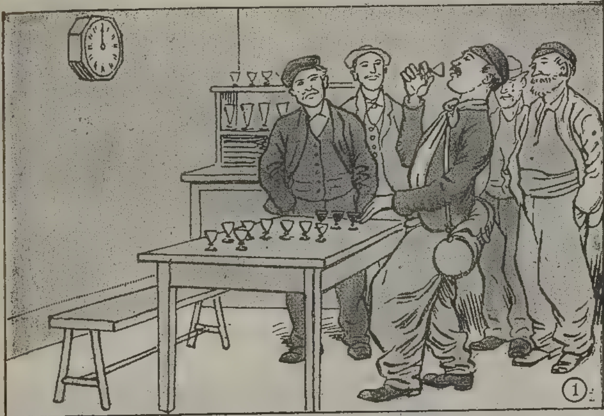
On *s'alcoolise* non seulement par l'abus du vin, par l'eau-de-vie (la goutte), le cognac, le rhum, mais par les LIQUEURS de toute espèce, par le *vulnéraire*, l'eau de mélisse qui est en réalité de l'alcoolat, les fruits à l'eau-de-vie, par l'usage trop fréquent de *vins médicamenteux* (vins de quinquina, de kola, de coca, vins phosphatés) ou d'*élixirs* prétendus digestifs. On croit se tonifier, se fortifier en les prenant ; en réalité, on détruit peu à peu son estomac, ses intestins, son foie, son cerveau.

Les boissons alcooliques sont d'autant plus dangereuses

pour la femme qu'elle est *sédentaire* et vit confinée dans le mauvais air d'un atelier ou d'un restaurant, d'une brasserie.

Les professions qui exposent à la grande chaleur ou aux vapeurs du charbon (celles de *blanchisseuses*, de *cuisinières*) favorisent l'alcoolisme en provoquant la soif.

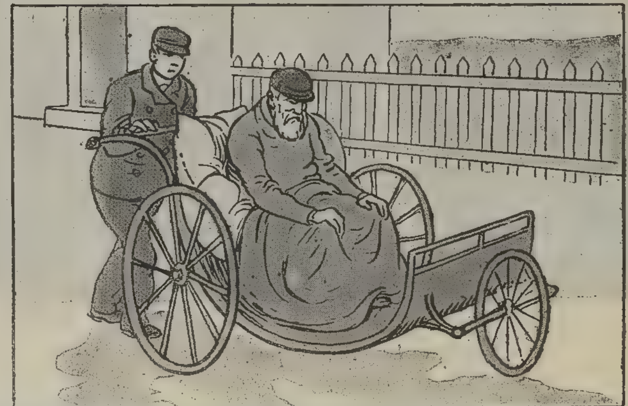
Si un homme faisant un métier rude peut boire sans trop d'inconvénients un litre de VIN par jour, *il y a danger pour*





Le pari mortel.



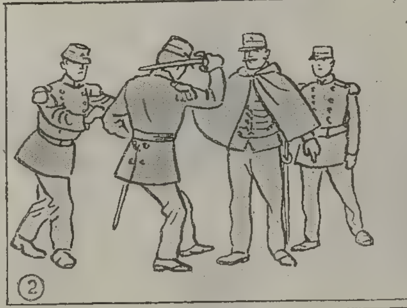


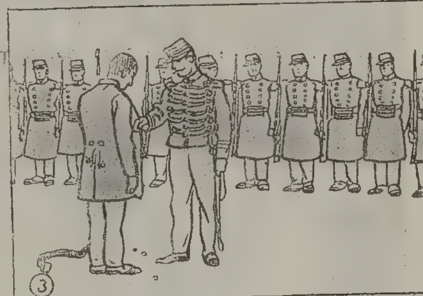
La vieillesse du tempérant. — La vieillesse de l'alcoolique.

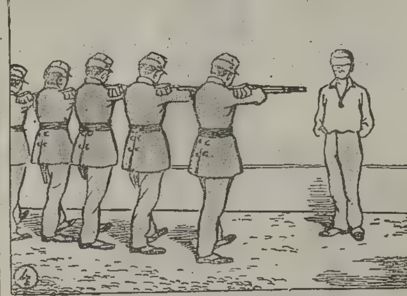
une femme à en boire *plus d'un demi-litre*, d'autant plus que de notre temps le vin est trop souvent falsifié ou surchargé d'alcool.

Les femmes devraient faire tous leurs efforts pour empêcher les hommes de boire avec excès. Elles sont **les premières victimes de l'alcoolisme**; car l'alcool, et surtout l'*absinthe*, transforment un brave homme en un **fou dangereux**, qui brutalise et même peut tuer sa femme ou ses enfants.









1. *Le petit verre.* — 2. *Les voies de fait envers un supérieur.*
3. *La dégradation.* — 4. *La mort* (1).

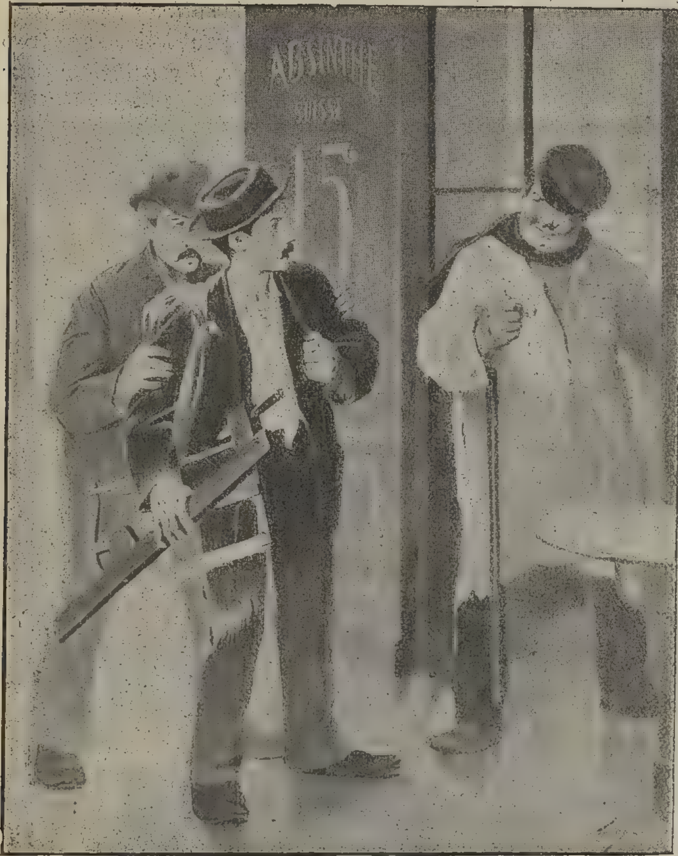
Un alcoolique est un père détestable; il engendre des enfants maladifs, qui naissent *mal conformés*, meurent de convulsions ou deviennent en grandissant *vicieux*, ayant le besoin presque irrésistible de boire de l'alcool, et finissent *criminels*.

Quand les **femmes enceintes**, les **nourrices** boivent de l'alcool, des liqueurs ou trop de vin, elles nuisent à leurs enfants, qui peuvent naître avortons difformes ou à leurs nourrissons qui peuvent avoir des *convulsions*.

On ne doit pas laisser boire de vin aux enfants au-dessous de deux ans, ni de vin pur aux enfants plus âgés.

Laisser boire aux enfants des liqueurs ou de l'alcool (excepté dans les maladies de courte durée, quand les médecins l'ordonnent) **est un véritable crime.**

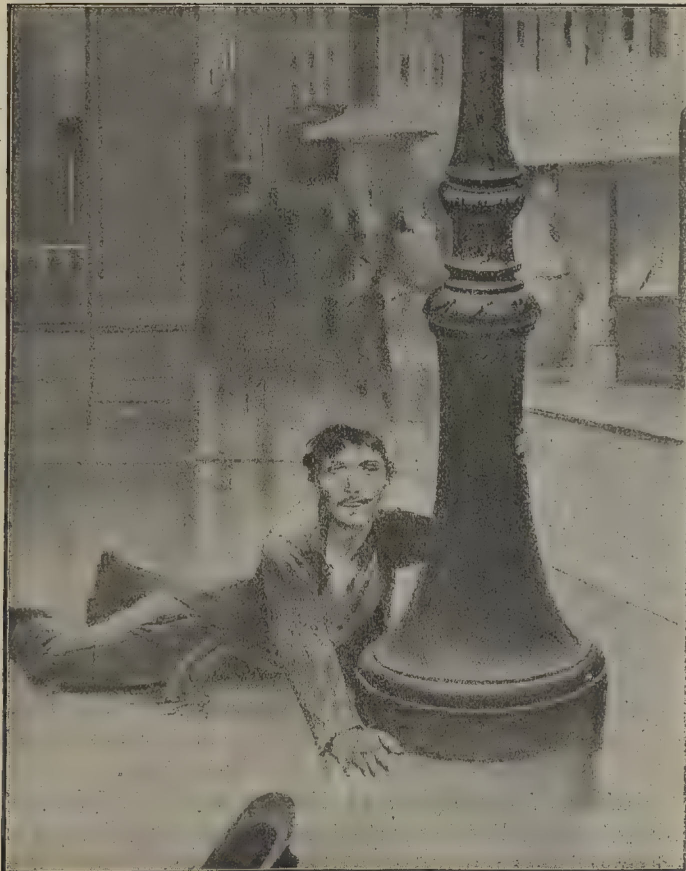
(1) Ces gravures, reproduites avec l'autorisation de l'éditeur, sont tirées de la collection des bons points anti-alcooliques du docteur Galtier-Boissière chez Fernand Nathan, éditeur, 18, rue de Condé, Paris. — La collection complète, du prix de 60 centimes, existe en verres pour projections (20 francs en location, 2 fr. 85 retour franco).



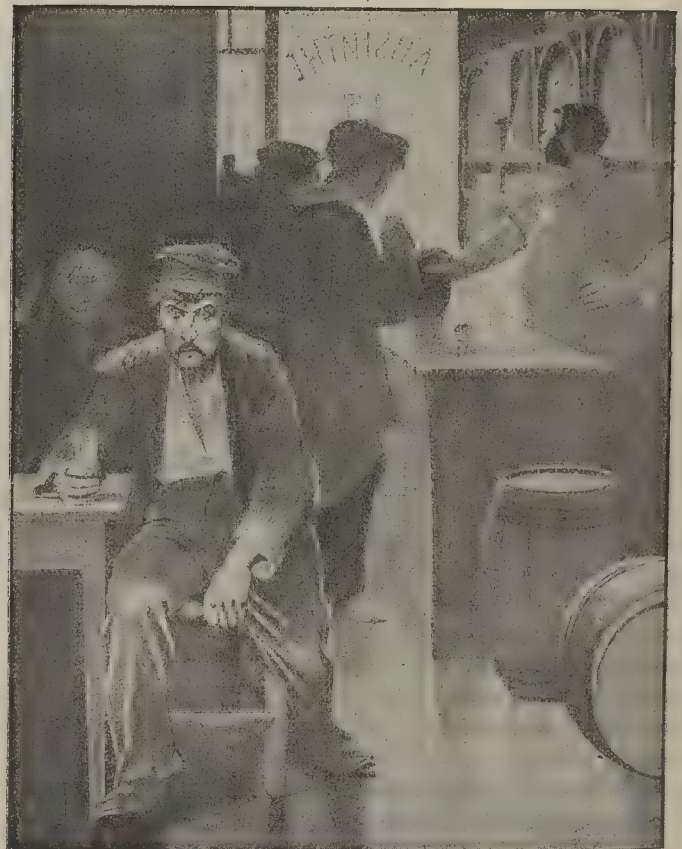
Le premier pas.



Mauvaises habitudes.

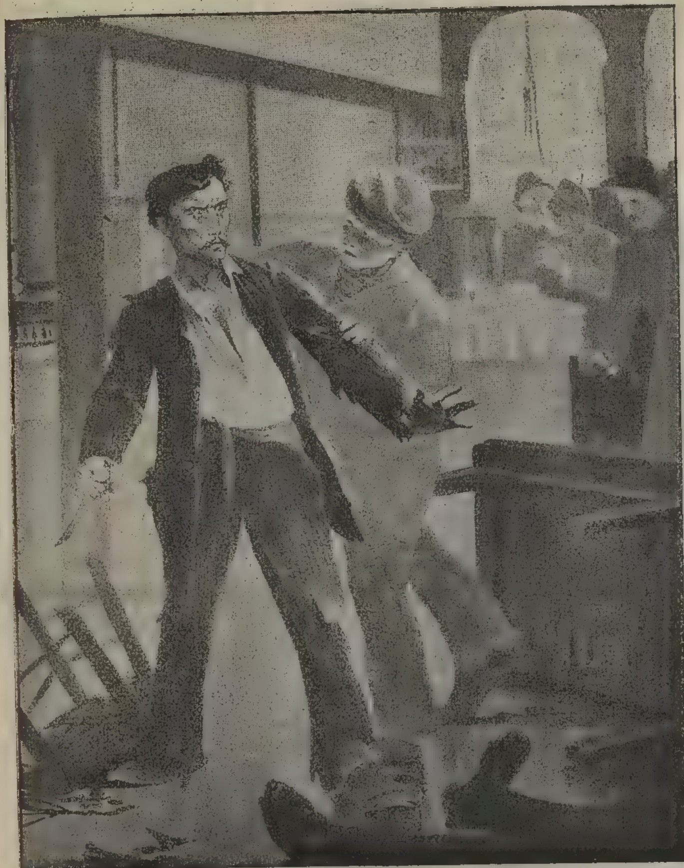


L'alcoolique sujet de scandale.

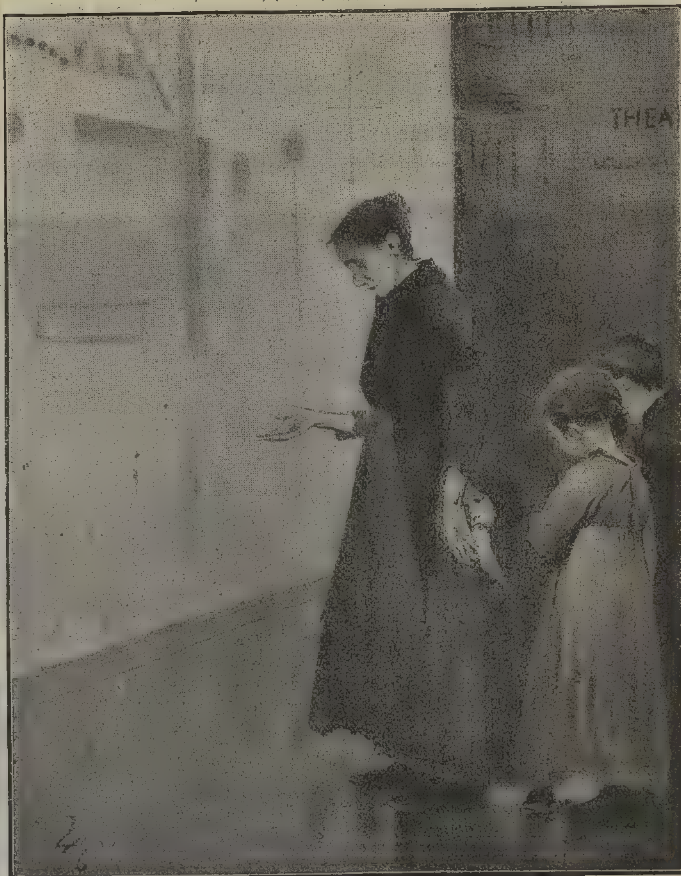


Sur le chemin de la folie.

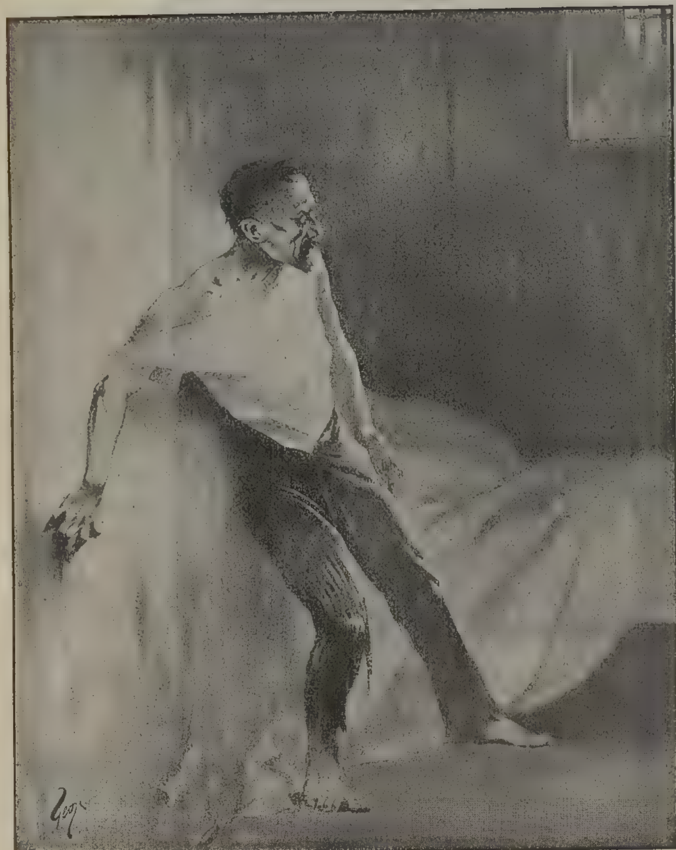
(Ces bons points font partie d'une collection en couleurs d'après les aquarelles de Geoffroy, texte de J. Baudrillard.



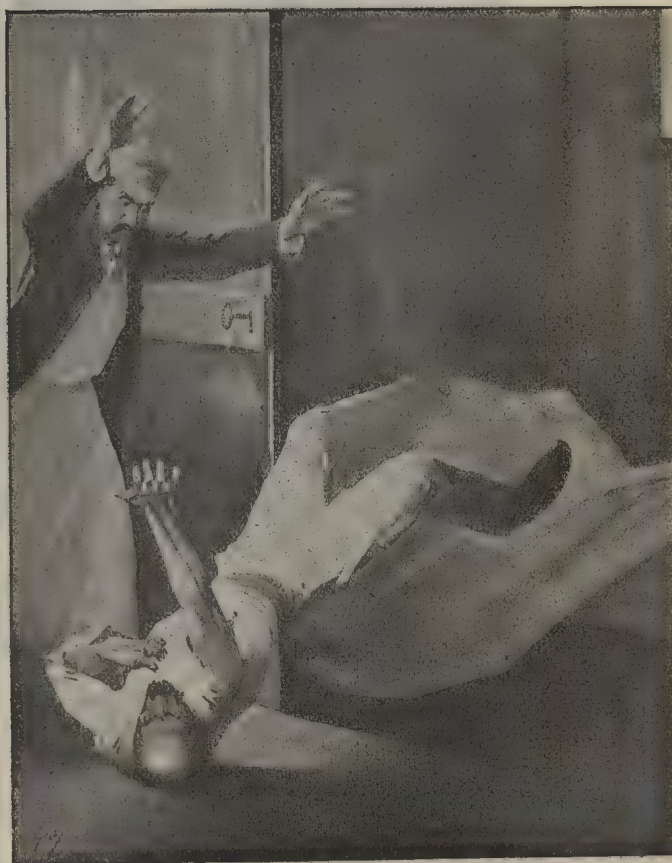
Le crime.



La femme réduite à la misère.



La folie.



La mort de l'alcoolique (delirium tremens).

(Collection reproduite avec l'autoriration de M. Ch. Delagrave, éditeur, 15, rue Soufflot, Paris.)

Signalons enfin certaines affiches bien faites pour attirer l'attention :

AVANT LES ÉLECTIONS (1)

CITOYENS ! l'heure est grave.

Les candidats vont solliciter vos suffrages ; ils couvriront les murs de leurs programmes ; ils parleront de *réformes*, d'*économies*, de *patriotisme*.

ÉLECTEURS ! vous répondrez à ceux qui demandent votre confiance :

Pas de réformes durables,

Pas d'économies possibles,



(Reproduit avec l'autorisation de l'UNION FRANÇAISE ANTI-ALCOOLIQUE, société française contre l'usage des boissons spiritueuses, F. SERRIER, trésorier, 8, rue d'Ulm, Paris.

Pas de patriotisme véritable,

tant que nos élus n'engageront point une lutte à mort contre l'ALCOOLISME.

ÉLECTEURS ! vous répondrez à ceux qui espérent devenir vos mandataires :

DES RÉFORMES ? — Nous souhaitons que le gouvernement encourage ouvertement l'agitation anti-alcoolique, les ligues scolaires contre l'intempérance, les sociétés d'abstinence partielle ou totale, qu'il applique la loi de 1873 sur l'ivresse ; qu'il interdise l'ouverture de nouveaux débits ; qu'il supprime le privilège des bouilleurs de cru.

DES ÉCONOMIES ? — L'alcoolisme coûte à la France un

(1) Placard utilisable pour des élections municipales.

milliard de francs par an (frais d'hospitalisation, frais de répression, journées de travail perdues...). Nous demandons qu'on élève sans merci les droits sur l'alcool destiné à la consommation, et qu'on dégrève le thé, le café, le sucre; nous exigeons qu'on mette à la portée du peuple les boissons réellement hygiéniques.

DU PATRIOTISME? — Nul n'est patriote, s'il assiste sans protester à l'affaiblissement de la natalité, à la multiplication des suicides et des cas de folie, à l'augmentation ininterrompue des délits, à la diminution graduelle du nombre des conscrits bons pour le service, à l'affaissement de plus en plus prononcé de la pensée et de la volonté dans toutes les classes de la société, en un mot à la dégénérescence de la race.

Citoyens!

Si chacun des électeurs qui portera son bulletin de vote à l'urne renonçait, le même jour, à l'usage des spiritueux, à sa cuillerée d'eau-de-vie ou à son apéritif, les pouvoirs publics céderaient à l'irrésistible poussée de l'opinion, et le fléau qui menace notre patrie bien-aimée reculerait devant le libre élan de tous les Français dignes de ce nom.

J'accuse !

J'ACCUSE l'alcool d'être un **menteur**, un **trompeur** et un **faussaire**, qui prétend fortifier l'homme et qui l'*affaiblit*, qui prétend réchauffer et qui *refroidit*, qui prétend réjouir et qui *désespère*, qui s'intitule « eau-de-vie » et qui *donne la mort!*

J'ACCUSE l'alcool d'être un **voleur** infâme, un **bandit** qui vide les poches de l'humble *soldat* ou du malheureux *ouvrier*, qui **ruine** l'État sous couleur de l'enrichir, qui lui impose la construction de nouveaux *hôpitaux*, de nouveaux *asiles d'aliénés*, de nouvelles *prisons*, et qui coûte à la France *un milliard de francs* par an!

J'ACCUSE l'alcool d'être un **criminel**, je l'accuse d'*outrages aux mœurs*, de *coups* et *blessures*, d'*assassinats*; il n'est pas de jour où ce **meurtrier** n'*empoisonne* des enfants, n'*estropie* des femmes, ne *livre* des hommes forts à l'ivresse furieuse ou comateuse, n'*assomme* des vieillards par l'apoplexie!

J'ACCUSE enfin l'alcool de **forfaiture** et de **trahison**; je l'**ACCUSE** d'être **vendu** à l'anonyme **Syndicat** de tous les buveurs d'apéritifs, de liqueurs et d'eaux-de-vie; je l'**ACCUSE** de préparer la **banqueroute** matérielle et morale de la **Patrie**, dont il épuise les réserves morales — et qu'il se prépare à livrer, noble victime, à l'**ennemi!**

Patriotes, où allons-nous?

ON DEMANDE

quelle est la principale cause de la misère?

BONS OUVRIERS de tous corps d'état

vous le savez, c'est l'alcoolisme qui fait parmi vous de tels ravages, vide les porte-monnaie, épuise les forces des travailleurs, sème la honte et la faim.

PEUPLE, GUERRE A L'ALCOOLISME!

ON A PERDU

SA PEINE ET SON TEMPS
quand après avoir travaillé toute la semaine on dépense le

SAMEDI SOIR

la paye que tout bon père de famille devrait

RAPPORTER A LA MAISON

UNE RÉCOMPENSE EST PROMISE

à l'ouvrier tempérant :
c'est le bien-être, la santé, le bonheur domestique.
Le châtiment de l'alcoolique :
c'est la Misère, la Haine, la Folie, la Prison, le Suicide.

QU'ON SE LE DISE! (1)

En résumé, nous avons montré par quelques exemples, ce que peut donner, contre l'alcoolisme la propagande par l'image et l'affiche. Certes nous n'avons pas tout dit, mais nous estimons qu'en face de la réclame éhontée à laquelle se livrent les fabricants de poison il est bon d'organiser d'une façon solide et sérieuse, la réclame pour le bien et pour la santé publique.

AVIS IMPORTANT

Les travaux du XIII[e] Congrès international de médecine, si l'on en juge par le nombre des communications annoncées et par l'importance de ses rapports, vont former une œuvre scientifique considérable.

Désirant donner à nos lecteurs un compte rendu aussi clair et complet que possible de ce Congrès, nous avons décidé de publier, dans les quelques jours qui suivront sa clôture, un *NUMÉRO EXCEPTIONNEL* contenant le compte rendu analytique et critique des travaux de chaque section.

Nous avons choisi parmi nos collaborateurs ceux que leurs travaux antérieurs désignaient le mieux pour mener à bien cette tâche.

Ainsi, sous une forme qui n'aura pas les inconvénients d'un compte rendu au jour le jour, forcément hâtif et incomplet, nos lecteurs trouveront en un seul numéro ce qu'on devra retenir du Congrès de 1900.

Tous nos abonnés recevront gratuitement ce numéro exceptionnel.

NOTA. — *Pour faciliter la tâche de nos collaborateurs, nous prions MM. les Congressistes de vouloir bien nous adresser directement leurs communications ou un résumé de celles-ci.*

---

(1) Spécimen des affiches anti-alcooliques de M. ABERLEN, imprimeur à Vals (Ardèche). 10 centimes l'exemplaire.

BULLETIN DU CONGRÈS

Les sections sont maintenant en pleine activité. Si, au début, certaines ont paru un peu délaissées, il n'en est plus de même maintenant, et samedi l'affluence était considérable presque partout. La veille, à la section d'urologie, à l'hôpital Necker, les congressistes français et étrangers, réunis dans la salle de consultation de la Terrasse, ont offert à M. le professeur Guyon, président de la section, une très artistique médaille due au talent de M. Bottey. Diverses allocutions ont été prononcées à cette occasion. M. Saxtorph (de Copenhague), au nom des élèves étrangers de M. Guyon, lui a exprimé tous ses remerciements pour l'accueil réservé à Necker à tous les médecins qui désirent s'instruire et se perfectionner dans la pratique des voies urinaires. M. J. Lucas-Championnière a parlé au nom des anciens internes, M. Pousson (de Bordeaux), au nom des élèves de Necker qui exercent en province, M. Alglave, interne du service, a dit au maître toute la respectueuse reconnaissance que lui gardent ses jeunes élèves; enfin, M. Albarran a su trouver quelques phrases émues pour dire à M. Guyon combien tous ses élèves étaient fiers de cet hommage rendu à l'école de Necker et à son illustre chef par les médecins venus de tous les points de l'Europe et du monde. Cette séance, tout intime, s'est terminée par quelques mots de remerciements de M. Guyon. Puis la section a continué ses travaux par l'audition des rapports de M. Küster (de Marburg), de M. Fenger (de Chicago), lu en son absence par M. Desnos, et de M. Bazy.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Marseille.* — Le lundi 15 octobre 1900 à trois heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteur en l'une des Facultés de France, être âgés de vingt-sept ans au moins, de nationalité française ou en mesure de justifier de leur naturalisation. Les anciens internes des hôpitaux de Marseille, âgés de vingt-six ans au moins, seront admis à concourir.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille : ils pourront en conséquence concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

Pour tous renseignements s'adresser à la commission administrative.

Concours de l'internat. — Le 22 octobre 1900 s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu, à huit heures du matin, un concours pour cinq places d'élèves internes.

Le 29 octobre 1900, à la même heure, dans le même hôpital, s'ouvrira un concours pour dix places d'élèves externes.

Les internes sont logés, nourris, chauffés, éclairés et reçoivent un traitement de 360 francs, 420 francs, pour la première et la deuxième année, et 480 francs pour les troisième et quatrième années.

Les externes ont droit à une indemnité de 300 francs pour tenir les cahiers de visite.

Pour tous renseignements, s'adresser à la commission administrative de Marseille.

Corps expéditionnaire de Chine. — M. Trifaud, médecin principal de deuxième classe, médecin-chef à l'École d'application de l'artillerie et du génie, est nommé adjoint au directeur du service de santé du corps expéditionnaire de Chine;

M. Duchêne, médecin principal de deuxième classe, médecin-chef de l'hôpital du Belvédère, est nommé chef de la brigade des troupes de l'armée de terre du corps expéditionnaire de Chine.

— Sont désignés pour la brigade de l'armée de terre du corps expéditionnaire de Chine :

MM. les médecins-majors de première classe Béchard, Kaufmann et Beylier.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Rouffignac, Sabatier, Rocheblave, Licht, Ferrand, Barbot, Destrez, Pichon, Pouy, de Libessart, Visbecq et Husson.

MM. les médecins aides-majors de première classe Jaffary, Coullaud, Guichard, Piqué, Léniez, Bar, Miramond, Lafeuille, Caujole, Vandenbosche, Langlois et Bertelé.

— Sont désignés pour aller servir à l'ambulance de la Croix-Rouge du corps expéditionnaire de Chine :

M. le médecin principal Laffont, du port de Toulon; — M. le médecin de première classe Labadent, embarqué sur la défense mobile de Rochefort; — M. le médecin de deuxième classe Lafaurie, du cadre de Rochefort.

Guerre. — Par décision ministérielle du 31 juillet, sont nommés pour les postes ci-après désignés :

M. le médecin principal de deuxième classe Sockeel, médecin-chef à l'école d'application de l'artillerie et du génie à Fontainebleau.

MM. les médecins-majors de première classe Lecomte, nommé médecin-chef de l'hôpital militaire du Belvédère à Tunis; — Mathelin, pour l'hôpital militaire de Rennes provisoirement; — Atgier, pour le 120e d'infanterie; — Simon, pour le 74e d'infanterie; — Amat, pour le 76e d'infanterie; — Descosse, pour le 1er du génie; — Guégan, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Comte, pour le 98e d'infanterie; — Félix, pour le 41e d'infanterie; — Gilbert, pour le 4e spahis; — Gleize, pour le 29e bataillon de chasseurs à pied; — Guillabert, pour le 17e d'artillerie à pied; — Bassères, pour l'École supérieure de guerre; — Roy, pour le 5e hussards; — Vuillaume, pour les batteries alpines du 19e d'artillerie; — Alix, pour le 6e chasseurs d'Afrique; — Sendral, pour le 19e escadron du train des équipages militaires; — Moinet, pour la direction du service de santé du 9e corps d'armée; — Le Mitouard, pour le 3e bataillon du 1er régiment étranger envoyé en Indo-Chine; — Beaussenat, pour le 6e bataillon du 2e régiment étranger envoyé en Indo-Chine; — Pinot, pour le 104e d'infanterie; — Lefebvre, pour le 67e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Guichemerre, pour le 9e d'infanterie; — Daireaux, pour le 3e bataillon du 1er régiment étranger envoyé en Indo-Chine; — Capmas, pour le 6e bataillon du 2e régiment étranger envoyé en Indo-Chine; — Truitié de Vaucresson, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — Drevet, pour le 144e d'infanterie; — Demilly, pour le 4e chasseurs d'Afrique; — Deyrolle, pour le 4e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — Blary, pour les hôpitaux militaires de la division de Tunisie; — Durieu, pour l'hôpital militaire de Marseille; — Wagner, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

— Par décision ministérielle du 1er août, le prix du trousseau qu'auront à verser au trésor, les élèves admis à l'École du service de santé militaire en 1900, est fixé à 1016 fr. 88.

Marine. — M. le docteur Brochet, médecin de première classe à Rochefort, est désigné pour remplir les fonctions de médecin-major de la défense mobile de ce port en remplacement de M. le docteur Labadens, appelé à d'autres fonctions.

— Par décision ministérielle du 2 août a été acceptée la démission de son grade offerte par M. le docteur Taburet, médecin de deuxième classe de la marine.

Par décret de même date, M. Taburet a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer. Il est affecté au port de Brest.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 30e semaine, 1350 décès, chiffre très sensiblement inférieur à celui de la semaine précédente (1537).

La fièvre typhoïde a causé 24 décès, la rougeole 37 (la moyenne est 21); la scarlatine 10, la coqueluche 7, la diphtérie 10. La variole a causé 2 décès.

La diarrhée infantile a causé 262 décès de 0 à 1 an (au lieu de 256 pendant la semaine précédente); en outre, 55 décès par diarrhée sont survenus de 1 à 4 ans (au lieu de 50).

Ces chiffres dépassent de beaucoup la moyenne de la saison, mais les dangers que présente cette maladie seraient promptement conjurés si les familles se conformaient aux recommandations rédigées par le « service des épidémies » et que M. le préfet de police a récemment fait afficher dans Paris.

En outre, 21 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 86 décès, au lieu de 114 pendant la semaine précédente et au lieu de 74, moyenne ordinaire de la saison. Ces chiffres se décomposent ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 5 décès (au lieu de la moyenne 10) ; bronchite chronique, 17 (au lieu de la moyenne 14); broncho-pneumonie, 39 (au lieu de la moyenne 26); pneumonie, 25 (au lieu de la moyenne 24).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 35 décès, dont 25 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 163 décès (au lieu de la moyenne 165) ; la méningite tuberculeuse 13 ; la méningite simple 32 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 32 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral 102 ; les maladies organiques du cœur 62 ; le cancer a fait périr 44 personnes ; 40 vieillards sont morts de débilité sénile.

La grève des internes des hôpitaux de Marseille. — On annonce que les internes et les externes des hôpitaux de Marseille, à la suite de difficultés avec l'administration des hospices, viennent de se mettre en grève. Les services urgents seraient assurés.

L'alcoolisme à la Chambre des députés. — Nos honorables trouvant, paraît-il, leur buvette insuffisante, on vient de commencer des travaux d'agrandissement de ce *service*.

Avis au public. — En vue de simplifier le classement des correspondances à distribuer dans Paris, et de hâter la sortie des facteurs, l'Administration s'occupe de mettre en concordance les circonscriptions de distribution avec la division administrative par arrondissements. Cette mesure ne produira tous ses effets qu'autant que l'adresse des lettres et autres objets pour Paris, sera complétée par l'indication de l'arrondissement où réside le destinataire.

L'Administration croit pouvoir compter sur le concours du public, pour la réalisation d'une amélioration qui l'intéresse directement.

Exemple d'adresse complète :

GAZETTE DES HÔPITAUX,
49, rue Saint-André-des-Arts,
Paris **6e**.

Sanatorium en papier mâché. — Le *Daily Mail* rapporte que dans les environs de Mettey, près de Londres, on vient de construire, pour les convalesceuts de l'hôpital de cette ville, 45 tentes en papier mâché, qui pourront loger 500 habitants. Ces sortes d'habitations sont, paraît-il, très salubres et seraient surtout recommandées aux malades atteints d'affections tuberculeuses ou des voies respiratoires, l'air qu'elles contiennent n'étant chargé d'aucune humidité. Le sanatorium antituberculeux parfait serait, au dire de certains hygiénistes anglais, le sanatorium en papier mâché. (*Mém. de la Lib.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — AVIS IMPORTANT. — FRACTURE OBLIQUE ET TRANSVERSALE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DE LA PHALANGE DE L'INDEX GAUCHE (*1 fig.*), par M. ESTRABAUT, ancien interne des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — A TRAVERS LES CONGRÈS. Bulletin du Congrès international de médecine ; — Congrès des sourds-muets. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

AVIS IMPORTANT

Les travaux du XIIIe Congrès international de médecine, si l'on en juge par le nombre des communications annoncées et par l'importance de ses rapports, vont former une œuvre scientifique considérable.

Désirant donner à nos lecteurs un compte rendu aussi clair et complet que possible de ce Congrès, nous avons décidé de publier, dans les quelques jours qui suivront sa clôture, un *NUMÉRO EXCEPTIONNEL* contenant le compte rendu analytique et critique des travaux de chaque section.

Nous avons choisi parmi nos collaborateurs ceux que leurs travaux antérieurs désignaient le mieux pour mener à bien cette tâche.

Ainsi, sous une forme qui n'aura pas les inconvénients d'un compte rendu au jour le jour, forcément hâtif et incomplet, nos lecteurs trouveront en un seul numéro ce qu'on devra retenir du Congrès de 1900.

Tous nos abonnés recevront gratuitement ce numéro exceptionnel.

NOTA. — *Pour faciliter la tâche de nos collaborateurs, nous prions MM. les Congressistes de vouloir bien nous adresser directement leurs communications ou un résumé de celles-ci.*

FRACTURE OBLIQUE ET TRANSVERSALE
DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DE LA PHALANGE DE L'INDEX GAUCHE

Par M. ESTRABAUT, ancien interne des hôpitaux.

« Autant, dit M. Rieffel (1), les écrasements des phalanges sont fréquents dans les plaies contuses des doigts, autant la fracture sous-cutanée de ces osselets est rare, plus rare même que celle des métacarpiens. » C'est en vertu de cette rareté qu'il nous paraît intéressant de publier le cas d'une fracture à la fois oblique et transversale de l'extrémité inférieure de la phalange de l'index gauche que nous avons eu l'occasion d'observer.

M. R..., âgé de 35 ans, à la suite d'un coup de poing porté contre l'arcade sourcilière d'une personne, ressent une assez vive douleur au niveau de l'index gauche. Quelques heures après apparaissent du gonflement au niveau et un peu au-dessus de l'articulation de la phalange et de la phalangine et de l'impotence du doigt. Quand nous le voyons quarante-huit heures environ après le traumatisme, nous constatons du gonflement siégeant au niveau du tiers inférieur de la première phalange de l'index gauche et une légère ecchymose. En palpant la phalange, nous provoquons de la crépitation osseuse, mais pas de mobilité anormale ; on provoque un point douloureux à maximum localisé à la partie externe au-dessus de l'interligne articulaire et un autre point douloureux mais moins accentué et moins localisé, à la partie interne. La douleur localisée, l'impotence du doigt, le gonflement et surtout la crépitation osseuse suffisaient pour le diagnostic de fracture de l'extrémité inférieure de la première phalange de l'index gauche. Étant donné que l'articulation elle-même était distendue, nous étions porté à penser que le trait de fracture obliquement dirigé de dehors en dedans et de haut en bas intéressait l'articulation. Nous prescrivîmes du massage : une séance fut faite pendant dix jours consécutifs. Au bout de ce temps la tuméfaction avait diparu, mais les mouvements de flexion dans les deux articulations des phalanges des doigts étaient impossibles et douloureux. On percevait encore de la crépitation. Nous immobilisons le doigt pendant une dizaine de jours. Sous cette influence la douleur disparaît. Le massage est repris pendant une douzaine de jours, si bien qu'au bout de quarante jours la fracture semblait consolidée (plus de crépitation ni douleur), mais la raideur articulaire persistait.

(1) RIEFFEL. In *Traité de chirurgie clinique et opératoire* de Le Dentu et Delbet, t. II, p. 324.

Le malade, inquiet de cet état de raideur, va de lui-même se faire radiographier. Nous donnons ci-jointe, l'épreuve radiographique, qui est intéressante parce qu'elle révèle la direction du trait de fracture. Celui-ci, en effet, est formé de deux parties, l'une oblique de haut en bas et de dedans en dehors, l'autre transversale (si l'on suppose la main placée



horizontalement en pronation). Les fragments paraissent écartés bien que cependant la consolidation soit en voie de se produire. Le malade, sous l'influence des mouvements spontanés, a vu la raideur se dissiper et le doigt a retrouvé, deux mois environ après l'accident, à peu près intégralement sa fonction.

Telle est, résumée, l'observation de ce cas de chirurgie journalière qui a un certain intérêt à cause :

1° De la rareté de ces fractures des phalanges des doigts ;

2° De la direction du trait de fracture ;

3° De la persistance de la raideur articulaire consécutive à ces fractures juxta-articulaires.

LE NOUVEAU-NÉ

Sous ce titre, M. Vallois vient de publier (1) une monographie où sont exposées avec une clarté et une méthode toutes scientifiques les soins qu'il convient de donner au nouveau-né depuis sa naissance jusqu'à sa première enfance. Nous avons pensé être agréable à nos lecteurs en analysant brièvement à leur intention ce véritable guide pratique du nouveau-né.

Dès que l'enfant est né, l'accoucheur doit veiller à ce qu'il ne se produise aucun tiraillement du cordon (ni du côté de l'enfant, ni du côté du placenta) ; puis, avec le doigt recouvert d'un linge propre, débarrasser immédiatement la bouche et l'arrière-bouche des mucosités qui peuvent s'y trouver. Ces soins, toujours utiles, deviennent indispensables lorsque, pendant l'accouchement, l'enfant a avalé du liquide amniotique teinté de méconium, ou même putréfié, l'introduction de ce liquide dans les voies respiratoires favorisant singulièrement le développement de broncho-pneumonies mortelles. Le nouveau-né est ensuite enveloppé dans une flanelle chaude et couché sur le côté.

Les soins relatifs aux yeux doivent alors être donnés sans retard. [Il est bien entendu que, dans tous les cas de vaginite suspecte, on aura prescrit à la femme, dans les derniers temps de sa grossesse et pendant l'accouchement, des injections vaginales au sublimé (0gr20 pour un litre d'eau bouillie). Si le sublimé n'était pas supporté (albuminurie maternelle), le remplacer par le permanganate de potasse (0gr50 pour un litre d'eau bouillie).] Immédiatement après la naissance, on lavera donc les yeux du nouveau-né avec de l'eau bouillie et du coton hydrophile, puis on recourra à l'un des procédés suivants : instillation dans chaque œil d'une goutte d'une solution de nitrate d'argent à 1/50, instillation entre les paupières de jus de citron, insufflation entre les paupières de poudre d'iodoforme porphyrisé. Ces soins n'auront de valeur que s'ils sont précoces, et si l'on protège consciencieusement les yeux contre toute infection ultérieure.

La ligature et la section du cordon ombilical soulèvent plusieurs questions importantes. S'il est *indispensable* de lier le cordon du côté de l'enfant, il est au contraire préférable de ne pas lier le bout placentaire. Dans le premier cas, en effet, la moindre gêne du côté de la circulation pulmonaire détermine le reflux du sang dans la veine ombilicale. Dans le second, en ne liant pas le cordon du côté du placenta, ce dernier se vide d'une partie du sang qu'il contient, et, par suite, est extrait plus facilement. On ne devra lier le bout placentaire du cordon que dans une circonstance — mais alors l'indication est formelle — c'est lorsqu'il existe une grossesse multiple, lorsque les deux circulations fœtales peuvent communiquer au niveau du placenta.

La ligature du cordon doit être *tardive*. Il ne faut lier et sectionner le cordon que une à deux minutes après la cessation complète des battements dans les artères ombilicales (Budin), car, lorsque les battements ont cessé dans le cordon, l'enfant reçoit du sang du placenta, mais il ne lui en envoie plus. Faire la ligature immédiate, c'est priver l'enfant d'une quantité de sang considérable (92 grammes). Il faut donc préférer à la ligature immédiate la ligature tardive.

Les précautions à prendre pour cette opération peuvent être brièvement formulées : la ligature du cordon doit être *aseptique et suffisante pour préserver l'enfant d'une hémorragie*. Dans les cas ordinaires, on prend un fil de lin (double) ou un cordonnet de soie qu'on laisse tremper, jusqu'au moment de s'en servir, dans une solution de sublimé. Le milieu du fil (doublé) est porté au-dessous du cordon, à deux ou trois travers de doigt de l'ombilic. Les deux bouts du fil sont ensuite ramenés de chaque côté au-dessus du cordon. Une fois sur la ligne médiane on les croise deux fois, on serre ensuite lentement et progressivement, de façon à former un sillon tout autour du cordon. Puis, de nouveau, les deux bouts sont ramenés en bas, en suivant le sillon : on les porte au-dessous du cordon et sur la ligne médiane. On arrête enfin la ligature par un double nœud. Il ne faut pas

(1) Paris, Masson et Cie. — Prix : 2 francs.

serrer trop, ce qui pourrait couper le cordon, mais serrer suffisamment de façon à ce que l'action constrictive du lien puisse porter sur les vaisseaux ombilicaux. Si cette ligature semble insuffisante, on est autorisé à en faire une seconde entre la première et la surface de section (ligature de sûreté). On sectionne enfin le cordon un peu au delà de la ligature, aseptiquement. Lorsque le cordon est gras, ce procédé ne suffit pas, et il faut alors recourir au procédé de l'allumette (Tarnier), ou de la ligature en bouchon de champagne (Budin). S'il existe une hernie ombilicale, la réduire avant de lier le cordon.

Les troubles que peut présenter le nouveau-né au moment de sa naissance nécessitent une thérapeutique variable suivant leur cause : l'enfant naît-il *étonné*, il suffit, après avoir enlevé les mucosités de la bouche, de l'arrière-gorge et du nez, de flageller l'enfant, de le plonger dans un bain chaud, puis de le frictionner vivement. Ces moyens simples suffisent généralement : l'enfant ne tarde pas à crier, à s'agiter, la respiration et la circulation se régularisent.

Lorsque l'enfant naît en état de mort apparente, les soins à donner sont plus complexes et d'une réussite moins sûre. Le traitement prophylactique de la mort apparente ayant été suivi pendant le travail, il faut dès la naissance appliquer un traitement curatif avec énergie et constance : n'a-t-on pas vu revenir des enfants dont l'état semblait très grave, voire même désespéré?

Dans ces cas, la saignée est illogique (Budin) : car, si l'on a affaire à l'asphyxie bleue, la saignée du cordon ne donnera pas à l'enfant l'oxygène qui lui manque et l'on a affaire à l'asphyxie blanche, la saignée est encore bien plus contre-indiquée. En réalité, ce qu'il faut avant tout, c'est chercher à rétablir la respiration par un procédé quelconque : inspirations artificielles (Schultze, Sylvester); tractions rythmées de la langue (Laborde), insufflation de bouche à bouche, insufflation avec le tube laryngien de Ribemont-Dessaigne. C'est ce dernier procédé qui donne les meilleurs résultats. Voici comment il faut s'en servir : le tube insufflateur est tenu de la main droite ; l'index va à la recherche de l'orifice supérieur du larynx et reconnaît la saillie des cartilages aryténoïdes en arrière desquels la pulpe du doigt se place; on introduit alors le tube insufflateur en le guidant sur l'index jusqu'à ce que son extrémité allongée pénètre dans le larynx; on l'enfonce doucement dans la trachée en le ramenant sur la ligne médiane. Avant de commencer l'insufflation, il est indispensable d'aspirer les mucosités à l'aide de la bouche appliquée directement sur le tube. Ceci fait, et après s'être encore assuré que le tube est bien dans la trachée, presser doucement sur la poire ajustée à l'extrémité du tube. Pratiquer d'abord les insufflations toutes les dix secondes; les espacer d'autant plus que l'enfant commence à respirer mieux (Ribemont).

Toilette du nouveau-né. — L'emploi des lotions savonneuses a remplacé les corps gras dont on se servait jadis pour nettoyer l'enfant. On plonge pendant deux à trois minutes l'enfant dans un bain tiède en ayant soin de placer préalablement sur ses yeux de petits tampons de coton hydrophile imbibé d'eau boriquée, et maintenus en place par une bande de tarlatane, afin d'éviter toutes causes d'infection oculaire.

Pour panser le cordon ombilical, l'accoucheur a le choix entre le pansement humide à l'acide phénique et le pansement sec au coton au sublimé. Ce dernier — qu'il est superflu de décrire ici — doit être préféré au pansement phéniqué, qui retarde souvent la chute du cordon, et peut déterminer des accidents toxiques. Quant aux pansements consécutifs, ils consisteront simplement à renouveler l'application sur le cordon de coton au sublimé, après le bain que l'on doit tous les jours donner à l'enfant.

Physiologie du nouveau-né. — Relativement à l'alimentation, donner les aliments (lait) en petite quantité et souvent. Veiller à ce que les selles ne soient pas modifiées, ni en couleur : la couleur verte indique les troubles digestifs, — ni en consistance : des selles liquides indiquent un lait trop aqueux ou pris en trop grande quantité, — ni en fréquence : des selles trop fréquentes (plus de 4 à 5 par jour) sont un signe de mauvaise digestion. Le gonflement des seins qui suit très souvent la naissance sera traité par les procédés antiseptiques. Enfin, peser régulièrement l'enfant pour s'assurer que son état de santé est satisfaisant et qu'il prospère d'une façon suffisante.

Soins à donner aux enfants nés à terme et bien portants. — Que l'enfant soit habillé d'un maillot, ou à l'anglaise, il doit reposer dans une chambre possédant une température assez élevée et peu variable ; il sera couché sur le côté, en prévision des vomissements; jamais — recommandation qui n'est malheureusement pas superflue — jamais la mère ou la nourrice ne devra le prendre dans son lit.

Tous les matins, on lavera complètement le corps de l'enfant à l'eau légèrement dégourdie, on l'essuie avec soin et on le saupoudre d'amidon ou de lycopode, principalement au niveau des plis de flexion. Employer l'eau de feuilles de noyer quand l'enfant a la peau particulièrement délicate. Le changer souvent dans la journée, lui faire prendre de bonne heure des habitudes de propreté.

La date de la première sortie dépendra non seulement de la force de l'enfant, mais aussi de la température extérieure éviter, pendant ces sorties, les refroidissements.

Pour la vaccine, attendre au moins l'âge de 3 mois, s'il n'existe pas d'épidémies de variole.

L'étude de l'*alimentation* du nouveau-né présente une importance capitale. Le nouveau-né ne doit avoir qu'un aliment, le lait. Le lait est un aliment complet, qui permet seul au nouveau-né de se nourrir et de se développer. L'allaitement maternel est le meilleur des modes d'allaitement. Formellement indiqué quand le nouveau-né est syphilitique, il est avantageux pour la mère et l'enfant dans tous les cas où il n'existe pas, du côté maternel, une maladie grave telle que tuberculose, troubles cardiaques, troubles mentaux, cachexie. L'enfant ne sera pas mis au sein immédiatement après l'accouchement, mais seulement au bout de quelques heures ; c'est une mauvaise pratique de donner entre temps à l'enfant une boisson quelconque (eau sucrée, eau de fleurs d'oranger). Pendant les premiers mois, le nombre des tétées sera de 8 à 10 : toutes les deux heures pendant le jour, deux fois seulement pendant la nuit. Les tétées doivent être régulières, d'égale durée (un quart d'heure); la mère devra suivre, pendant l'allaitement, une hygiène spéciale, qui est d'ailleurs bien connue. Parmi les causes capables de gêner l'allaitement, il faut surtout citer, du côté de l'enfant, certains vices de conformation des lèvres ou de la cavité buccale, et diverses affections buccales. La brièveté du frein n'intervient que bien rarement, et, à ce sujet, le praticien n'oubliera pas que « le coup de ciseaux tant réclamé et si rarement nécessaire n'est pas toujours sans danger ». Plus importantes sont les causes maternelles. Les maladies aiguës doivent faire interrompre l'allaitement dans deux cas : lorsqu'elles sont transmissibles ou très graves.

L'état des seins donne lieu à de nombreuses indications thérapeutiques : la brièveté du mamelon est corrigée par les téterelles de Budin ou d'Auvard; les gerçures et crevasses sont traitées antiseptiquement (1); les abcès du sein nécessitent l'arrêt immédiat de l'allaitement. Disons enfin, en nous abritant derrière l'autorité de M. Budin, que l'apparition d'une grossesse chez la nourrice n'est nullement défavorable pour l'enfant qu'elle allaite, du moins dans la majorité des cas. A plus forte raison le retour de la

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, nº 39.

menstruation ne constitue-t-il pas une contre-indication sérieuse.

L'allaitement mercenaire doit être réservé aux seuls cas où la mère ne peut pas nourrir.

Depuis Mauriceau, tous les auteurs ont tracé un tableau de la parfaite nourrice, « de celle qui est capable de faire très bonne nourriture et d'élever en parfaite santé le fils d'un prince ». En réalité et pratiquement il faut avant tout :

1° Que la nourrice ne soit ni tuberculeuse ni syphilitique;

2° Qu'elle ait du lait et des bouts de sein bien formés.

C'est surtout sur ces points que devra porter l'examen de la nourrice. L'examen de l'enfant de la nourrice sera le meilleur moyen de juger de la qualité du lait.

Le sevrage est habituellement pratiqué entre un an et dix-huit mois, graduellement. Il ne faut pas sevrer trop tôt un enfant délicat, il ne faut pas sevrer au moment d'une éruption dentaire ni à l'époque des grandes chaleurs.

Enfin l'allaitement artificiel doit être regardé comme un pis-aller. Il peut être direct ou indirect. Dans ce dernier cas, le lait sera soigneusement stérilisé avec un des nombreux appareils en usage (Soxhlet, Budin, Gentille, etc.), et, une fois ce résultat obtenu, il faudra veiller à ne pas perdre ultérieurement le bénéfice de la stérilisation.

Tels sont les soins à donner aux nouveau-nés bien portants; quant aux enfants nés prématurément et en état de faiblesse congénitale, on les mettra à la couveuse et on les gavera. Ces méthodes permettront bien souvent de conserver des enfants qui, sans elles, eussent infailliblement succombé. Nous ne saurions entrer ici dans le détail de ces méthodes, et nous renvoyons nos lecteurs, pour ce chapitre comme pour les précédents, à l'excellent livre de M. Vallois, dont nous ne saurions trop conseiller la lecture complète à tous les praticiens.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(7 AOUT 1900)

Par ce temps de congrès à jet continu, la salle des séances de l'Académie se trouve bien abandonnée: à peine deux ou trois auditeurs, pas même de journalistes. Il eût mieux valu, il nous semble, ne pas tenir séance cette semaine. Quant à nous, nous ne regrettons pas d'avoir été fidèle à notre poste, car nous avons entendu une intéressante communication de M. Gautier et une curieuse observation de M. Petrini, membre correspondant étranger.

Il existe un **rapport certain entre le fonctionnement des organes génitaux, le fonctionnement de la glande thyroïde et la pousse des poils.** Telle est l'opinion de M. Gautier, opinion basée aujourd'hui sur des recherches d'une parfaite rigueur, et sur des faits bien observés.

Ayant remarqué, chez une jeune femme soumise à la médication cacodylique, que sa chevelure devenait plus abondante, que la peau se débarrassait des pigments qu'elle possédait, et que ses règles apparaissaient plus abondantes à des périodes plus rapprochées; M. Gautier, avec la collaboration de M. Donser, a fait une série de recherches sur la désassimilation de l'iode et de l'arsenic. Il a d'abord recherché la présence de l'arsenic dans le sang menstruel et voici les chiffres qu'il a obtenus, ces chiffres se rapportent à un kilogramme de sang : dans un premier cas il a trouvé, dans le sang menstruel, $0^{mg}33$ d'arsenic; dans un second cas, $0^{mg}17$, dans un troisième $0^{mg}33$, dans un quatrième $0^{mg}32$, dans un cinquième, $0^{mg}28$. Cela fait, en moyenne, $0^{mg}28$ d'arsenic par kilogramme de sang. La quantité moyenne du sang d'une menstrue étant à peu près de 500 grammes, c'est donc $0^{mg}14$ d'arsenic qui est éliminé avec le sang à chaque période menstruelle. D'après les recherches antérieures de M. Gautier sur l'arsenic contenu dans la glande thyroïde, il résulte qu'à chaque menstrue, une femme perd la presque totalité de l'arsenic contenu dans la glande thyroïde.

Quant à l'iode, on la trouve en quantité quatre fois plus considérable dans le sang des menstrues que dans le sang normal. Or ces deux éléments, l'iode et l'arsenic, sont fournis par la glande thyroïde.

M. Gautier rapproche de ces recherches des faits d'observation qui viennent confirmer son opinion : par exemple, chez les religieuses qui se coupent les cheveux, on a souvent observé des troubles menstruels, surtout dans les cas où la coupe des cheveux coïncidait avec la période menstruelle. Bien des femmes ont remarqué certaines particularités dans leur chevelure qui leur annonce l'arrivée prochaine de leurs règles.

M. Gautier a recherché aussi les phénomènes particuliers que présentent les malades qui ont subi la thyroïdectomie, et il termine son intéressante communication par les conclusions suivantes :

Chez l'homme mâle, les poils, les cheveux continuent à pousser à la puberté, ce qui correspond chez la femme à l'établissement des règles, époque où la croissance des cheveux s'arrête. Chez les races humaines velues, Australiens, Aïnos, les règles doivent donc revenir moins régulièrement, mais les documents manquent à cet égard et on ne peut se livrer qu'à des hypothèses. On a remarqué aussi que, si l'on coupe les cheveux de la femme au moment des époques, les règles suivantes sont reculées.

Durant la grossesse, on constate des altérations de la peau, par suite de la dérivation des protéo-nucléines vers le placenta. Ces altérations sont enrayées par l'arsenic. De même le suc testiculaire agit sur la psoriasis et sur l'icthyose.

Chez les tuberculeux, l'arsenic et l'iode diminuent dans la glande thyroïde, et la peau est le siège de pigmentations que les cacodylates combattent avec succès. Chez le mâle l'arsenic se désassimile par les poils.

M. Fournier fait observer à M. Gautier que certaine de ses conclusions, en ce qui concerne la peau, est absolument contraire à ce que les dermatologistes voient tous les jours. Par exemple, l'arsenic ne fait absolument rien contre le **prurigo gestationis**. Le seul remède à cette affection, c'est l'accouchement. De même, le suc testiculaire ne modifie en rien le pronostic. Quant à l'icthyose, M. Fournier déclare nettement n'avoir jamais vu un seul médicament qui puisse la modifier en quoi que ce soit.

A ces objections, dont on ne saurait nier l'importance en raison de la grande compétence de celui qui les a formulées, M. Gautier répond que, dans les cas cités par M. Fournier, il s'agit d'arsenic minéral, tandis que, dans les faits qu'il a avancés, il s'agit d'arsenic organique, c'est-à-dire de cacodylate de soude. Quant aux cas de psoriasis dont il a parlé, M. Gautier en appelle à M. Bouffé qui a fait des recherches sur ce sujet et à M. Albert Robin qui a confirmé l'exactitude des recherches de M. Bouffé.

Ainsi mis en cause, M. Robin, présent à la séance, ne pouvait manquer d'intervenir dans le débat : c'est ce qu'il a fait avec sa clarté et sa précision habituelles : Il est parfaitement vrai, dit-il, que l'arsenic minéral reste sans effet dans les affections dont a parlé M. Fournier; mais M. Gautier parle d'arsenic organique et ce sont là deux médicaments dont l'action est tout à fait différente : si, par exemple, on donne de l'arsenic minéral à la dose de 5 milligrammes par jour, on obtient un ralentissement dans la nutrition; le cacodylate de soude, au contraire, exalte les phénomènes nutritifs. Quant au traitement de l'icthyose tel que l'a proposé M. Bouffé, M. Robin déclare avoir vu une jeune fille qui s'en est très bien trouvée.

Il ressort donc de cette petite discussion et surtout de l'important travail de M. Gautier qu'on ne saurait consi-

dérer la médication cacodylique comme une médication simplement arsénicale, au sens où nous l'entendions avant la découverte de M. Gautier, et qu'on ne saurait conséquemment établir de comparaison entre les effets de ces deux médications.

C'est encore du cacodylate de soude qu'il s'agit dans une communication de M. Petrini (de Galatz); il s'agit d'un cas de **sarcomatose mélanique** presque guérie par cet agent : un homme de quarante ans se présente à M. Petrini comme étant atteint de syphilides buccales. Divers traitements antisyphilitiques, jusqu'aux injections sous-cutanées de calomel, ayant été institués sans succès, on finit par reconnaître qu'il ne s'agit pas de syphilis, mais bien de sarcomatose mélanique généralisée. Le diagnostic est confirmé par l'examen histologique d'une parcelle de tumeur enlevée à l'un des mamelons. M. Petrini soumet le malade au cacodylate de soude en injections sous-cutanées à la dose de 0gr10 à 0gr20 centigrammes par jour; après deux mois et demi de traitement, ce malade était presque guéri, toutes les tumeurs avaient à peu près disparu.

Dans un autre cas, il y eut, après une très grande amélioration, une récidive qui emporta le malade. A l'autopsie on trouva une généralisation viscérale.

M. Cornil a constaté déjà, au bout du quatrième jour, la **réparation de la moelle des os chez le chien, après évidement**; ce qui explique la réparation de la moelle à la suite des amputations.

Signalons enfin une communication de M. Martin, sur les **accidents pulmonaires consécutifs aux maladies du nez, du pharynx et de l'arrière-pharynx.**

A TRAVERS LES CONGRÈS

Bulletin du Congrès de médecine.

Le *Journal officiel* de ce matin annonce la promotion de M. le professeur Lannelongue, président du Congrès, au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

La fête du Luxembourg. — On a refusé du monde, c'est vous dire que si la salle des fêtes était trop grande l'autre jour, pour la séance d'inauguration du Congrès, le palais du Sénat était en revanche trop petit pour contenir la foule des invités qui se sont rendus lundi soir à la fête du Luxembourg.

On ne doit jamais se plaindre que la mariée est trop belle, on aurait donc mauvaise grâce à trouver que la fête a eu *trop* de succès.

Le programme, illustré par Bellery-Desfontaines, était très chargé :

Pantomime de Raoul de Najac et Francis Thomé, interprêtée par Félicia Mallet, Maurice Jacquet et Garbagny. L'auteur dirigeait l'orchestre.

Deux divertissements : « Un trottin parisien », de Pradels, musique de O. de Lagoanère, dansé par Mlle Chasles (de l'Opéra-Comique) et Mlles Mary, Rat, Dugué, Hatrel, etc.

Le « Pas espagnol de Terpsychore », de Pouget, enlevé avec une verve endiablée par Mlle Chasles et M. Viscusi. Enfin, de nombreux intermèdes avec Mme Litvinne (de l'Opéra), MM. Fugère (de l'Opéra-Comique), Renaut (de l'Opéra), Galipaux, et l'admirable Mounet-Sully.

L'orchestre était dirigé par M. de Lagoanère, directeur de la Renaissance.

Un second orchestre dans la salle de bal, des sonneurs de trompe dans le jardin, et une musique militaire dans la cour d'honneur complétaient cette splendide fête.

Fêtes et réceptions. — Vendredi, à quatre heures et demie, M. le président de la République recevra les membres du Congrès de médecine. On sera admis sur la présentation des cartes d'invitation, précédemment envoyées pour le 5 ou le 9 août. Les dames seront admises sur la présentation de leur carte de dame. La réception aura lieu dans les jardins et dans la salle des fêtes du palais; elle promet d'être superbe :

Le programme artistique en a été, on le sait, élaboré par M. Gailhard, directeur de l'Opéra.

Ce programme comporte une pièce chorégraphique en quatre tableaux : les danses barbares, les danses grecques, les danses françaises, les danses modernes. M. Hansen a réglé les danses de ces quatre parties; les musiciens aux œuvres desquels ont été empruntés, par MM. Gailhard et Paul Vidal, les motifs de danses, sont au nombre de trente : MM. Ambroise Thomas, Ernest Reyer (prélude symphonique); Saint-Saëns, Ch. Lenepveu, Paul Vidal, Widor, Victorin Joncières (premier tableau, danses barbares); E. Lalo, Ch. Gounod (entr'acte symphonique); Massenet, Véronge, de La Nux, Bourgault-Ducoudray, H. Berlioz, A. Duvernoy, Paul Vidal, E. Guiraud (deuxième tableau, danses grecques); H. Maréchal, Ch. Lefebvre (entr'acte symphonique); Massenet, E. Pessard, Paladilhe, S. Rousseau, Léo Delibes, J.-Ph. Rameau (troisième tableau, danses françaises); A. Bruneau, Augusta Holmès (entr'acte symphonique); A. Wormser, Théodore Dubois, André Messager, Salvayre, Chabrier, Gastinel, Widor, Léo Delibes (quatrième tableau, danses modernes).

Le programme que recevront les invités, timbré au chiffre du président de la République, est illustré par Debat-Ponsan, Fouache, Menier et Chéret.

L'orchestre, de l'Opéra, sera conduit par M. Paul Vidal.

— Le samedi 11 août à trois heures, les membres du Congrès international de médecine et leur famille seront reçus par le Conseil municipal de Paris.

Aucune invitation spéciale ne sera lancée, ou sera admis sur la présentation de la carte de congressiste.

Un télégramme du professeur Baccelli. — Le bureau du XIIIe Congrès de médecine a reçu de M. le professeur Guido Baccelli le télégramme suivant :

« Les nobles paroles exprimées par vous, illustre président, et par le comité exécutif au nom de tout le Congrès, seront transmises par moi à la maison royale d'Italie, frappée de deuil. Personne, plus que nous, médecins, connaissons l'école de la douleur; mais nous savons aussi qu'elle trempe les âmes. Dans la suprême désolation qui attriste la famille médicale italienne, le corps médical universel qui, réuni, à Paris, pleure le deuil d'Italie, établit un nouveau lien de fraternité amoureuse et offre un précieux soulagement dans le malheur. Je vous prie, monsieur l'illustre président, de transmettre à nos collègues mes salutations les plus empressées et affectueuses et mes regrets pour ne pouvoir être parmi eux. »

Deuxième assemblée générale. — La deuxième assemblée générale du Congrès a eu lieu lundi à deux heures dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. le professeur Lannelongue.

Après la proclamation des présidents d'honneur, la parole a été donnée à M. Likhatchef (de Saint-Pétersbourg) pour lire le discours du professeur Pavlof : « Thérapie expérimentale comme méthode nouvelle et extrêmement féconde pour les recherches physiologiques, » qui n'avait pu être prononcé à la séance d'ouverture. Sir John Burdon Sanderson a ensuite lu un savant mémoire sur « Quelques problèmes pathologiques d'aujourd'hui » ; enfin M. Jacobi a pris la parole sur « les médecins aux Etats-Unis ».

L'assistance, moins nombreuse qu'à la fête du Luxembourg, a fait un chaleureux accueil aux orateurs.

— Le nombre des congressistes inscrits se montait le 5 août à 6 170 se décomposant ainsi : France, 2 293. — Russie, 805. — Allemagne, 572. — Etats-Unis d'Amérique, 412. — Ita-

lie, 324. — Grande-Bretagne, 222. — Espagne, 219. — Belgique, 147. — Autriche, 141. — République Argentine, 108. — Suisse, 101. — Hongrie, 85. — Pays Tchèques, 84. — Roumanie, 60. — Pays-Bas, 55. — Egypte, 47. — Danemark, 46. — Japon, 43. — Brésil, 41. — Turquie, 39. — Portugal, 35. — Grèce, 33. — Pologne, 30. — Suède, 28. — Bulgarie, 26. — Mexique, 24. — Canada, 20. — Norvège, 18. — Luxembourg, 16. — Serbie, 15. — Croatie, 8. — Pérou, 6. — Australie, 4. — Divers, 63.

Congrès international des sourds-muets.

Malgré le peu d'empressement du monde officiel qui, décidément, s'occupe peu cette année des réunions savantes, le Congrès des sourds-muets s'est ouvert lundi, au palais des Congrès, avec un plein succès dont nous sommes heureux de féliciter les organisateurs.

Sur l'estrade, aux côtés de M. Ladreit de Lacharrière, président du comité d'organisation, avait pris place : M. le professeur Gariel, membre de l'Académie de médecine, délégué du gouvernement près les Congrès de 1900, remplaçant M. Paul Deschanel, président de la Chambre des députés, absent de Paris.

On remarquait encore M. Dusuzeau, président de la section des sourds-muets; Graham Bell, l'illustre inventeur du téléphone; les délégués des Conseils généraux de la Creuse, la Drôme, la Gironde, la Marne, la Seine, la Seine-Inférieure et des Vosges. Les délégués étrangers, parmi lesquels M. Kanoez (Hongrie), Mac Gregor, Rév. Kœhler (États-Unis), des Carrières et Schwann (Russie), etc.; M. Muzet, député de la Seine, etc.

M. Ladreit de Lacharrière a pris le premier la parole et exposé, d'une façon très heureuse, la manière dont on doit actuellement envisager l'éducation des sourds-muets ; nous ne pouvons faire mieux que de citer les passages principaux de son discours :

« Un grand principe domine toutes les méthodes, c'est l'éducation orale. Nous voulons que nos frères sourds-muets deviennent nos égaux par l'intelligence, le savoir et l'expression de leurs idées. La parole seule peut supprimer toutes les barrières et donner accès aux carrières dans lesquelles la perte de l'ouïe n'est pas un obstacle absolu. Mais la méthode orale n'a été appliquée que depuis vingt ans, et nous comptons beaucoup de générations de sourds-muets chez lesquelles l'éducation a été faite par l'écriture, et qui s'expriment par la mimique et la dactylologie. Ceux qui datent de cette époque, déjà lointaine, forment une famille qui tend à s'isoler du monde des parlants. Se joignent à eux ceux dont la parole est défectueuse, et tous ne se doutent pas du retard qu'ils apportent à la réalisation des progrès sociaux auxquels nous aspirons pour eux.

Personne ne peut trouver mauvais que les sourds-muets s'expriment entre eux dans le langage qu'ils préfèrent, pas plus que nous ne pouvons critiquer ceux qui parlent le provençal, le basque ou le breton, mais cela ne nous empêche pas de réserver pour nos écoles la langue de Bossuet, de Corneille et de Victor Hugo. Faisons pour les sourds-muets ce que nous faisons pour les entendants. La parole est l'arche sainte qui seule peut les conduire au milieu social où ils aspirent.

Après bien des hésitations et des controverses, c'est au Congrès de Milan que cette vérité a paru éclatante, et que la lumière a rayonné sur le monde entier. Honneur à la pléiade d'instituteurs distingués auprès desquels nous avons été nous convaincre de cette vérité.

Je salue ceux qui ont fait partie du Congrès de Milan, et ceux qui sont les élèves de ces maîtres vénérés, et j'exprime le regret que l'illustre Fornari n'ait pu, à cause de sa santé, répondre à mon appel.

S'il n'y a plus d'adversaires de la méthode orale, on ne peut méconnaître que beaucoup se demandent pourquoi elle n'a pas donné tout ce qu'on en pouvait attendre.

On a cru que le sourd-muet présentait un terrain toujours semblable dans lequel la végétation dépendait seulement de la culture. On n'a pas regardé suffisamment ce qui se passe dans nos écoles primaires. Presque tous nos enfants apprennent à lire, mais, pour quelques-uns, l'instruction s'arrête à la lecture des choses simples, et l'écriture est rudimentaire. On ne songe pas à incriminer les méthodes des instituteurs, on reconnaît l'insuffisance des élèves. Dans nos écoles de sourds-muets on attaque la méthode parce que, après quelques années, elle n'a presque rien appris à un certain nombre d'enfants.

Nous devons y regarder de plus près, et nous rendre compte que les mêmes enfants, pour lesquels les résultats ne répondent pas aux sacrifices, instruits par une autre méthode, fussent restés également inférieurs. Un premier point s'impose donc, c'est de faire une sélection mieux comprise. Il ne faut pas laisser les bons sujets s'enliser dans la médiocrité des retardataires.

Une autre cause de l'application défectueuse de la méthode orale est la diversité infinie des procédés pédagogiques qui sont mis en usage. Chaque professeur, dans son zèle d'apôtre, croit avoir trouvé un procédé, et, parce qu'il en est l'inventeur, il s'imagine qu'il est meilleur que tous les autres, et il l'applique sans contrôle.

Je crois, qu'au moins pour les premières années, les procédés pédagogiques devraient être rigoureusement codifiés.

...L'enseignement des sourds-muets, tel que je l'entrevois et le désire, devrait comporter trois catégories d'établissements :

Pour les inférieurs, l'enseignement agricole, je ne veux pas dire que la science agricole puisse se passer d'une intelligence ouverte, mais la culture de la terre permet d'utiliser tous les bras ;

Pour les moyennes intelligences les études professionnelles telles que nous les donnons aujourd'hui ;

Pour les intelligences de choix, l'enseignement secondaire.

Combien fait-on actuellement de bacheliers dans les écoles de sourds-muets ? Mon distingué collègue M. Dusuzeau en est un exemple, mais, depuis plus de vingt ans, je n'ai vu réaliser cet heureux couronnement des études que par l'éducation privée, inaccessible à la classe peu fortunée.

...L'ouvrier sourd-muet a besoin d'une protection, d'une sorte de tutelle qui lui aide à entrer dans un autre atelier, quand celui où il travaillait lui fait défaut ; où il puisse trouver le conseil dont il a besoin, le prêt à courte échéance pour traverser les jours difficiles, les secours de la médecine et de la religion.

Ces Sociétés de protection existent en France. Mais, jusqu'à présent, elles sont devenues trop facilement des bureaux de charité. Les ressources leur font trop défaut pour prendre l'essor qui leur serait nécessaire, et ne pouvant réaliser leur but elles perdent l'énergie qui donne le succès, et elles émiettent un maigre budget sans rien faire de suffisamment utile.

Mieux dirigées, elles devraient faire moins de charité, et réveiller davantage les forces vives de ceux dont elles ont mission de s'occuper.

Elles devraient chercher à développer les petites associations ouvrières, en évitant de faire grand, car, toutes les fois qu'il faut entretenir une direction pour faire marcher une modeste entreprise, les frais généraux ne tardent pas à épuiser le capital.

Les sociétés de patronage rendraient aussi les plus grands services en incitant les patrons à associer davantage les ou-

vriers à leurs entreprises. Nous en avons quelques exemples heureux, et, entre autres, celui que nous donne M. Firmin-Didot dans ses usines du Mesnil.

J'ai reçu l'assurance qu'une imprimerie qui se réorganise préparait des locaux pour loger ses ouvriers sourds-muets. On ne saurait trop encourager de pareils essais.

Les sociétés de patronage pourraient également fonder à la campagne des associations familiales pour les travaux agricoles. On ne devra pas confondre ces minuscules associations avec les colonies agricoles destinées à recevoir un assez grand nombre de protégés. Il y en a peu qui réussissent à vivre avec les ressources de leurs exploitations et qui ne se transforment pas en asiles subventionnés par la charité publique pour recevoir les infirmes et les vieillards.

J'ai fait de vains efforts pour organiser à Paris l'assistance spéciale des sourds-muets. J'ai signalé les difficultés que les sourds-muets éprouvent pour se faire soigner dans les bureaux de bienfaisance et les hôpitaux.

J'ai demandé qu'un bureau spécial leur fût consacré, et la création d'une maison de retraite pour les vieillards. Les ressources ont fait défaut jusqu'à présent pour réaliser ces espérances, mais pour faire le bien on ne doit jamais se lasser.

A vous maintenant, Mesdames et Messieurs, d'aborder les problèmes sociaux pour lesquels vous vous trouvez réunis; j'attends de vos travaux une impulsion féconde, et j'ai confiance dans vos généreuses aspirations. »

Après M. Ladreit de Lacharrière M. Gariel, après avoir souhaité la bienvenue aux congressistes au nom du gouvernement, montre le secours qui la science pure et la physique peuvent apporter dans l'éducation des sourds-muets.

Chacun de ses discours était immédiatement traduit par la mimique à l'usage des sourds-muets présents.

M. Dusuzeau a ensuite mimé une petite allocution très applaudie. Différents délégués ont enfin pris la parole.

La séance s'est terminée par l'élection des bureaux des différentes sections.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — Ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. le professeur Lannelongue.

Au grade d'officier : MM. les docteurs Sérez et Lafage, médecins des colonies.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Gouzien et Cassagnou, médecins des colonies.

Monument Pelletier-Caventou.—Mardi matin, à dix heures, a été inauguré boulevard Saint-Michel, au croisement de la rue de l'Abbé-de-l'Epée, le monument élevé à Pelletier et Caventou, les deux chimistes auxquels on doit, entre autres découvertes scientifiques, le sulfate de quinine.

Le monument a été remis à la ville de Paris par M. Marty, président de la commission; M. E. Lepelletier, conseiller municipal, a reçu le monument au nom de la ville de Paris.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Beco, de Huy (Belgique); Bribosia (de Namur); Chauveau, médecin des colonies, décédé à Tananarive; Cretulescu (de Bucarest); MM. Mérault, de Méhun-sur-Yèvre (Cher); Moussier (de Nantes).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 91. — SAMEDI 11 AOUT 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 11 AOUT 1900. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Avis important. — Xe Congrès international d'hygiène et de démographie (Paris, 1900). — A travers les Congrès. Bulletin du Congrès international de médecine; — Congrès dentaire international; — IIe Congrès international de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique (Paris 12-17 août 1900). — Chronique et nouvelles scientifiques.

AVIS IMPORTANT

Les travaux du XIIIe Congrès international de médecine, si l'on en juge par le nombre des communications annoncées et par l'importance de ses rapports, vont former une œuvre scientifique considérable.

Désirant donner à nos lecteurs un compte rendu aussi clair et complet que possible de ce Congrès, nous avons décidé de publier, dans les quelques jours qui suivront sa clôture, un *NUMÉRO EXCEPTIONNEL* contenant le compte rendu analytique et critique des travaux de chaque section.

Nous avons choisi parmi nos collaborateurs ceux que leurs travaux antérieurs désignaient le mieux pour mener à bien cette tâche.

Ainsi, sous une forme qui n'aura pas les inconvénients d'un compte rendu au jour le jour, forcément hâtif et incomplet, nos lecteurs trouveront en un seul numéro ce qu'on devra retenir du Congrès de 1900.

Tous nos abonnés recevront gratuitement ce numéro exceptionnel.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Xe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE (PARIS, 1900)

PREMIÈRE SECTION

Microbiologie et parasitologie appliquées à l'hygiène. Accidents produits par les viandes altérées (viandes fraîches; conserves). — Leurs causes. Moyens de les prévenir.

LES CONSERVES

Rapport par M. L. Vaillard, médecin principal de première classe, professeur au Val-de-Grâce.

Sous le nom de *conserves de viande*, on pourrait entendre tous les produits alimentaires d'origine animale qui, par des procédés différents, ont été soustraits aux causes d'altération en vue d'une conservation prolongée. Dès lors, il y aurait lieu d'envisager les multiples préparations de ce genre usitées dans les divers pays; la nomenclature en serait longue. Mais l'usage a prévalu de réserver cette désignation aux substances cuites, non desséchées et renfermées dans des récipients métalliques hermétiquement clos. Cette acception limite déjà le sujet. D'autre part, les termes de la question posée ne visent que les viandes de boucherie, éliminant ainsi les conserves de gibier, poissons, crustacés, etc. Il ne sera donc parlé que des conserves de viande proprement dite, dont la conserve de bœuf est le type usuel.

Leur préparation est simple et rapide. La viande est d'abord soumise à une cuisson à 100 degrés, pendant une heure environ. Le bouillon ou le jus résultant de cette cuisson est séparé, puis concentré de façon à donner par refroidissement une gelée consistante. La viande cuite est incluse ensuite, avec le bouillon qui en provient, dans des boîtes métalliques, et celles-ci, après fermeture hermétique (soudage), sont stérilisées dans des chaudières autoclaves. La température de la stérilisation varie, suivant les industriels, entre 110 et 115 degrés; la durée de son application est en général d'une heure et demie.

Les conserves ainsi faites jouent un rôle considérable dans l'approvisionnement des armées, dont elles constituent l'aliment de guerre; elles entrent pour une part dans les réserves des navigateurs exposés aux longues traversées, de tous ceux enfin que le négoce ou l'aventure appellent dans les régions exotiques, où les ressources sont précaires et les ravitaillements difficiles.

Or, il est avéré que l'ingestion des conserves de viande détermine parfois des accidents dont la survenance semble avoir été plus fréquente dans les armées que partout ailleurs.

En ces dernières années notamment, on a observé dans l'armée française plusieurs faits d'empoisonnement qui, par la multiplicité des atteintes au même lieu et la notoriété des épisodes, se sont imposés à l'attention. Serait-ce que la fabrication des conserves pour les troupes comporte des incorrections que l'industrie sait éviter quand elle prépare les produits destinés au commerce? N'est-ce pas plutôt que la consommation des conserves de viande entre pour une part négligeable dans l'alimentation du peuple, tandis qu'elle est régulière et courante dans la nourriture des armées?

Quoi qu'il en soit, c'est d'après les observations recueillies dans le milieu militaire et les études faites à propos des conserves de l'armée, qu'il est possible d'envisager la question.

Contrairement à ce que l'on a pu croire, les accidents occasionnés par les conserves sont très rares, si on les rapporte à la quantité des produits annuellement consommés (3 millions de boîtes renfermant chacune la ration journalière de cinq hommes), et au chiffre des consommateurs (le nombre des soldats atteints d'indisposition n'a pas dépassé 201 en 1897, et 198 en 1898) ; ils se répartissent en quelques épisodes localisés et restent généralement sans gravité, puisqu'on ne compte à leur actif qu'un seul cas de mort.

Caractère des accidents. — Parfois les accidents se bornent à de l'intolérance gastrique et à des troubles intestinaux. Le plus souvent, ils se traduisent par des signes de gastro-entérite, pouvant aller jusqu'aux évacuations sanglantes, des symptômes nerveux (céphalée, somnolence, rachialgie, myalgie, crampes musculaires, mydriase, sécheresse de la gorge, anxiété respiratoire), des troubles circulatoires (cyanose, faiblesse de cœur, collapsus) et souvent aussi de l'albuminurie. Leur évolution s'accompagne habituellement d'un mouvement fébrile qui s'élève jusqu'à 39 et 40 degrés. Ces traits sont communs au botulisme dû à l'ingestion de viandes autres que celles des conserves. La gravité des accidents est généralement modérée; la mort en est la terminaison exceptionnelle, si tant est qu'elle ne relève point d'infections secondaires greffées sur l'incident primitif.

Il est des épisodes où les troubles morbides se déroulant sans fièvre sont survenus presque aussitôt (deux à six heures) après l'ingestion de la conserve, comme si cette dernière renfermait un poison préformé dont l'effet serait presque immédiat. Il en est d'autres, et ils constituent la majorité, où les accidents se sont manifestés plus ou moins tardivement après le repas (de douze à cinquante heures), c'est-à-dire à la suite d'une incubation analogue à celle qui appartient aux maladies microbiennes. Dans ces cas, la symptomatologie affecte une physionomie propre : la fièvre est commune, sinon habituelle; les troubles digestifs sont intenses et se haussent jusqu'à la gastro-entérite, parfois avec déjections sanglantes; la congestion et l'albuminurie ne sont point rares. L'ensemble de ces caractères semble impliquer l'existence d'une infection microbienne; mais l'existence de cette infection n'a jamais été établie par des recherches directes.

L'induction conduit à penser que les conserves dangereuses peuvent agir de deux façons différentes : en introduisant dans le tube digestif des poisons préformés, c'est-à-dire par intoxication véritable ; en provoquant dans le tube digestif un processus d'infection microbienne dont l'agent serait importé par la conserve elle-même.

En conséquence, deux questions doivent être envisagées :

Peut-il exister des substances toxiques dans les conserves de viande ?

Ces conserves peuvent-elles renfermer des microbes vivants capables de provoquer une infection intestinale?

Les poisons chimiques dans les conserves. — L'intervention de poisons minéraux, tels que les composés plombiques, doit être mise hors de cause; les accidents observés ne rappellent en rien les symptômes d'un empoisonnement par le plomb que certains ont voulu incriminer.

Si les conserves sont exposées à recéler des substances toxiques, celles-ci doivent être de nature et de provenance organiques, et leur présence peut dépendre de circonstances diverses.

Le simple fait du vieillissement réaliserait-il une de ces causes génératrices? On s'est demandé si la viande abandonnée en vase clos ne pouvait subir, sous l'influence combinée du temps, des variations de température, de certaines forces chimiques mystérieuses et en dehors de toute action microbienne, des mutations capables d'aboutir à la formation de composés toxiques. L'hypothèse manque de vraisemblance. La matière ne se transforme que sous l'action de forces chimiques énergiques ou des germes ; soustraite à ces influences, elle doit demeurer à peu près immuable. D'ailleurs, la chimie aidée de l'expérimentation sur l'animal a été impuissante à constater l'existence de produits toxiques dans des conserves datant de plus de dix ans et restées inaltérées; d'autre part, des millions de conserves dont la fabrication remonte à cinq et six ans, sont consommées journellement dans l'armée sans déterminer d'accident. Une conserve bien faite à l'origine ne subit aucun changement appréciable au cours des temps et demeure inoffensive.

La présence d'une substance toxique ne peut dès lors s'expliquer que par l'une des trois hypothèses suivantes :

1° *La substance toxique est originellement contenue dans les muscles de l'animal qui a servi à la fabrication.* — Une viande, en effet, peut être toxique à l'origine, soit parce qu'elle provient d'animaux surmenés, soit parce qu'elle est empruntée à des animaux abattus en état de maladie (affections pyohémiques ou septicémiques, entérite, météorisme, etc.); et il est dans les possibilités que les produits toxiques dont la viande se trouve alors imprégnée ne soient pas sûrement détruits par la température à laquelle s'effectue la stérilisation.

2° *Une viande saine à l'origine peut devenir toxique au cours de la fabrication lorsque, par suite de retards, d'imperfections ou de maléfices dans le travail, elle a été envahie par une végétation microbienne.* — La circonstance se produira si un laps de temps trop long s'écoule entre l'emboîtage de la conserve et sa stérilisation : par les temps chauds il suffira, en effet, de vingt-quatre ou douze heures pour que la putréfaction de la viande s'établisse. Tel est aussi le fait de ces conserves *fuitées* par le chauffage à l'autoclave et qui, après plusieurs jours, sont soudées à nouveau, puis *représervées*, suivant le terme du métier, c'est-à-dire stérilisées. Dans l'intervalle qui sépare les deux opérations, la viande a pu « se faisander » ; la deuxième stérilisation arrête à coup sûr la putréfaction, mais ne rend pas, à coup sûr, la conserve inoffensive. L'éventualité est encore plus certaine dans le cas de ces boîtes dont l'altération précoce survient avant livraison de la marchandise. Les fonds bombent; c'est l'indice visible de la putréfaction. Mais tout se répare. Un trou minuscule donne issue aux gaz intérieurs. Une goutte de soudure

aveugle le pertuis libérateur. Après quoi une stérilisation bien faite donne une frauduleuse virginité à la conserve dangereuse. Sans doute encore les microbes vivants sont détruits; en est-il de même des poisons qu'ils ont élaborés au cours de leur végétation?

L'examen de certaines conserves oblige à croire que toutes ces éventualités se réalisent parfois. La viande y renferme des cadavres de microbes (cocci ou bacilles) en telle profusion que l'on croirait avoir sous les yeux les produits d'une véritable culture artificielle. Ces microbes colorables ont été tués par la stérilisation ; ils n'en avaient pas moins existé vivants, pullulé dans la viande. N'est-il pas loisible de supposer que leur végétation a donné lieu à la formation de substances chimiques complexes, dont quelques-unes risquent d'être nocives? Ce sont sans doute ces conserves soumises à la « représervation » et si riches en microbes, qui donnent lieu aux accidents se présentant avec les caractères de l'intoxication.

3° *Dans une conserve insuffisamment stérilisée, les germes peuvent persister vivants et se développer par la suite.* — Si la boîte est rigoureusement étanche, l'oxygène libre y faisant défaut, les anaérobies seront seuls en état de se développer et provoqueront la putréfaction avec bombement des fonds; l'altération est alors trop grossière pour être méconnue. Si une fissure du métal ou des soudures permet l'accès de l'air, les germes aérobies pourront végéter. Contrairement à l'opinion courante, cette végétation microbienne ne se décèle pas toujours par un changement de l'odeur, de la coloration, de l'aspect extérieur. Telle conserve paraît à peu près normale qui, cependant, est criblée de bactéries en voie de développement actif; de là des erreurs inévitables, des dangers possibles, car bien variées peuvent être les bactéries capables de se développer dans ces conditions, et bien variées aussi les substances chimiques élaborées.

Ces prémisses étant posées, trouve-t-on des substances toxiques dans les conserves en usage?

Des recherches ont porté sur des conserves de tout âge et de toute provenance prélevées parmi les lots en consommation et ne présentant aucune apparence d'altération. Or, un certain nombre d'entre elles ont donné des extraits toxiques pour les cobayes, sous la peau desquels ils étaient injectés (GEORGES POUCHET, *Documents inédits*) ; de ces extraits les uns tuaient en quelques heures, les autres déterminaient simplement une hypothermie prolongée. Une conserve où l'examen chimique décelait une proportion excessive d'azote ammoniacal, contenait une gelée liquide qui, injectée à faible dose sous la peau, tuait le cobaye en vingt-quatre heures avec des accidents cholériformes et une algidité progressive. La viande montrait en abondance des cadavres de microbes. Et cependant cette conserve avait bon aspect, bonne odeur et pouvait être tenue pour comestible. Le contenu d'autres boîtes de même provenance dont la gélatine était restée solide, ne s'est point montré toxique.

Il n'est donc pas exceptionnel de trouver dans les conserves des extraits toxiques par injection sous-cutanée; les mêmes procédés d'extraction appliqués aux viandes fraîches et saines ne décèlent jamais des produits semblables. Mais de ces faits, il faut se garder de trop induire, car si les extraits de certaines conserves se montrent toxiques par injection sous-cutanée, rien ne prouve qu'ils agiraient de même par la voie digestive. Tel poison microbien se montre d'une activité extraordinaire lorsqu'il est injecté à dose infinitésimale sous la peau ou dans le péritoine et demeure absolument inoffensif, même à doses colossales, lorsqu'il est introduit dans le tube digestif.

Une étude profitable est celle qui porterait sur les conserves dont la consommation a provoqué des accidents. Mais quand les accidents éclatent, le corps du délit a disparu puisqu'il a été ingéré. L'expert ne dispose que de conserves prélevées dans le lot d'où provenait la boîte nocive, n'ayant sans doute pas les mêmes défectuosités. L'analyse est désarmée; on ne peut que se réfugier dans des hypothèses; mais, en vérité, ces hypothèses ne paraissent pas sans fondement.

Les agents microbiens dans les conserves. — Beaucoup de conserves renferment des microbes vivants malgré la stérilisation à laquelle elles ont été soumises.

Les unes deviennent le siège d'une fermentation putride qui se produit en général très peu de temps après la fabrication, mais peut aussi se manifester tardivement, après une, deux années, quelquefois plus, et surtout pendant la saison chaude. Cette altération se traduit par le bombement de la boîte sous la pression des gaz intérieurs; elle est due au développement des germes anaérobies.

Les autres ne présentent aucune apparence d'altération. Et cependant si on ensemence à l'air des parcelles de viande prises au hasard, ou mieux encore, si après avoir aéré aseptiquement le contenu de la conserve au moyen de pertuis forés dans le couvercle et recouverts d'ouate stérile, on place la conserve à l'étuve, on constate très fréquemment l'existence de germes revivifiables. Dans le premier cas, l'ensemencement donne lieu à culture ; dans le second, la conserve elle-même est envahie par une végétation bactérienne intense qui débute par la tranche immédiatement exposée au contact de l'air et gagne de proche en proche jusqu'à la profondeur. Les microbes qui se développent alors sont essentiellement aérobies et c'est en raison de cette particularité de leur état qu'ils n'avaient pu végéter dans la conserve d'où l'oxygène libre est absent. En ensemençant des parcelles de viande dans un milieu aéré et alcalin, ou bien en aérant aseptiquement l'intérieur de la conserve, on crée précisément à ces germes, jusque-là inertes, les conditions favorables à leur réveil ; de là leur végétation après un sommeil qui a pu durer plusieurs années.

Appuyé sur de nombreuses recherches, nous pouvons affirmer que la proportion des conserves renfermant des germes revivifiables est réellement considérable; elle a pu atteindre dans certains cas 70 et même 80 p. 100 des boîtes examinées.

En dehors des épreuves faites au laboratoire, un accident survenu au récipient (déchirure du métal, rupture de la soudure par un choc) pourra provoquer l'accès de l'air dans les boîtes et fournir aux germes la provision d'oxygène dont ils ont besoin pour leur végétation. Si la température ambiante s'y prête, cette végétation est dès lors assurée. De là des avaries qui prépareront peut-être des accidents chez les consommateurs.

Une autre circonstance se prêtera aussi bien au réveil des germes engourdis. Il arrive que les conserves sont ouvertes et abandonnées à l'air libre pendant plusieurs heures avant leur utilisation; les viandes sont souvent disposées dans des cuisines où la température peut être relativement élevée. Aération et chaleur constituent des conditions favorables. Les germes sont alors en état de se multiplier peu ou prou, à l'instar de ces bactéries de la profondeur du sol qui se

mettent à végéter, même rapidement, dès qu'on les ramène à la surface.

Ces végétations microbiennes qui envahissent les conserves soit au laboratoire, soit dans les conditions accidentelles, se décèlent le plus souvent par des caractères grossiers. La gelée se liquéfie et devient louche ou laiteuse, quelquefois noirâtre. La viande prend une teinte grisâtre ou saumon foncé, exhale une odeur de relent, ou bien une odeur aigrelette, butyrique, urineuse, ammoniacale, voire même franchement putride. La réaction acide a fait place à une réaction neutre ou alcaline. Mais il arrive aussi que la conserve garde les apparences normales et ne diffère en rien d'un produit de bonne qualité. De là des erreurs trop faciles et des mécomptes pour le consommateur.

Des germes aérobies rencontrés dans les cultures. — Les germes aérobies que les cultures mettent en évidence peuvent être variés : moisissures, cocci, bacilles sporulés ou non.

La persistance des cocci, microbes en général fragiles, faciles à détruire par des températures inférieures à 100 degrés et même n'excédant guère 80 degrés, démontre que la stérilisation des conserves est parfois fort mal faite.

Les bacilles à spores sont ceux qui se rencontrent le plus communément : tels sont le *B. subtilis* et les diverses variétés de l'espèce *mesentericus* (*mesent. vulgatus*, *ruber*, *fuscus*). Le premier ne semble guère agir pour modifier les qualités organoleptiques de la conserve ; il n'en est pas de même des *mesentericus* qui interviennent activement dans les phénomènes de putréfaction, transforment l'acide lactique en acide butyrique (Lœffler), l'azote albuminoïde en azote ammoniacal, ce qui explique l'odeur butyrique, urineuse ou ammoniacale perçue dans nombre de boîtes riches en bacilles de cette espèce.

Les bacilles non sporulés ne sont point absolument rares : les uns se rapprochent du *proteus vulgaris*, les autres du *B. termo;* tous dégagent dans les cultures une odeur putride, infecte.

L'inoculation sous-cutanée des bactéries extraites des conserves ne détermine habituellement aucun accident chez les animaux de laboratoire, sauf quelquefois des œdèmes localisés ou de petits abcès circonscrits. Cependant, dans deux conserves ne présentant aucune apparence d'altération, il a été rencontré un bacille coliforme dont l'inoculation à faible dose sous la peau provoquait en quelques heures la mort du cobaye.

L'ingestion de ces mêmes cultures ne provoque aucun trouble appréciable.

Nous n'avons jamais rencontré les variétés bacillaires qui ont été décrites dans les empoisonnements par les viandes fraîches altérées, notamment le *B. enteritidis* de Gartner et le bacille de Van Ermengen.

Les expériences d'ingestion avec les conserves dont l'altération a été provoquée, sont assez difficiles à réaliser. Les jeunes chats paraissent les plus favorables à ce genre de recherches. Plusieurs de ces animaux ont été nourris avec des conserves altérées par suite de séjour à l'étuve après aération du contenu : quelques-uns ont été affectés de vomissements avec diarrhée, l'un d'entre eux est mort avec des symptômes d'intoxication et sans qu'il ait paru y avoir infection.

De ce que les recherches effectuées jusqu'ici n'ont pas décelé dans les conserves l'existence de bactéries classées comme pathogènes pour l'homme, il n'en ressort pas qu'elles ne puissent pas s'y rencontrer. D'ailleurs ces recherches n'ont jamais pu porter sur les produits qui avaient donné lieu à des accidents. S'il est impossible d'affirmer que dans les circonstances où les conserves ont paru agir par infection microbienne, ces conserves sont réellement intervenues par les microbes vivants qu'elles recélaient, la supposition devient toutefois très légitime.

Tout au moins les faits ci-dessus prouvent-ils que les conserves de viande sont souvent mal stérilisées, puisque nombre d'entre elles renferment des germes vivants. La cause en est à l'insuffisance du degré et du temps de chauffe. Des expériences directes nous ont montré que, si on soumet des conserves à la température de 120 degrés dans les autoclaves employés par l'industrie, c'est seulement après une heure trente environ que le centre de la boîte atteint 116 degrés. Or la stérilisation n'est jamais effectuée à cette température de 120 degrés, et la durée du chauffage est rarement prolongée pendant une heure trente ; elle a donc les plus grandes chances de rester imparfaite. Cette éventualité se réalise certainement aussi pour les conserves de gibier, de poisson, de homard, etc., que l'industrie stérilise à des températures plus basses que celles qui sont appliquées aux conserves de viande.

Résumant les renseignements qui précèdent, on est en droit de dire : une conserve peut être dangereuse parce qu'elle est fabriquée avec des viandes malsaines (animaux surmenés ou malades) ; parce qu'elle est préparée avec insouciance et malpropreté ; parce que des errements déplorables (représervation) risquent de livrer au consommateur des produits faisandés ; enfin parce que les procédés de fabrication ne réalisent pas la stérilisation suffisante.

Signaler ces faits, c'est par cela même indiquer les moyens propres à prévenir les accidents que peuvent occasionner les conserves.

Réglementer l'industrie des conserves destinées au commerce serait impossible ; il appartient aux industriels soucieux de leur honorabilité et de leur responsabilité de conformer leur fabrication aux règles de l'hygiène. Mais lorsqu'il s'agit de conserves destinées à une grande collectivité comme l'armée, l'État a le droit et le devoir d'en surveiller étroitement la fabrication et de l'enfermer dans des règles d'où elle ne doit pas sortir. Là sera la véritable prophylaxie des accidents imputés aux conserves ; telle est d'ailleurs la voie actuellement suivie.

DEUXIÈME SECTION

L'hygiène alimentaire, sciences chimique et vétérinaire appliquées à l'hygiène.

Les conserves et les moyens à employer pour éviter les accidents ont bien été étudiés par MM. J. Ogier et X. Rocques. Théoriquement ils sont fort simples. La *boîte* doit être fermée d'une manière parfaite ; le *contenu* doit être, au moment de la mise en boîte, dans un parfait état de conservation et stérilisé effectivement.

L'étain employé pour l'*étamage* des parois internes de la boîte ne doit pas contenir plus d'un demi p. 100 de plomb, ni plus d'un dix-millième d'arsenic (Pouchet). Enfin il est bon de connaître les *caractères des boîtes avariées* ; c'est le plus souvent un gonflement du fond et du couvercle de la boîte, dû aux dégagements des gaz produits à l'intérieur. La durée de la conservation, en principe indéfinie, ne saurait être précisée dans la pratique.

C'est ce même but que poursuit M. Riche dans son rapport sur le choix des vases destinés à préparer et à con-

tenir les substances alimentaires et les boissons; les matières qu'il y a lieu d'interdire pour ces usages. Il soumet à ce sujet au Congrès les propositions suivantes :

« 1° Le danger du saturnisme nous menace sous les formes les plus diverses, très souvent fort insidieuses. Faire disparaître une de ces formes est rendre service à l'humanité;

2° Actuellement, la poterie d'étain est formée d'étain allié à du plomb, lequel a pour effet utile de corriger la mollesse de l'étain, par suite de laquelle ce métal, à l'état isolé, est impropre à former les ustensiles destinés à contenir, préparer et mesurer les boissons et les aliments.

3° L'addition à l'étain d'une minime proportion d'antimoine — 2 à 5 p. 100 — corrigerait ce défaut de l'étain et éviterait les dangers du plomb;

4° Le zinc peut être employé dans l'économie domestique toutes les fois qu'il ne s'agit pas de liquides acides ou très alcalins;

5° Le nickel fournit des sels qui n'offrent pas plus de danger que le fer. Son emploi est limité par l'élévation de son prix et par la teinte verdâtre qui se développe au contact des liquides acides;

6° Au fur et à mesure que l'on arrive à préparer de l'aluminium plus voisin de l'état de pureté, on constate que, sauf en présence des alcalis, il peut rendre de grands services dans la construction des ustensiles d'économie domestique;

7° L'émail, dont on revêt intérieurement la tôle et la fonte, ne devrait pas contenir de plomb à aucun état. »

Un point très important est de surveiller les aliments à l'origine, c'est de ce côté que se portent les recherches de M. le professeur G. Barrier, directeur de l'école nationale vétérinaire d'Alfort, dans son rapport sur : **Les conditions à réaliser pour généraliser et unifier l'inspection des viandes dans les abattoirs publics, les tueries particulières et les établissements de préparation et de vente.**

Dans ce rapport M. Barrier montre qu'il est nécessaire de rendre l'inspection des viandes générale, obligatoire et uniforme. Il serait désirable qu'une conférence internationale arrêtât les bases d'une statistique officielle uniforme à ce sujet. Des cours spéciaux seraient faits dans les écoles vétérinaires.

Toute commune ayant plus de 5000 habitants devrait avoir un abattoir public.

L'inspection des viandes serait confiée aux vétérinaires.

On ne doit laisser consommer que des viandes estampillées. Quant aux viandes de qualité inférieure, elles devraient être vendues à vil prix dans un local *ad hoc* sous la surveillance de l'inspection.

Les établissements qui les préparent sont soumises aux mêmes formalités.

TROISIÈME SECTION

Salubrité. Sciences de l'ingénieur et de l'architecte appliquées à l'hygiène.

Avec le rapport de M. Émile Trélat **sur les principes et conditions commandés par l'hygiène aux règlements de voirie dans les agglomérations urbaines,** nous entrons dans une des questions de salubrité qui sont les plus ardemment discutées aujourd'hui. Il s'agit en effet de l'alimentation en eau de boisson, du système de nettoyage, de l'aérage, et de l'éclairement portant sur tous les étages habités. Insistant surtout sur l'aérage, il montre que la largeur des rues méridiennes doit être égale à *deux fois un tiers* la hauteur des maisons; que celle des rues équatoriales doit s'étendre à quatre fois la hauteur des maisons.

Ces données sont précisées dans le très intéressant rapport suivant : **Règles générales d'hygiène à observer dans la distribution, l'aération permanente et la décoration intérieure des maisons d'habitation,** par M. H. Pucey. Ce travail, véritable guide de l'architecte hygiéniste, est le résultat des études et discussions de MM. Tanquerel, Vaillant, Garot, Déchard, Lacau, Dupuy, Pergot et Pucey, architectes et ingénieurs sanitaires.

L'auteur divise l'habitation en deux catégories :

1° L'habitation à la campagne;

2° L'habitation à la ville.

L'habitation a la campagne. — Si nous envisageons d'abord les *dépendances*, nous pouvons dire, dit l'auteur, au point de vue de la distribution générale :

« Que les bâtiments des communs, si cela est possible, doivent être à une distance de 50 à 100 mètres de la maison d'habitation;

Que celle-ci ne doit pas être sous le vent des dépendances;

Qu'il est bon que les écuries et les étables soient isolées les unes des autres et des autres dépendances, et qu'elles aient des cours de service spéciales;

Que les remises et selleries ne soient pas dans leur voisinage immédiat;

Que tous ces locaux doivent être parfaitement ventilés;

Que les poulaillers, lapinières, basse-cour, etc., doivent en être à une petite distance;

Qu'enfin les fumiers doivent être à proximité des dépendances et installés de façon différente suivant qu'ils sont enlevés plus ou moins souvent.

Les *pièces d'habitation* de la maison devront se trouver de préférence sur les façades exposées aux vents dominants et aux rayons du soleil.

Les pièces de service se trouveront sur les autres faces.

Toutes les pièces de la maison et même les couloirs de service, devront être aérés et éclairés directement.

En outre de l'assainissement préalable du sol, la maison doit encore être élevée sur des caves, qui devront elles-mêmes être aérées directement et bâties en matériaux imperméables.

Une bonne précaution consisterait à isoler le bâtiment par un saut de loup étanche et muni d'écoulement, des terrasses tout au pourtour ou des revêtements imperméables.

Tout le bâtiment devra être bien clos et couvert.

Le rez-de-chaussée sera toujours surélevé d'au moins quelques marches.

Les combles seront assez importants pour pouvoir former des greniers perdus garantissant contre le froid et le chaud les étages habités.

La profondeur de chaque pièce sera proportionnée à ses autres dimensions, et de telle sorte cependant que la lumière pénètre toujours jusqu'au fond de la pièce.

Il ne sera réservé ni alcôve, ni cabinet de toilette, ni garde-robe en deuxième jour.

La capacité de chaque pièce d'habitation ne sera pas inférieure à 40 mètres cubes.

La lumière et le renouvellement de l'air seront assurés par des ouvertures de dimensions proportionnées au cube de la pièce.

Les différentes pièces seront autant que possible isolées les unes des autres, soit par les couloirs de service, soit par l'interposition de garde-robes, ou de cabinets de toilette éclairés et aérés eux-mêmes directement.

Dans chaque cabinet de toilette sera une alimentation d'eau potable et une évacuation d'eau usée.

Aucune pièce d'habitation ne se trouvera au sous-sol; — aucune chambre au rez-de-chaussée à moins que celui-ci ne soit suffisamment élevé au-dessus du sol.

Toutes les pièces seront munies de cheminées formant appel pour le renouvellement de l'air.

Le gaz ne sera amené dans aucune chambre à coucher; dans les autres pièces il sera pris toutes les précautions pour son emploi.

Les water-closets, quel que soit le système d'évacuation adopté, devront être aussi isolés et éloignés que possible des pièces d'habitation.

Ils seront précédés d'une sorte d'antichambre, éclairée et aérée directement, y donnant accès et dans laquelle pourront se placer les postes d'eau et les vidanges des eaux ménagères.

Les water-closets auront une superficie de 2 mètres carrés au moins et seront éclairés et aérés par une baie d'une section de 50 décimètres carrés au moins. L'eau y sera amenée à profusion.

Les appareils seront en grès, faïence ou porcelaine et à fermeture hermétique. Les sièges seront mobiles ou démontables, permettant l'accès facile aux appareils.

Les parois des murs des water-closets seront couvertes d'une peinture vernissée ou de faïence pour être fréquemment lavées.

Il sera réservé un nombre suffisant de water-closets eu égard au nombre des habitants de la maison et de telle sorte qu'il y en ait au moins un par six personnes.

Des offices spéciaux, isolés des salles à manger et des cuisines, convenablement ventilés et exposés au nord, seront réservés pour la conservation des produits alimentaires.

Des laveries isolées, éclairées et aérées directement, seront ménagées pour les lavages qu'entraîne la cuisine.

(*N. B.* — La vaisselle ne sera jamais lavée dans la cuisine même. Autant que possible le personnel devra se tenir hors la cuisine et les offices.)

Des pièces ou de petits endroits spéciaux, parfaitement ventilés et isolés, seront réservés pour le dépôt du linge sale.

Les salles de bain et lingeries seront placées à proximité des chambres.

Les cuisines devront être aussi éloignées que possible des pièces d'habitation et seront séparées du reste de la maison par un office ou avant-cuisine spécial, ou mieux encore, être disposées de telle façon qu'elles n'aient aucun autre accès vers l'intérieur de l'habitation que par une galerie extérieure couverte mais à l'air libre sur ses côtés.

Le fourneau sera muni d'une hotte et de tuyaux d'évaporation pour assurer la prompte évacuation des buées, vapeurs de charbon et odeurs.

Il ne sera réservé dans la maison aucune place pour les animaux domestiques qui devront rester aux communs.

Décoration intérieure. — Il y a lieu d'éviter, en général, les saillies plus ou moins régulières, qui ne sont pas utiles à la construction, et qui produisent des renfoncements où s'accumulent les poussières...

Tout ce qui constitue un obstacle au bon entretien et favorise l'accumulation des poussières, tout ce qui empêche la pénétration de la lumière et le renouvellement de l'air sera évité.

La maison du paysan.—Toute habitation, si modeste qu'elle soit, doit être élevée au-dessus du sol d'au moins $0^{m}20$.

En l'absence de caves, cet encaissement doit être rempli d'un béton composé suivant les ressources locales de débris de pierre, caillasse, gravillons, mâchefer, etc., recouvert, à défaut de planchéiage ou carrelage, d'une surface unie et étanche pouvant se laver facilement.

Chaque maison, convenablement orientée, doit être divisée en plusieurs pièces largement éclairées et ventilées, dont l'une exclusivement réservée à la cuisine et aux repas.

Les chambres (à l'étage supérieur si possible) seront grandes et d'une capacité qui ne sera pas inférieure à 30 mètres cubes.

Il sera ménagé des ouvertures suffisantes, et de deux côtés à la fois si possible, pour l'introduction de l'air et la pénétration de la lumière dans toute la profondeur de ces chambres.

Chacune d'elles sera munie d'une cheminée formant appel pour le renouvellement de l'air.

Des water-closets seront installés à quelque distance de l'habitation avec déversoir dans une fosse étanche.

Les lits en armoires fermées et superposés seront supprimés, ainsi que les lits dans les écuries et étables. »

L'HABITATION A LA VILLE. — (L'auteur ne s'est occupé ici que de la maison à loyer d'une certaine importance locative, la question serait intéressante à traiter au point de vue de la maison ouvrière.)

« Toutes les fois qu'il sera possible d'orienter la maison, ou parties de la maison telles qu'ailes en retour sur cour, choisir de préférence l'exposition qui donne le maximum d'ensoleillement.

Toutes les pièces qui composent une habitation doivent être visitées par le soleil, ou être éclairées largement par la lumière venant du ciel, sous un angle qui, à l'horizon, ne devrait jamais être supérieur à 45 degrés.

Les couloirs de service même doivent être éclairés et aérés directement.

La maison sera toujours élevée sur des caves bien ventilées et bâties en matériaux imperméables.

Dans le cas où il sera ménagé des sous-sols, ceux-ci seraient isolés des terres, tout au moins par une interposition de mâchefer, ou un revêtement de ciment.

Ils ne serviront en tout cas jamais à l'habitation.

Leur sol sera couvert d'enduits imperméables.

Tout bâtiment doit être bien clos et couvert dans toutes ses parties.

Le rez-de-chaussée sera toujours surélevé au moins de quelques marches.

Les combles seront assez importants pour pouvoir former des greniers perdus garantissant contre le froid et le chaud l'étage supérieur.

Le groupement formé par un certain nombre de pièces pour constituer un appartement doit être tel, qu'il soit éclairé sur deux faces opposées, et que l'air lui parvienne par deux côtés au moins.

Les pièces qui composent l'appartement auront des dimensions proportionnées au service qu'on en attend, mais telles cependant que leur capacité ne soit jamais inférieure à 30 ou 40 mètres cubes.

Chacune d'elles sera bien ventilée et éclairée dans toute sa profondeur.

Il sera ménagé un afflux d'air pur à la température de 12 à 15 degrés au centre des pièces, sans vitesse.

Toutes les pièces seront desservies par des galeries ou dégagements éclairés et aérés eux-mêmes directement.

Les salons ou pièces communes pourront être contigus les uns aux autres.

Les chambres, autant que possible, seront isolées les unes des autres par des dégagements, cabinets de toilette, garde-robes, etc.

Dans chaque cabinet de toilette sera une alimentation en eau potable et une évacuation d'eau usée.

Les chambres à coucher seront placées de préférence sur la face qui sera la mieux orientée, dussent-elles se trouver sur des cours, pourvu que celles-ci soient spacieuses.

Les dimensions des chambres seront aussi grandes que possible eu égard à l'importance de l'appartement, à la dimension du terrain, au nombre de personnes qui doivent les occuper, et qui, autant que possible, ne sera pas supérieur à deux.

Leur capacité ne pourra être inférieure à 40 mètres cubes.

Leur hauteur n'aura pas moins des deux tiers de leur profondeur.

Il ne sera ménagé ni alcôve, ni cabinet de toilette, ni garde-robe en deuxième jour.

Le gaz ne sera amené dans aucune chambre à coucher. Dans les autres pièces il sera pris toutes les précautions pour son emploi.

La lumière et le renouvellement de l'air seront assurés par des ouvertures de dimensions proportionnées au cube de la pièce.

La surface de ces ouvertures aura au moins le quart de la paroi dans laquelle elles seront ouvertes. Leur hauteur sera égale aux deux tiers de celle de l'étage.

Les linteaux seront placés aussi haut que possible.

Dans les étages inférieurs, les ouvertures devront être plus larges que dans les étages supérieurs.

Dans les rues étroites, la hauteur des premiers étages doit être d'autant plus élevée que la rue est bordée de maisons plus hautes.

Toutes les pièces seront munies d'une cheminée formant appel pour le renouvellement de l'air.

Les tuyaux seront de section suffisante et en rapport avec les foyers qu'ils desservent. Les plus grands soins seront apportés à leur établissement.

Les cheminées seront placées de préférence face aux portes ou aux fenêtres.

Les pièces occupées d'une façon permanente seront munies d'une ventilation au plafond.

Aucune pièce ne pourra prendre jour et air exclusivement sur une courette. Les couloirs ne le pourraient qu'autant qu'ils seraient éclairés et aérés à leur autre extrémité.

Les courettes sont supprimées, autant que possible, ou en tous cas ventilées spécialement par un appel d'air convenablement ménagé.

Aucun garde-manger ne devra être établi sur une courette.

Les water-closets, quel que soit le système d'évacuation adopté, devront être aussi isolés et éloignés que possible des pièces d'habitation.

Ils seront isolés du reste de l'appartement par une sorte d'antichambre, éclairée et aérée, y donnant accès et dans laquelle pourront se placer les postes d'eau et les vidanges des eaux ménagères.

Les water-closets auront une superficie de 2 mètres carrés au moins et seront aérés et éclairés directement par une baie d'une section de 50 décimètres carrés au moins.

Une bonne précaution serait de ménager deux communications avec l'extérieur, une au bas de la pièce, l'autre à la partie supérieure.

Partout où cela sera possible, le système à siphon et chasse d'eau sera appliqué. Les appareils seront en grès, faïence ou porcelaine et à fermeture hermétique. Les sièges seront mobiles ou démontables, permettant l'accès facile aux appareils.

Les parois des murs des water-closets seront couvertes d'une peinture vernissée ou de faïence pour être fréquemments lavées.

Il sera réservé un nombre suffisant de water-closets eu égard au nombre d'habitants de l'appartement et de telle sorte qu'il y en ait au moins un par six personnes.

Des garde-manger et offices spéciaux, isolés des cuisines, convenablement ventilés et exposés au nord, si possible, seront installés pour la conservation des produits alimentaires.

Des laveries isolées, aérées et éclairées directement, seront établies pour concentrer tous les lavages et vidanges qu'entraîne la cuisine.

(N. B. — La vaisselle ne sera jamais lavée dans la cuisine même.)

Autant que possible le personnel devra se tenir hors la cuisine et les offices où sont déposés les aliments.

Des pièces ou petits endroits spéciaux isolés et parfaitement ventilés seront ménagés pour le dépôt du linge sale.

Les salles de bain et lingeries seront placées à proximité des chambres.

Les cuisines devront être aussi éloignées que possible des pièces d'habitation et être séparées du reste de l'appartement par l'interposition d'un dégagement, d'un office ou de tout autre espace isolant.

Les cuisines, offices et autres dépendances doivent être orientés vers le nord.

La section des fenêtres des cuisines sera plus grande que celle des autres pièces eu égard à leurs proportions relatives.

Le fourneau sera muni d'une hotte et de tuyaux d'évaporation pour assurer la prompte évacuation des buées, vapeurs de charbon et odeurs.

L'action des ventilateurs sera convenablement combinée pour assurer toujours la pression des chambres vers les dépendances et éviter le contraire.

Décoration intérieure. — En ce qui concerne la décoration intérieure des maisons à loyer, nous ne pouvons rien dire de plus que ce que nous avons déjà dit pour la maison à la campagne, et nous proposerons d'adopter les mêmes résolutions pour la maison à la ville. »

QUATRIÈME SECTION

Hygiène industrielle et des collectivités (première enfance, etc.).

De la puériculture. Etude des parents. — Sous ce titre, M. Comby étudie cette question si délicate de l'élevage des enfants, et il se préoccupe surtout de l'état des parents.

En dehors de toute transmission directe du germe pathogène, la syphilis comme la tuberculose, comme les maladies générales de la nutrition, mettent les parents dans les conditions d'une procréation imparfaite.

La consanguinité doit-elle être considérée également comme une tare?

« Si les procréateurs consanguins (cousins germains par exemple) sont sains des deux côtés, leurs enfants ont des chances pour être vigoureux et bien conformés. Dans le cas contraire, si l'arthritisme, les névroses, les grandes dystrophies héréditaires règnent dans l'une ou l'autre branche, il y a danger de dégénérescence pour la progéniture. Comme le dit avec raison M. Le Gendre, la consanguinité exalte les tares héréditaires mais elle ne les crée pas. La faiblesse innée ou acquise des parents, sans consanguinité, peut aboutir aux mêmes résultats, et l'on a vu des époux trop jeunes ou trop vieux, épuisés par l'âge, par la misère, par les privations, par les souffrances morales ou physiques, engendrer des êtres petits, faibles, insuffisants par le corps et par le cerveau. L'infériorité des générateurs, pour être acquise et passagère, n'en retentira pas moins sur les enfants. »

Les grandes intoxications par le plomb, le mercure, le sulfure de carbone, ont une influence affreuse et souvent irrémédiable sur leur descendance; il en est de même de la morphine.

Quant à l'alcoolisme, on ne dira jamais assez tout le mal qu'il fait à notre race.

L'hygiéniste peut jouer un rôle utile en demandant la protection de la femme enceinte, en intervenant contre les intoxications, en particulier contre l'alcoolisme. C'est lui que l'on doit attaquer vigoureusement par tous les moyens possibles.

Chacun a son rôle indiqué dans cette lutte, le médecin, l'instituteur, les professeurs à tous les degrés.

« Toutes ces bonnes volontés, toutes ces forces de défense et de préservation sociale, éparses, sans lien entre elles, devront être coordonnées, dirigées, inspirées par une puissante *Ligue nationale antialcoolique*, se tenant en dehors et au-dessus des partis politiques qui ne sauraient en prendre ombrage, car elle a pour but et elle aura pour résultat d'assainir le corps électoral et de fortifier la patrie. »

De la puériculture. Après la naissance. — Le rapport de M. Budin montre, chiffres à l'appui, combien la mortalité des enfants est considérable pendant les premiers mois de la vie. Il montre bien la nécessité de surveiller les mères, de les diriger, de les aider.

C'est ce but que remplissent les *consultations de nourrissons* comme celles que M. Budin a créées en 1892 à la Charité, en 1895 à la Maternité, en 1898 à la clinique Tarnier.

« Chaque consultation devient, comme on l'a écrit, une véritable *école des mères*, car si l'on soigne les bébés, on conseille aussi les nourrices, leur traçant une ligne de conduite pour le présent et pour l'avenir. »

Des consultations analogues ont été créées à Paris, en dehors des hôpitaux, et en France. « Un médecin a fait beaucoup pour leur diffusion, c'est le docteur Dufour (de Fécamp) qui leur a donné le nom pittoresque de « Gouttes de lait ».

Dans ces consultations, non seulement on dirige l'allaitement et on donne du lait stérilisé, mais on évite avec soin la suralimentation et l'alimentation solide précoce. Les enfants ne reçoivent, dans chaque bouteille, que la quantité suffisante pour chaque tétée.

Signalons encore, comme pouvant contribuer beaucoup, à Paris, à la diminution de la mortalité infantile :

1° La création d'asiles, où les femmes accouchées sont admises pendant leur convalescence : l'asile du Vésinet, l'asile Ledru-Rollin à Fontenay-aux-Roses, l'asile maternel, etc.

2° Les secours donnés par la ville de Paris et le département de la Seine aux femmes qui allaitent et les secours accordés par les sociétés d'allaitement maternel.

3° La laiterie philanthropique, qui s'efforce de répandre dans les quartiers pauvres et à très bon marché, du lait pur et d'excellente qualité; on sait que, dans les grandes villes, le lait est très souvent écrémé et même mouillé; les municipalités devraient, au nom de l'hygiène, exiger qu'on ne délivrât pas des liquides de mauvaise qualité qui sont très peu nutritifs et souvent dangereux.

En résumé :

1° Si on diminue le nombre des affections contagieuses;

2° Si on arrive, pendant les mois d'hiver, à éviter l'action funeste du refroidissement qui détermine tant d'affections pulmonaires;

3° Si, enfin, on parvient à faire disparaître presque complètement les diarrhées et les affections du tube digestif, on obtiendra, nous en sommes convaincu, une diminution considérable de la mortalité des nourrissons. »

Les **crèches** sont l'objet d'un très intéressant rapport de M. Eugène Deschamps, ancien chef de clinique de la Faculté. Après un historique montrant les progrès accomplis depuis 1844, époque où Firmin Marbeau fonda la première crèche, il montre comment on doit comprendre l'organisation et le fonctionnement des crèches modernes.

Ce sujet, qui touche très vivement tous ceux qui s'intéressent à la protection de l'enfance, ne saurait être analysé en quelques lignes. Nous nous proposons d'y revenir dans quelques jours d'une façon plus étendue.

M. Variot montre ensuite quelle est l'importance de l'**enseignement de l'hygiène dans les écoles**.

« L'enseignement de l'hygiène dans les écoles devra comprendre quatre grandes subdivisions :

1° L'hygiène de l'école proprement dite ou des bâtiments scolaires.

2° L'hygiène générale de l'écolier (alimentation, propreté, vêtements, exercices).

3° L'hygiène prophylactique pour limiter la contagion dans la collectivité.

4° Il serait utile de compléter ces leçons par des notions sur la petite chirurgie journalière et par des conférences faites aux enfants les plus âgés sur les dangers de l'alcoolisme, de la tuberculose et des professions insalubres, en un mot, sur les intoxications et les maladies qui menacent le plus fréquemment la vie. »

M. Drouineau, inspecteur général de l'Assistance publique, a repris d'une façon très complète la question des **contagieux à l'hôpital**.

Après avoir étudié ce qui se fait en Allemagne, en Angleterre, en Suède, et même en France où l'isolement est pratiqué avec une grande rigueur (à Montpellier et à Bordeaux en particulier on va créer un véritable quartier d'isolement à l'hôpital des Enfants), M. Drouineau croit que l'on doit se borner à ces prescriptions les plus essentielles :

« Un pavillon d'isolement devrait exister dans tout établissement hospitalier, quelles que soient son importance et sa destination, les maladies transmissibles ne devant jamais voyager et être transportées à grande distance.

Dans plusieurs pays, on a fait étudier des types de petits

pavillons, aussi économiques que possible et pouvant être édifiés partout ; l'idée est bonne.

En France, ces petits pavillons sont déjà nombreux, beaucoup sont satisfaisants.

Pour les constructions, il faut éviter les cloisons de bois, à moins de recourir, comme à l'Institut Koch, à des lattes plâtrées et à un revêtement facile à désinfecter; le fer et la brique, avec enduit lisse, valent mieux ; les planchers seront en ciment perméabilisé.

Telles sont les solutions que nous croyons devoir proposer aux administrations hospitalières pour satisfaire aux besoins et aux conditions hygiéniques de l'isolement des maladies contagieuses. Le transport des malades, la désinfection, qui sont connexes, ne nous paraissent pas offrir de difficultés sérieuses.

Nous laissons de côté l'isolement en temps d'épidémie dont l'apparition, si l'hygiène et la prophylaxie régnaient en maîtresses, ne devrait plus se faire, et celui applicable aux maladies exotiques; pour les deux cas, il faut un outillage particulier dont l'étude peut être faite, mais qui n'appartient plus à l'administration hospitalière seule.

En terminant, nous ajouterons que nulle question ne mérite plus l'attention des administrations que celle de l'isolement des malades, dont le contact ou le voisinage peut offrir quelques dangers pour les hospitalisés ; ce n'est pas seulement la maladie transmissible, germe épidémique, qui doit être mise en cause; il y a encore dans tout service, médical ou chirurgical, général ou spécial, des états morbides qu'il faut enlever du milieu hospitalier et placer à part, par exemple : l'érysipèle, la dysenterie, les affections purulentes, etc., certaines dermatoses, les septicémies puerpérales, etc. Aussi chaque service devrait être pourvu d'annexes destinées à cet isolement particulier. »

Enfin M. Georges Salomon fait un plaidoyer en faveur de la crémation en s'appuyant sur des arguments déjà connus.

(*A suivre.*)

A TRAVERS LES CONGRÈS

Bulletin du Congrès de médecine.

Troisième assemblée générale. — Jeudi, à deux heures, a eu lieu, au grand amphithéâtre de la Sorbonne, la troisième et dernière assemblée générale du Congrès. Dans l'assistance beaucoup plus nombreuse qu'à la précédente assemblée, beaucoup de dames aux très élégantes toilettes.

Après l'exécution de la *Marseillaise*, M. le président Lannelongue déclare la séance ouverte et donne la parole à M. le professeur Albert (de Vienne), qui lit un savant mémoire sur l' « Architecture des os de l'homme et des animaux ». Le président annonce ensuite, aux applaudissements de l'assistance, que le prix de la ville de Moscou est décerné au professeur Ramon y Cajal (de Madrid).

Ce prix, fondé généreusement en 1897 par la ville de Moscou, se monte à 5000 francs. Tous les trois ans il doit être attribué au médecin, quelle que soit sa nationalité, qui a le plus fait progresser la science médicale. Le Congrès ne pouvait faire un meilleur choix que celui du très savant et modeste histologiste.

M. Lannelongue proclame ensuite le lieu de réunion du XIV[e] Congrès international de médecine. Il aura lieu en avril 1903 à Madrid, sous la présidence de M. le professeur Julian Calleja, doyen de la Faculté de médecine de Madrid.

Cette annonce a été accueillie avec le plus vif enthousiasme.

Après l'exécution de la Marche royale espagnole, écoutée debout par toute l'assistance, M. Calleja a remercié le Congrès en quelques paroles émues, en son propre nom, au nom du roi, de la reine régente et de toute la nation espagnole.

M. le président Lannelongue a enfin prononcé la clôture du Congrès, après avoir remercié tous les congressistes et rendu un juste hommage aux ouvriers de la première heure, à M. le secrétaire général Chauffard, à MM. Duflocq, de Massary et Weber.

Congrès dentaire international.

Le Congrès dentaire international a tenu sa séance d'ouverture ce matin au palais des Congrès, sous la présidence d'honneur de M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, et de M. le professeur Gariel, délégué du gouvernement.

Ont pris place sur l'estrade, à côté des présidents, les membres de la commission d'organisation, des comités nationaux, les délégués officiels des gouvernements, universités et sociétés étrangères. Nous citons au hasard : MM. Harlan (de Chicago), Walker (de New-York), Brunton (de Leeds), Hesse (de Leipzig), Frank (de Vienne), Limburg (de Saint-Pétersbourg), Aguilar (de Madrid), Forborg (de Stockholm), Guillermin (de Genève), etc; les directeurs et professeurs des écoles dentaires : MM. Ducournau, Queudot, Parisot, Matinier, Blocman, Font, Roy, etc.

M. Ch. Godon, président de la commission d'organisation, dans une allocution très applaudie, souhaite la bienvenue aux présidents et aux congressistes. Il évoque rapidement les progrès accomplis par l'art dentaire au point de vue scientifique et par la profession dentaire au point de vue social. Traçant aux différentes sections le programme de leurs travaux, il conclut en leur demandant de faire appel aux gouvernements pour que les services que rend l'art dentaire s'étendent à toutes les classes, pour que les services dentaires publics, à l'école, dans l'armée et dans les hôpitaux, assurent aux déshérités de la fortune les bénéfices des progrès de la science odontologique.

M. le docteur Sauvez, secrétaire général, donne lecture de son rapport. Après avoir fait l'historique du Congrès, il s'attache à montrer de quelles garanties sa constitution a été entourée et exprime le vœu que cette organisation subsiste, sous la forme d'une fédération permanente internationale, dont le besoin se fait sentir pour l'intérêt général de la profession.

Enfin, M. Viau, trésorier, dans un rapide exposé financier du programme du Congrès, indique le brillant succès qu'il a obtenu par un chiffre de 1050 adhérents, chiffre qui n'avait pas encore été atteint.

M. le professenr Gariel, délégué principal, souhaite un heureux succès au Congrès et adresse, au nom du gouvernement de la République, les compliments de bienvenue aux délégués officiels des gouvernements étrangers, et à tous les congressistes. Il déclare ouverte la session du Congrès. Le bureau provisoire est maintenu dans ses fonctions par acclamation. Il est procédé ensuite à l'élection des présidents d'honneur du Congrès et des bureaux honoraires des sections : MM. Brunton, Harlan, Hesse, Forberg et Lecaudey.

Les délégués étrangers prononcent des allocutions, au

nom de leurs pays et de leurs gouvernements respectifs, au milieu des applaudissements et de l'enthousiasme général.

Les travaux du Congrès commencent cet après-midi pour se poursuivre jusqu'au mardi 14 août.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'HYPNOTISME

EXPÉRIMENTAL ET THÉRAPEUTIQUE

Du dimanche 12 août au 17 août 1900, au palais des Congrès, à l'Exposition (Porte de l'Alma).

PROGRAMME. — *Dimanche* 12 *août.* — A 3 h., séance d'ouverture. — Discours de réception par M. Jules Voisin, président du Congrès. — Discours d'inauguration, par M. le professeur Raymond, président d'honneur du Congrès. — Communication sur l'organisation du Congrès par le secrétaire général.

A 4 h., conférence générale. — M. Bérillon : L'histoire de l'hypnotisme expérimental : 1° les précurseurs, 2° l'œuvre de Charcot à la Salpêtrière et de Dumontpallier à la Pitié. — Cette conférence sera accompagnée de projections.

A 7 h., banquet. — Le banquet réunissant tous les délégués et tous les adhérents, aura lieu au restaurant des Congrès (en face le palais des Congrès).

Lundi 13 *août.* — A 9 h., visite à l'hospice de la Salpêtrière, sous la direction de M. Jules Voisin, médecin de la Salpêtrière. Cette visite sera suivie d'un lunch offert par l'administration de l'Assistance publique.

A 2 h., séance au palais des Congrès. — Question à l'ordre du jour : « Valeur de l'hypnostisme comme moyen d'investigation psychologique. » Rapporteurs : M. Vogt (de Berlin), M. Paul Farez, M. Félix Regnault. — Discussion. — « Rapport sur l'évolution de la psychothérapie en Hollande, » par M. Van Renterghem (d'Amsterdam). — Discussion. — « La suggestion dans le traitement des délires oniriques toxi-infectieux ; analogie de ces délires avec les états somnambuliques, » par M. Régis (de Bordeaux). — Discussion. — Communications diverses.

Mardi 14 *août.* — A 2 h., séance au palais des Congrès. — Questions à l'ordre du jour : 1° « L'hypnotisme devant la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine. — Intervention des pouvoirs publics dans la réglementation de l'hypnotisme. » Rapporteurs : M. Henry Lemesle, M. Ch. Julliot, docteur en droit. — Discussion.

2° « La suggestion et l'hypnotisme dans leurs rapports avec la jurisprudence. » Rapporteurs : M. Von Schrenk-Notzing (de Munich) ; M. Paul Joire (de Lille). — Discussion.

3° « Responsabilités spéciales résultant de la pratique de l'hypnotisme expérimental. » Rapporteur : M. le professeur Boirac. — Discussion. — Communications diverses.

A 5 h., réception à l'Hôtel de Ville de Paris, offerte aux membres des Congrès par le bureau du Conseil municipal.

Mercredi 15 *août.* — A 2 h., séance au palais des Congrès. — Questions à l'ordre du jour : « Les rapports de l'hypnotisme avec l'hystérie. » Rapporteurs M. Paul Magnin, M. Crocq (de Bruxelles). — Communications de M. Tamburini (de Reggio-Emilia), de M. Cullerre (de Laroche-sur-Yon), de M. Pierre Janet, de M. Bérillon, de M. Charpentier, de M. Petersen (de Boston), de M. Parkyn (de Chicago), de M. Raffegeau (du Vésinet), se rattachant à la question à l'ordre du jour. — Discussion.

« Les indications de l'hypnotisme et de la suggestion dans le traitement des maladies mentales et de l'alcoolisme. » Rapporteurs : M. Tokarsky (de Moscou) et M. Lloyd Tuckey (de Londres). — Communications de M. A. de Jong (de la Haye). — Discussion. — Communication diverses relatives à la thérapeutique.

Jeudi 16 *août.* — A 10 h., réception à l'Institut psycho-physiologique (49, rue Saint-André-des-Arts).

A 2 h., séance au palais des Congrès. — Question à l'ordre du jour : « Les applications de l'hypnotisme à la pédagogie générale et à l'orthopédie mentale. » Rapporteur : M. Bérillon. — Discussion. — Communications diverses.

Vendredi 17 *août.* — A 2 h. — « Rédaction d'un vocabulaire concernant la terminologie de l'hypnotisme et des phénomènes qui s'y rapportent. » Rapporteurs : MM. Bérillon et Paul Farez. — Communication de M. Durand de Gros. — Discussion. — Communications diverses.

A 5 h. — Visite à la maison de santé de M. Raffegeau, au Vésinet (photothérapie, hydrothérapie et électrothérapie). Cette visite sera suivie d'un lunch.

AVIS IMPORTANT. — *Cartes d'adhérents.* — Pendant la durée du Congrès international de l'hypnotisme (du 12 au 17 août), les membres du congrès auront droit à l'entrée gratuite à l'Exposition.

Les adhérents qui n'auront pas reçu la carte qui leur sera délivrée à cet effet, pourront la retirer au Secrétariat général, 14, rue Taitbout, avant l'ouverture de la session.

Dès leur arrivée à Paris, les membres du Congrès sont invités à donner leur adresse au Secrétariat général.

Invitations aux réceptions. — Les délégués et les membres du Congrès sont invités à retirer au Secrétariat les cartes d'invitation pour la visite à la Salpêtrière, la réception à l'Hôtel de Ville, la visite à la maison de santé de M. Raffegeau, la réception à l'Institut psycho-physiologique, et la carte du banquet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — Par décret du 9 août, M. Schneider, médecin principal de deuxième classe, détaché à la Légation de France à Téhéran, est nommé officier de la Légion d'honneur.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Martin, du cadre de Brest, est désigné pour aller servir sur l'*Alouette* entrée en armement à Saïgon.

— M. le médecin de première classe Lecœur, du port de Cherbourg, désigné pour aller servir à l'hôpital de campagne n° 2 du corps expéditionnaire de Chine, et M. le médecin de première classe Audiat, du port de Rochefort, sont autorisés à permuter.

— MM. les médecins de première classe Dubois, médecin-major aux batteries d'artillerie stationnées à Toulon, et Laborde, désigné pour faire partie des formations sanitaires du corps expéditionnaire de Chine, sont autorisés à permuter.

— M. le médecin-inspecteur Driout, directeur du service de santé du 7e corps d'armée à Besançon, est placé, à dater du 7 août 1900, dans la section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs.

— Ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal : M. Le Dantec, médecin de première classe, en remplacement de M. Curet, retraité.

Au grade de médecin de première classe : M. L'Eost, médecin de deuxième classe, en remplacement de M. Le Dantec, promu.

Au grade de médecin de première classe dans la réserve de l'armée de mer : M. Ourse, médecin de première classe de la marine, retraité.

Les membres de l'Académie de médecine ont offert une médaille d'or, gravée par Roty, à M. Riche, professeur à l'École de pharmacie, qui vient d'être mis à la retraite.

La grève des internes et des externes des hôpitaux à Marseille. — En attendant la fin du conflit qui s'est élevé entre les internes et externes et l'Administration des hospices, le service dans les hôpitaux a été assuré par les médecins de la ville et les médecins de la Compagnie générale transatlantique.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 31e semaine, 974 décès, chiffre très inférieur à celui des deux semaines précédentes, et voisin de la moyenne

ordinaire des semaines d'août (907). Les maladies de l'appareil respiratoire sont devenues rares; les diverses sortes de mort subite sont en grande diminution et présentent des chiffres moyens; la diarrhée des très jeunes enfants, quoique ayant sensiblement diminué, reste fréquente.

La fièvre typhoïde a causé 26 décès; la rougeole 22, la scarlatine 4, la coqueluche 3, la diphtérie 3 présentent des chiffres voisins de la moyenne. La variole a causé 1 décès.

La diarrhée infantile a causé 180 décès de 0 à 1 an (au lieu de 262 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 132). Cette diminution considérable est due à l'abaissement de la température. Comme toujours, pendant l'été, la diarrhée infantile est incomparablement plus fréquente dans les quartiers pauvres que dans ceux du centre de la ville (29 décès dans l'ensemble des dix premiers arrondissements et 151 dans les dix arrondissements excentriques). La chaleur ayant des effets beaucoup moins funestes dans les arrondissements du centre de la ville (où les enfants sont mieux soignés) que dans la périphérie, l'abaissement de la température leur profite moins; le nombre des décès par diarrhée était de 31 (chiffre voisin de 29) pendant la semaine précédente dans les dix arrondissements du centre; il était de 231 (chiffre très supérieur à 151) dans les dix arrondissements excentriques.

Il y a eu, en outre, 30 décès par diarrhée de 1 à 5 ans, et 14 au-dessus de cet âge.

La faiblesse congénitale a enlevé 23 enfants nouveau-nés.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration sont devenues rares : elles ont causé 46 décès, au lieu de 86 pendant la semaine précédente et au lieu de 64, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 1 décès (au lieu de la moyenne 7); bronchite chronique, 8 (au lieu de la moyenne 14); broncho-pneumonie, 18 (au lieu de la moyenne 22); pneumonie, 19 (au lieu de la moyenne 21).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 22 décès, dont 13 sont dus à la congestion pulmonaire. En outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 158 décès (au lieu de la moyenne 165); la méningite tuberculeuse 12; la méningite simple 16; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 25 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral 69 décès; les maladies organiques du cœur 55; le cancer a fait périr 42 personnes; enfin 36 vieillards sont morts de débilité sénile.

Des exercices pratiques de bactériologie, sous la direction de M. le docteur Fernand Bezançon, chef du laboratoire de bactériologie, et de M. le docteur Griffon, préparateur, recommenceront le samedi 8 septembre 1900. Ces exercices auront lieu de deux à cinq heures, les mardis, jeudis et samedis.

PROGRAMME DU COURS. — Première leçon : Technique de la coloration des microbes; méthode de Gram.

Deuxième leçon : Analyse bactériologique du pus : examen, culture, inoculation.

Troisième leçon : Diagnostic des microbes pyogènes (aérobies).

Quatrième leçon : Analyse bactériologique des crachats (non tuberculeux).

Cinquième leçon : Analyse bactériologique des crachats tuberculeux. — Tuberculose et pseudo-tuberculose.

Sixième leçon : Analyse bactériologique des sérosités pathologiques (pleurales, articulaires, cérébro-spinales, etc.). — Diagnostic bactériologique de la peste.

Septième leçon : Analyse bactériologique des angines non diphtériques.

Huitième leçon : Diagnostic de la diphtérie.

Neuvième leçon : Analyse bactériologique de l'eau.

Dixième leçon : Analyse microscopique du sang (bactériologie et histologie).

Onzième leçon : Sérodiagnostic.

Douzième leçon : Analyse bactériologique des matières fécales.

Treizième leçon : Diagnostic des microbes anaérobies.

Quatorzième leçon : Diagnostic bactériologique des affections de l'appareil génito-urinaire.

Quinzième leçon : Diagnostic bactériologique des affections microbiennes et parasitaires de la peau.

Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs. — Sont admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundi, mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de midi à trois heures.

Muséum d'histoire naturelle. — Le Muséum vient d'acquérir la collection d'ossements humains et d'instruments préhistoriques qui avait été réunie depuis de longues années par feu le docteur Prunières (de Marvejols, Lozère).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE. — Avis important. — Xe Congrès international d'hygiène et de démographie (Paris, 1900). — A travers les Congrès. — Médecine pratique. Traitement des loupes par les injections interstitielles d'éther; — Le traitement palliatif du prolapsus utérin; Formules de lotions excitantes à employer dans les alopécies; — Les doses de lait pour les nourrissons. — Revue bibliographique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

AVIS IMPORTANT

Les travaux du XIIIe Congrès international de médecine, si l'on en juge par le nombre des communications annoncées et par l'importance de ses rapports, vont former une œuvre scientifique considérable.

Désirant donner à nos lecteurs un compte rendu aussi clair et complet que possible de ce Congrès, nous avons décidé de publier, dans les quelques jours qui suivront sa clôture, un *NUMÉRO EXCEPTIONNEL* contenant le compte rendu analytique et critique des travaux de chaque section.

Nous avons choisi parmi nos collaborateurs ceux que leurs travaux antérieurs désignaient le mieux pour mener à bien cette tâche.

Ainsi, sous une forme qui n'aura pas les inconvénients d'un compte rendu au jour le jour, forcément hâtif et incomplet, nos lecteurs trouveront en un seul numéro ce qu'on devra retenir du Congrès de 1900.

Tous nos abonnés recevront gratuitement ce numéro exceptionnel.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

Xe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE (PARIS, 1900)

QUATRIÈME SECTION
Hygiène industrielle et des collectivités.

HYGIÈNE DU CYCLISTE
Rapport par M. Just Lucas-Championnière.

Le cyclisme a pris son développement avec une telle rapidité et son extension a été si considérable que le monde entier se trouve intéressé dans l'étude de l'hygiène qui concerne le cyclisme.

A l'exposition de 1889, on peut dire que la bicyclette n'existait pas. Représentée par de rares modèles considérés comme antédiluviens aujourd'hui, elle n'avait aucune clientèle. Le grand bicycle seul et le tricycle avaient quelque importance et ceux qui les utilisaient étaient infime minorité.

Au point de vue de la pratique générale, le cyclisme n'a pas dix ans d'existence. Cependant il n'y a aucun élément de la population qui ne soit appelé à le pratiquer. Il en résulte que si nous manquons un peu de l'expérience du temps pour juger certaines questions qui touchent à cette hygiène, nous pouvons du moins, par les nombreuses applications de la bicyclette, apprécier la plupart des conditions fondamentales de cette hygiène.

Ce jugement, nous pouvons le porter avec une expérience réelle et nous avons le droit du même coup de rejeter toutes les inductions, toutes les conclusions *a priori* que n'ont pas manqué de publier un grand nombre d'auteurs plus pressés de donner une opinion sur les questions nouvelles que d'en étudier sérieusement les conditions essentielles et la pratique. Malheureusement et justement à cause de cette généralisation, il faudrait un volume pour donner actuellement une étude sérieuse, et dans un court rapport nous ne pouvons que tracer un programme établissant quelques données fondamentales que la pratique et l'observation directe nous ont enseignées.

Qui dit cyclisme dit bicyclette. Le grand bicycle est un disparu. On ne le retrouve guère que comme élément précieux de l'acrobatisme. Le tricycle est devenu rare. D'ailleurs, s'il mérite une étude à part, un très grand nombre des propositions concernant l'hygiène du cycliste peuvent s'appliquer au tricycle.

Quant au tricycle à pétrole et autres appareils du même ordre, il faut les laisser avec les automobiles qui ont certainement leur hygiène spéciale et dont nous n'avons pas à nous occuper.

En pratique donc, tout ce que nous avons à dire s'applique à la bicyclette ou aux cycles à places multiples, tandems divers.

La bicyclette apporte à l'homme un mode de progression nouveau. La progression s'accomplit sans qu'il ait à prendre sur le sol des points d'appui fixe lui assurant sur ce sol un instant d'immobilisation. Il restera donc constamment en état d'équilibre instable.

En outre, son centre de gravité n'accomplit pas les oscillations verticales de la marche. Il suit constamment une ligne parallèle au sol sur lequel il avance.

Il résulte de ces deux données fondamentales que l'effort nécessaire pour la progression est bien moins grand que celui nécessaire pour la marche et que cette progression peut acquérir une rapidité infiniment plus considérable que celle de la marche.

La dépense musculaire restera beaucoup au-dessous de celle de la marche. Elle s'accroîtra avec la vitesse ou avec certaines résistances, certains obstacles (le vent et les rampes).

Il est donc facile de mesurer la dépense musculaire suivant les forces du sujet.

On peut affirmer que la bicyclette ne donne pas un exercice de force mais un exercice à dépense musculaire médiocre et essentiellement mesurable.

Les nécessités d'équilibre en font un exercice de souplesse d'autant plus facile et moins fatigant que le sujet est plus jeune et plus souple.

Il était aisé de prévoir ce que l'expérience a montré : que ce serait un exercice essentiellement approprié à la femme et à l'enfant.

Cet exercice a sur nos viscères, sur nos organes essentiels, une action très comparable à celle de tous les exercices musculaires.

Il excite la circulation générale et exagère l'action du cœur. Son action sur le cœur est certainement moins violente et moins nuisible que celle de tous les exercices musculaires. Cependant, en pratique, cette action mérite d'appeler toute l'attention de l'hygiéniste. Justement parce que l'exercice entraîne peu de fatigue générale, le sujet n'étant pas arrêté par les malaises de la fatigue générale, peut n'avoir pas conscience de son extrême tension artérielle et peut surmener inconsciemment son cœur.

Le principe qui doit dominer l'hygiène doit être de prêter attention aux phénomènes dus à cet excès de tension (à la rapidité du pouls, aux battements du cœur et surtout à l'essoufflement), pour éviter les conséquences de l'excès de travail cardiaque.

Les poumons trouvent dans ce mode de progression plutôt un exercice et une dilatation favorable. Il faut toutefois faire une réserve pour les vitesses exagérées et surtout pour le refroidissement de la surface pulmonaire par temps froids.

Les muscles utilisés par la bicyclette sont bien plus nombreux que ceux utilisés par la marche. Il en résulte donc que la bicyclette donne un exercice éminemment favorable au développement musculaire et à l'entraînement.

Au squelette, l'instrument impose la position assise. La mode impose aussi des attitudes qui paraissent vicieuses.

Mais il ne faut pas oublier que l'exercice imposant un travail à la plupart des muscles du tronc, les déformations définitives ont peu de chances de se former. Tous les médecins instruits des conditions des déformations savent que celles-ci se font surtout en raison de l'inaction de certains groupes musculaires et ont bien peu de chances de se produire lorsque l'ensemble des muscles du tronc subit un travail régulier.

L'exercice de la bicyclette expose d'une façon générale à l'échauffement et au refroidissement du corps et la vitesse de progression, bien plus grande que celle de la marche, augmente cette tendance au refroidissement.

Enfin l'exercice se fait, le sujet étant fixé sur un siège étroit.

Le mode de l'appui a une très grande importance; on doit éviter la compression et la contusion des organes du périnée. Toutefois l'expérience nous a appris que l'on n'avait aucun avantage à exagérer l'étendue de la surface du siège ni sa mollesse et que le périnée s'accommode bien d'une dureté relativement considérable.

Enfin cette même position assise amène une exagération des mouvements de la flexion des membres inférieurs qui peut donner aux genoux un travail exagéré. Il peut y avoir des conditions articulaires spéciales qui nécessitent une surveillance. Mais ce sont là plutôt des cas pathologiques.

On peut conclure des faits que nous venons d'exposer que, d'une manière générale et pour tous les sujets, l'hygiène de la bicyclette réclamera toutes les précautions générales que l'on peut demander pour les exercices du corps.

Comme tous les exercices, elle demande la progression dans le travail et dans l'entraînement.

Elle demande une surveillance du cœur non pas parce qu'elle est plus nuisible pour lui qu'un autre exercice, mais parce que son action s'exerce infiniment plus longtemps sans donner de conscience de la fatigue.

Les attitudes vicieuses dans une position courbée, sans avoir l'importance qu'on leur a attribuée, doivent être évitées. Pour les longues marches à bicyclette surtout, la position modérément inclinée du corps facilite beaucoup le jeu des organes de la respiration et de la circulation.

La position sur la selle est difficile à déterminer pour tout le monde. La pratique apprend que le périnée s'accommode des selles infiniment mieux qu'on aurait pu le prévoir.

On peut remarquer toutefois que, dans la mesure du possible, il faut faire appuyer le sujet sur les ischions et éviter pour tout le monde l'appui sur la partie antérieure du périnée.

En ce qui concerne l'alimentation, la bicyclette a certainement appris à bien des gens que la modération dans l'alimentation est une des nécessités du travail musculaire et que l'abstention de l'alcool est d'obligation absolue.

La boisson augmente la tension vasculaire et aggrave les dangers qui pourraient résulter pour le cœur du travail trop prolongé.

C'est bien la bicyclette, du reste, qui a vulgarisé parmi nous les notions fondamentales de l'entraînement qui constituent les notions indispensables pour l'athlétisme (progression du travail sans fatigue et sans usure musculaire, alimentation sans excès et sans alcool, pratiques d'hydrothérapie et de massage, etc.).

Si nous ajoutons que le cycliste ne doit jamais oublier que l'exercice de la bicyclette, exercice demandant peu de dépense de force, devient un exercice violent sur les rampes et pour les grandes vitesses, nous aurons indiqué les conditions générales dont il faut avoir une défiance.

En ce qui concerne le mécanisme, nous devons encore rappeler qu'en augmentant la multiplication des machines, nous augmentons la violente de l'action du cycliste. On ne

doit donc pas aborder sans précautions la question des grandes multiplications, sous peine de faire perdre à l'exercice sa caractéristique d'exercice à faible dépense musculaire susceptible d'une prolongation du travail qui a dépassé les limites que l'on pouvait prévoir.

Malgré la communauté des apparences, la bicyclette doit être un instrument très différent pour l'homme, pour la femme, pour l'enfant et pour le coureur, et il y a lieu de considérer une hygiène spéciale pour ces quatre conditions différentes. Il serait bon de considérer une cinquième catégorie : celle des malades, car il y a des malades et des difformes qui peuvent tirer d'excellents effets thérapeutiques du cyclisme avec une hygiène bien dirigée.

Pour l'homme, il y a peu de chose à ajouter aux préceptes généraux que nous venons de donner. Il faut toutefois rappeler que les organes du périnée méritent une surveillance spéciale. Ces organes sont communément altérés, et l'usage de la selle nécessite souvent un choix pour éviter des pressions intempestives.

Pour la femme, la bicyclette donne un exercice de choix. Elle donne un exercice sans grande dépense musculaire, sans secousse dans la position assise. L'exercice est d'autant plus facile pour la femme qu'elle est plus souple et plus adroite que l'homme et monte un peu comme l'enfant.

Cet exercice la fatigue infiniment moins que la marche.

Non seulement l'exercice ne lui congestionne pas les organes du petit bassin comme on l'a affirmé, mais il les décongestionne et régularise plutôt leurs fonctions, comme on peut s'en assurer par bien des cas pathologiques.

Bien entendu, chez elle, tout exercice comporte l'abstention périodique absolue. L'exercice n'est pas à recommander pendant la grossesse.

Il ne faut pas ignorer, toutefois, que l'exercice a été continué bien des fois pendant les premières périodes de la grossesse, et cela sans inconvénient.

Il y a là des conditions de modération dont on ne peut guère taxer les proportions.

Les rampes et les grandes vitesses doivent être évitées comme tout ce qui augmente la dépense musculaire dans cet exercice. Le vêtement de la femme doit être étudié, parce qu'il doit être débarrassé de ce qui comprime habituellement le ventre et le thorax, pour permettre au cœur et au poumon de fonctionner dans de meilleures conditions.

Elle doit, comme l'homme, être vêtue de façon à éviter les refroidissements.

Sa position à bicyclette mériterait d'être mieux étudiée qu'on ne le fait généralement.

Elle doit porter sur les ischions et éviter par la forme ou par la disposition de la selle toutes les pressions antérieures.

Moins que l'homme, elle doit être inclinée en avant. Cette position lui est plus fâcheuse encore.

Il faut éviter également de la placer trop bas, ce qui exagère l'amplitude du mouvement des membres inférieurs.

S'il y a au nom de l'hygiène des interdictions d'exercice pour la femme, elles ressortent de la pathologie. Nous ne pouvons les exposer, mais nous pouvons affirmer qu'elles sont bien loin d'être aussi nombreuses qu'on l'a dit, et, chez la femme précisément, on pourrait tirer un parti réel de la bicyclette pour le traitement de bien des lésions à propos desquelles on la lui défend.

Pour l'enfant, comme pour la femme, la bicyclette est un exercice de choix. L'enfant est si souple, que dès l'âge de quatre ou cinq ans, quelquefois plus tôt, on peut le mettre sur l'instrument, et il roule sans peine et sans fatigue. La fatigue est proportionnellement bien moindre que celle de l'adulte.

Toutefois, de même que l'enfant n'est pas fait pour les longues marches, il ne doit user de la bicyclette que comme d'un joujou et d'un instrument de gymnastique et cela pendant longtemps, les longues courses sont pour lui sans avantages et comportent de réels inconvénients.

Il doit être l'objet d'une surveillance effective justement parce que le propre de l'instrument est de ne pas donner de sensation de fatigue qui vous modère. Livré à lui-même et surtout livré à la lutte de vitesse avec ses camarades, il peut forcer son cœur et peut parfaitement arriver à un réel surmenage.

Contrairement à ce qu'on a affirmé sans preuves, même lorsque les enfants se courbent à bicyclette, ils ne se déforment pas. Je n'ai jamais pu en trouver une observation.

En revanche, ils sont souvent très mal placés, ils sont en général trop haut, ce qui les amène à un déhanchement très disgracieux qui est au moins très fatigant et qui risque de blesser le périnée.

Ces réserves faites, je ne vois aucun instrument de gymnastique plus approprié au développement de l'enfant. Je pense même qu'on devrait l'utiliser davantage comme instrument de gymnastique proprement dit. Il est excellent pour discipliner les mouvements, et l'acrobatisme à bicyclette, si facile aux enfants, permet de varier à l'infini les mouvements de tous les muscles du corps et surtout les mouvements des muscles du tronc dont le travail est l'objectif sagement recherché par les gymnastes.

Le coureur mérite une mention spéciale, son hygiène c'est son entraînement. Celui-ci est dirigé surtout par des notions empiriques, et nous devons bien dire que cet entraînement nous a appris plus de choses que nous n'avons à lui enseigner.

En règle générale, les coureurs dirigent bien leur hygiène. Ils obéissent à quelques préjugés sans importance, mais ils connaissent réellement tous les points capitaux des nécessités de l'entraînement : progression de l'exercice, variétés de l'exercice, fatigue évitée, alimentation mesurée, abstention de l'alcool et des excitants, etc.

Les coureurs connaissent le surmenage du cœur et sa dilatation.

S'ils ont une immunité extraordinaire contre les traumatismes, ils ont une sensibilité très grande aux refroidissements et se défendent par les pratiques hydrothérapiques.

Ce qu'ils semblent moins connaître, c'est l'usure par les épreuves trop longues ou trop répétées. Personne n'ignore que des coureurs ont succombé et d'autres ont subi une déchéance organique définitive pour s'être ainsi usés.

La limite des forces du coureur paraît réellement difficile à établir. Le coureur de bicyclette peut rester à l'entraînement plus longtemps que tout autre athlète. Mais les périodes de repos et de réparation doivent se succéder.

Plus d'un a payé de sa vie pour ne pas s'être résigné assez tôt à ce repos.

Enfin, le coureur devrait, comme tout athlète, avoir des organes d'une intégrité absolue et vérifiée. En pratique, il en est autrement et beaucoup de coureurs ont des tares sérieuses. Malgré cette constatation consolante, on doit reconnaître qu'elles ne sont pas à rechercher. Mais elles peuvent nous démontrer que l'exercice est singulièrement plus

hygiénique que l'on imagine, puisque, malgré ces tares, des sujets ont pu s'élever jusqu'à la pratique de l'athlétisme.

Enfin, l'hygiène de la bicyclette *pour les malades*, pour les difformes, mériterait un chapitre spécial.

J'ai indiqué avec bien d'autres, par exemple, que la bicyclette était un excellent exercice pour le hernieux et pouvait, dans une réelle mesure, atténuer les inconvénients ou les accidents de la hernie jusqu'à donner l'illusion d'une guérison.

La bicyclette rend des services signalés pour l'assouplissement des membres enraidis.

Elle a constitué un excellent exercice pour modifier l'état général. Elle a permis la modification de troubles gastro-intestinaux.

Il n'y a pas jusqu'au cœur qu'elle ne puisse servir à exercer. En certaines circonstances, elle permettrait le mouvement mieux que la méthode de marche bien acceptée aujourd'hui.

Pour bien des lésions utérines et péri-utérines, on peut en tirer un parti précieux.

Même les déformations de la colonne vertébrale ont été traitées avec succès par l'usage de la bicyclette.

On pourrait citer encore bien des exemples de l'utilisation thérapeutique de la bicyclette. Il faudrait un livre pour donner le détail de ses applications.

De ce court exposé, nous pouvons conclure que la bicyclette ayant introduit récemment un mode nouveau de progression qui se généralisera encore à une grande partie de la population, le cyclisme comporte des règles d'hygiène.

Ces règles s'appliquent d'une manière générale au mode nouveau de progression, et elles doivent être appliquées et modifiées suivant les cas particuliers groupés sous les cinq chefs suivants : Hommes. — Femmes. — Enfants. — Coureurs. — Malades.

En tenant compte des observations physiologiques faites par des maîtres, et en tenant compte surtout de l'expérience déjà acquise par l'observation des nombreux individus ayant pratiqué le cyclisme, on peut établir quelques règles fondamentales qui guideront dans l'usage de l'instrument, qui peut être un agent de développement musculaire et aussi précieux qu'il est un merveilleux agent de communication et de développement des rapports sociaux.

CINQUIÈME SECTION

Législation et réglementation du travail au point de vue de l'hygiène.

M. Édouard Vaillant, député, propose les résolutions suivantes :

1° Le Congrès international d'hygiène de Paris renouvelle le vote du Congrès international d'hygiène de 1894, à Budapest, pour la journée industrielle de huit heures.

2° Le travail doit être limité dans son intensité et sa durée. Il doit être rémunéré par un salaire nécessaire et suffisant au bien-être de l'existence.

3° Il doit y avoir, chaque semaine, un repos continu, ininterrompu, de un jour et demi, ou trente-six heures, et un certain nombre de jours consécutifs de vacances par an.

4° Pour huit heures de travail effectif journalier, il faut deux heures et demie d'intervalles de repos, dont une heure et demie pour le repas de midi; le travail du matin et celui de l'après-midi étant coupés chacun par au moins une demi-heure de repos.

5° Le reste de la journée est occupé par le repos continu, ininterrompu.

6° Le travail de nuit, les travaux de force, les travaux insalubres et dangereux, sont interdits aux enfants, aux adolescents et aux femmes.

7° Le travail de nuit, réduit au minimum possible, n'est toléré, pour les ouvriers adultes, que dans les industries où sa suppression n'est pas encore économiquement possible.

8° Les femmes enceintes doivent cesser tout travail six semaines avant, et les accouchées ne recommencer à travailler que six semaines après l'accouchement, et dans les conditions déterminées par un certificat médical.

9° Les enfants ne peuvent être admis, avant seize ans, aux travaux industriels auxquels ils sont reconnus aptes, sans danger pour leur santé et leur développement. Ils ne sont admis, dans l'industrie, à cet âge, que s'ils sont munis d'un certificat scolaire d'éducation intellectuelle, physique et technique suffisante et d'un certificat médical d'aptitude physique. Ils restent soumis à un examen médical périodique.

10° La durée du travail journalier des enfants et des adolescents doit être la moitié de celle des ouvriers adultes et réglée d'après le système des deux équipes anglaises.

11° Tous les procédés par lesquels les mesures légales peuvent être éludées, la durée et l'intensité du travail peuvent être indûment augmentées, tels que : marchandage, *sweating system*, heures supplémentaires, etc., doivent être interdits.

12° A cet effet et pour l'observation des lois du travail et de l'hygiène, une inspection exercée par des inspecteurs : médecins, hygiénistes, ingénieurs et délégués des ouvriers, doit étendre sa surveillance à toutes les fabriques, à tous les établissements quelconques de l'industrie et du commerce, y compris les ateliers domestiques et de famille.

13° Une surveillance médicale doit être notamment exercée, sur les travaux et la personne des enfants, des adolescents et des femmes.

14° Il est désirable qu'un enseignement élémentaire de l'hygiène soit donné dès l'école primaire.

15° Il y a lieu d'instituer dans les laboratoires de physiologie des universités, de tous les pays, des recherches sur les conditions physiologiques de création, de dépense, et de régénération de l'énergie des moteurs animés et particulièrement de l'homme.

16° Le Congrès émet le vœu : que, par l'institution d'un bureau international d'hygiène, de travail et de statistique et par des Congrès internationaux périodiques, tant généraux que spécialisés à certaines questions de l'hygiène et de l'économie du travail, les gouvernements facilitent la solution de toutes les questions qui s'y rapportent et assurent, par une entente et une législation internationale, la stricte et loyale observation des résolutions arrêtées.

(A suivre.)

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des loupes par les injections interstitielles d'éther (1).

Il faut avoir soin d'employer pour ces injections de l'éther sulfurique officinal parfaitement pur. La seringue doit être stérilisée avant l'opération, et la surface de la loupe rendue

(1) *Courrier médical* du 8 juillet 1900.

aseptique par un lavage au savon et au sublimé corrosif. Si la tumeur est peu volumineuse, on n'injecte que 5 à 6 gouttes d'éther. Quand elle est volumineuse on peut injecter dans la même séance une pleine seringue de Pravaz, en opérant à doses fractionnées, à mesure que la diminution de tension de la poche indique qu'une certaine quantité de tissus adipeux est dissoute par l'éther. Quand on retire l'aiguille, on a soin de laver au sublimé et de fermer l'orifice de la piqûre par l'application d'une goutte de collodion.

On renouvelle ces injections tous les deux jours en ayant soin d'introduire toujours l'aiguille par le même orifice.

Au bout de cinq ou six injections, on voit la tumeur se ramollir et devenir presque fluctuante. En même temps, il se forme au niveau de la piqûre une petite escare, une petite croûte brunâtre qui ne doit pas dépasser les dimensions d'une tête de grosse épingle.

On détache cette escare avec la pointe d'un stylet, et, en comprimant la poche entre les doigts, on en fait sourdre le contenu.

Ceci fait, il ne reste plus qu'à extraire le sac. Son adhésion aux parties voisines est diminuée par suite du traitement déjà subi. On achève de le détacher au moyen d'un stylet qu'on introduit par l'orifice de l'escare et qu'on insinue entre les couches profondes de la peau et de la paroi kystique. Puis on fait saillir les bords du sac à travers les lèvres de l'orifice de la peau, et à l'aide d'une pince on amène le sac en totalité par une traction lente et progressive, sans saccades.

A la suite de cette extraction, la peau qui recouvrait le kyste se rétracte peu à peu, la petite plaie se referme sans laisser de cicatrice appréciable, et il ne reste plus, au point où se trouvait la loupe, qu'un petit nodule fibreux qui s'affaisse et disparaît rapidement.

Formules de lotions excitantes à employer dans les alopécies (Brocq).

Résorcine	0,15 à 0,25 cent.
Goudron purifié	1 à 3 grammes.
Savon noir	0,30 cent. à 1 gr.
Soufre précipité	1 à 3 grammes.
Lanoline / Vaseline pure	*ââ* 10 grammes.
Teinture de benjoin	Q. S. pour aromatiser.

A mettre tous les soirs sur les plaques de pelade un peu de cette pommade.

Le matin, faire une friction des plaques malades avec la solution suivante :

Acide acétique cristallisé	5 grammes.
Teinture de cantharides	10 —
— de romarin / — de jaborandi / — de quinine	*ââ* 20 —
Rhum	125 —

Le traitement palliatif du prolapsus utérin (1).

Un bon moyen de traitement palliatif du prolapsus complet de l'utérus, moyen qui remplacerait avantageusement les pessaires, surtout chez les femmes de la classe ouvrière, consiste, d'après un confrère russe, M. A. Datzenko, à introduire dans le vagin — l'utérus prolabé ayant été préalablement réduit — un tampon d'ouate imbibé du mélange ci-dessous formulé :

Perchlorure de fer liquide	8 grammes.
Glycérine	200 —

Mêlez. — Usage externe.

Ce tampon, que la malade s'introduit chaque matin et qu'elle enlève pour la nuit, est maintenu en place par une bande qui passe entre les cuisses et vient s'attacher à une ceinture. En soutenant le tampon, la bande soutient en même temps l'utérus. Il va sans dire que ces bandes doivent être souvent changées et que la malade doit prendre une injection vaginale le soir, après avoir retiré son tampon, et le matin, avant de s'introduire un autre tampon.

Grâce à ces moyens si simples, l'utérus se trouve suffisamment soutenu pour permetre aux malades de se livrer à leur travail habituel; les douleurs s'atténuent et les ulcérations du col disparaissent.

(1) *Gaz. hebd.*

Les doses de lait pour les nourrissons.

Le *Journal de médecine interne* rappelle un excellent moyen mnémonique donné par M. Budin pour régler les prises de lait d'un nourrisson.

On trouve la quantité de lait nécessaire à l'enfant en multipliant son poids par 2 et en supprimant un zéro.

Ainsi, un enfant de 3k500 doit prendre 350 × 2 = 700 grammes de lait par jour.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La goutte et le rhumatisme (1), par Armand Delpeuch, médecin de l'hôpital Cochin.

« Chaque maladie devrait avoir son histoire particulière, non point une courte notice rappelant quelques noms, quelques faits et quelques dates, mais un ouvrage de longue haleine, où l'on trouverait réunis, mis en ordre et brièvement commentés, tous les documents laissés par les siècles précédents. »

C'est ainsi que, dans la préface de son ouvrage, M. Delpeuch expose son but et dit quelle lacune il a voulu contribuer à combler.

C'est dans les livres de la fin du ve siècle avant notre ère, que l'on trouve pour la première fois le mot podagre, et le premier goutteux authentique fut Hiéron, tyran de Syracuse; l'auteur suit l'histoire de la goutte pas à pas depuis cette époque lointaine : nous voyons Hippocrate affirmer les rapports entre la goutte et les fonctions génitales : « Les eunuques ne deviennent ni goutteux ni chauves ; une femme n'a pas la goutte avant que ses règles n'aient cessé ; un jeune garçon n'a pas la goutte avant l'usage du coït. » L'équitation favoriserait ainsi la goutte en troublant les fonctions génitales. Quant aux Asclépiades, ils s'en tiennent à l'analyse clinique, et apprennent que « la goutte est plus rebelle quand elle est héréditaire, l'oisiveté la cause ou l'aggrave, la sobriété et l'exercice la préviennent et l'atténuent, le traitement le plus efficace, c'est la dérivation intestinale spontanée ou provoquée ». Dans le traité des affections, on voit opposés la goutte et l'arthritis, notre rhumatisme articulaire aigu. C'est ainsi que, dès la plus haute antiquité, on trouve sur ces maladies des notions exactes. Une longue période s'étend jusqu'à Galien avec lequel commence une époque de décadence médicale et qui identifie la goutte et la podagre. Des travaux cliniques de l'école byzantine, rien à dire ; mais c'est à elle que l'on doit l'introduction en thérapeutique du colchique d'automne.

Le galénisme règne jusqu'à Baillou; avec lui, l'arthritis (rhumatisme articulaire aigu) est séparé du rhumatisme dans lequel sont englobées la goutte et toutes les affections chroniquesdes articulations. Avec Sydenham, commence de la goutte une étude parfaite ; mais pour connaître bien le rhumatisme, il faudra attendre Cullen et Bouillaud.

Il n'est pas possible de donner du remarquable ouvrage de M. Delpeuch une analyse complète : l'histoire de la goutte

(1) In-8° carré, 680 p., 10 pl. hors texte. — Prix : 20 francs. — Paris, G. Carré et C. Naud.

et du rhumatisme est complètement traitée au triple point de vue pathogénique, clinique et thérapeutique. Et ce n'est pas sans quelque ironie que l'auteur se plaît à nous montrer l'analogie entre les conceptions anciennes et nos théories modernes; l'obscurité de la Renaissance fait oublier la lumière des anciens; car de toutes les sciences, la médecine est la plus oublieuse de son passé. « Elle ne prend pas le temps de regarder en arrière tant elle est pressée d'arriver à son but. »

L. B.

La scrofule et les infections adénoïdiennes (1), par le docteur Paul Gallois, ancien interne des hôpitaux.

Longtemps considérée comme entité morbide, la scrofule a, depuis la découverte bactériologique de Koch, subi un démembrement complet. Des symptômes qui semblaient la caractériser, les uns ont été rattachés à la tuberculose, les autres, tels les scrofulides bénignes, sont devenues des affections autonomes : la scrofule ne reste plus qu'une dénomination indécise, appliquée le plus souvent à des accidents bénins de tuberculose.

Ce démembrement total a toutefois laissé subsister une lésion inexpliquée : la pléiade ganglionnaire cervicale. Cette pléiade est-elle de nature tuberculeuse? est-ce une adénite banale ou bien une adénite constitutionnelle? M. Gallois, cherchant à déterminer la signification précise de cette lésion, a fini par se convaincre qu'elle dépendait presque toujours d'une lésion locale, nasale ou pharyngée. L'étude des autres manifestations de la diathèse : scrofulides cutanées bénignes ou malignes, scrofulides muqueuses, scrofule ganglionnaire, parenchymateuse, etc., le conduit à cette conclusion que la scrofule n'est réellement plus une maladie autonome, mais rentre dans les infections adénoïdiennes, que l'adénopathie scrofuleuse est dans la plupart des cas secondaire, comme l'avait vu Velpeau.

La lésion primitive réside le plus souvent dans les cavités aériennes de la face et est représentée par des végétations adénoïdes. Ainsi, la scrofule devient tributaire de l'infection adénoïdienne, conclusion de la plus haute importance au point de vue thérapeutique.

L. B.

Les armoiries des chirurgiens de Saint-Côme (2), par le docteur H. Dauchez.

L'étude de M. Dauchez se compose de deux parties, la première est relative aux sceaux et armoiries des chirurgiens de Saint-Côme aux XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles; la seconde aux armes des communautés de chirurgiens enregistrées sous Louis XIV dans l'armorial général d'Hozier.

Dans sa première partie, M. Dauchez décrit les armoiries de plusieurs communautés de chirurgiens, comme celles de Marseille, de Bordeaux et de Toulouse (1544), et les sceaux très curieux de la Faculté de médecine de Poitiers et de celle de Pont-à-Mousson. L'auteur étudie encore deux sceaux qui portaient la figuration des saints Côme et Damien, bien que n'émanant pas d'une communauté de chirurgiens, ce sont ceux de la collégiale de Luzarches et d'une autre collégiale non encore identifiée. Cette première partie se termine par la description des armoiries d'un certain nombre de communautés de chirurgiens flamands, tirées de la collection du docteur Faidherbe. Signalons un curieux entête des diplômes des chirurgiens de Douai.

La deuxième partie est le résultat d'un laborieux dépouillement de l'armorial général d'Hozier, travail considérable même avec la table de M. Ulysse Robert. M. Dauchez a dressé une liste de 164 blasons, précédés d'intéressantes et judicieuses remarques. Sous Louis XIV, certaines communautés de chirurgiens évitèrent probablement de se grouper pour échapper au véritable impôt que constituait pour les corporations ces concessions obligatoires, forcées, d'armoiries. Ailleurs, les chirurgiens durent « s'allier aux professions les plus infimes » pour avoir un blason collectif et, partant, moins onéreux. Il faut enfin noter que les figures des saints Côme et Damien sont représentées sur les blasons de cinquante communautés dans les villes telles que Lyon, Lille, Tours et Angers.

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

(2) In-8°, 12 vign. — Paris, A. Picard, r. Bonaparte, 82.

Aide-mémoire de gynécologie (1), par le professeur Paul Lefert.

Si l'on parcourt la série des traités de gynécologie actuellement parus, on constate que la plupart sont trop étendus, pour le médecin désireux de se tenir au courant de l'état actuel des connaissances, pour l'étudiant qui veut revoir rapidement les matières d'un examen.

M. Lefert s'est efforcé dans son *Aide-mémoire de gynécologie* de renfermer, de la façon la plus brève, la plus concise et cependant la plus claire, tout ce qu'il faut savoir en matière de gynécologie. Il s'est abstenu des détails superflus pour donner tout le développement nécessaire aux faits importants qu'il est indispensable de connaître. Des notions étiologiques il a élagué les causes sujettes à caution; l'étiologie vraie a été mise au point des recherches les plus récentes. Le plus grand développement possible a été donné à la symptomatologie, dont la connaissance importe au plus haut point.

Le diagnostic différentiel a été longuement débattu pour les affections les plus importantes par leur gravité ou leur fréquence. Enfin on a indiqué les modes de traitement les plus fréquemment employés dans les hôpitaux de Paris, par les maîtres actuels de la chirurgie.

Cet *Aide-mémoire* répondra au vœu du médecin qui demande à être tiré promptement d'un embarras de pratique comme à celui de l'étudiant désireux de suivre avec fruit les services hospitaliers.

Les albuminuries curables (2), par M. Teissier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant de l'Académie de médecine.

La question de la curabilité des albuminuries intéresse à un très haut point le médecin praticien. A quoi peut-on reconnaître la curabilité possible d'une albuminurie? Dans quelles conditions cette curabilité peut-elle s'obtenir et dans quelles limites est-on en droit de l'espérer? Telles sont les questions que M. Teissier résout avec la compétence que lui donnent vingt années de recherches et de pratique sur la question.

Il passe ainsi successivement en revue les albuminuries fonctionnelles ou organiques, c'est-à-dire sans lésion nettement déterminée de l'appareil rénal, puis les albuminuries rénales, supposant une altération plus ou moins avancée du parenchyme glandulaire.

Les albuminuries fonctionnelles comprennent quatre chapitres spéciaux : 1° les albuminuries intermittentes, irrégulières, des sujets en apparence bien portants; 2° les albuminuries des adolescents, généralement intermittentes et cycliques; 3° les albuminuries d'ordre digestif ou hépatique; 4° les albuminuries d'ordre névropathique, notamment l'albuminurie de la station debout ou orthostatique.

Les albuminuries rénales se divisent en deux groupes : celles des néphrites aiguës infectieuses et les albuminuries permanentes des néphrites chroniques.

(1) In-18. Prix : 3 francs. — J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

A TRAVERS LES CONGRÈS

Le Xe Congrès international d'hygiène et de démographie a tenu sa première assemblée générale le 10 août dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

M. Brouardel, président du Congrès ; M. Waldeck-Rousseau, représentant le gouvernement français; les présidents d'honneur étrangers, les docteurs Calleja (Espagne), Kœhler (Allemagne), Corfield (Grande-Bretagne), Van Ivama-Sternegg (Autriche), Bartolette (Etats-Unis), Borup (Danemark), ont prononcé des discours.

Ce Congrès très important compte plus de 1 500 membres. La plupart des gouvernements, des villes, des services publics, des sociétés savantes ont envoyé des délégués.

Le Congrès est divisé en 9 sections :

1re section : Microbiologie et parasitologie appliquées à l'hygiène.

2e section : Hygiène alimentaire.

3e section : Salubrité : sciences de l'ingénieur et de l'architecte appliquées à l'hygiène.

4e section : Hygiène industrielle et des collectivités. (Première enfance, exercices physiques, écoles, hôpitaux, prisons, etc.)

5e section : Hygiène industrielle et professionnelle. Logements insalubres.

6e section : Hygiène militaire, navale et coloniale.

7e section : Hygiène générale et internationale. (Prophylaxie des maladies transmissibles ; administration et législation sanitaires.)

8e section : Hygiène des transports en commun. (Chemins de fer, navires, omnibus, tramways et automobiles.)

9e section : Démographie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — M. Delrieu, médecin en chef de deuxième classe, est promu médecin en chef de première classe.

M. Rauzon, médecin principal, est promu médecin en chef de deuxième classe.

MM. les médecins de première classe Haueur et Rousselot-Bénaud sont promus médecins principaux.

L'onychophagie dans les écoles parisiennes. — L'onycophagie ou mauvaise habitude de se ronger les ongles est, d'après M. Révillon, plus fréquente à Paris qu'en province.

Dans une école communale de Paris, sur 265 élèves examinés, on a trouvé 63 rongeurs d'ongles, soit 1 sur 5. Dans un lycée, la proportion des rongeurs d'ongles est un peu moins élevée. Par contre, des examens portant sur une centaine d'enfants du département de l'Yonne n'ont révélé que 3 rongeurs d'ongles. Dans une école mixte de ce même département, sur 29 garçons, il y a 6 rongeurs d'ongles (20 p. 100); sur 21 filles, il y en a 11 (52 p. 100).

Dans un établissement secondaire de jeunes filles, sur 207 élèves, 61 se rongent les ongles (15 des deux mains, et les autres les ongles de l'une des deux mains). Une école supérieure de Seine-et-Marne compte 52 élèves de douze à dix-sept ans. Sur ce nombre, 16 se rongent les ongles.

Il y a aussi les rongeurs de porte-plume. Cette variété semble plus répandue chez les filles. Dans une école de garçons de Paris, sur 265 élèves, on en compte 13 qui mangent le bout de leur porte-plume ; tandis que, dans un collège de jeunes filles, la proportion s'élève à 59 pour 207. (*Mém. de la Lib.*)

A céder après décès belle clientèle dans une grande ville : S'adresser à Mme veuve Rolland, rue François-Arago, no 19, au Havre.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 93. — JEUDI 16 ET SAMEDI 18 AOUT 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 16 ET SAMEDI 18 AOUT 1900. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Notre prochain numéro sera exclusivement consacré au compte rendu du XIIIe Congrès international de médecine.

SOMMAIRE. — Xe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE (Paris, 1900). — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Xe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE (PARIS, 1900)

CINQUIÈME SECTION

Hygiène industrielle et professionnelle. — Logements insalubres.

Le PHOSPHORISME PROFESSIONNEL ET SA PROPHYLAXIE, sont l'objet d'un rapport de M. Courtois-Suffit, médecin des Manufactures de l'Etat.

« La question du phosphorisme professionnel, envisagé chez les ouvriers des manufactures d'allumettes, fut, pendant de longues années, l'une des plus intéressantes parmi les questions d'hygiène industrielle. Les ouvriers allumettiers paraissaient voués aux accidents les plus graves, et, véritables martyrs de l'industrie, semblaient ne pouvoir échapper à l'impitoyable nécrose phosphorée que pour devenir la proie des accidents généraux du phosphorisme. Les journaux politiques aidant, l'histoire de l'intoxication phosphorée chronique grossit peu à peu. Si bien qu'il fut un moment où l'on y voyait classées toutes les manifestations pathologiques possibles, depuis la dyspepsie jusqu'aux avortements.

Ce sont là légendes sans fondement, et assertions exagérées; que l'étude exacte des faits suffit aisément à détruire. »

Dans ce rapport qui est une revue complète de la question, M. Courtois-Suffit étudie successivement :

1° Le phosphorisme et sa prophylaxie par l'hygiène,

2° Le remplacement du phosphore blanc par le sesquisulfure de phosphore, et les résultats obtenus.

3° La prophylaxie du phosphorisme par l'emploi d'une machine à fabrication continue.

1° *Phosphorisme.* « D'après Magitot les ouvriers employés à la fabrication des allumettes au phosphore blanc sont susceptibles d'absorber par les voies respiratoires des vapeurs, qui, pénétrant dans le sang et les tissus, se traduisent par un état d'intoxication lente ou de cachexie chimique qui doit porter le nom de phosphorisme. »

Cet état extrêmement tenace s'accompagne de signes variables : *entérite chronique avec diarrhées rebelles*, *névrite et cystite*, *bronchite*, *fragilité des os et des muscles*, enfin *nécrose spéciale des mâchoires* dite *nécrose phosporée* ou *mal chimique*.

Cet accident est le plus grave, et il entraîne *presque inévitablement la mutilation ou la mort des malades.*

Mais il y a un point très important sur lequel on doit insister, c'est que la nécrose admet un deuxième facteur, une lésion préalable des mâchoires (carie dentaire), qui sert de porte d'entrée au mal.

A côté de ces accidents locaux on peut observer des signes généraux : « *l'état cachectique*, *la teinte subictérique de la peau*, *l'odeur alliacée de l'haleine*, *la présence du phosphore dans les urines*, des signes évidents d'*anémie*, surtout chez les femmes, un degré *très marqué de mortalité infantile*, et enfin une déchéance de la *nutrition générale* reconnaissable à la présence fréquente de l'*albumine* dans les urines, à l'*abaissement des oxydations azotées* et à l'*accroissement* considérable *de la déminéralisation* de l'organisme (A. Robin). »

Prophylaxie. — Pendant plus de deux années consécutives, dans les plus mauvaises conditions de salubrité, à l'usine de Pantin-Aubervilliers, M. Courtois-Suffit n'a pas eu à enregistrer un seul cas de nécrose phosphorée, *en éloignant systématiquement tout ouvrier portant des lésions dentaires.* C'est dire le rôle que peut jouer l'hygiène contre le phosphorisme.

Quant aux autres signes, il est difficile de se baser sur eux, pour établir une statistique, car tous les ouvriers ont une tendance à rapporter au phosphorisme les affections dont ils peuvent être atteints.

2° « Si par l'hygiène on peut arriver à restreindre le champ du phosphorisme et à faire disparaître son accident local le plus grave, la nécrose phosphorée, qui, si elle fut infiniment moins fréquente qu'on ne l'a dit, était cependant toujours possible, il vaut mieux encore n'avoir pas à redouter ces accidents, d'où l'avantage incontestabte de l'abandon du phosphore blanc dans la fabrication des allumettes et de son remplacement par le sesquisulfure de phosphore, corps qui doit à ses réactions chimiques et physiques d'être tout à fait inoffensif. »

On a pu dire que le sesquisulfure de phosphore était toxique. A cela M. Courtois-Suffit répond par des faits.

Le personnel manipulant le sesquisulfure, depuis seize mois au minimum, est de 2 100 ouvriers (790 hommes et 1 130 femmes).

Or, sur ce nombre relativement considérable d'ouvriers et depuis ce temps *déjà long*, *on n'a pas eu à enregistrer un seul accident d'intoxication*

Ce sont là des faits et des chiffres qui permettent de presque affirmer en toute assurance l'absolue innocuité du sesquisulfure de phosphore.

3° L'emploi d'une machine à fabrication continue, comme celle de MM. Sevène et Cahen, qui fonctionne à Aubervilliers, complète une bonne prophylaxie en mettant les ouvriers à l'abri des vapeurs.

SIXIÈME SECTION

Hygiène militaire, navale et coloniale.

DES MOYENS D'ASSURER LA SALUBRITÉ DE L'EAU AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE COLONIALE

Le rapport de M. Bonnafy, médecin en chef de la marine, emprunte aux circonstances présentes un vif intérêt. Au moment où nos armées entrent en campagne en Chine, on ne peut oublier le rôle étiologique de l'eau de boisson dans la propagation de certaines maladies infectieuses. Le problème de l'épuration des eaux est donc d'une grande importance.

« La ligne de conduite variera plus ou moins avec les différentes situations qui peuvent se présenter, suivant les effectifs, les moyens de transport, la durée probable des opérations, la fréquence des déplacements, la saison, la nature des eaux et des terrains, etc.

Le cas le plus intéressant est celui d'une grande expédition, préparée de longue main.

Ici, le rôle du commandement est de prendre des mesures de concert avec le chef du service de santé du corps expéditionnaire.

Il est très important que le moral des troupes ne soit pas affecté, dès le début des opérations, par un mauvais état sanitaire.

Une eau de boisson souillée de germes pathogènes trouvera, en de jeunes organismes neufs, un terrain favorable et peu résistant. Or, le plus souvent, la base d'opérations est un port situé près de l'embouchure d'une rivière, ou bien ce sont des terres basses et marécageuses où les eaux saumâtres ou stagnantes dominent, chargées des virus palustres, dysentériques, typhiques ou autres.

Aussi conviendra-t-il de faire installer, dans le lieu de débarquement, si l'eau est saumâtre, de grands appareils de distillation pouvant fournir plusieurs tonnes d'eau par jour, ou bien un des appareils à ébullition sous pression cités plus haut.

Dès le début des opérations, si le pays est riche en eau claire et courante, les différentes unités seront pourvues soit de filtres Chamberland à bougies associées, à raison d'une bougie pour deux hommes, soit plutôt de filtres Maignen, dits *filtres à baquet*, à raison d'un filtre pour quinze à vingt hommes. La filtration doit être précédée de l'alunage pour peu que l'eau soit trouble ou boueuse. Des ordres seront donnés aux commandants de compagnie pour que l'eau soit filtrée à l'étape pendant la soirée et la nuit.

A la levée du camp, le lendemain matin, l'eau filtrée sera déversée dans des récipients spéciaux et transportée. Arrivé à l'étape suivante, chaque homme aura ainsi de suite à sa disposition au moins un litre d'eau filtrée.

Pour la route, le bidon individuel sera rempli d'une infusion légère de café ou de thé. Un bidon très pratique est celui déjà adopté par les troupes de la guerre aux colonies et dans le Sud-Algérien; il est en aluminium, d'une capacité de 2 litres et recouvert de feutre.

Si la chaleur est excessive et les étapes de longue durée, le bidon sera vite épuisé. Il conviendra alors de distribuer aux hommes une partie de l'eau filtrée la veille. Les officiers auront le devoir de veiller à ce que leurs hommes ne boivent pas une eau quelconque, puisée sur les bords de la route.

En général, chaque filtre ne devra pas être d'un poids supérieur à 25 kilos, charge moyenne d'un porteur.

Les circonstances permettent-elles le transport à dos de mulet, on pourra utiliser des appareils d'un débit et d'un poids supérieurs; mais le poids ne devra pas dépasser 50 à 60 kilos.

Pour le transport de l'eau filtrée, on se servira de récipients divers : la peau de bouc des Arabes, ou mieux des réservoirs métalliques étanches, entourés de feutre ou d'un tissu de flanelle épais que l'on peut mouiller, ou encore de tonneaux protégés de la même façon contre l'échauffement.

La capacité et la forme de ces récipients seront adaptées aux moyens de transport prévus.

Opère-t-on en pays plat, marécageux, où dominent les eaux boueuses et stagnantes, le traitement de l'eau comprendra d'abord la précipitation, soit par l'alun quand les sels terreux dominent, soit par le permanganate de potasse ou de chaux si l'eau est surtout chargée de matières organiques.

L'eau ainsi clarifiée et décantée sera ensuite soumise à l'ébullition durant une demi-heure environ, puis aérée par le battage ou par l'écoulement lent dans un reservoir clos.

Telles sont, en résumé, les grandes lignes de la conduite à tenir pour procurer une eau de boisson non nuisible aux troupes en campagne dans les pays chauds.

Mais avant tout, le personnel combattant, officiers aussi bien que soldats, doit être pénétré à l'avance de l'intérêt qu'il y a à ne boire qu'une eau de bonne qualité.

Aux médecins-majors des troupes de la marine incombe le devoir d'insister dans leurs conférences d'hygiène sur le rôle nocif des eaux de boisson contaminées.

C'est seulement quand le soldat sera bien convaincu de l'importance de ces principes d'hygiène que, le jour où il s'agira de passer à la pratique, il verra dans la mise en œuvre de la filtration, non pas une ennuyeuse corvée supplémentaire, mais un moyen efficace de se prémunir souvent contre les nombreuses maladies des pays chauds. »

On connaît la Société des œuvres de mer pour l'**ASSISTANCE MÉDICALE AUX PÊCHEURS DE HAUTE MER**. Des trois navires-hôpitaux qu'elle a lancés et envoyés successivement ou simultanément croiser sur les lieux de pêche, deux se sont perdus : l'un à Terre-Neuve en 1896, l'autre en Islande en 1899.

Malgré ces épreuves, l'assistance aux marins ne se ralentit pas. M. du Bois Saint-Sévrin, médecin de première classe de la marine, nous montre, dans son rapport, que la Société des œuvres de mer a réussi :

« 1° A assurer aux pêcheurs les secours médicaux sur les lieux de pêche. Ce service est fait par des médecins de la marine mis à la disposition de la Société par le département de la marine, et qui, embarqués sur les navires-hôpitaux, instruisent les capitaines par des conférences dans les ports avant le départ, donnent des consultations en mer aux pêcheurs malades, prennent à bord du navire-hôpital les plus gravement atteints, mais seulement sur la demande écrite du capitaine, pratiquent les opérations d'urgence, complètent les approvisionnements de médicaments des

navires qui en manquent, enfin recueillent les naufragés, les équipages des doris en dérive, et les vêtent au besoin.

2° A créer un service postal entre les pêcheurs et leur famille, rompant ainsi leur isolement en les rattachant à la vie commune, et suscitant parmi ces malheureux un véritable enthousiasme.

3° A entamer franchement la lutte contre l'alcoolisme par l'influence morale de ses aumôniers qui ont ouvert à Saint-Pierre-Miquelon une maison de famille où le pêcheur, le mousse ou le gravier trouve à tout moment l'abri, des jeux, du tabac, une bibliothèque, son courrier, et même des secrétaires bénévoles qui manient la plume pour ceux qui ont oublié d'apprendre à s'en servir. »

SEPTIÈME SECTION

Hygiène générale et internationale (Prophylaxie des maladies transmissibles; administration et législation sanitaires).

LA PROPHYLAXIE DE LA PESTE PAR LES VACCINATIONS PRÉVENTIVES

Rapport par le docteur A. CALMETTE, directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

« Depuis les travaux de Roux, Yersin, Calmette, Borrel, Salimbeni et Haffkine, l'efficacité des inoculations préventives soit du sérum antipesteux, soit des cultures de bacilles de la peste tuées par un chauffage d'une heure à 70 degrés, n'est plus à démontrer.

On sait que le sérum confère une immunité très solide et presque immédiate après l'injection, mais cette immunité est malheureusement de très courte durée : elle n'excède que rarement douze à quatorze jours. Il est donc nécessaire, lorsqu'on emploie le sérum antipesteux à titre préventif, pendant les épidémies de peste, d'inoculer toutes les deux semaines une dose de 10 centimètres cubes de sérum aux personnes qui doivent être mises à l'abri de toute contagion.

Les avantages de cette méthode sont :

1° De conférer une immunité à peu près absolue et immédiate;

2° D'être facilement acceptée par tout le monde, même par les enfants, parce que l'injection de sérum n'est pas douloureuse :

3° De n'être jamais nuisible;

4° D'utiliser un produit dont l'activité se conserve intacte pendant un temps très long, presque indéfini, lorsqu'il est préparé aseptiquement.

Les inconvénients sont :

1° La trop courte durée de l'immunité ;

2° Le prix de revient élevé du sérum et la difficulté de se procurer celui-ci en quantité assez considérable pour qu'on puisse vacciner préventivement tous les quinze jours la population d'une ville entière;

3° La difficulté de rendre obligatoire ou même de diffuser largement une vaccination qu'il est nécessaire de répéter aussi fréquemment.

Ces inconvénients sont de nature à limiter forcément l'emploi préventif du sérum.

Celui-ci est cependant indiqué dans les circonstances suivantes :

A. A bord des navires infectés, en cours de navigation, pour empêcher la maladie de s'étendre parmi les passagers et l'équipage ;

B. Dans les lazarets, pour mettre temporairement à l'abri de toute contamination le personnel affecté au déchargement et à la désinfection des marchandises apportées par un navire suspect ou à bord duquel des cas de peste se sont produits ;

C. Dans les docks, entrepôts et magasins où sont exceptionnellement manipulées des marchandises suspectes;

D. En temps d'épidémie, pour la vaccination immédiate des personnes qui se sont trouvées momentanément en contact avec des malades et qui sont susceptibles d'être déjà infectées...

La méthode des vaccinations par les cultures du bacille de la peste tuées par le chauffage à 70 degrés, appliquée sur une très large échelle dans l'Inde depuis trois ans par M. Haffkine, possède incontestablement l'avantage de conférer une immunité plus longue que celle produite par le sérum antipesteux.

La durée exacte de cette immunité est cependant très variable. Elle dépend de la quantité de corps microbiens que renferme la culture, de l'âge de celle-ci, de sa toxicité, de son mode de préparation.

Cette durée est impossible à fixer chez l'homme. Elle peut s'étendre de quelques jours seulement à plusieurs mois. Chez les animaux sensibles à la peste comme le singe, l'immunité que produit une seule injection de 2 à 3 centimètres cubes de culture vaccinale Haffkine n'excède pas, d'après mes expériences, trois semaines à un mois. Il faut répéter l'injection deux et même trois fois, à huit jours d'intervalle, pour obtenir chez ces animaux une immunité qui peut s'étendre jusqu'à trois ou quatre mois, rarement davantage.

Chez le rat, l'immunité est plus durable après une seule injection de 2 centimètres cubes de culture chauffée. Dans mes expériences, elle s'est étendue jusqu'à trois mois.

On ne peut, sans aucun doute, rien conclure de ces faits à ce qui se produit chez l'homme. Puisque la vaccination haffkinienne est plus efficace chez le rat, animal très sensible à la peste, que chez le cobaye, animal moins sensible, on peut admettre, comme le croit M. Haffkine, qu'une seule inoculation vaccinale est capable de donner une immunité plus longue chez l'homme que chez les animaux. Il est impossible, en tous les cas, de rien affirmer à ce sujet. On doit constater seulement que cette vaccination haffkinienne est très utile dans les pays infectés, pour les raisons suivantes :

1. On peut facilement et presque sans frais préparer en quelques semaines de grandes quantités de cultures du bacille de la peste et, par suite, de vaccin Haffkine, puisqu'il suffit de chauffer ces cultures, âgées d'un mois, à 70 degrés centigrades pendant une heure.

2. L'inoculation de ces cultures chauffées est assez facilement acceptée : elle ne provoque qu'un peu de gonflement et de lymphangite pendant cinq à six jours autour du point d'inoculation.

3. On peut vacciner avec ces cultures chauffées la population d'une ville entière ou d'un pays et supprimer ainsi la réceptivité à l'égard de la peste, par conséquent toute chance de propagation de la maladie.

Cependant cette méthode est passible d'objections graves, qui sont de nature à empêcher les pouvoirs publics de rendre son application obligatoire dans les pays infectés, et par suite à restreindre ses avantages :

1. J'ai montré avec M. Salimbeni, lors de l'épidémie récente d'Oporto, que, pendant la période d'immunisation avec les cultures chauffées, les animaux sont extrêmement

sensibles à des doses minimes de virus pesteux rarement mortelles pour les animaux non vaccinés. Il s'ensuit qu'une personne, en incubation de peste légère, verrait sa maladie considérablement aggravée, si elle se soumettait, à ce moment, à l'inoculation préventive de vaccin Haffkine. Elle succomberait presque fatalement.

Cette constatation explique les quelques cas de mort rapide par la peste qui ont été observés dans l'Inde, à Bombay et à Damaun, à la suite des inoculations haffkiniennes.

2. L'injection des cultures chauffées produit une fièvre plus ou moins vive, ordinairement de courte durée, mais assez forte dans quelques cas pour obliger les sujets à suspendre leurs occupations.

3. La durée de conservation des cultures chauffées est beaucoup moindre que celle des sérums. Elle n'excède pas six mois. L'action combinée de l'air et de la lumière atténue très vite la toxicité de ces cultures. Il faut donc les renouveler fréquemment et on ne doit pas faire usage de vieux vaccins.

Malgré ces objections, il faut reconnaître que la méthode de vaccination par les cultures chauffées est susceptible de rendre de très grands services en temps d'épidémie. Elle permet de limiter presque immédiatement l'extension d'un foyer.

L'emploi du sérum antipesteux, qui ne présente pas les dangers de la vaccination Haffkine, est cependant plus recommandable, surtout pour les navires, lazarets, hôpitaux et postes d'observations, non seulement parce qu'il constitue un excellent moyen de prévention, mais parce qu'il est, en même temps qu'un vaccin, *le seul remède efficace que l'on puisse employer dans le traitement de la peste déclarée.*

La peste constituant à l'heure actuelle une menace permanente pour tous les ports d'Europe et d'Amérique qui entretiennent des relations commerciales avec les pays contaminés, il conviendrait que les compagnies de navigation, les armateurs et les marines d'État prissent les dispositions nécessaires pour que tous leurs navires eussent, au départ de leur port d'attache, une provision suffisante de sérum antipesteux.

Des instructions spéciales relatives à l'emploi de ce sérum pour la vaccination préventive de tout le personnel du bord, s'il se produit un cas suspect, devraient être remises à chaque médecin et à chaque capitaine.

Les mêmes instructions énonceraient les mesures à prendre pour détruire les rats, les parasites divers (puces, moustiques) susceptibles de propager la maladie, et pour désinfecter convenablement les marchandises en cours de route, si un cas de peste venait à éclater à bord.

Les lazarets, les services sanitaires et les hôpitaux civils et maritimes de tous les ports de guerre ou de commerce devraient posséder et renouveler à époques fixes un approvisionnement de sérum antipesteux. Dans les ports où il existe des laboratoires de bactériologie, le directeur du laboratoire serait utilement chargé de conserver le sérum, de le distribuer aux médecins sanitaires maritimes, aux armateurs ou aux capitaines en leur fournissant toutes les instructions utiles, et d'en diriger eux-mêmes l'emploi lorsqu'il y aura lieu d'y avoir recours.

On prétend, avec raison, que le meilleur moyen d'éviter la guerre c'est d'y penser constamment et de se tenir toujours prêt. C'est aussi le meilleur moyen d'éviter la peste. Les médecins sanitaires des navires et des ports sont pour toutes les nations d'excellentes sentinelles dont la vigilance doit rester continuellement en éveil. Que chaque pays leur assure, comme nous l'avons fait en France, toutes les armes, c'est-à-dire les approvisionnements de sérum antipesteux nécessaire pour arrêter dès le premier cas une épidémie naissante ; que chaque pays organise dans les grands centres populeux maritimes des laboratoires bactériologiques d'avant-garde, bien outillés, et dirigés par des hommes compétents : la peste cessera bientôt d'être une cause d'inquiétudes et d'alarmes continuelles pour les peuples civilisés.

ÉTUDE DES DIFFÉRENTES MESURES MISES EN PRATIQUE POUR ASSURER LA PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS

Après avoir fait une très complète étude des moyens employés dans les différents pays pour lutter contre la vérole, M. Bourges (de Paris), rapporteur, conclut de la façon suivante :

« On doit opposer à la syphilis les mesures prophylactiques usitées contre toute maladie épidémique ou contagieuse (recherche des sujets infectés, leur isolement et leur traitement).

Recherches des sujets infectés. — La *déclaration obligatoire*, qui n'a été complètement appliquée qu'en Danemark, ne serait probablement pas acceptée à l'heure actuelle dans la plupart des pays.

La *dénonciation de la source de contagion* obligatoire dans la plupart des armées, exigée des médecins en Norvège, ne paraît pas avoir donné des résultats bien efficaces.

La *surveillance médicale*, applicable surtout à la prostitution, qui constitue le principal agent de dissémination de la syphilis, est une mesure prophylactique dont l'importance capitale est indéniable. Elle n'est possible que dans les pays où existe une réglementation rendant obligatoire la surveillance sanitaire des prostituées.

Isolement. — Il est réalisé par l'hospitalisation forcée, à laquelle sont soumises les prostituées malades dans la plupart des pays. Cette mesure est également appliquée aux soldats qu'on retient à l'hôpital ou à la caserne jusqu'à la disparition des accidents. En Norvège, au Danemark, en Roumanie, les autorités peuvent aussi obliger les hommes, dans certaines conditions, à se faire soigner à l'hôpital et à ne le quitter qu'après guérison.

Traitement. — La cure d'un syphilitique est utile, non seulement à lui-même, mais encore à la collectivité, car en abrégeant la maladie, on restreint considérablement les chances de dissémination du contage. Ce traitement doit être gratuit, qu'il soit institué à l'hôpital ou dans une consultation externe. Des hôpitaux ou des services spéciaux peuvent, avec avantage, être réservés aux syphilitiques, à condition que le régime disciplinaire ou alimentaire soit le même que dans les hôpitaux ordinaires.

Les consultations externes doivent être disposées de façon à ce que les syphilitiques soient traités dans les meilleures conditions ; on y distribuera gratuitement les médicaments.

Les médecins chargés des services des hôpitaux ou des policliniques de vénéréologie, ainsi que des dispensaires sanitaires, devraient justifier de connaissances spéciales, de façon à présenter la plus grande compétence possible.

Il serait nécessaire que les candidats au doctorat en médecine fussent tenus de justifier d'un stage dans un ser-

vice de vénéréologie et fussent soumis à un examen spécial.

Les caisses de secours mutuels ne devraient pas pouvoir refuser à leurs sociétaires les indemnités pécuniaires qu'elles allouent à ceux qui sont atteints d'une autre maladie.

Autres mesures prophylactiques. — Des pénalités contre les syphilitiques qui ont contaminé une autre personne ne sont instituées qu'en Norvège et en Danemark. Leur application présente du reste de grandes difficultés dans la pratique.

Aucune mesure n'a été prise jusqu'ici pour éviter la dissémination de la syphilis non vénérienne, sauf des règlements de protection pour les nourrices et les nourrissons. Il serait à désirer que cette lacune fût bientôt comblée.

La *prophylaxie de la tuberculose, maladie populaire*, a été l'objet de deux rapports.

MM. Landouzy et Mosny, montrent une fois de plus que la tuberculose est « un péril social sans cesse grandissant, dont nous devons dénoncer les progrès, révéler les conséquences et arrêter l'extension ».

La prophylaxie peut se résumer en deux mots : *asepsie, isolement*; le but de l'hygiène consiste donc à : Protéger les sujets sains contre l'accès du virus (surveillance des vaches, des laiteries, des abattoirs, asepsie du sol, des murailles, des lieux de réunion, etc.).

2° Mettre les sujets atteints de tuberculose ouverte dans l'impossibilité de créer autour d'eux des foyers de tuberculose.

C'est dans ce but que M. Landouzy a demandé à l'Académie de médecine la déclaration obligatoire de tous les cas de tuberculose ouverte. On pourra alors styler les malades, leur imposer l'usage du *crachoir individuel*.

« *Dans les familles de tuberculeux*, des instructions concernant les mesures prophylactiques seront distribuées, les désinfections nécessaires exécutées. Le médecin traitant aura le devoir de prescrire toutes mesures prophylactiques, et en particulier l'isolement des malades, destinées à préserver son entourage. Le diagnostic une fois posé, il saura avertir avec tact les malades atteints de lésions initiales et curables des soins qu'ils doivent prendre pour eux-mêmes, et desquels dépend leur guérison, — des précautions qu'ils doivent prendre pour leur entourage auquel ils peuvent et doivent éviter la contagion. Lorsque l'étendue ou le degré avancé des lésions enlèvent au phtisique toute chance de guérison, le médecin traitant doit cacher la vérité au malade, tout en lui faisant prendre les précautions capables d'éviter la dissémination de sa maladie.

Le devoir du médecin de famille n'est pas moins strict, lorsque, consulté sur un projet de mariage, son avis peut faire : que les intéressés ne courent pas les risques d'une possibilité de contamination entre époux; que la descendance ne soit entachée ni de déchéance ni de prédisposition tuberculeuses. »

Dans les administrations, les écoles, les ateliers, il ne faut pas hésiter à sacrifier les individus aux collectivités. Dans l'armée, la réforme temporaire sera tout indiquée.

Dans les prisons, les hôpitaux, l'isolement s'impose.

Enfin le sanatorium populaire constituerait la meilleure école mutuelle de prophylaxie bacillaire.

Si les gouvernements n'ont rien fait jusqu'ici, si les administrations publiques ou privées n'ont pris jusqu'ici que des mesures souvent incomplètes, l'initiative privée depuis quinze ans a fait de sérieux efforts. Sociétés savantes, congrès, ligues ont contribué à la croisade contre la tuberculose.

En présence de l'inertie gouvernementale c'est, encore l'initiative privée qui provoqua l'application des mesures appelées à préserver l'humanité des progrès incessants de la tuberculose.

Dans son rapport, M. Malvoz (de Liège) classe ainsi les moyens prophylactiques contre la tuberculose :

1° Organisation des services médicaux de l'Assistance publique, des groupements mutuellistes, des institutions d'assurances contre la maladie, etc., en vue de la prophylaxie en général et de celle de la tuberculose en particulier : éducation hygiénique par le médecin (leçons, conférences, cours publics), enquête permanente sur l'habitation, l'alimentation, les conditions du travail des ouvriers, examen corporel des suspects dans les dispensaires permanents.

2° Diagnostic le plus précoce possible des affections tuberculeuses, facilité par la création de laboratoires régionaux de bactériologie, pratiquant gratuitement les recherches.

Application immédiate de la cure d'air et d'alimentation, et des mesures de désinfection et de prophylaxie, à tout sujet en voie de tuberculisation.

Dans les pays dotés d'assurances obligatoires, édification des sanatoriums de cure d'air par les offices d'assurances; ailleurs, construction de ces établissements par les provinces ou les départements, leur fonctionnement étant surtout assuré par les associations mutuelles ouvrières. Pour les ouvriers non affiliés à des mutualités pouvant supporter les frais de séjour dans le sanatorium, distribution par l'Assistance publique, dans des dispensaires spéciaux, de secours permettant le repos et une alimentation reconstituante, en même temps que la mise de la famille à l'abri du besoin pendant la cure.

3° Développement dans les Facultés de l'enseignement de l'hygiène et de la médecine sociale; éducation clinique et bactériologique des médecins en vue d'une connaissance approfondie de la tuberculose, de son diagnostic précoce, de sa prophylaxie et de son traitement.

4° Propagande des œuvres antituberculeuses en faveur de toutes les mesures législatives dont la conséquence doit être de fortifier l'organisme, de le protéger contre les excès de travail et d'améliorer l'hygiène générale des travailleurs, à l'atelier et à domicile.

HUITIÈME SECTION

Hygiène des transports en commun (chemins de fer, navires, omnibus, tramways et automobiles).

M. Baudot étudie les **moyens d'empêcher la propagation des maladies contagieuses, tant pour les voyageurs que pour le personnel.** On peut les résumer ainsi :

Pour les voyageurs. — 1° Interdiction aux voyageurs atteints d'une maladie contagieuse de monter dans les voitures ordinaires de transport;

Obligation pour ces voyageurs de déclarer leur maladie au chef de la gare où ils veulent prendre un train (!);

Mais cette déclaration obligatoire, base de la prophylaxie, est entourée de grandes difficultés;

2° Organisation d'un service spécial de transport pour les voyageurs atteints de maladies contagieuses;

3° Aménagement intérieur des wagons neufs de façon qu'ils soient plus facilement nettoyables et désinfectables;

4° Création d'un service régional de désinfection;

5° Substitution du balayage humide au balayage à sec;

6° Interdiction de cracher sur le plancher des wagons, des salles d'attente, des vestibules (la question des crachoirs est réservée);

7° Mise à la disposition des voyageurs et du personnel d'une eau potable dans les gares.

Pour le personnel. — 8° Isolement des agents atteints de maladies contagieuses et désinfection de leurs logements et des objets contenus dans ces logements, la maladie terminée.

9° Lorsqu'un employé atteint de tuberculose pulmonaire travaille dans un bureau avec d'autres agents, obligation absolue pour lui de ne pas cracher à terre, obligation absolue du nettoyage humide du plancher, obligation de laver les murs au lieu de les épousseter (ni balayer à sec, ni épousseter);

10° Lutte contre l'alcoolisme qui est la grande cause prédisposante de la tuberculose, par des affiches, des conférences et des brochures; par l'interdiction aux employés, affichée dans les gares, de se rendre chez les débitants de vin, pendant la durée de leur service; lutte en n'accordant des gratifications et de l'avancement qu'aux agents sobres et en prenant des mesures sévères à l'égard des agents convaincus d'ivresse.

La question de l'**ÉCLAIRAGE, DU CHAUFFAGE, DE L'AÉRATION ET DE LA DÉSINFECTION DES VOITURES SERVANT AU TRANSPORT EN COMMUN**, se rattache directement à la précédente.

M. Louis Ungauer (de Paris) qui l'étudie conclut de la façon suivante :

1° *Éclairage.* Il serait à désirer que l'on profitât de la transformation de la traction pour augmenter le nombre de foyers lumineux sur le matériel de la traction mécanique;

2° Le meilleur mode de chauffage est celui qui consiste à emprunter au moteur du véhicule l'eau chaude ou la vapeur du calorifère. Dans les voitures à traction animale ou électrique, c'est-à-dire dépourvues de source active de chaleur, le chauffage par les briquettes est le seul qui, tout en étant suffisamment hygiénique, fournit en même temps une quantité de chaleur suffisante et régulière.

3° Il y a lieu de veiller à la stricte observation de l'ordonnance de M. le préfet de police qui enjoint aux conducteurs des voitures en station terminus, de lever les glaces de fond du véhicule pour aérer le compartiment intérieur. Il serait à désirer que le public fût prévenu par affiche de l'ordre prefectoral, pour éviter les contestations ou les réclamations des voyageurs montés trop tôt dans la voiture, et gênés par le courant d'air *légal* et salutaire qui en résulte.

4° Il y aurait lieu également d'appuyer d'une sanction légère, mais efficace, l'interdiction de cracher sur le sol des voitures, énoncée par l'arrêt préfectoral de juin 1898, que, dans l'état de choses actuel, les conducteurs des voitures sont impuissants à faire respecter. Le mieux serait de *donner officiellement aux receveurs des voitures les pouvoirs nécessaires pour faire descendre les voyageurs qui refuseraient de se conformer à cette interdiction.*

— Ces conclusions envisagent la question d'une façon plus pratique. Il serait à désirer que ces mesures fussent appliquées rigoureusement.

A signaler enfin une intéressante étude de M. Chevallereau (de Paris) sur *le minimum de l'acuité visuelle et de chromatopsie admissible dans les services des chemins de fer et de la marine.*

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(14 AOUT 1900)

Séance bien remplie! Signalons d'abord l'important travail de M. Grancher, ayant pour titre : **Un service antiseptique de médecine, statistique de dix années**, travail qu'il a communiqué déjà au Congrès de médecine, et sur lequel nous reviendrons dans le numéro exceptionnel consacré aux Congrès. Mais nous tenons ici à enregistrer les résultats très concluants obtenus par M. le professeur Grancher : grâce aux mesures d'antisepsie rigoureuse et d'isolement qu'il a prises dans son service, M. Grancher est arrivé à supprimer à peu près complètement la contagion de la scarlatine, de la diphtérie, de la coqueluche, de la broncho-pneumonie et des oreillons, et de réduire de 34 à 11, soit de 3 à 1, la contagion de la rougeole. M. Grancher termine ce travail par la conclusion générale suivante :

« L'antisepsie médicale, comme l'antisepsie chirurgicale ou obstétricale, existe.

Elle donne, bien appliquée, des résultats tout aussi excellents, même dans les salles communes consacrées à l'enseignement.

Je termine donc par ce vœu :

Que tous les services de tous les hôpitaux d'enfants deviennent promptement des services antiseptiques.

C'est facile, peu coûteux, et cela épargnera beaucoup d'existences humaines. »

L'importance de ce document n'échappera à personne; les résultats obtenus sont probants, le progrès accompli indéniable. Qu'est-ce qui pourrait donc faire hésiter un seul instant à suivre la voie tracée par M. Grancher? Quelle raison de ne pas faire pour la médecine ce qui a été fait pour la chirurgie? Il est vraiment temps de secouer l'Administration et de la faire sortir de sa torpeur habituelle.

Constatons toutefois, ainsi que l'a justement fait observer M. Kelsch, que dans l'armée on s'est empressé de mettre à exécution les lois formulées par M. Grancher.

M. Franck a lu un premier rapport sur un travail de MM. Jonnesco et Florescu (de Bucarest) sur la **physiologie du sympathique chez l'homme**. Chez une série de malades dont les affections réclamaient la sympathicectomie, ces messieurs ont profité de l'anesthésie opératoire pour se livrer sur eux à une série d'expériences, sans doute fort curieuses et fort instructives, sur les différents effets de l'excitation des diverses parties du sympathique sur les yeux, sur le cœur et sur le cerveau.

Les résultats de ces expériences sont tout à fait conformes à ceux qu'on obtient sur les animaux. Loin de nous la pensée de critiquer trop sévèrement ces expériences dont l'intérêt physiologique est incontestable. Toutefois, nous estimons qu'on ne saurait apporter trop de réserves dans des études de ce genre et que, si grand que soit l'intérêt physiologique, il ne doit pas primer celui du malade qui se confie aux mains d'un chirurgien. C'est là sans doute une banalité, mais qu'il peut être bon de répéter quelquefois.

Dans une seconde communication, également fort intéressante, M. Franck nous a exposé une **théorie physiologique des émotions**. Nous regrettons que le manque de place nous oblige à ajourner l'analyse de ce travail.

M. Fournier a fait un rapport sur deux intéressantes observations adressées par M. Lemonnier. Dans la première, il s'agit d'un **diabète hérédo-syphilitique**, observé sur une

petite fille de huit ans, diabète qui n'a cédé qu'au traitement spécifique (*naturam morborum*...). M. Fournier fait suivre le résumé de cette observation de quelques réflexions sur les relations pathogéniques qui rattachent le diabète à la syphilis.

Dans le second cas, il s'agit d'une **hérédo-syphilis à la seconde génération.** C'est là un exemple très rare de la transmission de la syphilis du grand-père au père et du père au fils. L'interprétation de ces faits est souvent bien difficile et demande le plus souvent une bien longue observation. Étant donné leur extrême rareté, il faut enregistrer cette observation de M. Lemonnier qui est très bien prise et qui paraît concluante.

Signalons un travail de M. Vidal (d'Hyères) sur l'**herpès grippal dans la pneumonie et les autres maladies infectieuses.**

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Facultés de province. — Année scolaire 1900-1901. — *Lille.* — M. Ausset, agrégé, est chargé d'un cours de thérapeutique; M. Carrière est chargé d'un cours complémentaire de clinique médicale des maladies des enfants et de syphilis infantile; M. Deléarde, agrégé, est nommé chef du laboratoire des cliniques; M. Ingelrans est nommé chef de clinique médicale; M. Lefèvre est chargé des fonctions de chef des travaux de pharmacie.

Nancy. — M. Vautrin, agrégé libre, est chargé d'un cours complémentaire de pathologie externe.

Écoles de province. — Année scolaire 1900-1901. — *Clermont.* — M. Gagnon, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, est mis à la retraite et nommé professeur honoraire; M. Bide, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé d'un cours de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire.

Grenoble. — M. Bordier, professeur d'histoire naturelle, est nommé, pour une période de trois ans, directeur de ladite École.

Rennes. — Sont chargés de cours : M. le professeur Perrin de la Touche (médecine légale); M. Véron, suppléant (accouchements). — M. le professeur Castex est chargé des fonctions de chef des travaux de physique.

Un concours s'ouvrira, le 8 juillet 1901, devant la Faculté de médecine de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine de Rennes.

Tours. — M. André est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés :

Au grade d'officier : MM. les docteurs Bernard (de Saint-Lô); Puijoly de Meyjounissas (de Brantôme); J. Schneider (médecin militaire); Lafage et Sérez (médecins des colonies).

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Desnos, Hartmann, Jouin, Pierre Marie, Maygrier, Merklen, Léon Petit, Reynier, Toupet (de Paris); Blanc (de Gap); Cheize (de Saint-Germain-les-Belles); Dantagnan (de Saint-André-de-Cubzac); Eury (de Charmes); Hustin (de Fresnes-sur-l'Escaut); de La Garde (de Poitiers); de Lapersonne (de Lille); Laurens (de Montpezat); Le Page (d'Orléans); Peton (de Saumur); Peyrusson (de Veyrac); Pierret (de Lyon); Signard (de Gray); Trapenard (de Champs-de-Bort); Veyrat (de Chambéry); Cassagnou, Gouzien, Métin (médecins des colonies); A. Schwob (de Genève); Vacqueret (de Varsovie).

M. le docteur Nicolas du Plantier a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Marine. — MM. les médecins dont les noms suivent, désignés pour faire partie du corps expéditionnaire de Chine, prendront passage sur les affrétés partant de Marseille aux dates suivantes :

Sur l'*Uruguay* (départ le 18 août) MM. Clavel et Duval, médecins principaux; — Casanova, Lorin, Laborde et Sisco, médecins de première classe; — Petit, Marty, Erdinger, Plomb, Oudard et Carrère, médecins de deuxième classe.

Sur la *Ville-de-Tamatave* (départ le 23 août) : M. Augé, médecin de deuxième classe.

Le Congrès international des Œuvres d'assistance en temps de guerre, présidé par M. Mézières, s'ouvrira le lundi 20 courant à deux heures au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Comment on se défend de la constipation, par le docteur P. Dheur. Une br. — Prix : 1 franc. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

XIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

PARIS, 2-9 AOUT 1900

I. Sciences médicales

PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Par M. **NATTAN-LARRIER**, interne des hôpitaux.

La section de pathologie générale, réunie sous la présidence de M. Bouchard, a abordé un programme où toutes les plus hautes questions de pathologie expérimentale ont été successivement abordées. Les problèmes proposés avaient été :

1° De l'état de l'organisme et de ses modifications dans leurs rapports avec l'infection et l'immunité.

2° De la fièvre.

3° Hérédité et immunité.

4° Les diabètes.

5° Les auto-intoxications, l'alimentation extra-buccale, l'emploi des rayons Röntgen en séméiologie médicale.

Hérédité et immunité. — La question a été traitée par MM. Charrin et Féré; ces deux auteurs se sont placés sur deux terrains essentiellement différents; M. Charrin, par son service à l'hôpital de la Maternité, a été à même d'observer la mère et l'enfant; il connaît la tare congénitale, il en suit les effets sur le développement de l'enfant, d'autre part dans le laboratoire il s'adresse à la physiologie pathologique en recourant souvent à la chimie ou à l'histologie; pour M. Féré la question se pose tout autrement, il s'agit de l'action de l'hérédité sur les premiers stades du développement, il est plutôt question de malformation des organes que du mauvais fonctionnement de ceux-ci.

Les recherches de M. Charrin montrent que, quelque parfait que puisse être le filtre placentaire, il ne peut agir sur les poisons maternels, provenant soit d'une intoxication microbienne soit d'une auto-intoxication ; il en résulte donc en premier lieu que l'organisme fœtal se trouve lésé congénitalement. Ces lésions organiques peuvent entraîner la mort de l'enfant qui vient souvent avant terme, naît parfois malade, et est en tout cas porteur d'un organisme qui, altéré dans sa structure, sera vicié dans son fonctionnement. Mais de ces tares cellulaires fœtales, produites sous l'influence des processus morbides maternels, vont dériver des insuffisances de développement causées par des modifications dans l'activité des organes. Le corps thyroïde, les capsules surrénales des rejetons tarés possèdent une activité moindre. Leur composition chimique peut même être modifiée. Il importe de remarquer que ces variations si importantes ne se rencontrent pas seulement chez le nouveau-né, mais qu'elles persistent chez le nourrisson, attestant ainsi la continuité des troubles d'évolution dus à l'infériorité des cellules du rejeton. Sous l'influence de ces organes altérés, la thermogenèse et la nutrition se font d'une manière anormale. Ainsi le nourrisson porteur dès sa naissance d'organes altérés, et prêts à s'altérer encore, privé en partie au moins des produits de secrétion normaux de ses glandes vasculaires sanguines, fabriquant des produits toxiques en quantité exagérée incapable de les éléminer et de régler sa thermogenèse, devient facilement la proie des infections contre lesquelles il ne peut lutter efficacement; d'emblée la défense de l'organisme a faibli.

A côté de ces études de premier ordre, se placent plusieurs communications intéressantes. MM. Mairet et Ardin-Delteil ont particulièrement étudié l'hérédité nerveuse. De eurs recherches sur l'hérédité de transformation dans l'épilepsie, ils ont conclu que :

1° L'épilepsie ne se transforme pas héréditairement en aliénation mentale, banale, ordinaire ;

2° L'épilepsie se transmet similairement de l'ascendant au descendant, et, dans ces cas, s'il y a folie chez le descendant, celle-ci est uniquement due à son épilepsie.

Ces auteurs ont étudié, d'autre part, l'influence de l'hérédité nerveuse, de l'hérédité cérébrale et de l'hérédité alcoolique. Ils ont pu conclure qu'aucune de ces tares ne diminue la natalité, que ces causes amènent toujours une mortalité plus grande des rejetons, dont la léthalité est surtout maxima au-dessous de cinq ans. L'hérédité psychique et l'hérédité alcoolique seraient surtout propres à porter leur action sur le système nerveux des descendants.

M. Jonnesco, qui a présenté dans diverses sections d'importantes études sur le sympathique cervical, a recherché

quelle était l'influence de la résection de ce nerf sur la croissance. Ses études qui ont porté sur peu d'animaux. l'ont amené à constater que le développement d'un jeune cobaye, après résection unilatérale, se rapproche avec peu de différence du développement normal; la résection bilatérale et totale du sympathique cervical accélérerait au contraire la croissance. M. Jonnesco, de l'étude comparative des organes et chez le cobaye normal et chez le cobaye dont les sympathiques ont été sectionnés, a tiré les conclusions suivantes :

1° Le foie, les glandes sous-maxillaires et les reins se développent normalement ;

2° Le corps thyroïde et les capsules surrénales accusent une hypertrophie : il y a connexion dans le développement de ces organes ;

3° L'appareil digestif, l'appareil respiratoire, le cœur et les organes génitaux se développent plus que chez l'animal normal. Cette hypertrophie est balancée par l'arrêt qui survient dans le développement de la peau, du système musculaire, du système nerveux, et probablement aussi du système osseux.

4° Il y a production abondante de graisse.

Terrain. — M. Charrin a essayé de constituer expérimentalement des terrains analogues à ceux qui caractérisent chez l'homme les maladies par ralentissement de la nutrition et la dyscrasie acide, en créant une modification permanente des humeurs sur l'animal. Sur des terrains ainsi préparés, il a suivi l'évolution de toute une série d'infections. De cette remarquable expérience, M. Charrin a pu conclure que, sous l'influence de la composition chimique des humeurs, on pouvait créer des terrains plus ou moins favorables au développement des germes pathogènes.

MM. P. Chatin et L. Guinard ont également essayé de créer des terrains plus ou moins favorables à l'évolution des maladies en modifiant l'alimentation des animaux en expérience.

Comme conclusions de leur travail, les auteurs émettent les propositions suivantes :

L'imprégnation de l'organisme par le sucre, réalisée soit par injections intraveineuses, soit par une suralimentation sucrée, met les animaux en état de moindre résistance à l'intoxication diphtérique. La période d'incubation, que présente normalement l'intoxication diphtérique, est diminuée de longueur; les phénomènes gastro-intestinaux sont plus graves et la mort survient plus tôt.

L'imprégnation sucrée a présenté les mêmes rapports défavorables sur l'infection par le bacille d'Eberth et le micro-organisme de la pneumo-entérite du bœuf. Les résultats ont été douteux ou nuls avec le bacillus anthracis et le charbon symptomatique.

La suralimentation exclusive des chiens par la graisse produit, comme le sucre, mais d'une façon un peu moins marquée, une moindre résistance à l'intoxication diphtérique. Les symptômes principaux consistent alors en des phénomènes de gastro-entérite grave.

Enfin, les animaux ayant subi une alimentation albuminoïde exclusive ont tous résisté plus longtemps à l'intoxication par le poison diphtérique.

La question de la préparation du terrain a été reprise par M. Arloing; au moyen des cultures homogènes et atténuées de bacilles de Koch, il inocule dans la veine un lot de lapin neufs. Sous l'influence de la culture, la tuberculose ne se développe pas, et c'est à peine si l'on trouve quelques bacilles persistants dans la rate et le foie. Les animaux ainsi préparés, s'ils sont abandonnés à eux-mêmes, meurent tous de cachexie, sans lésion appréciable. Mais M. Arloing, dans un deuxième temps de l'expérience, introduit par voie péritonéale, un bacille tuberculeux ordinaire. L'infection bacillaire évolue sur le lot ainsi préparé avec une rapidité et une intensité qui dépassent de beaucoup l'action de la même graine sur un terrain ordinaire, représenté dans le fait par un lot de lapins non préparé. M. Arloing a, d'une manière très intéressante, défini le sens de son expérience par son titre même : la prédisposition à la tuberculose créée par la tuberculose elle-même.

Infection secondaire. — A cette notion du terrain se trouve intimement unie celle des infections secondaires, qui vont évoluer sur un organisme affaibli présentant parfois déjà une porte d'entrée prête à recevoir le germe microbien.

M. Étienne (de Nancy) a étudié les manifestations pyosepticémiques consécutives au cancer. Ses recherches l'ont amené à conclure que :

Tout néoplasme peut devenir la porte d'entrée d'une infection du type pyohémique ou du type septicémique, lorsqu'il est externe ou lorsqu'il siège dans une cavité infectable.

L'infection peut se faire : *a*) *in situ*, lorsque sur un cancer se greffe un processus suppuré atteignant l'organe cancéreux lui-même : gastrite phlegmoneuse consécutive au cancer de l'estomac.

b. Par *extension de voisinage*, lorsque le néoplasme ouvre une cavité infectée dans un autre organe (par exemple le côlon dans le péritoine), ou bien lorsque l'élément microbien végétant sur le néoplasme envahit un organe avec lequel il est en relation par les voies lymphatiques (infection du péritoine dans le cancer de l'estomac sans perforation, infection de la plèvre par les cancers de l'abdomen); ou bien lorsqu'un cancer de l'abdomen provoque par infection de la veine porte des abcès du foie ou de la pyléphlébite.

c. Par *généralisation*. L'organisme est envahi en totalité par les éléments pathogènes. Dans ce cas, la pyosepticémie peut se présenter sous différents types cliniques : ou bien l'infection atteint d'emblée tout l'organisme sans qu'aucun accident attire l'attention vers un organe quelconque ; ou bien au contraire l'infection atteint spécialement un organe et lui emprunte une symptomatologie particulière : type ictère grave, type endocardite, etc.

M. Teissier a étudié de son côté les infections secondaires dans la tuberculose ulcérative. Ses recherches commencées dès 1864 ont porté sur 53 malades atteints de tuberculose pulmonaire, chronique, ulcéreuse, parfois également de tuberculose ulcéreuse de l'intestin : les malades étaient tous fébriles. Une prise de sang était faite suivant le procédé de Strauss et le sang était réparti entre de nombreux tubes de gélose. Sur les 53 cas, 9 fois le sang donna une culture positive : 2 fois le staphylocoque doré, 3 fois le streptocoque, 4 fois le staphylocoque blanc, les cultures se sont développées tardivement, rarement le troisième jour, plus souvent le sixième et parfois le cinquième, les colonies étaient très peu nombreuses. Dans la majorité des cas cette invasion microbienne reste inoffensive. Mais sous l'influence de la déchéance organique, ou de l'action favorisante du bacille ou de ses produits, une véritable septicémie peut apparaître, soit qu'il s'agisse d'une infection généralisée, soit d'une infection localisée, se traduisant par une endocardite végétante, une phlébite ou une artérite.

La fièvre et les infections. — La discussion des questions mises à l'ordre du jour a amené plusieurs communications sur la fièvre. M. Likhatcheff, s'appuyant sur des recherches faites sur un sujet atteint de fièvre paludéenne, a pu constater qu'au moment où l'émission thermique est maxima, la production calorique est tombée au minima. Cette observation, confirme les données expérimentales; on sait, qu'il existe, au début de l'accès de fièvre, une contraction très notable des vaisseaux.

Fièvre typhoïde. — L'étude de la fièvre typhoïde a été abordée dans plusieurs communications, parmi lesquelles celles de M. Chantemesse tiennent le premier rang.

M. Chantemesse a fait une étude anatomique de l'intoxication typhique du cœur.

L'auteur a soumis des cobayes à des injections de toxine typhique soluble à doses variables, de façon à les faire périr dans un espace de temps compris entre vingt-quatre heures et deux ans. L'examen des cœurs de ces animaux a été fait par diverses méthodes histologiques, et en particulier par la méthode de Van-Giessen qui permet de bien voir les phénomènes de dégénérescence hyaline. Dans l'intoxication aiguë, l'auteur a constaté les mêmes lésions qui ont été décrites par MM. Regaud et Mollard dans le cœur des lapins et chiens intoxiqués par la toxine diphtérique, c'est-à-dire les dégénerescences aiguës de la fibre musculaire, état grillagé, état vacuolaire, etc., la congestion vasculaire, l'œdème, l'infiltration leucocytique.

Dans l'intoxication chronique, l'auteur a observé la formation de zones, de plaques de sclérose disséminées sans ordre régulier; mais ces zones ou plaques de sclérose, l'auteur ne les rattache pas, comme le font MM. Regaud et Mollard, et avec eux tous les auteurs classiques, à la création d'un tissu conjonctif d'origine inflammatoire. Sur les préparations montrées au Congrès, il a pu faire constater que ces plaques de sclérose étaient formées non de tissu conjonctif, mais de fibres musculaires ayant subi une transformation particulière, la dégénérescence hyaline de Recklinghausen. Ainsi frappées, ces fibres présentent, au moins dans les périodes récentes de leur atteinte, en certains points, les caractères incontestables de la substance musculaire et en d'autres elles sont devenues gonflées, les fibrilles primitives se tuméfient, deviennent opaques et parfois onduleuses et simulent entièrement l'apparence de faisceaux du tissu conjonctif, et cela d'autant mieux que pendant très longtemps l'altération qui a frappé la substance contractile, a respecté le noyau de la fibre.

On voit que l'opinion de l'auteur tendrait à mettre d'accord les théories qui ont été émises par de nombreux anatomistes sur l'origine et la pathogénie des plaques de sclérose du muscle cardiaque. C'est également pour lui une sclérose dystrophique, mais une sclérose qui n'est pas d'origine inflammatoire, qui n'est pas formée par du tissu conjonctif; elle serait le produit d'une dégénérescence hyaline de la fibre musculaire d'origine toxique.

Il a retrouvé les mêmes lésions dans le cœur d'individus ayant succombé à ce qu'on nomme la myocardite chronique des artério-scléreux.

Ces recherches ont été complétées par une étude physiologique de MM. Chantemesse et Lamy sur l'intoxication typhique du cœur.

Chez le malade atteint de fièvre typhoïde les symptômes fournis par le cœur sont de deux ordres. Au début il existe un ralentissement relatif du cœur et dans les périodes ultérieures une accélération.

Faisant des circulations artificielles dans le cœur de tortue les auteurs ont constaté :

1° Que le sang défibriné de divers animaux et en particulier du lapin donnait des contractions cardiaques parfaitement régulières pendant vingt-quatre ou trente-six heures.

2° Que l'addition de toxine typhique (filtrée) à ce sang, à la dose mortelle, quand elle est inoculée dans les veines du lapin, ne troublait pas sensiblement le cœur de la tortue ; que le sang du lapin injecté de son vivant et recueilli peu de temps après (une demi-heure ou une heure) n'avait pas des propriétés plus actives;

3° Que l'addition au sang défibriné d'une dose de toxine deux ou trois fois plus forte entraînait au bout de plusieurs heures des troubles cardiaques caractérisés par la lenteur des battements du cœur, leur faiblesse et enfin l'arrêt du cœur en diastole. Ces phénomènes résultent d'une intoxication du cœur qui s'est faite lentement. Quand le cœur s'est arrêté en diastole, ni l'électrisation, ni le massage, ni le passage de sang frais ne peuvent le faire rebattre. Lorsque les accidents ont été moins accusés, le remplacement du sang toxique par du sang normal permet au cœur de se rétablir peu à peu;

4° L'addition du sang de toxine diphtérique provoque des phénomènes analogues avec cette différence que le cœur s'arrête en systole;

5° L'addition au sang *in vitro* ou *in vivo* de toxine typhique provoque donc lentement des effets caractérisés par la lenteur, l'affaiblissement, l'arrêt en diastole. Les effets sont diamétralement opposés si on prend le sang au moment où l'animal est en pleine période réactionnelle contre les effets de la toxine, par exemple chez le mouton quand la fièvre atteint son chiffre le plus élevé, chez le lapin au début de l'apparition de la diarrhée et au moment où la température commence son abaissement final. Le sang des animaux provoque alors des effets très particuliers sur le cœur de la tortue. Ils sont caractérisés par leur action rapide, par la tachycardie très marquée, par la brièveté des systoles; le cœur est comme tétanisé. Après avoir duré un certain temps ces effets se dissipent comme si le sang perdait ses propriétés d'exciter le cœur ; il suffit en effet d'ajouter du nouveau sang (pris sur l'animal fébricitant) pour faire reparaître sur le cœur de la tortue les mêmes effets d'excitation.

De leurs nombreuses expériences les auteurs tirent ces conclusions : que le poison typhique pur ralentit, affaiblit et arrête le cœur en diastole, mais qu'il y a dans l'organisme des typhiques, sous l'influence d'une réaction organique contre l'intoxication, production de substances toxiques douées des propriétés distinctes de celles de la toxine, substances qui sont peut-être des anticorps, mais qui en tout cas se manifestent physiologiquement par des effets d'apparence contraire à ceux que produit le poison typhique primitif.

M. Rodet a fait l'étude d'un sérum antityphique, et M. Bosc (de Montpellier) a rapporté plusieurs faits intéressants au sujet des injections salines dans le traitement de la fièvre typhoïde.

M. Teissier a, de son côté, recherché la pression artérielle dans la fièvre typhoïde sur douze typhiques adolescents et adultes : il a constaté que les oscillations autour du chiffre moyen de la pression, qui selon les cas varie de 15 à 19 centimètres, étaient très limitées et que si la pression s'abaissait à son minimum au moment de la défervescence, au contraire elle s'élevait aux approches des complications.

Rage. — M. L. Guinard (de Lyon) a fait l'étude expérimentale des symptômes cardio-musculaires de la rage.

Sur douze chiens atteints de rage furieuse et sept chiens atteints de rage paralytique, l'auteur a pris des tracés cardiographiques, de pression artérielle, sphygmographiques et respiratoires. Dès le début de la maladie, il y a toujours des troubles notables de la circulation et de la respiration. Le cœur est parfois régulièrement accéléré, notamment dans la rage furieuse ; il est, le plus souvent, ralenti et arythmique, avec de courtes intermittences. Ces arythmies cardiaques de la rage coïncident avec des tensions artérielles parfois assez voisines de la normale, ou un peu plus élevées; cependant on les observe dans la rage paralytique avec une notable hypotension. La vagotomie fait disparaître l'arythmie, mais elle n'est pas toujours suivie de l'accélération du cœur, uniformément ralenti chez les chiens fortement intoxiqués. L'accélération du cœur ne provient pas d'une insuffisance des fonctions modératrices du pneumogastrique,

l'auteur s'en est assuré par l'excitation modérée de ce nerf. L'inscription de la pression artérielle permet de dire que, abstraction faite de toute modification cardiaque, la pression est généralement au-dessus de la normale dans la rage furieuse, au-dessous de la normale dans la rage paralytique avancée. Quant à la respiration, sur tous les tracés obtenus par M. Guinard elle est accélérée et plus rapide qu'à l'état normal; souvent, il y a interversion de la durée relative de l'inspiration et de l'expiration.

Pendant la phase d'état de la rage, la température des chiens ne s'élève pas beaucoup; elle est souvent normale, mais, dans les dernières périodes de la maladie, surtout dans la rage paralytique, l'animal se refroidit beaucoup et la température peut descendre au-dessous de 30 degrés.

Tuberculose. — M. Nocard, dans une note des plus intéressantes, a étudié l'évolution de la tuberculose inoculée dans la glande mammaire. Il a reconnu que cet organe constituait le meilleur milieu local chez l'animal pour le développement du bacille.

MM. Gilbert et Claude ont réalisé divers types de la tuberculose hépatique en pratiquant l'injection du bacille de Koch tantôt dans le canal cholédoque, tantôt dans l'artère hépatique, tantôt dans la veine-porte, ils ont constaté que l'inoculation dans les voies biliaires provoque une angiocholite catarrhale et peut produire des foyers d'angiocholite tuberculeuse avec localisation au début des lésions dans la paroi des conduits biliaires, extension ultérieure à l'espace porte, évolution enfin du tubercule dans cet espace.

L'introduction de cultures tuberculeuses non émulsionnées dans l'artère hépatique peut donner des foyers tuberculeux s'accompagnant de vastes nécroses, mais dans beaucoup de cas on voit se développer un tubercule dans l'espace porte au contact du conduit biliaire et son évolution s'accompagne d'une nécrobiose précoce du tissu conjonctif de l'espace et des éléments divers qu'il contient.

L'injection de bacilles dans une veine tributaire de la veine porte provoque l'apparition d'altérations tuberculeuses à la périphérie des lobules, et par endroits on constate une phlébite tuberculeuse, avec production de nodules tuberculeux dans l'espace porte au voisinage de la veine, se confondant ultérieurement avec les tubercules intralobulaires qui sont primitifs et précoces et se distinguant des tubercules lobaires d'inoculation secondaire et tardifs observés dans les deux autres modes d'infection.

Régime des tuberculeux. Zomothérapie. — Les récentes discussions sur le régime des tuberculeux ont amené deux importantes communications, l'une de M. Chantemesse, l'autre de M. Richet.

M. Chantemesse opère sur deux séries de chiens. Ces animaux reçoivent une inoculation de bacille de Koch par voie veineuse; les animaux du premier groupe règlent eux-mêmes leur propre alimentation, mais ne consomment que de la viande cuite. Les animaux de l'autre série sont nourris de viande crue et reçoivent une alimentation réglée de telle sorte qu'ils consomment chaque jour une quantité de viande crue égale à celle qu'ont mangée les animaux de la première série. Dans ces conditions, la nutrition ne reste pas la même dans les deux groupes, et l'amaigrissement est frappant chez l'animal nourri de viande cuite, tandis que celui nourri de viande crue conserve partiellement son embonpoint et sa vigueur. Ces expériences confirment les résultats des recherches de M. Richet.

L'alimentation exclusivement carnée, pour M. Richet, empêche ou retarde le développement de la tuberculose inoculée au chien. Sur des chiens appartenant à une première série d'expériences, M. Richet trouve une moyenne de survie de deux cent quarante jours pour 10 chiens alimentés à la viande crue et une survie moyenne de quarante jours pour 12 témoins, soit une proportion de 1 à 6. Dans des recherches ultérieures, sur 50 chiens témoins, la moyenne de la vie a été de cinquante-trois jours; sur 25 traités, de deux cent douze jours. M. Richet en a conclu que la viande constituait un mode de traitement de la tuberculose. La viande cuite hâterait plutôt la fin des animaux tuberculisés; le jus de viande crue jouit des mêmes propriétés que la viande crue. Le jus de viande doit être donné chez l'animal à la dose de 12 grammes environ par kilogramme d'animal. Il existe en dehors de cette zomothérapie curative une zomothérapie préventive qui peut agir pour prévenir l'invasion bacillaire. Il s'agit sans doute d'une action antitoxique et non d'une action antibacillaire.

Traitement des tuberculoses locales. — En dehors de ces importantes études sur le mode de traitement de la tuberculose généralisée, deux communications ont été faites sur les tuberculoses localisées.

M. Teissier a étudié le traitement de la péritonite tuberculeuse : il a pratiqué, dans des cas de péritonite tuberculeuse expérimentale des injections d'air, d'oxygène et d'azote; de l'étude comparative de ces diverses expériences il a conclu que ce qui agit surtout dans la laparotomie, c'est l'air. L'air, agissant surtout par son azote, a pour effet de s'opposer ou de retarder la reproduction du liquide, d'empêcher le contact et le frottement des anses intestinales et aussi de limiter la production d'adhérences qui constituent un danger pour l'avenir des malades. L'expérimentation et la clinique (10 guérisons complètes et 2 améliorations sur 12 faits) justifient l'application de cette méthode à la thérapeutique de la tuberculose péritonéale ascitique.

MM. Mongour et Gentès ont étudié le traitement des pleurésies sérofibrineuses par la méthode de Gilbert (de Genève), c'est-à-dire par l'injection sous-cutanée de liquide pleurétique. Leurs observations ont porté sur 19 cas.

Sur 11 observations de pleurésie avec tuberculoses, pulmonaire ou pleurale certaine, ils ont obtenu 9 insuccès francs, 1 succès relatif, 1 succès complet; sur 4 pleurésies avec tuberculoses pulmonaires probables, 3 insuccès, 1 succès; sur 4 pleurésies d'apparence non tuberculeuses, 4 succès. Les auteurs concluent que la méthode a échoué dans 82 p. 100 des pleurésies avec tuberculose pulmonaire pour lesquelles elle a été imaginée et que les cas de guérison résultent sans doute d'une simple coïncidence.

Réactions organiques sous l'influence des infections et intoxications. Action de l'organisme sur les toxines. — Les communications ayant trait à l'action histologique des agents pathogènes ont été nombreuses. Ces études ont d'ailleurs toutes une allure bien spéciale, elles tendent à préciser un point de notion bactériologique, ou à éclaircir un problème de physiologie cellulaire.

MM. Max Neisser et Levaditi ont étudié l'action de la toxine staphylococcique sur le rein (travail de laboratoire du professeur Ehrlich).

L'un des auteurs ayant injecté, dans la veine de l'oreille des lapins, des quantités variables de toxine staphylococcique filtrée et riche en leucodycine, avait observé des lésions du rein. Poursuivant ces recherches, ces auteurs sont arrivés à reproduire ces lésions d'une manière constante, surtout par une intoxication lente, évoluant en cinq, huit ou quinze jours. Il s'agit d'infarctus généralisé, intéressant presque toute la région corticale. Les vaisseaux sous-jacents, comme aussi les artérioles situées en plein tissu nécrotique, sont obstrués par des détritus leucocytaires; les glomérules sont profondément altérés. La substance médullaire et la papille rénale sont absolument intactes.

Le mécanisme de ces lésions, disent les auteurs, est difficile à préciser. Toutefois on ne peut s'empêcher d'établir un rapport entre ces obstructions vasculaires formées

par des bouchons leucocytaires et les propriétés leucolytiques de la toxine staphylococcique. Il est, en effet, possible que l'injection de leucocydine produise dans le sang une dissolution des leucocytes, leur fragmentation et l'obstruction vasculaire au moyen de ces détritus de globules blancs. Ce qui plaide en faveur de cette manière de voir, ce sont, en premier lieu, le fait que la toxine débarrassée, par la chaleur, de sa leucocydine, perd son action sur le rein, en second lieu, l'innocuité de l'injection sous-cutanée.

Quoi qu'il en soit, ces expériences établissent la possibilité de produire des infarctus du rein à l'aide des poisons microbiens débarrassés de tout élément figuré.

M. Ferré a fait l'étude de la cellule nerveuse dans les maladies toxi-infectieuses et, en particulier, dans la diphtérie. Cinq jours après l'injection de deux centimètres cubes de toxine, apparaît la paralysie chez les volailles en expérience. Dès le premier jour, dans la cellule nerveuse de la moelle lombaire, il y a disparition de la substance chromatophyle ; au quatrième jour un assez grand nombre de cellules sont en chromatolyse. Toutes ces modifications s'effectuent sans paralysie, constituant pour ainsi dire les phénomènes latents d'une véritable période d'incubation. Or il existe dans les nerfs quelques fibres dégénérées à cette période ; la paralysie coïncide donc avec l'apparition de la névrite, et M. Ferré semble admettre que celle-ci pourrait bien être secondaire.

Sur les animaux paralysés auxquels on injecte du sérum on observe la réparation des cellules lésées. Lorsque l'on injecte du sérum puis de la toxine à 15 heures d'intervalle chez un animal sain, les cellules ont un aspect qui rappelle celui des cellules réparées. M. Ferré est disposé à admettre qu'il s'agit de formes de résistance. Le sérum aiderait donc à la résistance et favoriserait le processus de réparation des cellules nerveuses.

Les travaux émanés du laboratoire de M. Gilbert ont surtout trait à la physiologie pathologique de la cellule.

MM. Gilbert et Garnier ont étudié le foie dans les anémies. Les onze lapins et les deux chiens mis en expérience ont tous présenté des lésions identiques ; ces lésions sont uniquement histologiques ; elles atteignaient leur maximum chez un lapin qui fut soumis pendant huit mois à des saignées peu abondantes, mais répétées, et qui fut sacrifié en pleine santé au bout de ce temps. Tout le foie dans ce cas était modifié et toutes les cellules avaient subi une même altération, la *tuméfaction transparente*; en quelques points, le processus était allé plus loin et il y avait des cellules en voie de nécrose. Chez les autres animaux on trouvait soit des îlots de cellules en état de tuméfaction transparente, soit une altération particulière du protoplasma que l'on peut considérer comme le début de la transformation transparente ; le protoplasma se remplit de boules claires, vitreuses, qui repoussent les grains colorés ; les cellules les plus atteintes se trouvent au niveau du centre du lobule. Les chiens offraient aussi des îlots de cellules en état de tuméfaction transparente la plupart des autres cellules contenaient des boules claires. Cette lésion n'est pas particulière aux animaux ; elle peut se rencontrer aussi chez l'homme.

M. Garnier a apporté une importante contribution à l'étude de la physiologie pathologique de la glande thyroïde au cours des infections.

La modification la plus habituelle est l'hypersécrétion colloïde ; l'exagération de la sécrétion colloïde normale est constante chez l'adulte au cours des infections (33 cas), plus rare chez l'enfant infecté (19 cas) ; elle manque dans les infections d'origine intra-utérine, chez le fœtus et le nouveau-né (7 cas). A un degré de plus, l'hypersécrétion s'accompagne d'une viciation du produit sécrété ; la matière colloïde perd ses réactions tinctoriales et se fragmente en gros grains. Si le processus continue, la cellule devient incapable de toute sécrétion ; cette lésion, assez rare chez l'adulte, est au contraire fréquente chez le fœtus (hérédo-syphilis, variole congénitale). Des altérations analogues se rencontrent dans les infections expérimentales, mais la nécrose cellulaire y est plus fréquente.

Physiologie pathologique cellulaire. — Nous rapprocherons des recherches de M. Garnier une partie des très intéressantes communications de M. Charrin sur l'état du corps thyroïde chez le nouveau-né et de quelques passages de celle de M. Gautier, qui a étudié le fonctionnement du corps thyroïde en général.

M. Gautier a constaté une importante quantité d'arsenic dans le corps thyroïde. Partant de ce point et s'appuyant sur l'existence d'arsenic et d'iode dans les téguments et leurs dérivés, M. Gautier est arrivé à une conception générale du rôle de la thyroïde. A l'état normal, la thyroïde aurait pour fonction d'extraire l'arsenic qui, d'abord centralisé dans l'organe, serait cédé à la circulation pour être éliminé par les menstrues qui en contiennent en moyenne $0^{gr}028$ par kilogramme de sang, quantité qui représente par époque menstruelle les 14 milligrammes d'arsenic que contient une thyroïde ; d'autre part, chez l'homme l'élimination se ferait par les poils et les productions cutanées, le mode d'élimination serait le même chez la femme après la ménopause. Chez la femme, pendant la grossesse, l'élimination ne se fait plus suivant le mode normal, mais il y a formation de nucléo-albumines arseniqués qui passent au fœtus. En pathologie, dans les anémies l'élimination menstruelle est troublée ; dans les cachexies lentes (tuberculose par exemple), la thyroïde perd son arsenic et son iode au profit des téguments.

Ainsi se trouve posée la question de l'action élective des cellules de l'organisme sur les poisons.

M. Gautier a, d'autre part, étudié le rôle des substances minérales et végétales agissant à petite dose, il a insisté sur l'électivité des poisons. On ne trouve les poisons que dans certaines organes qui sont toujours les mêmes pour un poison donné. Il y a là une une véritable spécificité. Un milligramme d'aconitine tue, par exemple, un homme du poids de 66 kilogrammes ; mais l'aconitine agit sur un petit nombre de cellules bulbaires. Ce qui agit d'ailleurs ce n'est pas la formule, c'est le groupement moléculaire. M. Gautier donne de nombreux exemples à l'appui de cette théorie. C'est ainsi qu'il existe deux corps ayant pour formule brute C^2H^6O, l'alcool éthylique CH^3CH^2OH et l'éther méthylique CH^3OCH^3, ces corps ont des propriétés physiques, chimiques et surtout physiologiques différentes. Cette importante communication pose la question de la spécificité moléculaire physiologique.

MM. Thoinot et Brouardel ont étudié l'action élective des viscères sur les poisons ; ils ont observé trois groupes de faits : 1° il y a fixation élective des poisons dans quelques organes, c'est ainsi qu'ils ont observé l'emmagasinement dans le rein et surtout dans le foie ; 2° il y aurait renforcement et exaltation des poisons par certains organes, c'est ainsi que l'arsenic est exalté par le muscle, le cerveau et un peu par le myocarde ; 3° il y a des organes qui neutralisent certains poisons, le cerveau neutralise ainsi la strychnine.

M. Levaditi, dans le laboratoire du professeur Ehrlich, a, en se basant sur l'histologie, essayé d'étudier la spécificité cellulaire des poisons, il s'est en particulier occupé de la nécrose de la papille rénale.

Il existe, suivant M. Levaditi, un rapport intime entre la constitution chimique des agents toxiques et les caractères fonctionnels des éléments cellulaires sur lesquels ces agents exercent leur influence morbigène spécifique. C'est ce rapport de constitution des éléments réagissants, molécules toxiques et molécules protoplasmiques, qui explique l'action élective de certains poisons sur des groupes déterminés

de cellules. Il s'agit pour la plupart des cas d'affinités physiques (solutions) ou chimiques (combinaisons plus ou moins stables) capables de rendre compte de la variété des modes de fixation des agents toxiques sur les tissus. Toutes les cellules qui entrent dans la constitution d'un organe ne réagissent pas de la même façon vis-à-vis d'un même poison. Cela tient aux différences de fonctionnement de leur protoplasma et par conséquent aux différences de constitution chimique de ce protoplasma. Seules les cellules qui, grâce à une constitution chimique particulière, offrent une affinité pour la molécule toxique, sont capables de réagir pathologiquement.

Les expériences faites par M. Levaditi viennent à l'appui de cette manière de voir. Il a étudié l'action sur l'organisme d'un certain nombre d'amines, en particulier de la *vinylamine*, de l'*isoallylamine*, de la *camphénamine* et de la *triméthylénimine*. Il ressort de ses observations que la vinylamine, en dehors de son action sur le système nerveux, qui apparaît toujours après une période d'incubation (deux à quatre heures), détermine constamment une nécrose primitive de la papille rénale et des hémorragies ou des ulcérations de la partie sous-jacente de l'appareil uropoiétique, plus particulièrement de la vessie. *La substance corticale du rein reste pourtant absolument intacte.*

Cette action ne peut être due ni à une action du poison sécrété à ce niveau, ni à l'effet de la concentration urinaire.

Il ne reste à admettre que l'existence d'une affinité chimique et spécifique entre cet épithélium et la vinylamine, affinité déterminée par la constitution spéciale de la molécule protoplasmique.

Cette notion ressort encore de l'étude chimique des poisons employés. Ce qui est actif dans la molécule de vinylamine ($CH_2 = CH - NH_2$), c'est le groupement $C = CH - NH_2$ et sa double liaison. En effet, l'isoallylamine, un homologue supérieur de la vinylamine et qui possède le groupement en question ($CH_3 - CH = CH - NH_2$), produit comme ce dernier corps une nécrose papillaire. Par contre, l'allylamine ($CH_2 = CH - CH_2 - NH_2$), un isomère de l'isoallylamine qui ne contient pas le groupement, est dénuée de toute propriété nécrotisante.

La camphénamine $\left(CzH_{14} \begin{matrix} \diagup C - NH_2 \\ \| \\ \diagdown CH \end{matrix}\right)$ ne produit pas de nécrose papillaire, malgré la présence du groupe $C = CH - NH_2$; seulement, il faut tenir compte du fait qu'ici ce groupe est relié à un noyau pesant, le CzH_{14}. Le rôle du groupement $C = CH - N$ dans la genèse des troubles morbides devient évident, si on se rappelle que la *neurine*, dérivé triméthylé du vinylamonium, est extrêmement toxique, tandis que la *choline* ne l'est que très peu.

Enfin, ces recherches permettent de penser que la présence d'une période d'incubation, comme aussi l'action prolongée et insidieuse de la vinylamine, pourraient tenir au fait que ce corps entre synthétiquement dans la constitution du protoplasma vivant pour ne déterminer des troubles qu'après une période de temps.

Globules blancs et organes hématopoiétiques. — Il est peu de sections du Congrès de médecine où la question des globules blancs et des organes hématopoiétiques n'aient été traitées; l'étude des modifications de l'organisme dans les infections devait amener une pareille étude à la section de pathologie générale : c'est à M. Roger et à ses élèves qu'elle a été particulièrement due.

M. Roger, en ouvrant cette discussion, a spécifié le sens de ces réactions.

Les modifications que présente l'organisme, dit-il, au cours des infections ne doivent pas être toutes considérées comme des lésions. Quelques-unes constituent des modifications réactionnelles qui ont souvent pour conséquence de provoquer une sorte de rajeunissement de l'économie. C'est ce qui résulte des recherches systématiques que je poursuis avec l'aide de MM. Josué, Garnier, Ghika, Weil.

Si l'on envisage, par exemple, la moelle des os, on voit ce tissu reprendre le caractère fœtal. La graisse, qui l'infiltre chez l'adulte, se résorbe, tandis que les éléments actifs, l'eau, l'albumine et les nucléines augmentent. Ces modifications chimiques ont pour formule histologique une prolifération des cellules, qui deviennent aussi abondantes que dans le jeune âge. Mais leur proportion relative est modifiée : il en résulte un changement de texture qui varie suivant les maladies. C'est ainsi que dans les suppurations les neutrophiles prédominent; dans la diphtérie les normoblastes sont assez nombreux : ils l'emportent sur les autres éléments si, à l'action de la toxine diphtérique, s'ajoute celle de l'antitoxine.

Des modifications analogues se produisent dans les autres parties de l'organisme, dans le thymus, la glande thyroïde, le grand épiploon, le foie. Pour ce dernier organe, l'analyse chimique donne des résultats fort curieux : elle démontre que, dans la plupart des infections expérimentales, la réaction l'emporte sur la lésion; le tissu rajeunit, comme le prouve l'augmentation de l'eau qui devient aussi abondante que dans le jeune âge. Chez l'homme, au contraire, les phénomènes de dégénérescence prennent le dessus : la graisse augmente et, souvent, l'eau diminue. Aussi les injections d'eau salée, en donnant aux tissus le liquide indispensable à un surcroît d'activité, rendent-elles de grands services dans le traitement des infections humaines.

M. Josué a particulièrement étudié la moelle osseuse à l'état normal et au cours des infections. Au point de vue chimique, il a constaté l'augmentation de l'albumine, la diminution de la graisse. Dans son étude cytologique, laissant de côté les éléments de la série hémoglobique et les mégalokaryocytes, il a étudié les éléments blancs : les préparations montrent, dit-il, des *polynucléaires*, *neutrophiles*, *éosinophiles* et *basophiles* et de *grands mononucléaires*. Tels sont les leucocytes que forme la moelle.

Partant des polynucléaires, on arrive, par une série de transformations, à leur cellule d'origine. C'est un grand mononucléaire contenant des granulations ou *myélocyte*. Cet élément est caractéristique, et quand, comme cela s'observe dans certaines circonstances, on le rencontre dans le sang, on peut affirmer son origine médullaire.

Dans les infections, ces éléments se multiplient, les cellules présentent des indices d'activité (volume plus grand, caractères du noyau, karyokinèse).

L'action des toxines s'exercerait directement sur le tissu de la moelle même sans intervention du système nerveux. La moelle donnerait naissance aux variétés de leucocytes doués de propriétés phagocytaires, polynucléaires, et grand-mononucléaires destinés à se transformer en polynucléaires dans le sang ; la moelle osseuse pourrait être ainsi considérée pour l'organisme comme un puissant moyen de défense.

A côté de ces recherches, il convient de placer celles de MM. Courmont et Montagaro sur la variole ; ils constatent également la régression du tissu médullaire, la prolifération cellulaire intense, ils insistent sur l'absence d'éléments polynucléaires, sur le grand nombre des éléments mononucléaires qui vont, disent-ils, depuis le lymphocyte à noyau très foncé jusqu'au grand mononucléaire à protoplasme abondant et à noyau vésiculeux.

Parmi ces derniers, la plupart sont neutrophiles, quelques-uns, moins nombreux, sont éosinophiles, d'autres, enfin, ne sont pas granuleux, ou ont déjà subi une dégénérescence marquée. On trouve, çà et là, des grains éosinophiles sortis des cellules. Certains mononucléaires neutro-

philes sont échancrés en biscuit ou en fer à cheval. Il y a aussi un nombre restreint d'hématies nucléées. Enfin, dans certaines moelles il existe de grands myéloplaxes à noyau boudiné et foncé. Les cellules conjonctives sont rares ; la graisse en abondance très variable.

Les mêmes auteurs ont étudié la leucocytose dans 44 cas de variole.

Au point de vue quantitatif, il existe toujours de l'hyperleucocytose, dès le début et assez longtemps pendant la convalescence. Le maximum a lieu au début de la pustulation. Il y a ensuite une élévation, s'il se produit des complications suppurées pendant la convalescence.

Au point de vue qualitatif, la leucocytose de la variole est très remarquable. Chez l'adulte, la formule des polynucléaires est renversée : il n'y a plus qu'un polynucléaire pour deux mononucléaires ; chez l'enfant les polynucléaires étant déjà moins nombreux que les mono, la proportion n'est pas modifiée. La pustulation ne modifie pas cette *mononucléose*. Au contraire, s'il survient des complications suppurées, on trouve de la polynucléose.

Dans toutes les formes, dès le début, pendant la convalescence, on rencontre toujours des *myélocytes* : mononucléaires ou intermédiaires neutrophiles, mononucléaires éosinophiles, grands mononucléaires non granuleux à noyau pâle. Ces leucocytes anormaux ne manquent jamais.

MM. Haushalter et Spillmann (de Nancy) ont étudié la moelle osseuse, non plus chez l'adulte, mais chez le nouveau-né. Après avoir décrit son état normal, ils ont entrepris l'étude des modifications pathologiques. Leurs recherches ne les ont pas amenés à isoler des réactions spécifiques, mais ils ont toujours constaté l'existence de réactions typiques, ils ont même vu l'infection de la mère pendant la gestation produire des réactions médullaires chez le petit.

L'étude des réactions du thymus rentre aussi dans le groupe des modifications des organes hématopoiétiques de l'enfant. MM. Roger et Ghika en ont fait une très remarquable étude. Après avoir suivi l'évolution du thymus aux différents âges, et décrit la structure du corpuscule de Hassall, non seulement chez l'homme mais chez l'animal, ces auteurs ont entrepris l'étude des lymphocytes, des grands mononucléaires, des polynucléaires neuphyles, des cellules géantes qui sont l'élément fondamental et caractéristique du thymus, puis ils ont suivi la réaction du tissu au cours des infections, car ce tissu réagit et ses réactions possèdent des caractères spécifiques. L'élément blanc ne réagit pas seul, il existe au cours des toxi-infections des modifications du réseau fibrillaire, des vaisseaux sanguins et des corpuscules de Hassall.

M. Weill a étudié l'influence des infections sur la leucémie. Après avoir fait l'étude clinique de la question, il s'est attaché à faire ressortir les modifications qu'apporte l'infection à la formule leucocytaire.

Dans la leucémie myélogène, les infections déterminent une diminution de la leucocytose, avec disparition plus ou moins complète des mononucléaires granuleux, des mitoses et généralement des globules rouges à noyaux. Une leucocytose banale, à polynucléaires, tend à remplacer la formule primitive. La leucolyse, souvent très notable, est rarement totale.

Au contraire, dans la leucémie lymphatique chronique, les infections amènent une augmentation souvent énorme de la leucocytose totale, surtout aux dépens des mononucléaires ; les polynucléaires n'augmentent que légèrement, les éosinophiles disparaissent, et souvent apparaissent ou augmentent les globules rouges à noyaux.

Dans la leucémie aiguë, la leucocytose diminue de façon considérable et la leucolyse peut être complète. Le rapport des polynucléaires aux mononucléaires subit une légère augmentation.

Les infections ont, sur le nombre et la charge en hémoglobine des hématies, une action semblable à celle qu'elles exercent chez l'homme sain ; elles les font diminuer légèrement.

Toutes ces modifications, pour être intenses, n'en sont pas moins passagères. Au bout de quelque temps, l'organisme du leucémique s'habitue à l'intoxication, et le processus pathologique, arrêté momentanément, reprend son cours.

C'est également aux questions de la leucocytose et de la phagocytose que se relie la communication de M. Fochier sur les abcès de fixation et de leur localisation ; l'auteur a apporté de nouvelles recherches expérimentales faites sur la bactérie charbonneuse. Sans pouvoir préciser le mode d'action du procédé, réaction locale, modification des éléments figurés du sang, phagocytose, formation d'antitoxines M. Fochier insiste sur l'intérêt de la méthode dans les maladies infectieuses et sur la technique qu'il convient d'employer. Au cours de la discussion, M. Lépine a apporté des cas qui viennent à l'appui de la méthode de M. Fochier et M. Chantemesse a déclaré qu'après avoir observé un nombre considérable d'érysipèles, il n'avait jamais vu succomber un malade qui eût suppuré.

Globules rouges. — L'étude des globules rouges a provoqué peu de communications. M. Marcano a présenté un très intéressant hémostéréomètre.

M. Hénocque a étudié l'influence de l'apnée et des lésions bulbaires sur l'activité des échanges respiratoires interstitiels. Ces recherches constituent une nouvelle application de l'hématospectroscope à la pathologie générale. L'auteur mesure la durée de la réduction hémoglobique après isolement par une ligature de la phalange du pouce. Il a pu établir que l'activité de cette réduction représente nettement l'activité des échanges respiratoires entre le sang et le tissu dans l'ensemble de l'organisme. Il a pu enfin montrer directement l'influence du système nerveux sur l'activité de la réduction.

MM. Sabrazès, Bourret et Léger ont provoqué chez le cobaye l'apparition de granulations basophiles dans les hématies ; ces granulations apparaissent très rapidement à la suite des injections intrapéritonéales d'acétate de plomb, l'apparition se fait moins rapidement lorsque l'injection est sous-cutanée ; les granulations se produisent encore après l'ingestion buccale de minium. Les fines et nombreuses granulations basophiles qui se montrent tout d'abord dans le protoplasma hémoglobinifière coexistent avec des modifications polychromatiques des hématies, et avec des lésions de nécrose de quelques globules rouges (contours irréguliers, perte de l'hémoglobine, lacunes, vacuoles). Ultérieurement, des granulations basophiles plus volumineuses et plus clairsemées dans les globules rouges qui les contiennent, marchent de pair avec un état d'anémie et de nécrose globulaire plus marqué, avec une leucocytose, avec une augmentation du nombre des hématoblastes, et plus tard, tandis que le nombre des hématoblastes diminue, avec un afflux considérable de globules rouges nucléés ; parmi ces derniers, il en est qui présentent diverses altérations nucléaires ; beaucoup de globules rouges nucléés contiennent de fines granulations basophiles dans leur protoplasma polychromatique.

Chez l'homme à l'état pathologique, ces granulations se rencontrent chez la plupart des saturnins, dans les cas aigus, comme dans les cas chroniques les plus bénins. Des granulations analogues ont été signalées dans l'anémie pernicieuse, dans l'anémie grave botryocéphalique, dans l'anémie palustre, dans la cachexie cancéreuse très avancée.

Diabète. — *Théories pathogéniques.* — La question du diabète a été l'objet de quatre rapports, ceux de MM. Lancereaux, Lépine, Pavy et Seegen.

M. Lancereaux, donnant une extension complète à la notion du diabète pancréatique, est arrivé à la formule suivante : « De même que l'albuminurie se lie à un désordre matériel ou fonctionnel du rein, de même la glycosurie ou le diabète est l'effet d'une lésion ou d'un simple trouble du pancréas. » Il existe un diabète pancréatique direct, grossièrement tangible par destruction ou aplasie de la glande (Lancereaux, Spillmann), et un diabète sans lésion glandulaire, diabète réflexe, diabète fonctionnel ; quant au diabète gras lui-même, il serait dû à un désordre du système nerveux pancréatique, et particulièrement du centre bulbaire.

Pour M. Lépine, le diabète peut reconnaître des causes autres que la lésion du pancréas. Quant au pancréas, il agit en général, comme glande vasculaire, sanguine en provoquant le ferment glycolytique, qui tient sous sa dépendance la régulation glycolytique dans le sang ; c'est la théorie que M. Lépine a soutenue déjà bien souvent. M. Lépine a apporté, cette fois, de nouveaux arguments, il a pratiqué de nouvelles analyses du sang de la veine pancréatique après excitation des nerfs, et il fait des extraits de pancréas. Au cours de la discussion, M. Blumenthal est venu apporter des faits intéressants, et a déclaré que, pour lui, il existait un fermen glycolytique, non pas seulement dans le sang, comme le pense M. Lépine, mais aussi dans la glande pancréatique même.

M. Pavy s'est surtout occupé de ce qu'il appelle « la forme alimentaire du diabète » dans un rapport des plus intéressants il a étudié l'évolution des hydrates de carbone dans l'organisme.

Tant que les hydrates de carbone absorbés ne dépassent pas la limite représentant la puissance assimilatrice existante, dit-il, il n'y a pas d'expulsion de sucre, tandis que, lorsque la limite est dépassée, le sucre apparaît dans l'urine proportionnellement à la quantité à laquelle l'excédent s'est élevé.

Dans l'autre forme de diabète, plus grave, à laquelle l'auteur a dit que l'on devrait donner le nom de *composite*, le sucre éliminé provient en partie des tissus du corps aussi bien que de l'alimentation. D'autres produits proviennent également de ces désagrégations anormales de tissus, et leur passage dans l'urine est également une indication de la nature de la maladie. Des acides oxy-butyriques et diacétiques accompagnent le sucre et distinguent la forme *composite* de la forme *alimentaire* de la maladie.

Dans cette dernière, la condition pathologique se borne à une mauvaise assimilation de la matière hydrocarbonée de la nourriture, tandis que dans la première il y a, de plus, une anormale formation d'hydrate de carbone provenant d'un état combiné antérieur.

Nature du glycose urinaire. — M. Le Goff a extrait de l'urine des diabétiques un glucose qu'il a préparé chimiquement pur ; il l'a identifié avec le *glucose d* de Fischer, en cherchant le pouvoir rotatoire de l'acide provenant de l'oxydation de ce glucose. Mais il remarque que ce n'est pas là le seul sucre que l'on puisse trouver dans les urines, qu'on y rencontre assez fréquemment du pentose, du lactose, du levulose.

M. Blumenthal a fait une étude sur la pentosurie. Le pentose que l'on avait considéré comme un produit de la vie des plantes, peut se rencontrer dans l'urine humaine, tantôt à côté de la dextrose, tantôt isolé : dans ce cas il s'agit de la vraie pentosurie. La pentosurie a été confondue avec la glycosurie en raison de la réduction de la liqueur de Fehling, mais elle s'en distingue par l'absence de fermentation au moyen de la levure de bière, l'absence de déviation au polarimètre, par la réaction de l'orcine et le degré de fusion de son osazone. L'origine de la pentosurie est inconnue et au point de vue clinique elle n'a rien à voir avec le diabète.

Sucre alimentaire et régime des diabétiques. — M. Charrin recherche les causes de la glycosurie des femmes enceintes. Il s'agit d'un véritable ralentissement de la nutrition qui se traduit par une insuffisance d'utilisation du sucre alimentaire. Ce fait est à rapprocher de la glycosurie des rachitiques signalée par Nobécourt.

M. Rappin étudie l'action sur les hydrates de carbone des divers microbes intestinaux. Le bacillus mesentericus vulgatus est susceptible de transformer *in vitro* certaines substances amylacées en sucre. Son rôle s'opposerait à celui du coli-bacille qui détruit le sucre en formant de l'alcool et de l'acétone. Il existe donc une glycosurie et une glycolyse bactérienne dans l'intestin.

M. Mossé s'est occupé du rôle que pouvaient jouer les pommes de terre dans l'alimentation des diabétiques ; son expérience lui avait déjà permis d'établir que dans certains cas de diabète de moyenne intensité, particulièrement dans le diabète arthritique, les pommes de terre peuvent être non seulement autorisées, mais avantageusement conseillées pour remplacer le pain pendant une période plus ou moins longue. Il se croit aujourd'hui en mesure d'affirmer que cette pratique peut être étendue au diabète pancréatique, mais toujours avec prudence et sous la réserve d'une surveillance attentive des effets produits.

M. Desgrez, à propos de cette communication, a insisté sur l'impossibilité de comparer en poids la ration de pomme de terre à la ration de pain, et sur la variabilité des quantités d'amidon que contient la pomme de terre.

Alimentation extrabuccale. — L'alimentation extrabuccale a été l'objet de trois rapports, ceux de MM. Ewald, Leube et Le Noir.

Pour M. Ewald :

1° L'alimentation extrabuccale ne peut remplacer complètement l'alimentation buccale ; elle ne peut suffire longtemps aux exigences des échanges nutritifs ; dans la plupart des cas, une alimentation exclusivement extrabuccale produit dès le début une subnutrition ;

2° L'alimentation extrabuccale peut pour peu de temps, chez les personnes affaiblies dont les échanges nutritifs sont très amoindris, augmenter les échanges azotés et même provoquer une augmentation de poids ;

3° Elle a les meilleurs résultats s'il s'agit de remplacer passagèrement l'alimentation buccale ou si elle est employée pour compléter cette dernière ;

4° Dans la plupart des cas, les lavements nutritifs doivent être préférés aux injections sous-cutanées ; ce procédé n'est pas appelé à entrer dans la pratique.

M. Leube s'est plutôt attaché à préciser les formules de la nutrition extrabuccale.

A. Par voie rectale.

1. *Les albumines* que l'on peut administrer sont les préparations de peptone (60 grammes) ou les œufs (trois + 3 grammes de sel). Le véhicule doit être le lait à la dose de 300 grammes.

2. Les hydrates de carbone peuvent être administrés à la dose de 15 à 20 grammes pour 300 grammes de liquide, mais il faut leur préférer les substances amylacées, 15 à 20 grammes pour 100 grammes d'eau ou de lait.

3. La graisse est impropre à l'alimentation rectale.

La valeur de chacun de ces lavements est de 500 à 650 calories. On doit les administrer deux fois par jour.

B. La graisse seule peut être employée pour les injections sous-cutanées, à la dose de 50 à 100 grammes.

M. Leube propose de combiner deux lavements fournissant 550 calories à une injection graisseuse donnant 950 calories.

Les conclusions de M. Lenoir ont été sensiblement analogues à celles de MM. Ewald et Leube. Comme ces deux

auteurs, il considère que la voie sous-cutanée doit être réservée aux huiles et aux graisses; mais, si cette méthode des injections sous-cutanées peut retarder la mort, elle ne protège pas contre les lésions d'inanition. Elle peut être indiquée pour mettre au repos l'estomac ou établir un régime de suralimentation.

MM. Desgrez et Aly-Zaky ont étudié l'administration des lecithines par voie sous-cutanée. Ils ont constaté que ces substances pouvaient contribuer à activer les échanges nutritifs et à assurer à l'animal une utilisation plus complète de ses matériaux de réserve. A la dose de 4 à 5 centigrammes pour un cobaye et par voie sous-cutanée, les lecithines exercent une influence très favorable sur la nutrition en élevant le taux de l'urée, de l'azote total et le coefficient d'utilisation azotée.

M. Laborde a fait des recherches sur la valeur alimentaire des matières albuminoïdes administrées par la voie sous-cutanée; il a toujours provoqué ainsi des lésions du rein et il a constaté que l'on ne pourrait par une telle méthode réparer les pertes de l'organisme.

Auto-intoxication. — *Toxicité du sérum.* — On sait que les injections d'un sérum provenant d'un sang hétérogène provoquent un syndrome toxique sur l'animal. M. Rummo a étudié l'origine de cette toxicité. Pour l'auteur, la toxicité du sérum est due à des principes que le sang reçoit des tissus : ces principes sont ultérieurement éliminés par les émonctoires ou neutralisés par les glandes vasculaires sanguines. L'auteur a déterminé le pouvoir toxique des albumines du sérum normal pour des animaux de différentes espèces. Il insiste sur le pouvoir toxique de la globuline et de la sérine soit en injections intra-veineuses, soit en injections intra-péritonéales.

Intoxications d'origine gastro-intestinale. — M. Legendre a observé au cours des affections gastriques divers troubles oculaires. C'est ainsi qu'on peut constater la rétraction des globes oculaires lorsqu'il y a perte d'eau par vomissement ou diarrhée. Ce phénomène se rencontre dans le choléra, au moment où la déshydratation atteint son maximum. Cette rétraction se rencontre encore lorsque la perte d'eau est beaucoup moindre, par exemple, chez les dilatés de l'estomac mis au régime sec. Inversement l'exophtalmie intermittente coïncidant avec rougeur du visage et hypertension du globe oculaire se montre dans la dyspepsie. Au cours des troubles gastro-hépatiques on peut observer de la mydriase unilatérale. Au contraire, dans les états gastriques qui s'accompagnent de cachexie progressive, c'est le myosis qui apparaît le plus souvent. M. Legendre a également observé du strabisme, de la diminution de l'acuité visuelle, de l'asthénopie accommodative, de la photophobie, des sensations subjectives de froids au cours des dyspepsies. Ces phénomènes d'aspect si variable ressortissent de diverses causes; il faut faire intervenir dans leur pathogénie des réflexes sensitifs, et des troubles de la nutrition, mais il est impossible de ne pas réserver une large part aux auto-intoxications.

MM. Albarran et Caussade ont présenté une étude expérimentale sur les obstructions intestinales aiguës. Leur dispositif a consisté soit en une simple ligature, soit en une double ligature transformant une anse intestinale en cavité close. Les auteurs ont fait une étude complète de la question; ils ont mis en relief le côté clinique, anatomo-pathologique et bactériologique de la question; dans les cas de cavité close, on voit se produire en effet une péritonite aiguë sans perforation intestinale et les germes intestinaux subissent une exaltation très manifeste. La toxicité urinaire est de même plus élevée chez les animaux porteurs d'une cavité close. En résumé, ces recherches conduisent les auteurs à penser que la toxi-infection, cause de la mort dans les obstructions intestinales, est beaucoup plus grave lorsqu'il existe une anse intestinale isolée formant cavité close que lorsque l'intestin est simplement bloqué dans un point de son trajet. Lorsqu'il existe une anse isolée, l'action propre de la cavité close ajoute ses effets à ceux de l'interruption du cours des matières.

M. Auché (de Bordeaux) a présenté également une étude sur l'étranglement intestinal dans laquelle il a surtout mis en relief l'allongement de l'anse intestinale sous l'influence de l'œdème interstitiel.

Pathogénie des urémies. — M. Baylac a recherché la présence des poisons urinaires dans la plupart des liquides et des tissus de l'organisme.

Il a d'abord étudié la toxicité du sérum sanguin; elle n'est pas, comme on pourrait le croire, en raison inverse de celle des urines. Il n'existe pas de différence notable entre le coefficient sérotoxique normal et le coefficient sérotoxique pathologique. La gravité du pronostic ne peut pas être rendue solidaire du degré de la toxicité du sang; dans des cas d'urémie grave, le sérum est tantôt hypertoxique, tantôt hypotoxique, sans préjudice de la bénignité ou de la gravité du cas.

Les liquides d'œdèmes sont également dénués de tout pouvoir toxique.

Enfin, la toxicité des extraits de poumons, de cerveau, de muscles, de rate est à peu près identique, qu'il s'agisse d'organes d'animaux sains ou d'organes provenant d'animaux auxquels on a pratiqué la double néphrectomie. Seule, la toxicité de l'extrait hépatique est augmentée d'une manière sensible (1/3) dans l'insuffisance rénale expérimentale, parallèlement à l'augmentation du volume de cet organe.

L'auteur est ainsi conduit à constater que, dans l'insuffisance rénale absolue, les poisons de l'organisme sont en partie arrêtés et accumulés dans la glande hépatique.

A propos de cette communication M. Roger a fait remarquer que les poisons extraits du foie par M. Baylac sont des substances albuminoïdes, tandis que les substances toxiques des urines ne sont pas des albuminoïdes. Le foie aurait donc un rôle dans l'élaboration des substances toxiques urinaires.

M. Charrin, par des injections sous-cutanées de sérum d'éclamptique sur le cobaye, a pu produire des lésions hépatiques et donner naissance à des accidents convulsifs. Chez la femme enceinte il y a diminution des oxydations et augmentation des fermentations intestinales; chez elle il se produit ainsi une véritable auto-intoxication.

La composition du sérum et la formule urinaire. — MM. Hallion et Carrion présentent deux travaux, l'un sur la modification de la sécrétion urinaire par les injections chlorurées, l'autre sur les modifications du sang par les mêmes injections.

A la suite des injections intraveineuses d'une solution chlorurée, il y a vaso-dilatation, notamment au niveau du rein, mais le sang tend à revenir à la tension osmotique normale par des échanges organiques; en ce qui concerne particulièrement la sécrétion rénale, la concentration moléculaire diminue et devient inférieure à celle que possédait l'urine avant l'expérience; l'urine est même hypotonique dans quelques cas; l'élimination des déchets de dessassimilation est ralentie : on constate donc qu'à une diurèse intense ne correspond pas nécessairement une dépuration urinaire plus accentuée.

Toxicité urinaire et isotonie. — MM. Claude et Balthazard ont présenté un important travail sur cette question, après avoir étudié les diverses objections qui avaient été faites à la méthode des injections intravasculaires. Ils ont surtout étudié la différence de tension osmotique entre le sang de l'animal et le liquide injecté.

« Nos premières recherches, disent ces auteurs, ont eu pour but de déterminer la valeur de la dilution urinaire isotonique au sang; nous avons injecté l'urine en nature, puis cette urine diluée de plus en plus. La toxicité des dilutions rapportées au volume d'urine primitif a diminué puis augmenté ensuite, le point le plus faible correspondant évidemment à la dilution qui exerce l'action globulicide minima, puisque la toxicité chimique reste la même pour toutes les dilutions. Nous avons de cette façon montré que la dilution urinaire isotonique avait à peu près même point de congélation que le sang soit: — 0°56.

Dans ces expériences nous n'avons pas tenu compte de la pléthore; mais en réalité nous avons choisi des urines assez toxiques pour que les doses mortelles soient assez peu élevées.

Nous avons alors établi un tableau de corrections d'osmonocivité; restait à rechercher la correction de pléthore; c'est ce qu'a fait le professeur Bouchard qui a injecté des solutions de chloral à des titres différents, et à des tensions osmotiques variables par addition de Na Cl. Représentons par 1000 grammes la quantité de lapin tuée par 10 centimètres cubes d'une solution de chloral à 44 p. 100 congelant à — 0°56; 90 centimètres cubes d'une solution de chloral à 4,4 p. 100 maintenue à — 0°56 par addition de Na Cl, tuent également 1000 grammes de lapin, mais 920 grammes par toxicité chimique et 80 grammes par pléthore. La même solution à 4,4 p. 100 amenée par addition de Na Cl à — 2°50 tue à la dose de 70 centimètres cubes, le kilog de lapin, mais 740 grammes par toxicité, et 260 grammes par osmonocivité et pléthore réunies.

Ces expériences suffisent à montrer qu'il est possible d'établir une table de corrections pour la pléthore et pour l'isotonie. »

MM. Bosc et Vedel ont tiré de tout autres conclusions de leurs recherches. Suivant ces auteurs il n'est pas nécessaire de ramener exactement un liquide à l'isotonie pour mesurer sa toxicité. Cela, disent-ils, est d'autant plus vrai qu'il s'agira de liquides peu toxiques ou de liquides complexes dont les composants peuvent présenter des propriétés très dissemblables. On expérimentera les solutions hypo, iso et hypertoxiques jusqu'à ce qu'on ait trouvé la solution qui donne les caractères de toxicité les plus précis. La recherche de la toxicité de l'urine devra, suivant MM. Bosc et Vedel, être pratiquée avec l'urine en nature.

M. Bouchard a terminé la discussion en rappelant que l'auto-intoxication est une notion ancienne qui remonte à Hippocrate et a trouvé des défenseurs en Frerichs et Claude Bernard. La thérapeutique s'est toujours inspirée de cette notion, et les médications purgative, émétique et sudorifique sont les marques de ces anciennes théories; la période moderne a ajouté la médication par les antiseptiques; l'économie est un laboratoire de poisons où les substances toxiques doivent être éliminées ou détruites. Les recherches faites dans le sens de la destruction des poisons n'ont pas encore donné tous leurs résultats. L'élimination peut être étudiée par l'examen des urines qui sont une véritable concentration du sang. Les premiers résultats de Bureau par injection sous cutanée ne donnèrent aucun résultat car le poison était éliminé au fur et à mesure de son absorption. Avec Felz et Ritter commencent les injections intraveineuses; pour ces auteurs la potasse seule devait être prise en considération. M. Bouchard a démontré que l'urine dans son ensemble devait être examinée. De là date l'étude des substances toxiques définies et des substances non définies qui contractent la pupille, provoquent la narcose, l'hypersécrétion lacrymale ou salivaire amènent la durèse du cœur. Puis la notion quantitative fut introduite dans l'évaluation des toxicités. On rencontre actuellement des urines dont la toxicité est dans le rapport de 7 à 180; il est impossible qu'une telle variation soit due à l'osmonocivité ou la pléthore. Aujourd'hui il faut considérer dans une urine à injecter le volume, le point cryoscopique et la toxicité vraie; en variant ces trois éléments, et surtout en ramenant les urines à l'isotonie. M. Bouchard a établi, que la toxicité vraie dans les limites de l'expérience donne au moins 75 p. 100 du résultat global. La méthode de toxicité urinaire peut être perfectionnée, elle ne doit pas être abandonnée.

MM. Claude et Balthazard ont présenté deux communications sur les applications de la cryoscopie. Dans un premier travail fait en collaboration avec M. Savelli, ils ont insisté sur l'importance des notions que l'on en pouvait retirer pour l'étude de l'insuffisance cardiaque. Ils ont également étudié les applications de la cryoscopie à l'étude des maladies du cœur et des reins.

Vaisseaux. — M. Delbet a étudié la pathogénie des varices au membre inférieur. Ses recherches lui ont permis de conclure que :

1° Les dilatations veineuses qui constituent les varices typiques sont d'origine mécanique. Elles sont dues à un excès de pression, comme les dilatations qui se produisent dans les anévrismes artério-veineux.

2° L'excès de pression qui engendre les varices est dû à l'insuffisance des valvules de la saphène interne.

3° Cette insuffisance est due dans la majorité des cas à une faiblesse congénitale des valvules.

M. Lancereaux, dans une très intéressante étude sur les hémorragies névropathiques, retrace l'histoire clinique de ces accidents et examine leurs causes étiologiques. Ces hémorragies ne sont pas graves tant que les pertes de sang ne sont pas abondantes et ne se répètent pas trop souvent. La prophylaxie consistera à éviter les ébranlements trop vifs du système nerveux. La thérapeutique s'adressera aux agents vaso-constricteurs : ergot, ergotine, ipéca, sulfate de quinine. Par l'hydrothérapie, on essaiera de tonifier le système nerveux. Enfin M. Lancereaux arrive à une classification par ordre de fréquence des hémorragies spontanées : hémorragies névropathiques, hémorragies angéiopathiques, hémorragies hémopathiques.

— Il ne nous appartient pas d'essayer de dégager une idée générale des travaux de la section de pathologie générale. Pour diverses raisons, quelques communications nous ont échappé, mais nous avons eu la bonne fortune d'entendre les maîtres de l'Ecole française aborder l'étude des problèmes les plus intéressants avec les éminents professeurs qui représentaient les Écoles étrangères. Qu'il nous soit permis pourtant de remarquer que la pathologie générale poursuivant sans cesse une étude plus précise des faits qui lui sont fournis par l'observation, évolue chaque jour davantage dans ses recherches expérimentales de plus en plus parfaites vers la physiologie générale, la cytologie et la physiologie cellulaire. Déjà, sous la direction de M. le professeur Bouchard, elle s'engage nettement sur certains points dans la chimie, la physique et même les mathématiques. Il ne s'agit pas là évidemment d'un fait isolé, et la marche que commence la pathologie générale est celle que suivent nécessairement toutes les sciences biologiques.

BACTÉRIOLOGIE ET PARASITOLOGIE

Par M. Fernand BEZANÇON, médecin des hôpitaux, chef du laboratoire de bactériologie de la Faculté de médecine de Paris.

Les séances de la section de bactériologie et de parasitologie se sont ouvertes par trois rapports magistraux de MM. H. Buchner, Metchnikoff sur l'IMMUNITÉ et de M. Ehrlich sur la question des TOXINES et ANTITOXINES.

Pour M. Buchner, il est nécessaire de distinguer : 1° l'immunité naturelle, qui d'après lui serait mieux désignée sous le terme de *résistance naturelle*; 2° l'immunité spécifique.

La résistance naturelle (à part le cas d'insensibilité innée de certains organismes contre les toxines) consiste surtout dans les influences microbicides des humeurs et de certaines cellules de l'organisme et dans leur richesse en alexines.

M. Buchner se défend cependant d'apporter une théorie purement *humorale* de l'immunité, les alexines des sérums ne suffisent que dans des cas exceptionnels, pour expliquer les phénomènes de résistance, indépendamment de l'action des leucocytes; on sait d'autre part depuis 1894 que les alexines ont leur source dans les phagocytes.

Le seul point en litige entre les partisans de la théorie humorale et les partisans de la théorie de la phagocytose de M. Metchnikoff, est que M. Buchner estime que les leucocytes sécrètent vivants des alexines qui diffusent dans le sérum, tandis que MM. Metchnikoff et Bordet pensent que ces alexines sont le résultat non d'une sécrétion de la cellule vivante, mais de la dissolution dans le sérum des leucocytes dissociés et morts.

Tout en acceptant enfin, comme l'a montré M. Metchnikoff, que les leucocytes peuvent bien englober et assimiler des bactéries vivantes et virulentes, M. Buchner pense que le plus souvent leur action phagocytaire ne s'accomplit que lorsque les bactéries ont déjà été affaiblies par un processus chimique.

Quant à l'*immunité spécifique*, qu'il s'agisse :

1° d'immunité spécifique antitoxique,
2° d'immunité spécifique bactéricide,
3° d'immunité spécifique hémolytique,

elle se produira toujours lorsqu'on aura au préalable injecté à l'organisme :

1° Des toxines spécifiques;
2° Des bactéries spécifiques vivantes ou mortes;
3° Des globules rouges, spécifiques, frais ou chauffés à 60 degrés.

Dans les trois cas, il se développera dans le sérum des animaux, une substance qui n'est pas détruite à 65 degrés, que Ehrlich a désignée sous le terme d'anticorps. Dans le cas d'inoculation de toxine spécifique, par exemple de toxine diphtérique, c'est l'antitoxine diphtérique contenue dans le sérum antidiphtérique qui constitue l'anticorps.

A la suite d'inoculation de bactéries spécifiques, ou de globules rouges spécifiques (2° et 3°), l'anticorps ne se manifeste pas directement et son action n'est sensible que si lui est surajoutée l'action des alexines normales, non spécifiques, du sérum. Autrement dit, sous l'action de l'anticorps, les bactéries et les globules rouges seront seulement préparées à subir l'action des substances bactéricides contenues dans les humeurs; mais l'intervention de ces humeurs sera nécessaire pour accomplir l'action bactéricide, ou hémolytique ; par exemple pour l'immunité hémolytique spécifique, il se fera entre l'anticorps et les globules rouges spécifiques (c'est-à-dire de l'espèce qui aura servi à l'inoculation) une liaison, qui rendra les globules rouges de cette espèce facilement solubles par simple influence des alexines normales du sérum.

Tandis que les alexines sont détruites à 60 degrés, et diffèrent selon l'espèce animale qui les produit et ne sont pas *attirées et retenues* par l'objet de réaction (ici les bactéries ou les globules rouges inoculés), les anticorps sont stables encore à 65 degrés, ne diffèrent point selon l'espèce animale qui les produit, mais selon l'objet de réaction dont on s'est servi pour inoculer l'animal; ils présentent enfin une adhérence spécifique à cet objet de réaction.

Le vrai principe de l'immunité spécifique consiste donc toujours et en tous cas dans l'attraction et la jonction spéciales entre l'anticorps et l'objet de réaction spécifique (toxine, bactéries, érythrocytes, etc.). L'énigme réservée pour l'avenir consiste principalement dans la nature et l'origine des anticorps; outre cela aussi dans la nature plus intime de la jonction spécifique, qui s'établit entre l'antitoxine et la toxine, l'anticorps et l'objet de réaction.

Alexines et anticorps agissent dans le même organisme en même temps, souvent en concurrence Résistance naturelle et immunité spécifique peuvent se réunir dans leurs effets dans le même organisme, renforçant l'efficacité l'une de l'autre. La guérison d'un typhus abdominal par exemple peut être causée par une augmentation de résistance naturelle en concurrence avec une production d'anticorps spécifiques. Ce sera à la clinique médicale d'étudier et de différencier toutes les phases des deux processus.

Elargissant la conception générale de l'immunité, M. Metchnikoff, après avoir montré que le phénomène le plus général, dans l'immunité naturelle et acquise, consiste dans une réaction phagocytaire, considère que *l'immunité des maladies infectieuses n'est qu'un cas particulier de la résorption des éléments figurés en général* et que les phagocytes agissent en vertu de leur sensibilité et de leur pouvoir d'englober les éléments figurés et de les digérer.

Dans l'état réfractaire, les microbes ne sont jamais éliminés par les émonctoires, ils sont l'objet d'une dissolution, analogue à celle que subissent les éléments figurés vieillis, les hématies, les leucocytes, etc.

Cette dissolution se fait au moyen d'un véritable processus de digestion, analogue à celui de la digestion extra-cellulaire, mais ici, la digestion comme dans les organismes inférieurs est intra-cellulaire.

Cette digestion intra-cellulaire s'accomplit à l'aide de ferments, parmi lesquels les *cytases* occupent la première place. Ces cytases sont des ferments d'origine leucocytaire : en préparant une émulsion de grand épiploon, de rate, de ganglions, on obtient un liquide cytolitique qui est détruit par le chauffage à 50 degrés.

Les cytases dans l'organisme vivant restent confinées dans les phagocytes et ne peuvent pas diffuser dans les plasmas; cette diffusion ne s'observe que lorsqu'il y a eu destruction des leucocytes ou phagolyse, ainsi par exemple dans le sérum lors de la formation du caillot.

Les cytases, le plus souvent, ne peuvent agir seules et ont besoin de l'aide d'autres substances; ainsi elles sont aidées dans leur fonction digestive par une substance plus résistante à la chaleur, qui est la philocytase, analogue à la substance sensibilisatrice de Bordet, à la substance intermédiaire d'Ehrlich. Cette philocytase est un produit des phagocytes qui est le plus souvent excrété dans les plasmas.

La présence de cette philocytase n'est d'ailleurs pas né-

cessaire, car non seulement dans l'immunité naturelle, mais encore dans certains cas d'immunité acquise, l'organisme peut résister sans qu'il y ait de philocytase dans le plasma.

Les antitoxines sont donc, sinon en totalité, du moins en partie, le produit des phagocytes, qui sont les véritables agents de l'immunité naturelle ou acquise.

M. le professeur Ehrlich, après avoir rappelé la série des travaux qui ont déterminé le progrès de nos connaissances en matière d'immunité, résume les notions fondamentales que nous possédons sur les toxines.

Les toxines sont des substances extrêmement instables qu'on trouve parmi les produits de sécrétion d'origine animale ou végétale : il est impossible de les caractériser chimiquement, parce qu'on ne peut les obtenir en quantité suffisante et à l'état de pureté et parce qu'il est difficile de les séparer de certains produits de transformation ayant une constitution analogue (toxoïdes).

Les seuls critériums qui permettent d'affirmer qu'une substance quelconque est une toxine, sont d'ordre biologique. Ces critériums sont d'une part le mécanisme particulier de l'action toxique et d'autre part le pouvoir de déterminer dans certaines conditions une formation d'antitoxines dans l'organisme.

L'action toxique de la plupart des toxines, à l'encontre de celle des poisons chimiquement définis, est caractérisée par l'existence d'une période d'incubation, période qu'on ne peut éviter, si grande que soit la dose de toxine administrée.

Certaines substances toxiques, qui agissent sans période d'incubation, venins, poisons, se rapprochent des toxines, en ce qu'elles sont susceptibles de déterminer une formation d'antitoxine.

Les corps chimiquement définis sont tout à fait incapables de produire des antitoxines. Les affirmations sur la possibilité d'obtenir des sérums antitoxiques efficaces à l'égard des poisons anorganiques, des glycosides ou des alcaloïdes, reposent sur des erreurs d'observation.

Il résulte de ces particularités des toxines que leur action sur l'organisme doit être essentiellement différente de celle des autres poisons. Les faits nous obligent d'admettre que la condition fondamentale de l'activité toxique de ces composés réside dans leur propriété de contracter avec le protoplasme de certains groupements cellulaires des combinaisons chimiques et spécifiques. Les autres poisons, par exemple les alcaloïdes, obéissent aussi à certaines lois de répartition dans l'organisme, mais ils diffèrent des toxines par le fait que leur rapport avec les parenchymes, loin de consister dans de vraies combinaisons chimiques, se rapproche plutôt des phénomènes de dissolution (*starre-Hösung*, solution solide).

Le caractère spécifique de cette combinaison chimique de la molécule de toxine est dû à ce que cette molécule possède un groupement chimique particulier, le groupement *haptophore*. La fixation des toxines sur les tissus à l'aide de ce groupement haptophore n'explique pas suffisamment l'action toxique de ces composés. Cette action toxique nécessite la présence dans la molécule de toxine d'un deuxième groupe, le groupe *toxophore*, dont l'influence sur le protoplasma est conditionnée par la combinaison du groupe haptophore avec ce protoplasma.

On peut, dans certaines conditions expérimentales, séparer l'activité du groupe haptophore de celle du groupe toxophore. En effet, Morgenroth a prouvé que, chez les animaux homéothermes comme la grenouille, le groupe haptophore de la toxine tétanique est capable d'exercer même à froid son action fixatrice sur les cellules, alors que l'activité du groupe toxophore exige des températures plus élevées. (Interprétation de l'expérience de Courmont.) — Des différences dans le temps d'action de ces deux groupes expliquent aussi la raison d'être de la période d'incubation. Dönitz et Heymans, en suivant des méthodes essentiellement différentes, ont en effet constaté que la toxine diphtérique et le poison tétanique se fixent très rapidement sur les tissus, mais que, malgré cette fixation, les troubles morbides n'apparaissent que tardivement.

La fixation du groupement haptophore de la molécule de toxine sur le protoplasma se fait au moyen de certaines chaînes latérales que ce dernier possède et qu'on désigne sous le nom de *récepteurs*. Ces récepteurs interviennent aussi dans la vie normale du protoplasma, en ce sens qu'ils servent à la nutrition, en fixant les principes nutritifs.

Les toxines ont ceci de commun avec les substances nutritives, qu'elles possèdent, tout comme ces dernières, certains groupes haptophores. On peut, en effet, déterminer une production d'anticorps à l'aide de substances nutritives (coaguline de Bordet).

Les récepteurs existent tantôt uniquement dans certains tissus, tantôt dans la plupart des organes (cas du poison tétanique dans l'organisme du cobaye et du lapin).

Le manque de récepteurs chez certaines espèces animales est peut-être une des causes de l'immunité naturelle. D'autre part, la présence de nombreux récepteurs dans des organes d'une moindre importance vitale peut réaliser, grâce à une sorte de déviation des molécules de toxine, une diminution dans la sensibilité de l'organisme vis-à-vis de cette toxine (Dönitz, Roux).

Les récepteurs, loin d'être constants dans l'organisme, peuvent subir dans certains cas des variations très considérables (crotine, hémolysines).

Du fait que les récepteurs du protoplasma ont contracté des combinaisons avec les groupes haptophores de la toxine, ces récepteurs font défaut à la vie et en particulier à la nutrition cellulaires. De là des phénomènes de *régénération*, en ce sens que le protoplasma reproduit les récepteurs mis hors d'usage par suite de cette combinaison. Suivant une loi de biologie générale, cette régénération ne se borne pas à compenser le défaut, mais elle dépasse les limites : il y a *superproduction*. Cette superproduction peut être à un tel point exagérée par des injections répétées de toxine, qu'en fin de compte il se produit un détachement de ces récepteurs régénérés en excès et leur passage dans la circulation.

Ce sont ces récepteurs protoplasmiques circulant dans le sang qui constituent les antitoxines. Ils conservent à cet état leur propriété originaire de fixer chimiquement les groupes haptophores de la toxine.

Cette théorie explique l'énorme multiplicité des antitoxines et leur caractère spécifique, rien qu'en s'appuyant sur des processus d'ordre physiologique et sans qu'il soit besoin d'attribuer à l'organisme une faculté d'invention énigmatique.

Conformément à leur origine, les antitoxines ont avec les toxines des rapports de nature purement chimique. Les deux corps se combinent pour donner lieu à un produit nouveau, indifférent pour l'organisme, comme l'ont prouvé les recherches de Fraser, d'Ehrlich, de Cherry et Martin, etc.

Il résulte d'une étude approfondie des conditions de neutralisation des toxines par les anticorps respectifs, que les poisons contenus dans les bouillons de culture, spécialement ceux fabriqués par le bacille diphtérique, ont une constitution extrêmement complexe.

Le bacille de Löffler produit deux sortes de substances : 1) *toxines* et 2) *toxones*, qui ont toutes deux la propriété de fixer l'anticorps spécifique et possèdent, par conséquent, le même groupe haptophore. Le complément toxophore des toxones exerce pourtant sur l'organisme une action plus faible et sensiblement différente de celle du groupe toxo-

phore des toxines (absence de pouvoir nécrosant, production de paralysies tardives; Madsen, Ehrlich).

Tout bouillon diphtérique contient, en outre, des produits de modification des toxines, ayant une toxicité nulle et pourtant capables de fixer l'anticorps : on les désigne sous le nom de *toxoïdes*. La genèse des toxoïdes est due à ce que le complément toxophore de la molécule de toxine, étant beaucoup plus instable que l'haptophore, se détruit plus facilement sous l'influence des agents thermiques et chimiques. Particulièrement démonstratives sont à ce point de vue les recherches qui ont trait à l'atténuation spontanée des poisons diphtériques conservés à l'état liquide et qui prouvent que, tandis que la valeur toxique d'un tel bouillon baisse considérablement, sa valeur neutralisante se conserve entièrement. Il s'agit, dans ce cas, d'une modification *quantitative*.

Il faut admettre plusieurs espèces de toxoïdes correspondant à des origines différentes. Plusieurs constatations semblent indiquer que, étant donnée la complexité de constitution du groupe toxophore, la destruction complète de la molécule de toxine peut s'opérer graduellement, et que, si l'on employait un traitement convenable, on pourrait obtenir des toxoïdes doués d'un pouvoir toxique partiel.

Il est donc possible de provoquer une production d'anticorps, non seulement en utilisant des toxines, mais encore des toxoïdes. On peut, en effet, immuniser facilement et rapidement contre le tétanos des animaux aussi sensibles que la souris et le cobaye, rien qu'en leur administrant des toxoïdes. Quand donc il s'agit d'immuniser des individus malades, dont la sensibilité est, par conséquent, augmentée, on doit recourir en premier lieu à l'emploi des toxoïdes.

De nouvelles constatations ont permis de voir que les deux groupes toxophore et haptophore de la molécule de toxine, se retrouvent aussi dans certains ferments. L'hypothèse de Morgenroth sur l'existence d'un groupe haptophore et zymophore dans le ferment lab, a été vérifiée récemment par Myers et Bashford, qui ont découvert les zymoïdes, analogues aux toxoïdes.

Des recherches plus récentes ayant trait à toute une classe importante de poisons cellulaires représentée en particulier par les bactériolysines, les hémolysines et les cytolysines (Pfeiffer, Bordet, Landsteiner, von Dungern, Metchnikoff, Moxter), ont montré que ces poisons ont une constitution complexe. D'après Ehrlich et Morgenroth, l'*immunkörper* spécifique se combine à la température de l'organisme avec le *complément non spécifique* pour donner naissance à un produit doué de propriétés toxiques et qui est analogue aux toxines. L'immunkörper contient ici le groupe haptophore, tandis que le groupe toxophore est représenté par le complément.

Le fait que l'immunkörper offre une affinité spécifique à l'égard des cellules (bactéries, globules rouges, spermatozoïdes) qui ont servi à l'immunisation, s'explique d'après la théorie des chaînes latérales, en admettant l'existence de récepteurs possédant deux groupements doués d'affinités de combinaison différentes.

L'immunité bactérienne et l'immunité antitoxique offrent donc beaucoup de points communs, que la théorie des chaînes latérales, en permettant de saisir les transitions, établit d'une manière lumineuse.

L'étude des propriétés des TOXONES d'Ehrlich a été faite par M. Thorvald Madsen.

Ehrlich a constaté que quand, après avoir établi un mélange rigoureusement neutre de toxine diphtérique et de sérum antitoxique, on prépare ensuite des mélanges, dans lesquels, pour une quantité constante de poison, on prend des fractions 1/6, 1/4, 1/3 de la quantité de sérum antitoxique, nécessaire pour obtenir une neutralisation complète, la partie du poison ou *toxone* qui doit rester libre, n'agit pas sur les animaux d'expérience de la même façon qu'une dose correspondante de poison diphtérique pur de tout mélange.

Ces toxones possèdent des qualités immunisantes analogues à celles des toxines et l'on trouvera peut-être dans l'existence de ces qualités immunisantes des toxones, un moyen pour démontrer leur existence, quand leurs autres propriétés seront trop faibles pour faire aucune impression toxique sur l'organisme.

Ces toxones diffèrent des toxines par les propriétés suivantes : quelle que soit leur dose, elles ne tuent jamais rapidement le cobaye, elles ont une action lente et peu intense, elles s'éliminent lentement de l'organisme. La toxone diphtérique par exemple produit seulement au point d'inoculation un léger œdème, des paralysies tardives et de l'amaigrissement après une longue période d'incubation de plusieurs semaines, alors que la toxine possède une action intensive et rapide; tandis enfin que les toxines se combinent très rapidement avec les globules rouges et ont une action toxique à toute température entre 0 degré et 37 degrés, les toxones ne se fixent que lentement sur les globules rouges, et exigent pour dissoudre ces globules une température supérieure à 10 degrés.

Dans une série d'expériences sur les toxones diphtériques, faites en collaboration avec M. Madsen, M. Dreyer a réussi à immuniser les animaux et à avoir un sérum antidiphtérique à la fois contre les toxones et contre les toxines.

Pour étudier le mécanisme de la formation des antitoxines et la nature de celle-ci, M. Danysz a cherché à vérifier comment la bactéridie charbonneuse parvenait à se vacciner contre le sérum du rat, qui, on le sait, a des propriétés bactéricides vis-à-vis de la bactéridie.

On peut accoutumer la bactéridie à vivre dans le sérum de rat, en la faisant passer par une longue série de mélanges de sérum et de bouillon. Lorsque le microbe est acclimaté, on voit que, si on le cultive alors sur gelose, il est plus gros et entouré d'une gaine mucilagineuse beaucoup plus épaisse que d'ordinaire. Il semble donc que la manière de résister à l'action bactéricide du sérum de rat, consiste pour le microbe dans la sécrétion de cette gaine qui neutralise, en la fixant, la substance nocive du sérum et l'empêche de pénétrer jusqu'à la bactéridie.

On peut de même accoutumer la bactéridie charbonneuse à l'acide arsénique et la faire vivre dans des solutions dans lesquelles l'acide se trouve cinq fois plus concentré qu'à l'origine. On voit alors, que là encore, l'acte d'accoutumance s'accompagne de la formation d'une épaisse couche de mucilage, au niveau duquel se fixent, au fur et à mesure que l'immunité augmente, des doses de plus en plus grandes d'arsenic.

Dans cette réaction, que subissent les bactéridies dans un sérum bactéricide, la substance qui produit l'effet pathogène apparent, est fournie par la cellule elle-même, tandis que la substance active contenue dans le sérum possède toutes les propriétés d'un antiseptique.

La question des SÉRUMS CYTOLYTIQUES est à l'ordre du jour et M. Deutsch (de Budapest), dans une très brillante discussion à laquelle ont pris part MM. Bordet, Delessen et Cantacuzène, nous a exposé les propriétés du sérum antihépatique.

Si nous injectons une émulsion stérile de foie de cobaye dans la cavité péritonéale des lapins, le sérum de ceux-ci acquerra peu de temps après des qualités anti-hépatiques, c'est-à-dire des propriétés destructrices de la cellule hépatique. Le sérum anti-hépatique agglutine *in vitro* les petits grains émulsionnés de protoplasma hépatique que l'on met à son contact *in vitro*; cette action agglutinante est cons-

tante et se présente déjà au bout de cinq à six jours après une injection unique. Après deux à trois injections hépatiques, le pouvoir agglutinant peut s'élever jusqu'au titre limite de 1/50 à 1 p. 100.

La formation de l'agglutinine hépatique est absolument indépendante de l'agglutine hémolytique qui se produit parallèlement dans le sérum des lapins qui ont reçu une émulsion de foie non lavé. L'injection de foie lavé n'a pour effet que la formation de l'agglutinine anti-hépatique. Cette agglutinine est spécifique et ne dirige son action que contre les grains plasmiques des cellules qui ont servi pour constituer l'immunisation. Elle résiste au chauffage à 56 degrés et ressemble aux agglutinines microbiennes.

En outre du pouvoir agglutinant, le sérum des lapins vaccinés contre le foie de cobaye possède un pouvoir anti-hépatique ou hépatolytique.

La production de la substance anti-hépatique exige plusieurs (au moins deux) injections massives; elle n'apparaît qu'au bout de trois à quatre semaines. Quelquefois son apparition fait défaut. *In vitro*, la substance anti-hépatique tue le protoplasma des cellules hépatiques survivantes en faisant gonfler les cellules qui deviennent transparentes. *In vivo*, le sérum injecté intra-péritonéalement, nécrotise les parties superficielles du foie, qui, de la disparition de la structure cellulaire et nucléaire, jusqu'à la phase de la coagulation totale, présentent tous les degrés de la nécrose. Le tissu conjonctif résiste longtemps à l'action toxique du sérum; plus tard, il semble subir une hyperplasie partielle. Ainsi l'action de l'hépatolysine se dirige contre les cellules spécifiques du parenchyme.

Théorie parasitaire du cancer (Borrel). — La question du parasitisme des tumeurs cancéreuses a pris, dans ces dernières années, une orientation toute spéciale, on a décrit comme parasites des êtres appartenant au groupe des sporozoaires.

Les cancers épithéliaux sont surtout caractérisés par la prolifération excessive de la cellule épithéliale, or, on ne connaît pas, jusqu'ici, de bactérie susceptible de causer une prolifération anormale des épithéliums, on connaît seulement des nodules de nature mésodermique, mais on sait que des parasites du groupe des coccidies peuvent donner lieu à de véritables tumeurs : adénome villeux des canaux biliaires par le coccidum oviforme du lapin, de l'intestin par la coccidie du mouton (Nocard).

Il s'agit, dans tous les cas de cancer, non de parasites, mais de cellules épithéliales à évolution particulière.

Dans une deuxième période qui commence avec le travail de Thoma, les figures données à l'appui de la théorie coccidienne sont d'une tout autre nature, il s'agit d'inclusions intra-cellulaires, se présentant sous la forme de corps ronds ou de vacuoles intra-cellulaires.

Cette vacualisation est surtout fréquente dans les cancers d'origine glandulaire et le plus souvent on trouve à l'intérieur du mucus condensé.

Avec une technique nouvelle, Sawchenko a repris comparativement l'étude des vacuoles et celle des stades jeunes de la coccidie du lapin. Le parasite se présente le plus souvent sous la forme d'une amibe logée dans une vacuole, qui, elle-même, contient souvent du mucus.

Pour Bordet, il s'agit là encore d'une évolution atypique d'un élément de la cellule cancéreuse, de la sphère attractive ou mieux de l'idiosome et Sawchenko lui-même a abandonné sa première hypothèse.

A côté de la théorie parasitaire du cancer, par les sporozoaires, a pris naissance la *théorie blastomycétienne*.

Busse a montré le développement d'une tuméfaction de la peau, sous l'influence d'une levure, comme l'a bien montré Curtis, dans son étude sur le *saccharomyces tumefaciens subcutaneus*, il y a tuméfaction et non tumeur.

San Felice, Plummer, Sawchenko admettent la théorie blastomycétienne et interprètent comme levure, toutes les anciennes figures décrites comme des amibes.

Les levures qui ont été isolées quelquefois des tumeurs, sont des impuretés provenant d'une infection secondaire ou bien souvent de l'air de laboratoire comme l'ont montré Maffucci et Suleo.

L'inoculation de levure, comme le montre très bien Borrel, s'accompagne d'une réaction conjonctive qui peut aboutir à la formation de cellules épithélioïdes et non de cellules épithéliales.

Le rôle des levures a été étudié par San Felice, par Wlaeff, qui ont obtenu dans quelques cas sur de très nombreuses expériences, une tumeur ressemblant à l'adéno-carcinome, mais rien ne démontre aujourd'hui l'hypothèse de l'origine blastomycétienne pas plus que l'origine bactérienne du cancer (Borrel).

D'après M. le professeur Léopold (de Dresde), les blastomycètes jouent un rôle actif dans l'étiologie du carcinome, c'est aussi l'opinion de M. Bra, qui dit avoir trouvé et isolé en culture pure du sang et des tissus pathologiques, un organisme appartenant aux champignons inférieurs.

Ce champignon se présenterait sous deux formes différentes : une forme globuleuse et une forme filamenteuse mycélienne.

Comme M. Borrel, M. Metchnikoff considère que, contrairement aux conclusions des auteurs précédents, le cancer n'est pas dû à des blastomycètes.

Origine microbienne du rhumatisme articulaire aigu (Pierre Achalme). — Le bacille dont M. Achalme a montré en 1891, puis en 1897, le rôle dans la pathogénie du rhumatisme articulaire aigu, a été retrouvé depuis par nombre d'auteurs; mais les variations brusques de virulence de ses cultures peuvent rendre sa détermination difficile. M. Achalme ajoute aux caractères qu'il a déjà donnés, gros bâtonnet anaérobie, prenant le gram, etc., les caractères suivants : le bacille fait subir la fermentation acide, surtout butyrique aux hydrates de carbone suivants : glucose, lactose, saccharose (sans interversion), maltose, arabinose, galactose, mannite, glycérine, amidon, dextrine, glycogène. Il n'attaque pas l'érythrite, la dulcite, l'inuline, l'amygdaline.

Les microbes voisins (vibrion septique, charbon symptomatique, bacille tétanique, bacillus botulinus, putrificus, coli, etc.) se montrent au contraire presque inactifs sur la plupart des hydrates de carbone.

Il dissout la fibrine et l'albumine à l'aide d'une trypsine qui ne peut agir qu'en milieu alcalin.

Le blanc d'œuf coagulé et stérilisé, avec trois fois son poids d'eau, remplit parfaitement cette indication. Le bacille sporule et se reproduit abondamment en milieu alcalin, ce qu'il ne fait jamais en milieu acide.

Le pouvoir pathogène de ce bacille chez l'homme a été contesté. On le qualifie de banal, mais la plupart des microbes pathogènes, dit M. Achalme, ne le sont-ils pas au même titre et le rhumatisme n'a-t-il pas le plus souvent une étiologie banale? Dans certains cas, on a dit qu'il y avait infection cadavérique. L'erreur n'est pas possible, comme le montre l'examen bactériologique et histologique de plus de cinquante autopsies.

Le bacille décrit par M. Achalme n'est pas spécifique, il peut donner lieu à diverses affections disparates, telles que l'infection puerpérale, certains phlegmons gangreneux, l'appendicite, etc..., mais le rhumatisme articulaire, à tendance viscérale, est son mode pathogène le plus caractéristique.

Pour Achalme, la lésion viscérale, cardiaque le plus souvent, est seule le siège du bacille ; les autres accidents, en particulier les accidents articulaires, sont d'origine toxique.

Reproduction expérimentale du chancre mou chez le singe. — M. Charles Nicolle (de Rouen) est parvenu à reproduire expérimentalement le chancre mou chez le singe, ou plutôt chez certaines espèces de singes, la réceptivité vis-à-vis du virus chancrelleux étant des plus variables suivant les espèces sur lesquelles on opère.

L'espèce la plus sensible paraît être celle qui est communément désignée sous le nom de bonnet chinois.

Chez ce singe, l'inoculation par scarifications multiples au moyen d'une lancette chargée de pus chancrelleux donne lieu à la production, après quarante-huit heures d'incubation, d'un chancre mou typique, identique au point de vue clinique et histologique au chancre mou humain. Le bacille de Ducrey s'y rencontre avec le même aspect et le même mode de distribution que chez l'homme.

L'évolution du chancre mou expérimental est variable ; il tend généralement plus ou moins vite vers la guérison.

Le chancre d'inoculation du singe est réinoculable en série, soit au même singe, soit à d'autres singes de la même espèce ou d'espèces sensibles. M. Nicolle n'a jamais noté le développement de bubons chez les singes inoculés.

Sur l'identité du bacille de Friedlander et de quelques bactéries encapsulées voisines décrites comme espèces distinctes. — M. Charles Nicolle (de Rouen), depuis l'année 1895, a poursuivi l'étude des bactéries encapsulées dont le bacille de Friedlander est le type.

Il a d'abord étudié, avec la collaboration de M. A. Hébert, douze échantillons de bacilles de Friedlander isolés de fausses membranes pharyngées ou de l'eau et a, en particulier, noté avec soin leurs propriétés biologiques et leur action sur les animaux.

Les auteurs se sont ensuite occupés du bacille décrit par Lœwenberg dans l'ozène et regardé par cet auteur comme l'agent de cette affection ; ils ont pu s'en procurer neuf échantillons.

M. Hébert et Mlle Robineau qui ont répété, sous la direction de M. Nicolle, les recherches faites sur le bacille de Friedlander par lui-même, n'ont trouvé, entre ce microorganisme et celui décrit par Lœwenberg, aucun caractère différentiel véritable.

Avec M. Trenel, M. Nicolle vient d'étudier de la même manière trois échantillons du bacille encapsulé découvert par Fritsch dans le rhinosclérome et regardé par lui comme l'agent de cette maladie ; ses constatations ont été les mêmes.

Sa conclusion est qu'il n'existe pas entre les bacilles de Friedlander, de Lœwenberg et de Fritsch de différences assez importantes pour en faire des espèces microbiennes distinctes. Il les considère, au contraire, comme une seule et même espèce, facilement reconnaissable aux caractères suivants : polymorphisme ; présence d'une large capsule bien visible surtout dans l'organisme des animaux infectés ; immobilité ; absence de spores ; non-coloration par la méthode de Gram ; développement abondant sur gélatine laquelle n'est pas liquéfiée, et sur la plupart des milieux de culture, même en l'absence de l'air ; pouvoir fermentatif vis-à-vis d'un grand nombre de sucres (l'érythrite n'est jamais attaquée) ; coagulation du lait inconstante ; absence de production d'indol ; pouvoir pathogène généralement marqué vis-à-vis de la souris blanche et du cobaye ; cet animal, lorsqu'il succombe, présente des lésions constantes et caractéristiques des capsules surrénales.

La température rectale dans le tétanos expérimental. — MM. J. Courmont et Pehu (de Lyon) ont abordé la question de la température rectale chez les différents animaux rendus expérimentalement tétaniques. Les auteurs divisent en deux groupes les animaux de laboratoire, à ce point de vue.

Parmi les animaux qui meurent en hypothermie, il faut citer la *souris*, le *cobaye*, le *lapin*. Quel que soit le mode d'infection, il y a toujours hypothermie. L'injection de la toxine filtrée, l'inoculation directe du bacille avec ou sans associations microbiennes, l'inoculation dn bacille mélangé à de la terre, quelle que soit la voie d'inoculation, produisent toujours, chez ces animaux, une marche semblable de la température. Elle reste stationnaire ou monte légèrement pendant l'incubation et le tétanos local, elle baisse brusquement jusqu'à 29 degrés, 28 degrés à partir de la généralisation et jusqu'à la mort. La toxine fabriquée dans le corps ou dans les bouillons est donc hypothermisante.

D'autres animaux, au contraire, meurent avec de la fièvre : le *chien*, la *chèvre*. Chez eux le tétanos se comporte comme chez l'homme ; la température monte à partir de la généralisation et continue à monter après la mort.

Cex expériences montrent, une fois de plus, l'influence du terrain sur les symptômes de l'infection. Le même microbe, la même toxine font de la fièvre ou de l'hypothermie suivant le terrain auquel ils s'adressent. On ne peut donc dire qu'une toxine est hyperthermisante ou hypothermisante ; cela dépend de l'animal auquel on l'injecte. Enfin, on voit que la température, dans le tétanos, est absolument indépendante du symptôme contracture, puisque, dans les deux extrêmes (29 degrés ou 43 degrés), la mort survient toujours en pleine généralisation des contractures.

Paludisme. — La question du paludisme et des hématozoaires a été l'objet d'intéressants travaux, en particulier d'un important rapport de M. A. Laveran.

L'hématozoaire du paludisme (*Hæmamœba malariæ*) présente deux variétés que l'on peut désigner sous les noms de *parva* et *magna*, d'après les dimensions des éléments parasitaires. Lorsqu'un malade dans le sang duquel on a constaté, au Sénégal par exemple, *H. malariæ*, var. *parva*, rentre en France et qu'il a des rechutes de fièvre, on trouve d'ordinaire dans le sang *H. malariæ*, var. *magna* ; il ne s'agit donc pas d'espèces différentes, mais de simples variétés.

La technique applicable à l'étude de *H. malariæ* a fait dans ces dernières années de notables progrès. Koch, Ziemann, Nocht, Ruge ont perfectionné la méthode de Romanowski ; M. Laveran a indiqué un procédé de coloration des noyaux des hématozoaires endoglobulaires d'un emploi plus facile et plus sûr que la méthode de Romanowski primitive ou modifiée.

Les recherches de Simond, de Schaudinn et de Siedlecki sur les coccidies ont éclairé d'un jour tout nouveau la question si discutée des flagelles de l'hématozoaire du paludisme. Il est aujourd'hui démontré que ces flagelles sont des éléments mâles destinés à féconder des éléments femelles. Les observations faites par Mac Callum, Optie, Koch, Marchoux ne laissent aucun doute sur ce rôle des flagelles ; il ne s'agit donc pas de formes de dégénérescence de l'hématozoaire.

Dès 1884 M. Laveran a émis l'hypothèse que *H. malariæ* se trouvait, en dehors de l'organisme humain, à l'état de parasite des moustiques. Cette hypothèse, qui s'appuyait sur des présomptions nombreuses, a été vérifiée par les belles recherches de R. Ross, complétées elles-mêmes par celles de Koch, de Grassi, de Bignami et de Bastianelli.

Tous les *anopheles* semblent pouvoir servir à la propagation du paludisme ; sur un grand nombre de points du globe on a constaté déjà la coexistence des *anopheles* et de l'endémie palustre ; au contraire, dans les localités salubres on ne trouve que des *culex*.

Les *anopheles* qui ont piqué des individus atteints de

fièvre palustre peuvent infecter des individus sains; on trouve dans les glandes salivaires de ces insectes des germes (blastes de R. Ross) qui sont inoculés avec le produit de sécrétion des glandes vénimo-salivaires. Il serait toutefois prématuré de conclure que le paludisme est toujours transmis ainsi. On contracte souvent le paludisme dans les lieux inhabités; le fait que les travaux de terrassement et de défrichement donnent souvent lieu à des recrudescences de l'endémie palustre est aussi difficile à expliquer si l'on admet que le paludisme est toujours inoculé par des *anopheles* qui se sont nourris de sang palustre.

Bien que certains points restent encore obscurs, il n'est pas douteux que dès maintenant il faille inscrire en première ligne, dans la prophylaxie du paludisme, les mesures de protection contre les moustiques. Il importe aussi de prévenir les rechutes de fièvre chez les anciens palustres afin que ces malades ne servent pas à l'infection des *anopheles*.

Le professeur Koch a fait en Afrique et à Java des observations favorables à l'existence d'une immunité acquise chez les indigènes des contrées palustres : cette immunité serait la conséquence d'une atteinte de paludisme dans le jeune âge. Des faits nombreux montrent que les indigènes des contrées palustres tombent le plus souvent dans un état de cachexie qui exclut à vrai dire les manifestations aiguës du paludisme, mais qui ne mérite pas le nom d'immunité. Les tentatives faites pour obtenir l'immunité artificielle contre le paludisme ont échoué jusqu'ici.

Le paludisme et les moustiques a Rio-Tinto (Espagne). — D'après M. Macdonald, toutes les espèces du genre anopheles peuvent servir à propager le paludisme. Dans dix localités infectées de paludisme de la province de Huelva, on a trouvé des anopheles, en grand nombre, tandis que dans deux localités salubres, il n'a trouvé que des culex.

Au voisinage de la zone palustre, dans les mares, on trouve des larves d'anopheles, elles se voient en général dans les mares contenant de l'eau stagnante et de nombreuses algues.

Les cas de paludisme sont plus rares dans les habitations situées au centre des villages que dans celles de la périphérie, où on trouve aussi le plus grand nombre de moustiques.

Comme prophylaxie, il faut combler les mares, et les désinfecter à l'aide de minéraux de cuivre.

Nous devons rapprocher des intéressantes communications de M. Laveran et de M. Macdonald, les travaux de M. J. Lignères (de Paris), qui a étudié une maladie des bovidés absolument identique à la fièvre du Texas, et connue dans la République argentine et dans l'Uruguay, sous le nom de *tristeza*. Cette maladie, comme l'ont bien vu Smith et Kilborne, est due à un hématozoaire : piroplasma bigeminum; elle est transmissible aux animaux par injection sous-cutanée ou intraveineuse de sang; elle est transmissible par les tiques. M. Lignères a vu que l'immunité consécutive à une première atteinte était très solide, il a pu enfin obtenir des cultures du parasite en recueillant purement une certaine quantité de sang, qu'il défibrinait et cultivait à l'étuve. Dans ces cultures, on obtient parfois une prolifération évidente des masses chromatiques qui deviennent très nombreuses et libres; en réensemençant le fond de cette première culture dans un autre tube contenant du sérum fortement hémoglobinémique, M. Lignères a vu la prolifération continuer jusqu'à la 5e culture.

De l'hématozoaire du béribéri. — M. le docteur Tajardo (de Rio-de-Janeiro) estime aussi que c'est un hématozoaire qui est l'agent du béribéri. Ce parasite se trouve aussi bien dans le sang périphérique que dans celui des organes et ses phases évolutives ressemblent à celles du parasite du paludisme. Il produit du pigment et des spores.

Pour MM. Geddings et Wasding, le bacille ictéroïde de Sanarelli serait vraiment la cause de la fièvre jaune, comme ils ont pu le vérifier en répétant les expériences de Sanarelli qui ont tous les caractères d'une découverte scientifique.

M. Marchoux rapporte des observations prouvant que les indigènes du Sénégal chez qui la filaire de Médine est fréquente, ont nettement conscience de l'origine hydrique de cette affection.

Etude sur la tuberculose péritonéale du cobaye. — De même que de nombreux auteurs, MM. Louis Martin et Albert Vaudremer ont cherché à reproduire, sans y parvenir d'une façon absolue, la péritonite tuberculeuse de l'homme.

Au cours de leurs expériences, ils ont constaté cependant quelques résultats intéressants :

Lorsqu'on injecte dans le péritoine des cobayes des bacilles tuberculeux, on obtient généralement une péritonite tuberculeuse avec tubercules bien visibles. Si on injecte une petite quantité de microbes d'une jeune culture, les choses se passent toujours ainsi.

Si, au contraire, on injecte dans le péritoine une grande quantité de bacilles tuberculeux dont la culture est ancienne (six mois au moins), on voit que dans certains cas les cobayes meurent assez rapidement de cachexie et, à l'autopsie, on ne trouve pas de tubercule dans les organes ou bien on en trouve très peu et leur importance est incapable d'expliquer la mort.

Sur 7 microbes examinés, les auteurs ont pu en trouver un qui tuait toujours le cobaye rapidement lorsqu'on injectait dans le péritoine une grande quantité de bacilles d'une culture âgée de six mois.

Ils ont pensé que le microbe agissait alors par ses poisons et que le cobaye succombait à une véritable intoxication.

Cette idée était d'autant plus logique que le microbe qui leur a donné les résultats les plus constants était justement le même qui, lors d'expériences précédentes sur la méningite tuberculeuse et sur l'étude des poisons tuberculeux, leur avait fourni la plus grande quantité de ces poisons, le même, qui tuait le cobaye en moins de vingt-quatre heures, lorsqu'on injectait dans le cerveau 1/10 de centimètre cube d'une culture de trois mois, filtrée sur bougie Chamberland.

Pour vérifier cette hypothèse, MM. Martin et Vaudremer ont cherché un moyen de tuer le bacille tuberculeux sans détruire ses poisons et ont traité par l'éther des corps de bacilles tuberculeux.

Il faut que les bacilles tuberculeux séjournent longtemps dans l'éther pour être tués; mais, avec du temps, on tue tous les bacilles.

Pour plus de sûreté et pour arriver plus rapidement, il faut laver d'abord les bacilles à l'éther, les dessécher, puis les reprendre par l'éther; lorsque l'opération est bien conduite, tous les grumeaux disparaissent et les bacilles forment avec l'éther une véritable émulsion; l'éther est évaporé et les microbes desséchés sont délayés dans l'eau et injectés dans le péritoine du cobaye. L'éther a une autre action, il débarrasse en partie les bacilles tuberculeux de la matière grasse qui les entoure; si bien que lorsqu'on examine des bacilles qui ont séjourné 3 semaines dans l'éther, plus de la moitié des microbes ne prennent plus la coloration de Ziehl.

Ces microbes morts et dégraissés contiennent encore du poison, mais toutes les races n'en contiennent pas autant et il n'est pas possible avec tous les microbes tuberculeux traités par l'éther de tuer le cobaye d'une façon constante.

Pour le microbe très toxique décrit plus haut, au contraire, les résultats sont constants; des bacilles tuberculeux traités par l'éther injectés dans le péritoine des cobayes les tuent par cachexie dans un délai variable suivant la dose employée.

Ces résultats sont à rapprocher de ceux que M. Auclair a signalés dans sa thèse de doctorat.

Avec 5 centigrammes de corps de microbes, le cobaye meurt en quarante-huit heures; avec 4 centigrammes, il meurt en huit jours; avec 3 centigrammes, il meurt en un mois; avec 2 centigrammes, il meurt en six semaines.

A l'autopsie l'animal ne présente pas de traces de lésions tuberculeuses apparentes. L'intestin est le plus souvent hyperhémié, la rate n'est pas sensiblement augmentée de volume. Le foie est rouge-violacé. Les reins sont gros et violacés à la coupe; les capsules surrénales sont toujours très augmentées de volume et à la coupe sont hyperhémiées à leur centre.

On note souvent un triple épanchement péritonéal, péricardique et pleural. Cet épanchement, dans les cas à évolution rapide, est souvent très abondant. Les poumons sont fortement congestionnés. En somme, on retrouve, dans ces cas, les lésions habituellement constatées chez les animaux morts à la suite d'injection de poisons tuberculeux dans le cerveau ou dans le liquide céphalo-rachidien.

Ce premier point établi, est-il possible d'empêcher la mort du cobaye?

Se rappelant les travaux de Metchnikoff et de son élève Isaëff, MM. Martin et Vaudremer ont cherché à augmenter la résistance des cobayes en déterminant une hyperleucocytose péritonéale, et pour cela, ont injecté dans le péritoine des cobayes 5 centigrammes d'un mélange de deux tiers de bouillon, et un tiers de sérum de cobaye; vingt-quatre heures après, ils injectent les corps des microbes traités par l'éther et voient que les cobayes ainsi préparés résistent à la dose mortelle de microbes tuberculeux traités par l'éther.

Tandis que les témoins maigrissent et meurent avec hypothermie, les cobayes préparés ne maigrissent pas, leur température s'élève d'abord, mais il n'y a pas d'hypothermie consécutive et plus d'un an après les cobayes sont encore vivants et bien portants.

En résumé :

1° Ces expériences nous confirment dans l'existence et l'importance des poisons tuberculeux.

2° Elles nous montrent aussi que les cellules des cobayes si sensibles aux microbes tuberculeux peuvent, dans des conditions déterminées, digérer ces bacilles, traités par l'éther, sans former de tubercules.

Enfin, elles éclairent la question du mode de guérison de la péritonite tuberculeuse, et le meilleur traitement sera vraisemblablement celui qui provoquera le plus sûrement une hyperleucocytose.

Contribution a l'étude de la culture et des réactions colorantes du bacille tuberculeux (M. A. Marmorek). — Si, dans un voile tuberculeux en voie de développement, on examine les portions très jeunes du voile (deux à quatre jours après l'ensemencement), on constate qu'en ce point les bacilles présentent des réactions colorantes différentes de celles que l'on observe dans les bacilles plus âgés. En effet, tandis que ces derniers se colorent exclusivement par la méthode de Ziehl, les *bacilles primitifs* se colorent, en outre, par les méthodes usuelles, par exemple par le bleu de méthylène aqueux. De plus, si l'on soumet ces *bacilles primitifs* à la double coloration Ziehl-Kuehne, on voit qu'un petit nombre seulement gardent le rouge, la majorité restant colorés en bleu.

Cette affinité pour les colorants basiques usuels est un caractère de bacilles jeunes; ils le perdent en vieillissant. Il est possible néanmoins de le fixer jusqu'à un certain point. En effet, une parcelle du voile jeune composé de bacilles primitifs, transportée sur un milieu neuf, s'y développe avec une très grande rapidité. Seulement la culture est ici caractérisée par ce fait qu'elle se compose en très grande partie de *bacilles primitifs*. Les bacilles fixant le rouge y sont peu nombreux. En multipliant de la sorte les passages, on arrive par sélection à obtenir des cultures contenant un nombre de plus en plus grand de bacilles tuberculeux, ne présentant pas les caractères classiques, mais identiques aux *bacilles primitifs* des voiles jeunes.

Quand ces cultures sont devenues vieilles, les individus résistant à la décoloration que l'on y rencontre encore sont, en majorité, constitués par des séries de grains rouges plongés dans une masse fondamentale bleue et rappelant de loin l'aspect de spores.

Ce dernier fait conduit à penser que la culture des *bacilles primitifs*, abandonnée à elle-même, sécrète une substance capable d'attaquer et de dissoudre la carapace cireuse qui protège le bacille tuberculeux normal.

Les cultures très âgées (plusieurs mois) présentent entre leurs verrucosités des îlots de voile mince composés de *bacilles primitifs*. Les réactions colorantes propres aux *bacilles primitifs* s'expliquent par le fait que, dans le voile jeune, les microbes n'ont pas encore eu le temps de fabriquer leur carapace cireuse; dans le voile vieux, le milieu épuisé ne leur fournit plus les éléments nécessaires à l'élaboration de cette carapace.

Transformation du bacille de Koch, d'origine humaine, en une variété possédant la plupart des attributs du bacille de la tuberculose aviaire (MM. Arloing et Paul Courmont). — Les auteurs ont toujours été partisans de l'unité des deux espèces, qui n'exclut pas cependant la possibilité de variations, de propriétés diverses.

En cultivant le bacille humain sur pomme de terre, baignant partiellement dans l'eau glycérinée à 6 p. 100, on voit quelques colonies prendre un aspect gras et bulleux; en lavant cette culture avec l'eau du fond du tube, on met en suspension dans le liquide de nombreux bacilles; en semant ce liquide dans des ballons de bouillon glycériné, on obtient une culture qui pousse dans la profondeur et est homogène. On la maintient homogène en l'agitant plusieurs fois par jour, elle finit par ne plus pousser en voile. Le bacille cultivé dans ces conditions prend en partie les caractères du bacille aviaire. MM. Arloing et Paul Courmont constatent que souvent les bacilles jeunes de ces cultures se laissent plus facilement décolorer par les acides.

Quant à la virulence, elle est très modifiée; le microbe ne donne plus le type Villemin, mais chez le lapin le type Yersin : il devient très pathogène pour la poule.

Recherches sur l'obtention d'un sérum antituberculineux (MM. Arloing et L. Guinard, de Lyon). — Voulant vérifier le fait avancé par Behring et Knor pour la première fois et maintes fois depuis, la présence d'une antituberculine dans le sang des animaux traités par la tuberculine, MM. Arloing et Guinard se sont adressés à la chèvre, chez laquelle l'inoculation de bacilles de Koch, même très virulents, n'aboutit pas à une tuberculisation viscérale et donne de simples accidents locaux. Six chèvres furent soumises aux injections suivantes : bacille de Koch, tuberculine, tuberculine préparée par décoction à 85-90 degrés des bacilles des cultures précédentes, tuberculine préparée avec le bouillon de culture débarrassé de la partie précipitable par l'alcool, ou avec la partie soluble de l'eau dudit bouillon, tuberculine préparée avec la partie du bouillon précipitable par l'alcool. Le sérum sanguin de ces animaux fut employé à neutraliser l'action de la tuberculine sur des cobayes tuberculisés expérimentalement.

Le sérum de la chèvre tuberculisée a un pouvoir protecteur beaucoup plus actif que celui de la chèvre tuberculinée; le sérum des autres chèvres était moins actif, en particulier le sérum de la chèvre imprégné avec le précipité alcoolique formé dans un bouillon de culture filtré.

Pour avoir du bon sérum antituberculineux, il suffit d'inoculer des bacilles sous la peau à un animal qui ne contracte pas de généralisation tuberculeuse à la suite de ces inoculations, la chèvre ou le bœuf.

La tuberculose dans l'arsenal maritime de Brest. — M. C. Auffret, ayant pu en observer la marche dans l'arsenal maritime de Brest qui utilise une moyenne de 7000 à 8000 ouvriers, a constaté que non seulement la maladie n'a pas diminué, mais qu'elle y a subi une sensible augmentation depuis trente ans; les relevés statistiques portant sur une période de trente ans (de 1869 à 1899) prouvent que la mortalité par tuberculose, dans l'arsenal, a généralement atteint la moitié du nombre des décès par causes internes.

Il ressort des courbes relevées pendant cette période que, de dix-huit à trente-neuf ans, la courbe de la mortalité est au-dessous de la ligne des moyennes et au-dessus de cette ligne de trente-neuf à cinquante ans, et que la mort arrive toujours chez les ouvriers, dans l'espace de deux à trois ans, à partir du moment où ils sont venus réclamer les soins.

Des recherches entreprises sur les poussières de divers ateliers ont montré, à diverses reprises, la présence du bacille.

Le sang gélosé comme milieu de culture pour les microbes qui ne se développent pas sur les milieux usuels. — La plupart des microbes pathogènes de l'homme qui ne se développent pas sur les milieux de laboratoire usuels poussent au contraire abondamment, si on leur apporte comme terrain de culture un milieu dont la composition se rapproche du terrain qu'ils trouvent dans l'organisme des êtres vivants. C'est dans cet ordre d'idées que MM. Fernand Bezançon et V. Griffon ont songé à utiliser, comme milieu de culture, le sang même, non modifié, de l'homme ou des animaux de laboratoire.

Pour que le sang constitue un milieu solide, utilisable pour l'isolement des germes, il suffit de lui fournir un substratum de gélose ; celle-ci, mêlée au sang alors qu'elle est encore liquide, emprisonnera en se refroidissant le sang dans sa masse, sans lui faire subir de modification appréciable.

Le sang peut être puisé dans la veine céphalique de l'homme, dans l'artère fémorale du chien, dans la carotide du lapin.

Sur le sang gélosé de lapin, additionné de glycérine, MM. Bezançon et Griffon ont pu obtenir des premières cultures de *bacilles tuberculeux*, non seulement en partant d'organes de cobaye, mais aussi de produits tuberculeux humains : pus d'abcès froid, pus de testicule tuberculeux; les auteurs ont enfin pu déceler, pour la première fois par la méthode des cultures, la présence du bacille dans les épanchements pleuraux sérofibrineux.

Le bacille de la *lèpre*, dont la culture n'a pu être jusqu'ici obtenue, est susceptible d'un certain développement sur le sang gélosé, comme ils l'ont vu avec M. Leredde. Il se fait une multiplication très notable des bacilles apportés par l'ensemencement, comme le prouve l'examen microscopique; ils n'ont eu qu'une seule fois une colonie visible à l'œil nu ; dans aucun cas, enfin, ils n'ont pu repiquer leur première culture.

Le sang gélosé constitue encore un excellent milieu de culture pour le *gonocoque* qui y donne, dès les premières vingt-quatre heures, d'abondantes colonies. La longévité du microbe est extrême, et les auteurs ont pu conserver vivant un échantillon pendant six mois. Le sang gélosé permet aussi le développement abondant et rapide du *méningonocoque* de Weichselbaum qui ne se développe qu'exceptionnellement en premières cultures sur les milieux ordinaires. On peut, enfin, isoler et repiquer le *bacille de Pfeiffer*.

L'emploi du sang gélosé permet donc de substituer aux milieux multiples, nécessaires jusqu'ici pour la culture du bacille tuberculeux, du gonocoque, du méningocoque, du bacille de Pfeiffer, un milieu unique répondant à toutes les exigences de la pratique médicale. Comme, d'autre part, ce milieu conserve très longtemps vivants et virulents les germes pathogènes, il est encore le milieu de choix pour la conservation de certains microbes à faible vitalité, tels que le pneumocoque dont MM. Bezançon et Griffon ont gardé plus de six mois un échantillon vivant et virulent.

Sur les toxines de la lèpre, par M. V. Babès. — Il existe bien une toxine lépreuse : l'histologie nous montre qu'il n'y a pas toujours de rapport intime entre les lésions lépreuses et le nombre de bacilles, surtout dans la lèpre nerveuse où il y a souvent très peu de bacilles, avec cependant des lésions étendues et profondes ; une autre preuve peut être tirée de l'action de la tuberculine, fait mis en évidence par MM. Babès et Kalindero : La tuberculine produit, chez la grande majorité des lépreux, des réactions analogues à celles qu'elle détermine chez les tuberculeux ; il y a cependant des différences : la réaction locale et la réaction générale commencent plus tard chez les lépreux que chez les tuberculeux, souvent même seulement après deux ou trois jours.

C'est cette toxine lépreuse qui produit la fièvre et tout le cortège des symptômes généraux, locaux et nerveux de la lèpre.

Autres communications. — M. S. Rau, *The influence of glycerine, lanoline and vaseline inhibiting the grows of microorganisms in vaccine lymph.* — M. Hahn, *Agglutinen und Agglutinenbildung.* — M. Liemann, *Le paludisme.* — Nocard, *La dourine.* — M. E. A. de Schweinitz, *A review of some of the works in the scientific study of tuberculosis in the United States.* — M. L. Grimbert, *De l'unification des méthodes de culture en bactériologie.* — Rapin, *Analyse bactériologique de l'eau.* — Deutsch, *Ferments réducteurs des bactéries et leurs antiferments.* — Pane, *Mécanisme de l'action du sérum antidiphtérique contre la toxine dans l'organisme animal.*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Par **M. Fernand BEZANÇON**, médecin des hôpitaux, chef du laboratoire de bactériologie de la Faculté de médecine de Paris.

HISTOGÉNÈSE DES ÉPITHÉLIOMAS. — La question de l'histogénèse des épithéliomas a été l'objet de plusieurs rapports, de M. Hlava, Babès, suivis d'une intéressante discussion à laquelle ont pris part MM. Renaut, Coudray, Ziegler, Wernig.

M. Hlava est un partisan convaincu de la spécificité cellulaire et accepte l'axiome de Bard : *omnis cellula e cellula ejusdem generis*. Il ne saurait donc admettre l'ancienne opinion de Virchow que l'épithélioma prend naissance dans le tissu conjonctif; les preuves de l'origine épithéliale du carcinome se tirent d'ailleurs facilement : 1° de l'examen des coupes en séries, qui permettent de suivre la continuité de l'épithélium de la surface avec celui de la profondeur; 2° de l'existence de figures karyokinétiques nombreuses, signalées déjà par M. Cornil, dans les cellules épithéliales mêmes; 3° de la conservation dans la cellule cancéreuse de certaines manifestations physiologiques spécifiques qui en révèlent bien la nature épithéliale : fabrication de tissu corné dans les cancers de la peau, de mucus dans les cancers de l'intestin, de bile même dans les cancers du foie. Cette persistance de la fonction physiologique de la cellule, malgré sa transformation en cellule cancéreuse, expliquerait l'absence de cachexie strumiprive au début du cancer de la glande thyroïde, l'absence de cachexie addisonnienne dans le cancer de capsules surrénales, etc.

Dans les cas où le cancer se développe dans un organe dépourvu d'éléments épithéliaux, c'est qu'il s'agit de cancer secondaire ou bien de cancer développé aux dépens d'un germe épithélial aberrant comme dans les épithélioma développés aux dépens des débris paradentaires de Malassez.

On ne saurait chercher la cause qui détermine la prolifération métatypique des cellules épithéliales dans une irritation simple de l'organe: l'irritation ne joue qu'un rôle prédisposant; quant à la théorie parasitaire, Hlava ne peut la considérer comme démontrée; lorsqu'on trouve des bactéries, il s'agit d'infection secondaire, et les prétendues tumeurs expérimentales reproduites par injection de saccharos myces ne sont que des tuméfactions d'ordre inflammatoire; quant aux pseudo-sporozoaires, ce sont ou des fragments de globules rouges ou des figures tenant à un processus mitosique perverti ou incomplet.

Pour M. Babès, le rôle du terrain, négligé un peu dans ces dernières années sous l'impression des grandes découvertes bactériologiques, doit reprendre sa place dans l'interprétation des maladies et l'on doit se demander si les particularités du terrain morbide, réagissant à des causes *banales*, ne peuvent pas imprimer aux maladies des caractères analogues à ceux de la spécificité: ainsi n'importe quelle irritation mécanique, chimique ou infectieuse agissant sur un tissu épithélial prédisposé, c'est-à-dire susceptible d'entrer en prolifération irrégulière et profonde, pourra déterminer la croissance vicieuse et les dégénérescences particulières du cancer. M. Babès a vu ainsi souvent le cancer se développer sur un terrain occupé par la tuberculose chronique, il a observé le cancer du foie atteint de cirrhose, le cancer développé sur la langue atteinte de leucoplasie. La cause irritative peut d'ailleurs n'avoir été que momentanée et sembler ainsi absente au moment où l'on observe le cancer. Comme M. Hlava, M. Babès admet que les prétendus parasites du cancer ne sont que des modifications très variées du noyau, du nucléole, des inclusions cellulaires, des dégénérescences. Les néoplasies parasitaires produites par les coccidies et les blastomycètes diffèrent essentiellement du vrai cancer, les tumeurs coccidiennes ayant une forme papillomateuse, celles dues aux blastomycètes n'étant que des nodules inflammatoires. Les tumeurs transmissibles de certains animaux ont également une structure différente du cancer, et sont de nature papillomateuse ou adénomateuse. Il ne faut pas cependant abandonner l'idée du parasitisme, mais chercher à le vérifier par d'autres voies, étudier soigneusement si le cancer fait des endémies et des épidémies, et ne pas abandonner les procédés de greffe de tissu cancéreux.

Comme M. Babès, M. Vernig insiste sur l'importance de la modification du terrain, modification qui peut, d'ailleurs, être toute locale, et due à l'irritation de la région.

Pour M. Renaut qui, pas plus que MM. Hlava et Babès, n'est partisan de la théorie parasitaire, la première condition pour qu'une tumeur épithéliale se forme, est que la cellule ne fonctionne plus glandulairement; elle devient alors susceptible de se diviser par karyokinèse, et il suffit que de telles cellules continuent à végéter, selon un type aberrant, pour qu'un cancer puisse se former.

M. Podwyssotzki (de Kieff) étudie surtout LA PHAGOCYTOSE ET L'AUTOPHAGISME DANS LES CANCERS ET AUTRES TUMEURS. Le processus de phagocytose est très répandu dans les tumeurs malignes et constitue un moyen de défense, bien imparfait d'ailleurs, du mésoderme contre l'accroissement progressif du tissu néoplasique; tant que la cellule épithéliale cancéreuse est jeune, pleine de vie, elle n'est pas accessible aux phagocytes; ce ne sont que les cellules mortes qui sont englobées par les leucocytes jouant le rôle de nécrophages.

La réaction inflammatoire, produite dans le tissu conjonctif par l'accroissement des bourgeons cancéreux, quoique se traduisant par l'apparition d'un grand nombre d'éléments mésodermiques, ne contribue en rien à la destruction des cellules épithéliales, car celles-ci sécrètent, pour ainsi dire, une substance défensive, chimiotaxie négative qui les protège contre les cellules mésodermiques. Par contre, la réaction du côté du tissu conjonctif, suivie de son accroissement dans la direction des bourgeons cancéreux, contribue à une DÉSORIENTATION des cellules épithéliales, comme l'ont bien démontré M. Ribbert et M. Fabre-Domergue, et provoque une accélération de la croissance du cancer.

La phagocytose est, au contraire, très accentuée dans toute une série de sarcomes à cellules rondes et dans quelques endothéliomes; cette action phagocytaire est l'œuvre soit de cellules qui forment la masse principale de la tumeur, soit de cellules spéciales, très volumineuses, à grand noyau ovale, véritables macrophages. Il se produit donc un véritable processus d'autophagisme.

Ces phénomènes de phagocytose donnent lieu à la production de figures d'inclusions cellulaires que l'on a prises pour des sporozoaires : une partie de ces inclusions représente le centrosome hypertrophié, avec la zone de protoplasma qui l'entoure, en état de dégénérescence mucoïdo-colloïdale.

M. Podwyssotzki estime qu'un bon et peut-être le seul moyen de traitement des cancers consisterait dans une diminution, par un moyen quelconque, de la substance défensive qui doit exister dans les cellules cancéreuses jeunes, ou bien dans l'augmentation du pouvoir cytolytique

et phagocytaire du mésoderme. La méthode sclérogène par injection de chlorure de zinc, qui provoque dans les tissus normaux un afflux de leucocytes, mériterait d'être tentée comme traitement du cancer, d'après M. Coudray.

M. Nepveu (de Marseille) s'est attaché à étudier la **zone suspecte** qu'on trouve autour de tout foyer cancéreux. Dans cette zone, où l'on ne voit encore aucun foyer cancéreux, il y la hypertrophie et karyomitose de tous les endothéliums des capillaires et nombreuses cellules à granulations basiques (Mastzellen).

Comme les auteurs précédents, M. Cornil est partisan de l'origine épithéliale du cancer, et estime que ce qu'il a décrit autrefois sous le nom de carcinome alvéolaire n'est à son début qu'un épithelioma tubulé; des travées épithéliales pénètrent profondément dans le tissu conjonctif en produisant des cylindres pleins se terminant par des bourgeons; la segmentation de ces cylindres par la prolifération du tissu conjonctif aboutit à la formation d'alvéoles. Dans la plupart des cas, on voit une assez grande quantité de leucocytes autour des acini malades; mais ceux-ci, bien loin de jouer un rôle phagocytaire déterminent un ramollissement qui favorise l'entrée et la prolifération en voie normale de l'épithélium dans le tissu conjonctif.

Sur la glycogénèse dans les tumeurs. — Pour M. Pavriloff la meilleure méthode pour mettre le glycogène en évidence, tant par sa simplicité que par la constance des résultats, est celle de Ehrlich-Brault (fixation par l'alcool à 96 degrés, action de la gomme iodée sur les coupes). Néanmoins l'insuffisance de netteté dans les contours des cellules oblige quelquefois d'avoir recours à la coloration préalable des coupes. On obtient de bons résultats en colorant rapidement les préparations par la solution aqueuse d'hématéine et en faisant agir ensuite la gomme iodée. La coloration du glycogène par la fuchsine phéniquée (Besl) est très recommandable, malheureusement cette méthode ne réussit pas toujours.

On trouve le glycogène en quantité considérable, non seulement dans les tumeurs atypiques malignes, mais aussi dans quelques tumeurs typiques à développement rapide, par exemple : dans les papillomes, les adénomes, les myomes.

Les tumeurs épithéliales typiques, surtout les papillomes, sont les plus favorables pour l'étude de la distribution topographique du glycogène.

Dans les papillomes, le glycogène est situé principalement dans l'épithélium, mais on le trouve aussi dans le stroma conjonctif. Les couches de l'épithélium éloignées du tissu conjonctif et des vaisseaux sont les plus riches en glycogène, le corps muqueux de Malpighi l'est beaucoup moins. Là le glycogène se rencontre plutôt dans les espaces intercellulaires que dans l'intérieur des cellules.

Quant au stroma conjonctif, il contient du glycogène, aussi bien dans les cellules qu'à l'état de liberté, dans les fentes lymphatiques et dans les globules blancs situés dans ces fentes.

Dans les autres tumeurs, la distribution du glycogène n'est pas aussi régulière, mais là encore, il se trouve non seulement dans les cellules spécifiques du néoplasme, mais quelquefois aussi dans les cellules du stroma, dans l'endothélium des vaisseaux et dans les globules blancs.

Dans les foyers nécrotiques des tumeurs, on trouve des amas considérables de leucocytes riches en glycogène.

Quelquefois le glycogène peut être constaté dans l'intérieur des noyaux, tantôt sous la forme de petits grains, tantôt sous la forme d'agglomérations sphériques considérables.

Etant donné que des quantités considérables de glycogène se trouvent non seulement dans les tumeurs malignes, mais aussi quelquefois dans les tumeurs bénignes, la présence du glycogène, même en quantité considérable, ne constitue pas, à elle seule, un signe pathognomonique de la malignité de la tumeur.

Contrairement à M. Pavriloff, M. Brault a toujours observé que, dans les cas de tumeur à développement rapide, jamais le glycogène ne manquait; il estime donc que la présence du glycogène a une grande importance au point de vue du pronostic et ne croit pas qu'il y ait d'exception à cette règle qu'il a formulée.

M. Brault étudie ensuite, avec M. Lœper, la glycogénèse embryonnaire : Si l'on sait depuis les travaux de Claude Bernard que la glycogénèse embryonnaire est fonction générale de l'embryon, on ne sait à quel moment exact le glycogène apparaît et disparaît des viscères. D'une série d'examens ayant porté sur le cerveau, la moelle, la peau et ses annexes, les cartilages, les vaisseaux, les séreuses articulaires, le cœur, l'aorte, le tube digestif, le rein, il résulte que la glycogénèse chez les embryons paraît correspondre à des phases de suractivité des tissus au fur et à mesure des besoins et suivant des règles déterminées d'avance. Il est impossible de conserver aujourd'hui l'idée de Cl. Bernard sur la fonction *vicariante* du placenta, de la peau, des muqueuses qui contiendraient du glycogène en attendant l'apparition de la fonction glycogénique du foie qui commence du quatrième au cinquième mois.

La glycogénèse est *universellement* répandue à certaines époques du développement embryonnaire, aussi bien dans le tissu conjonctif que dans les épithéliums et les organes glandulaires.

La glycogénèse correspond à des exigences des cellules à un moment donné; pour le cordon, par exemple, toutes les parties sans exception sont infiltrées de glycogène pendant plusieurs mois; vers la fin de la grossesse, le glycogène disparaît des artères et des veines, mais il persiste encore dans un certain nombre de cellules étoilées de la gélatine de Warthon. Tous ces phénomènes sont indépendants de l'activité du foie, comme l'est d'ailleurs la glycogénèse à l'état pathologique, ainsi que M. Brault l'a établi dans l'étude des tumeurs.

Role des cellules fixes dans l'inflammation. — Cette étude a fait l'objet de trois rapports importants de M. Baumgarten, de M. Nikiforoff et de M. R. Marie.

M. Baumgarten s'attache surtout à montrer l'importance du rôle des cellules fixes dans les phénomènes inflammatoires; ces cellules sont toujours mises en cause, en effet, soit qu'elles prolifèrent d'une façon active ou s'hypertrophient, soit qu'elles subissent des lésions régressives, de dégénérescence ou de nécrose, la différence du mode de réaction tient au degré d'intensité ou de qualité de l'agent phlogogène.

Dans ses métamorphoses, la cellule fixe ne produit que des cellules de même espèce, les éléments leucocytaires des foyers inflammatoires ne dérivant jamais des cellules connectives; ils proviennent du sang, ou de la lymphe, ou d'anciennes cellules migratrices, telles que les clasmatocytes de Ranvier. Par contre, les cellules endothéliales qui, au point de vue histogénétique, proviennent de la même cellule mère que la cellule connective, peuvent se transformer en cette variété de cellule.

Le rôle de ces cellules endothéliales est d'ailleurs complexe, car l'altération de ces cellules permet la margination et la diapédèse des leucocytes intra-vasculaires ; les cellules fixes enfin participeraient au processus diapédétique en produisant, sous l'influence du processus phlogogène, des substances chimio-tactiques qui attirent les globules blancs hors des vaisseaux.

M. Nikiforoff étudie spécialement les modifications des

cellules fixes qui sont adjacentes aux vaisseaux sanguins ; ces cellules sont capables d'activité amiboïde et phagocytaire ; elles sont susceptibles d'absorber les corps étrangers et les cellules nécrosées, lorsque les corps étrangers sont difficilement assimilables, de nombreuses cellules s'accumulent, leur protoplasma se fusionne et il se forme une cellule géante. A la dernière période du processus inflammatoire, les cellules connectives jouent le rôle principal dans le développement du nouveau tissu conjonctif. M. Nikiforoff estime par contre qu'il faut faire des réserves sur leur rôle dans la formation des nouveaux vaisseaux.

M. René Marie expose surtout le rôle DES CELLULES FIXES DANS LES PHÉNOMÈNES RÉACTIONNELS RÉPARATEURS.

Dans l'*organisation des caillots*, thrombus intra-vasculaires, hématomes, corps jaunes de l'ovaire, etc., l'élément d'organisation est la cellule fixe du tissu conjonctif à l'exclusion de tout leucocyte : c'est un élément toujours le même, une cellule allongée à prolongements multiples anastomotiques, vaso-formative, mobile, phagocytaire, se multipliant souvent par karyokinèse ; ces cellules, dès le début de l'organisation, sont en continuité directe et anastomosées, soit avec les cellules endothéliales, soit avec les cellules fixes de la paroi.

Les éléments d'organisation sont les mêmes dans les *inflammations des séreuses, plèvre, péricarde, péritoine, réunion immédiate des plaies.*

Dans les phénomènes inflammatoires qui se développent autour de corps étrangers, le rôle de la cellule connective est plus difficile à définir : on trouve, en effet, autour du corps étranger, à côté de cellules conjonctives normales, des endothéliums vasculaires, des leucocytes mono ou polynucléés, des cellules dites épithélioïdes, des cellules géantes enfin. C'est surtout l'interprétation de ces deux dernières variétés de cellules qui offre matière à discussion : Pour les cellules géantes, il en est qui sont certainement d'origine conjonctive, et on peut les voir se former aux dépens de la cellule adipeuse par hypertrophie du protoplasma et multiplication du noyau. Il en est de même des cellules épithélioïdes que MM. Cornil et Marie ont vu se former aux dépens de la cellule adipeuse.

Quant à la transformation des leucocytes en cellules fixes que MM. Metchnikoff et Queston ont observée sur le vivant dans la nageoire caudale de têtard de batracien, M. Marie se demande si elle est encore possible chez les animaux supérieurs, surtout adultes. Il faut d'ailleurs se rappeler que les cellules conjonctives tuméfiées sont susceptibles de phagocytose, ce qui complique l'interprétation du phénomène.

A propos du rôle des cellules endothéliales dans l'organisation de la fibrine, M. Cornil fait remarquer quelle profonde différence existe entre les séreuses et les surfaces muqueuses ; tandis que dans ces dernières, il ne se fait pas d'organisation de la fibrine exsudée, aux dépens des cellules épithéliales, dans les séreuses l'organisation se produit aux dépens des cellules endothéliales selon deux types, selon qu'il s'agit de la plèvre ou du péritoine, comme il l'a montré expérimentalement. Le poumon serait susceptible de se comporter à ce point de vue comme une séreuse et M. Cornil a vu dans certains cas de pneumonie fibrineuse à résolution lente une véritable organisation de la fibrine aux dépens des cellules de revêtement des alvéoles.

M. Vlassoff, se basant sur ses recherches expérimentales sur le mécanisme des inflammations adhésives des surfaces séreuses du grand épiploon, estime aussi que les cellules endothéliales et conjonctives subissent sous les mêmes influences initiatives la même série de lésions et sont altérées en même temps d'une façon presque identique. Elles sont de deux espèces, les unes dégénératives qui les font ressembler aux leucocytes des exsudats, les autres prolifératives analogues à celles qu'ont décrites MM. Cornil et Ranvier dans les inflammations des séreuses.

RÉPARATION EXPÉRIMENTALE DES TISSUS. — Etudiant le mode de réparation expérimentale des tissus, M. Ziegler conclut que toutes les réparations se font par un accroissement et une prolifération des cellules préexistantes du tissu blessé ; chaque tissu ne peut produire qu'un tissu de même nature ; toute blessure qui touche le tissu mésodermique guérit par une cicatrice formée de tissu fibrillaire de vaisseaux sanguins et de nerfs, souvent aussi de fibres élastiques ; à la surface du corps ces cicatrices se recouvrent de cellules épithéliales.

Les blessures du squelette guérissent par la formation d'une cicatrice caractérisée par du tissu ostéoïde et cartilagineux qui se transforme en tissu osseux. Les cicatrices de la peau, des vaisseaux sanguins, du trachis intestinal, du poumon, de la rate, des ganglions lymphatiques, du cerveau et de la moelle sont formées ordinairement par un tissu purement conjonctif ; on peut assister cependant à une organisation plus complexe, par suite du bourgeonnement des cellules épithéliales de la surface ou des culs-de-sac glandulaires. Les cellules épithéliales de la peau, des muqueuses des conduits glandulaires et des grandes cavités du corps sont capables de proliférer avec énergie pourvu qu'elles ne soient pas trop modifiées.

Dans les cicatrices d'un nerf périphérique on trouve toujours de nombreuses fibres nerveuses de nouvelle formation. Les cicatrices d'un muscle strié sont traversées par des fibres musculaires, sauf celles du cœur qui ne contiennent que du tissu fibrillaire, les cicatrices des muscles lisses de même ne contiennent que très peu de fibres musculaires.

La régénération est d'autant plus complète et facile que l'individu est plus près de l'état unicellulaire — deux espèces proches parentes peuvent d'ailleurs montrer de grandes différences.

La réparation des tissus aboutit à des résultats différents qu'on peut, d'après M. Carnot, répartir en trois groupes : 1° réparation proprement dite, morphologique et fonctionnelle avec retour intégral à la forme et à la fonction antérieure, par exemple néoformation d'une queue de têtard ou d'une patte de triton ; 2° régénération incomplète ou fonctionnelle par hyperplasie diffuse ; la forme de l'organe n'est plus rétablie, mais l'hyperplasie des éléments restants est telle que l'organe récupère sa fonction physiologique, exemple : résection étendue du foie et du rein ; 3° réparation par cicatrice conjonctive ou névroglique sans régénération.

La tendance régénératrice est d'autant plus faible que l'individu est plus élevé en organisation, plus âgé ; que le tissu est mieux différencié ; tandis que les tissus mésodermiques se réparent facilement, les plaies du tissu nerveux n'aboutissent qu'à une réparation purement cicatricielle d'origine névroglique. Les tissus épithéliaux se réparent d'autant plus facilement qu'ils sont plus vivants et résistants : en première ligne viennent les épithéliums de revêtement peau et muqueuse, selon un mode décrit par M. Ranvier puis par MM. Cornil et Carnot : si la perte de substance est petite, elle est presque immédiatement comblée par un éboulis et un glissement des cellules épithéliales ; si la perte de substance est plus grande, on observe l'établissement d'une charpente fibrineuse sur laquelle se greffent des cellules épithéliales libres ; bords et îlots greffés prolifèrent activement et se rejoignent ; la fibrine en se rétractant rapproche les bords de la plaie et se résorbe ensuite.

Dans les cas de large résection, après ablation d'un segment vésical ou intestinal, il se fait d'abord presque immédiatement une occlusion mécanique par accolement des organes voisins : épiploon, anse d'intestin, paroi abdomi-

nale; la soudure a lieu sur les bords, grâce à un léger exsudat fibrineux, et bientôt le glissement sur les bords des greffes dispersées et la multiplication cellulaire à leur niveau tapissent ces organes d'un épithélium de revêtement continu. Les épithéliums glandulaires, l'ovaire même paraissent se régénérer; par contre, dans les glandes conglobées, pancréas, glande salivaire, le processus de réparation devient moins actif, et au processus de régénération s'associent des cicatrices fibreuses.

Quant aux éléments si différenciés du foie et du rein, ils ne semblent guère être capables de régénération et leur plaie se termine par une cicatrice fibreuse; s'il n'y a pas de régénération locale, on assiste par contre à une multiplication cellulaire intense, traduite par le rétablissement intégral des fonctions.

Les cellules nerveuses paraissent incapables de régénération; après section des nerfs, les nouveaux cylindraxes qui se forment dérivent, en réalité, comme le montre M. Ranvier, des cellules mêmes desquelles dépendaient les cylindraxes détruits.

Le mode de réparation tient encore aux conditions biologiques ambiantes : lorsque la réparation doit se faire en milieu septique, la réparation épithéliale est impossible, et l'on n'observe même pas toujours la réparation fibreuse.

M. Tuffier, de même que M. Carnot, à la suite d'une section du rein, n'a pas vu de réparation de l'organe, mais seulement cicatrisation fibreuse; il ne se fait pas de véritable régénération des glomérules.

Dans les plaies du foie, de même d'après M. Cornil, les travées du parenchyme se nécrosent, alors que les canaux biliaires sont susceptibles de régénération.

Dans ces plaies, comme l'a montré M. Loevy, qui abouche l'épiploon à leur niveau pour le sectionner, il se fait une véritable régénération vasculaire.

Les phénomènes de réparation des cellules nerveuses, après la section d'un nerf, sont caractérisés d'après M. Marinesco par des modifications dans le volume et surtout dans l'état de la substance chromatique; ces modifications sont passagères et en rapport intime avec la régénérescence du nerf sectionné. Si on empêche cette régénérescence, les cellules perdent leur substance chromatique, s'atrophient et finissent par disparaître.

M. Marinesco, après cautérisation de l'écorce cérébrale, n'a jamais trouvé dans la cicatrice des cellules nerveuses de nouvelle formation.

Anatomie pathologique de la névroglie. — M. Babès a cherché à vérifier dans quelle mesure et dans quelles conditions la névroglie participait aux processus morbides des centres nerveux.

De cette étude, il résulte qu'il existe un lien étroit entre la névroglie et les cellules et fibres nerveuses; que la névroglie renferme un système canaliculaire propre qui devient plus manifeste dans différents états d'œdème et d'inflammation chronique, qu'elle possède des qualités sécrétoires, et qu'elle n'a pas seulement un rôle de soutien, de squelette, mais un rôle actif dans la nutrition et la fonction des centres nerveux.

D'après M. Marinesco, si le tissu névroglique et le tissu nerveux ont primitivement une souche commune, il s'établit plus tard un véritable antagonisme latent entre eux : l'harmonie de nutrition entre le tissu nerveux et le tissu névroglique se maintient probablement par la sécrétion d'une substance que la cellule nerveuse élabore pour maintenir l'équilibre nutritif des éléments constitutifs des centres nerveux.

Toutes les fois qu'il y a une altération rapide des cellules nerveuses, il apparaît une quantité plus ou moins considérable de véritables cellules névrogliques, lesquelles peuvent disparaître après avoir formé de la substance fibrillaire. Plus la lésion destructive du système nerveux est ancienne, plus il y a de fibrilles névrogliques et peu de cellules. Ces dernières ont le même caractère que chez l'adulte, c'est-à-dire qu'elles ne présentent pas de véritables prolongements protoplasmiques, mais qu'elles sont traversées tout simplement par les fibrilles. Ces fibrilles de nouvelle formation suivent exactement le trajet des fibres nerveuses et de leurs collatérales.

M. Weigert, en perfectionnant sa méthode depuis quelques années, est parvenu à colorer spécifiquement la névroglie par ce procédé.

On peut déceler des réactions névrogliques, par exemple, à la suite de phénomènes ischémiques, alors que par d'autres procédés, comme l'avait cru M. Hoche, cette réaction peut manquer. La réaction névroglique ne s'observe guère à la suite de l'irritation par des agents étrangers, elle a surtout la valeur d'un tissu de remplacement.

(Nous regrettons vivement de ne pouvoir donner un résumé des rapports de MM. Ehrlich et Jolly sur les leucocytes; mais ces rapports n'ont pas encore été publiés.)

Sur la résistance des globules rouges a l'état physiologique et a l'état pathologique. — Tous les agents capables de détruire les globules rouges peuvent être utilisés pour mesurer leur résistance; il n'est pas indifférent cependant, d'après M. Hamburger (d'Utrecht), d'employer tel ou tel agent, et il est préférable de s'adresser à des agents qui jouent un rôle dans la vie normale de l'organisme, aux solutions salines diluées. Les globules se montrent très sensibles, à des différences de 0,005 p. 100, vis-à-vis de ces solutions. Si M. Duncan a le premier signalé l'usage des solutions salines diluées, c'est à M. Malassez qu'on doit des recherches systématiques dans cette voie.

M. Hamburger se sert de la méthode qui consiste à rechercher la solution saline la plus diluée dans laquelle tous les globules sanguins conservent encore leur matière colorante. Cette solution correspond à la soi-disant résistance inconnue.

Voulant résoudre par quels facteurs est dominée la sortie de la matière colorante sous l'influence des solutions salines, M. Hamburger a pris comme point de départ l'hypothèse que le globule sanguin se compose d'un réseau protoplasmatique dans les mailles plus ou moins fermées duquel se trouve le contenu rouge intraglobulaire, c'est ce liquide qui représente d'une façon exclusive le pouvoir osmotique de la cellule; le protoplasma n'y prend aucune part.

Ce qu'on appelle résistance des corpuscules sanguins vis-à-vis d'une solution saline est une valeur compliquée, fonction de 3 facteurs :

1° De la pression osmotique du contenu intraglobulaire;
2° Du volume du contenu intraglobulaire;
3° De la résistance du protoplasma.

D'après M. Vaquez, la meilleure méthode pour évaluer la résistance des globules rouges du sang à l'état normal et pathologique est la méthode du professeur Hamburger.

L'étude du phénomène de l'altérabilité des globules rouges et de l'hématolyse définitive montre, si l'on veut bien se souvenir des travaux d'H. de Vries et de l'isotonie, que la méthode, pour être complète, ne doit pas se borner exclusivement à noter le titre de la solution saline dans laquelle l'hémoglobine commence à diffuser. Cette simple constatation serait insuffisante.

Si l'on veut suivre le phénomène dans toutes ses manifestations, la meilleure méthode technique est celle qui nous fera connaître :

1° L'altérabilité du globule rouge, dénoncée par sa dilatation progressive, depuis le moment où sa forme n'est pas

altérée dans la solution saline (équilibre osmotique) jusqu'à celui où sa dilatation s'accompagne de la diffusion de l'hémoglobine ;

2° La diffusion de l'hémoglobine, indiquée, suivant la méthode d'Hamburger, par l'apparition de la teinte révélatrice dans une solution saline donnée ;

3° L'hématolyse véritable, c'est-à-dire la disparition progressive des globules rouges, matière colorante et stroma. Seules les méthodes de numération peuvent nous faire connaître cette partie du phénomène.

Les travaux de M. Vaquez, confirmant ceux de Fullons, montrent la variabilité extrême de la diffusion de l'hémoglobine suivant le procédé mis en usage. L'application à la pathologie ne pourra être entreprise avec fruit que lorsqu'une méthode unique aura été adoptée et lorsque les difficultés multiples de la technique actuelle auront été résolues.

M. Obryut pense que la substance nucléique existe réellement dans les globules rouges, que le noyau n'a pas quitté l'érythroplasma, mais qu'il s'est mêlé au stroma.

Anatomie pathologique de la rate. — D'après M. Dominici, à l'état normal, la rate peut être assimilée à un ganglion dont les follicules seraient centrées par des artères et dont la pulpe serait creusée de sinus veineux. Comme le ganglion, elle détruit, grâce à la présence des macrophages, les hématies et les polynucléaires neutrophiles.

Or, ces derniers éléments sont formés par la moelle osseuse.

Celle-ci est de plus constituée non plus par du tissu de ganglion, mais par le tissu myéloïde.

Les fonctions de la rate sont donc antagonistes de celle de la moelle, puisqu'elle détruit les éléments formés par cette dernière.

Si l'on détermine des états septicémiques par injection de bouillon de culture de bacille d'Eberth, on peut constater les faits suivants :

A. Au début de l'infection, la rate exagère son pouvoir destructeur vis-à-vis des globules rouges, des polynucléaires neutrophiles dérivant de la moelle, grâce à la suractivité de ses macrophages. Ainsi se trouve renforcé l'antagonisme physiologique de ces deux organes.

B. Si l'on immunise peu à peu l'animal contre l'action pathogène du bacille d'Eberth, on constate les faits suivants :

La destruction des hématies et des polynucléaires diminue dans la rate.

Certains éléments caractérisant le tissu de la moelle osseuse active, ou tissu *myéloïde*, y apparaissent. Ce sont les myélocytes, basophiles et neutrophiles, les hématies nucléées.

La rate subit donc une transformation myéloïde, mais celle-ci est incomplète, car deux autres éléments du tissu de la moelle osseuse sont absents, à savoir : les mégacaryocytes, les myélocytes éosinophiles.

Une transformation myéloïde complète de la rate peut être obtenue par l'emploi des saignées répétées.

Par ce procédé, on détermine, dans la rate du lapin adulte, la poussée de tous les éléments caractérisant le tissu myéloïde.

Le rôle des macrophages destructeurs d'hématies et de polynucléaires, s'atténue considérablement.

Si l'on associe anémie et infection expérimentales, on assiste à la coexistence, dans la rate, des deux processus suivants :

1° Le processus hématopoiétique et leucopoiétique dévolu au tissu myéloïde ;

2° Le processus hématolytique et leucolytique dévolu aux macrophages.

Association à des degrés d'intensité différents de l'activité des macrophages et des poussées de tissu myéloïde ; voilà la clef du mécanisme des réactions de la rate envisagée au point de vue anatomo-pathologique.

L'existence à l'état latent dans la rate de l'adulte de tissu myéloïde, démontrée par les recherches de M. Dominici, confirme, d'après MM. Fernand Bezançon et Labbé, les conclusions formulées par M. F. Bezançon dans sa thèse sur la rate dans les maladies infectieuses, que le rôle de la rate consiste non seulement en la formation de lymphocytes et de leucocytes mononucléaires, mais en la production dans le corpuscule et dans la pulpe de leucocytes polynucléaires.

La formation de ces derniers ne se fait pas cependant, comme l'avait admis autrefois M. Fernand Bezançon, par transformation des lymphocytes : toutes les recherches que l'auteur a entreprises depuis avec M. Marcel Labbé, en particulier leurs travaux sur les réactions du ganglion lymphatique dans les infections expérimentales, leur ont montré que les lymphocytes ne se transformaient jamais en leucocytes polynucléaires.

Lorsqu'il se forme des polynucléaires aux dépens du corpuscule de Malpighi, cette formation n'est pas l'œuvre du corpuscule, mais bien de cellules contenues dans une zone de tissu réticulé, située à la partie périphérique du corpuscule analogue à la zone de tissu réticulé diffuse, périfolliculaire, que MM. Bezançon et Labbé ont décrite dans le ganglion autour du follicule proprement dit. De même que cette zone doit être rattachée au système des cordons folliculaires, de même la zone péricorpusculaire doit être rattachée à la pulpe splénique et non au corpuscule. Les cellules qui sont contenues, sont donc susceptibles de participer aux réactions myéloïdes de la pulpe, réactions qui sont assez intenses, comme M. Bezançon l'a vu dans la pneumonie, pour que toute la périphérie du corpuscule soit occupée par des leucocytes polynucléaires.

Quant aux cellules qui sont la matière de ces formations myéloïdes, ces cellules que M. Bezançon avait décrites sous le nom de leucocytes mononucléaires, à noyau vésiculeux et à protoplasma abondant, correspondent précisément à la variété cellulaire décrite par M. Dominici, sous le nom de leucocyte mononucléaire à protoplasma basophile, variété que cet auteur a eu le mérite de montrer comme étant la souche des leucocytes mononucléaires granuleux, origine, eux-mêmes, des leucocytes polynucléaires granuleux.

Les expériences de MM. Bezançon et Labbé, sur l'infection charbonneuse et staphylococcique expérimentale, montrent cependant que dans le plus grand nombre des cas, la réaction myéloïde de la rate n'est qu'ébauchée et qu'elle se comporte surtout comme un tissu lymphoïde, où, dans le corpuscule, se fabriquent d'une façon intensive, les lymphocytes et leurs dérivés, où, dans la pulpe, se font une destruction et une phagocytose très active des hématies et des leucocytes.

L'étude histologique des tissus de granulations, tels que : trachome, chalazions, etc., des zones inflammatoires accompagnant des néoplasies comme les carcinomes, les épithéliomas, les sarcomes, fibromes, papillomes, les inflammations expérimentales, a attiré l'attention de M. Segall sur certains éléments ayant toutes les réactions colorantes de la chromatine nucléaire, mais caractérisés par des aspects particuliers consistant en filaments de chromatine plus ou moins larges et extrêmement longs, formant souvent un mélange inextricable terminé par un renflement, ou par des grains de chromatine. Il n'est pas rare de voir des filaments extrêmement minces appendus au filament principal et se terminant eux-mêmes par des petits bourgeons de chromatine. Les grains ou bourgeons terminaux sont soit homogènes, soit vacuolaires. Quelquefois on trouve, au milieu ou à l'extrémité d'un amas de filaments, des leucocytes mono et polynucléaires.

Ces éléments dérivant de la chromatine nucléaire méritent le nom de « chromatocytes ».

Myocardite parenchymateuse rhumatismale. — MM. P. Merklen et Rabé rapportent une observation qui prouve que, comme l'ont montré Weill et Barjon, il peut se développer, sous l'influence du rhumatisme articulaire aigu, de la myocardite parenchymateuse au même titre que de l'endocardite et de la péricardite.

Cette myocardite est caractérisée par une dégénérescence vacuolaire diffuse des fibres du cœur et se traduit cliniquement par une asystolie spéciale avec pâleur, angoisse, crises lipothymiques, rapidement suivie de mort. Elle survient à l'occasion de poussées répétées et souvent légères de rhumatisme chez des sujets antérieurement atteints de lésions valvulaires.

Dans le cas de MM. Merklen et Rabé, la lésion était caractérisée par une atrophie avec dégénérescence granuleuse de la fibre sur certains points, par de l'altération vacuolaire avec dissociation segmentaire des fibres sur d'autres; les lésions du myocarde étaient à leur maximum dans les couches sous-endocardiques et surtout dans les piliers du ventricule gauche.

MM. Merklen et Rabé ont observé les mêmes lésions chez des malades morts d'asystolie lente à la suite de cardiopathies rhumatismales.

Pour M. Brault, au contraire, les phénomènes de myocardite entrent peu en jeu pour amener l'asystolie, ce que l'on observe surtout ce sont des phénomènes de stase, dilatation et même hémorragies du lacis des capillaires du myocarde.

De même que le myocarde s'hypertrophie dans l'insuffisance aortique, de même, comme le montrent MM. P. Merklen et Rabé, s'hypertrophie la tunique musculaire des artères; elle peut atteindre jusqu'à trois fois l'épaisseur qu'elle présente à l'état normal. Cette hypertrophie compensatrice est sans doute destinée à régulariser la circulation périphérique, elle peut expliquer la tendance aux spasmes artériels si communs de l'insuffisance aortique.

M. Letulle, étudiant les sténoses congénitales de l'aorte et de l'artère pulmonaire, a constaté qu'il existait toujours des lésions macroscopiques de l'endocarde pariétal. A ces modifications d'aspect correspondent au point de vue histologique des épaississements de la couche sous-endocardique. La non-oblitération de l'orifice interventriculaire est un arrêt de développement secondaire; elle est due aux variations de pression. La nature du processus inflammatoire reste inconnue le plus souvent, dans un cas on a conclu à la syphilis.

M. Troisier présente les pièces des 4 premiers cas connus en France de cancer du canal thoracique, il met en relief les rapports entre le cancer secondaire du canal thoracique et le ganglion sus-claviculaire.

M. Nattan-Larrier, de 3 cas de cancers du canal thoracique et des lymphatiques afférents qu'il a observés, conclut que ce cancer peut être total ou partiel, qu'il s'accompagne le plus souvent d'envahissement des ganglions prélombaires, qu'il peut exister sans qu'il y ait d'adénopathie sus-claviculaire, de même qu'il peut y avoir adénopathie sans cancer du canal. Le cancer peut envahir non seulement le canal thoracique mais encore les lymphatiques rétropéritonéaux et médiastinaux, il peut envahir par voie rétrograde les lymphatiques et chylifères de l'intestin qui se présentent alors sous forme de cordons noueux et irréguliers, thrombosés sur toute leur étendue, ou envahis par place, dilatés par segments; lorsque les chylifères sont largement envahis, on assiste à la production d'ascite chyleuse.

Autres communications. — M. Decloux : *Tuberculose hypertrophique de l'intestin grêle.* L'auteur rappelle que dans ce cas les lésions étaient particulièrement localisées à la sous-muqueuse; les cellules géantes étaient nombreuses, mais les bacilles étaient rares. Il existait enfin de l'hypertrophie de la musculaire et de l'adipose sous-séreuse.

M. Decloux : *Anévrisme miliaire.* Chez un malade ayant succombé à la suite de melæna, on en trouve la cause dans la présence, au niveau du duodénum, d'un véritable anévrisme miliaire.

MM. Letulle et Nattan-Larrier : *Langue noire.* Dans la langue noire, la lésion consiste principalement en hyperkératose, le pigment siégeant dans les cellules cornées. On n'a pas isolé de microbe spécial, mais des levures et des microbes vulgaires.

M. Pinoy : *Tuberculose de la glande thyroïde.* Au cours de la tuberculose pulmonaire, une éruption de fines granulations peut s'observer au niveau du corps thyroïde ; ces granulations sont constituées par un assemblage de follicules tuberculeux élémentaires remplis de bacille.

Mlle Densuséanu : *Histologie des arthrites chroniques et spécialement de l'arthrite blennorragique.*

Mlle Densuséanu : *Dégénérescence et régénération des plaques nerveuses motrices, à la suite de la section des nerfs périphériques.*

MM. de Gothard et Riche : *Kystes parasitaires du cerveau ; tænia echinococcus. Sarcome du cerveau.*

MM. Cornil et Weinberg : *Grossesse tubaire.*

Hoche : *Cancer de l'œsophage, greffe secondaire probable sur les bords d'un ulcère gastrique.*

Wlaeff : *Blastomycètes dans l'organisme.*

PATHOLOGIE INTERNE

Par **M. COURTOIS-SUFFIT**, médecin des hôpitaux.

MALADIES DU TUBE DIGESTIF

Ulcérations gastriques.

La section de pathologie interne, réunie sous la présidence de M. le professeur Potain, a commencé ses travaux par la lecture du rapport de M. le professeur Dieulafoy sur les ULCÉRATIONS GASTRIQUES. En voici les conclusions :

« On peut trouver dans l'estomac des ulcérations de toute dimension, depuis la très petite ulcération punctiforme dite érosion jusqu'aux grandes ulcérations étalées et profondes qui dépassent l'étendue d'une pièce de cinq francs.

Les troubles digestifs, l'intolérance stomacale, les vomissements, les hématémèses, la perforation de l'estomac avec ses conséquences, l'adjonction du cancer, sont des symptômes et des complications communes à bon nombre d'ulcérations stomacales.

Au lieu de passer en revue chacun de ces symptômes et chacune de ces complications, ce qui serait une étude de sémiologie, nous pensons qu'il est préférable de choisir parmi les ulcérations stomacales un certain nombre de types, représentant, au point de vue clinique, pathogénique et anatomique, des entités morbides assez nettement définies. Voici quelques-uns de ces types :

L'*érosion stomacale* est la plus petite des ulcérations. Elle se présente à la muqueuse sous forme d'un pointillé hémorragique plus ou moins abondant, témoin les érosions pneumococciques. Malgré leur très petite dimension, les érosions peuvent provoquer des hématémèses abondantes.

Dans quelques circonstances on trouve sur la muqueuse stomacale une ou plusieurs pertes de substance, un peu plus étendues que l'érosion. J'ai proposé à cette lésion la dénomination d'*exulceratio simplex*. Pour si superficielle qu'elle paraît, cette exulcération peut atteindre les artérioles qui rampent au-dessous de la muscularis mucosæ, et provoquer l'explosion d'hématémèses terribles souvent mortelles si le traitement n'intervient pas.

L'*ulcère simple* de Cruveilhier (ulcus simplex) est le type des ulcères de l'estomac à évolution chronique et à tendance perforante. L'hémorragie et la perforation en sont les complications les plus redoutables.

Citons aussi des ulcérations stomacales spécifiques, dues à la tuberculose et à la syphilis, pouvant aboutir, comme l'ulcus simplex, aux hémorragies et à la perforation.

Il n'est pas rare que le cancer vienne se greffer sur une ulcération stomacale.

La pathogénie des ulcérations stomacales n'est pas encore complètement élucidée. Il faut faire la part des agents infectieux, des agents toxiques, des lésions artérielles et du suc gastrique. Il est possible qu'une ulcération, petite au début, aboutisse à l'ulcus simplex.

Le traitement des ulcérations stomacales est, suivant le cas, médical, spécifique et chirurgical. »

MM. Ewald et Doyen sont plus radicaux :

« A la suite des ulcères gastriques on peut observer des périgastrites adhésives, avec épaississement et adhérences du péritoine; elles causent des douleurs très vives, très tenaces, sur lesquelles les médications internes sont inactives. Elles déforment l'estomac, et peuvent causer la bilocularité de l'organe. Le seul traitement actif, dit M. Ewald, est le traitement chirurgical : la gastro-entérostomie. »

M. Doyen pense que « toute affection chronique de l'estomac entraînant un dépérissement grave de l'économie et rebelle à la thérapeutique médicale est du ressort de la chirurgie ». L'ulcère de l'estomac doit être traité chirurgicalement : quand les gastrorragies sont fréquentes et copieuses; quand le traitement médical est impuissant à enrayer le dépérissement du malade.

HÉMORRAGIE INTESTINALE AU COURS DE LA PNEUMONIE. — M. Tourtoulis bey (du Caire), au cours d'une pneumonie franche aiguë, a observé au huitième jour une abondante hémorragie intestinale, dont l'origine n'était guère explicable. Il ne s'agissait pas de pneumo-typhus, car il n'y avait aucun symptôme de fièvre typhoïde. L'auteur pense — à raison de l'existence des hématémèses par ulcérations pneumococciques au cours de la pneumonie — qu'il doit s'agir d'un processus semblable ayant porté sur l'intestin.

Entérite muco-membraneuse.

Une autre question, celle de la colite membraneuse, nous a valu trois rapports de MM. Boas (de Berlin), Mannaberg (de Vienne) et Mathieu (de Paris).

Ces rapports méritent une mention spéciale, car traitant chacun une partie de l'histoire des colites muco-membraneuses, leur réunion forme une étude complète de cette affection.

PATHOGÉNIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'ENTÉRITE MUCO-MEMBRANEUSE, par M. Julius MANNABERG (de Vienne). — On doit établir une distinction entre l'entérite membraneuse (enteritis membranacea) et la colique muqueuse (colica mucosa).

Sous le nom d'entérite membraneuse nous comprenons une affection catarrhale subaiguë ou chronique du gros intestin qui s'accompagne d'évacuations particulièrement riches en mucus.

Sous le nom de colique muqueuse, nous désignons un état morbide dont les symptômes cliniques particuliers sont : des crises paroxystiques de coliques et, leur faisant suite, l'évacuation de masses de mucus.

Les deux processus peuvent-ils occasionnellement se combiner? Nous nous le demandons.

Chacune des deux formes morbides dont le seul élément commun est l'existence de déjections muqueuses présente une pathogénie propre.

La première forme n'est en somme qu'un catarrhe du gros intestin caractérisé par une abondante évacuation de mucus; elle présente la même pathogénie que le catarrhe du gros intestin d'une façon générale.

La colique muqueuse, au contraire, a une pathogénie particulière. Dans la grande majorité des cas, elle repose sur un fond de névropathie générale (hystérie, neurasthénie) et nous avons tendance à considérer la colique muqueuse comme une manifestation de la névrose. Dans les cas exceptionnels où il n'y a pas de névropathie sous-jacente, l'état morbide doit être considéré comme une névrose monosymptomatique de l'intestin.

A côté de cet élément étiologique fondamental, il faut tenir compte de certains facteurs occasionnels susceptibles de provoquer des paroxysmes. Les principaux d'entre eux sont les maladies de l'appareil génital (aussi bien de l'homme que de la femme), les affections psychiques; la constipation, les irrigations rectales irritantes, les maladies organiques de l'intestin.

La colique muqueuse est fréquemment accompagnée d'autres manifestations pathologiques dont on ne peut lui attribuer la production, mais qu'on peut regarder comme

des équivalents de l'élément nerveux fondamental, ainsi : l'achylie gastrique, la dyspepsie nerveuse, la constipation spasmodique, l'entéroptose.

L'anatomie pathologique de l'entérite membraneuse est la même que celle de l'entérite en général.

Quant à la colique muqueuse, dans les cas très rares où l'examen a pu être fait soit sur le vivant, soit sur le cadavre, on n'a constaté aucune lésion appréciable de la muqueuse.

Symptomatologie, diagnostic et marche clinique de la colite muco-membraneuse, par M. F. Boas (de Berlin). — Par colite muco-membraneuse nous entendons une maladie particulière catarrhale, tendant à des formations plastiques muqueuses du côlon.

A côté de cette forme, la plus fréquente, il y en a une autre, bien plus rare, où le processus se manifeste par accès, tandis que, dans les intervalles, il n'y a pas de malaise remarquable, excepté la constipation. Cette forme est désignée par le nom de colique muqueuse.

Il y a enfin une troisième forme qu'on pourrait désigner sous le nom de colite muco-membraneuse *artificielle*. Par des injections astringentes (surtout par le tanin) on peut provoquer cette forme chez des individus atteints de colite, mais non chez des individus bien portants.

La symptomatologie de la colite muco-membraneuse est caractérisée par la constipation, la colique, l'atonie spasmodique des intestins, les masses glaireuses ou membraneuses dans les selles et par l'état nerveux général. Cependant plusieurs des symptômes peuvent manquer. Seulement la constipation est presque constante.

Ce qui décide le diagnostic, c'est uniquement l'existence des masses muqueuses caractéristiques. Les autres symptômes, la sensibilité du côlon, la coloptose, les reins mobiles, l'atonie intestinale, ne pourraient tout au plus qu'appuyer le diagnostic.

C'est une tâche indispensable pour le diagnosticien de constater si la colite muco-membraneuse est une affection idiopathique ou complicative. C'est également d'une grande importance de constater l'origine artificielle de la colite membraneuse.

C'est seulement avec la colique muqueuse qu'a lieu un diagnostic différentiel. Par des observations fréquentes et par des injections intestinales méthodiques dans les intervalles, une décision sera presque toujours possible.

La marche clinique de la colite muco-membraneuse est absolument parallèle à celle de la constipation habituelle. Des influences qui corrigent celle-ci feront aussi disparaître celle-là et *vice versa*.

Traitement de la colite muco-membraneuse, par M. Mathieu (de Paris). — Nous nous bornerons à indiquer sommairement ici les principales indications pathogéniques et symptomatiques et les grandes lignes de la thérapeutique qui leur correspond.

La constipation est la règle dans la colite muco-membraneuse : elle est souvent spasmodique. La diarrhée, toujours passagère, est le résultat d'une débâcle ou d'une poussée de colite catarrhale.

Il existe toujours dans la colite muco-membraneuse une irritation sécrétoire de la muqueuse.

Le syndrome colite muco-membraneuse ne prend toute son intensité que chez les individus, prédisposés par un état névropathique antérieur. La colite tend du reste à exagérer ce nervosisme et à le localiser sur l'abdomen. Il en est de même des ptoses viscérales.

Localement, le nervosisme amène l'hyperesthésie des parois du gros intestin et la viciation de sa motilité. C'est en particulier une cause de contractions spasmodiques.

L'état général et l'état local réagissent très souvent l'un sur l'autre dans la colite muco-membraneuse et s'exagèrent réciproquement. La thérapeutique doit viser ces deux éléments.

La viciation de l'alimentation, les phénomènes douloureux, l'auto-intoxication sans doute aussi, sont une cause d'anémie, d'amaigrissement et même parfois de véritable cachexie.

Enfin, certaines complications, les poussées aiguës dysentériformes ou fébriles, les hémorragies, etc., apportent au traitement des indications particulières.

La constipation est à la fois cause et effet : il faut avant tout chercher à la faire disparaître; sa disparition est le signe et le gage de la guérison de la colite muco-membraneuse.

On emploiera pour la combattre des moyens qui n'augmentent ni l'irritation sécrétoire, ni les phénomènes douloureux, ni la tendance au spasme. L'huile de ricin, les grands lavages, la belladone sont surtout utiles.

L'huile de ricin sera donnée le matin à petites doses incorporées au premier déjeuner. Son emploi alternera avec celui des grands lavements. Ceux-ci seront administrés à faible pression, lentement et à une température voisine de 40 degrés à la dose de 1 litre 1/2 à 2 litres 1/2. Ces lavages calment l'irritation douloureuse et spasmodique de l'intestin, amènent l'évacuation des matières accumulées dans sa cavité, et exercent une action d'antisepsie mécanique.

On peut se servir de l'eau bouillie ; pour renforcer l'action antiseptique, d'une solution faible de biborate de soude ou de salicylate; pour exercer une action modificatrice sur le catarrhe intestinal, d'une solution très étendue d'ichtyolate neutre d'ammoniaque.

On devra éviter avec soin tout ce qui pourrait produire une irritation de l'intestin, les purgatifs drastiques par exemple, les injections astringentes, le massage dans les cas où il existe une hyperesthésie marquée de l'intestin ou un spasme douloureux du côlon.

On a quelquefois recommandé de donner une alimentation riche en détritus végétaux : des légumes verts, des fruits cuits, du pain complet, etc. Beaucoup de malades ne les supportent pas, et l'on est forcé de leur prescrire un régime qui favorise la constipation, mais diminue l'irritation de la muqueuse digestive.

Les lavements d'huile sont souvent très utiles, surtout combinés avec les grands lavages à faible pression.

La belladone est souvent prescrite avec succès. Elle calme la douleur, et combat la tendance au spasme. Plus rarement, on aura recours à l'opium et à ses dérivés; ils peuvent cependant être employés quelquefois.

Les applications locales chaudes et les grands bains chauds ont une action calmante très utile. Les bains prolongés et les grands lavements chauds sont la base de la cure faite à Plombières et dans des stations similaires : on y a quelquefois abusé des douches ascendantes données à une pression trop élevée.

Il est assez souvent avantageux d'agir sur le nervosisme général par l'emploi des calmants nerveux et de l'hydrothérapie. Souvent les malades sont affaiblis, amaigris, et il y a lieu de relever le taux de leur alimentation, en même temps que de leur prescrire un régime plus approprié à l'état de leur tube digestif.

Les poussées dysentériformes seront combattues par des lavages avec une solution faible de nitrate d'argent, les hémorragies par les préparations d'hamamélis et les grands lavements à 45 degrés.

Un certain nombre de communications ont suivi ces rapports.

M. Jules Geoffroy, étudiant les rapports de la contrac-

TURE DU COLON PELVIEN et de l'ENTÉRITE MUCO-MEMBRANEUSE, pense que la présence de mousse, glaires, muco-membranes dans les selles est le signe d'un spasme ou d'une contracture spécialement localisée d'abord à l'anse iléo-pelvienne du côlon. Cette contracture peut s'étendre au rectum, au côlon transverse et même produire une contracture réflexe et aussi toujours partielle, des différentes portions du duodénum, du pylore et de l'estomac.

On comprend que cette localisation de la contracture devienne alors la source d'une foule d'erreurs de diagnostic impossibles à éviter, si on ne connaît pas bien la marche de cette singulière affection.

La contracture de l'intestin se révèle à la palpation prolongée sous forme d'indurations, de boules, de bosselures dont la constatation est très nette, qui sont ou très douloureuses ou au moins sensibles à la main, et dont la pression systématique réveille les malaises ou les douleurs habituelles des malades. Quand on constate qu'elles siègent sur le trajet du côlon pelvien, soit dans la fosse iliaque gauche, soit dans la fosse iliaque droite, on peut affirmer l'existence de l'entérite muco-membraneuse.

Leur existence précède les crises de cette maladie et elles leur survivent, de sorte que le diagnostic est possible à tout moment de la maladie, même en dehors des crises et sans aucun examen préalable des selles qui ne fournissent, en général, que des renseignements essentiellement passagers et inconstants.

M. de Langenhagen (de Plombières), s'appuyant sur 600 observations D'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE, a cherché à élucider à l'aide de cette statistique un certain nombre de points encore discutés de l'étude de cette maladie. Alors qu'il existe des relations étroites entre l'entéro-colite et la diathèse neuro-arthritique, l'importance des métrites et des annexites, en tant que facteurs étiologiques, doit au contraire être réduite à la valeur d'une simple cause provocatrice.

L'auteur insiste sur l'existence, à côté de la forme constipée qui constitue l'immense majorité des cas, d'une forme purement et constamment diarrhéique, et qu'il a rencontrée 32 fois sur 600 cas.

Des trois signes fondamentaux de l'entéro-colite muco-membraneuse (présence de glaires et de membranes dans les selles, irrégularité du fonctionnement intestinal, douleur), les phénomènes douloureux sont les moins constants, puisqu'ils font défaut dans un cinquième des cas.

Quant à la lithiase intestinale, elle ne saurait être considérée que comme une simple complication de l'entéro-colite.

ENTÉRO-COLITES MUCO-MEMBRANEUSES ET APPENDICITE. — M. Dieulafoy rappelle que l'on a dit que l'appendicite pouvait être l'aboutissant des entéro-colites muco-membraneuses. Est-ce vrai? Des lésions graves, étendues de l'intestin et en particulier du cæcum, doivent-elles entraîner l'appendicite? Les faits répondent par la négative. Les appendicites, au cours de la fièvre typhoïde, sont exceptionnelles et, dans la tuberculose ulcéreuse qui peut atteindre l'intestin, on n'observe pas l'appendicite.

De même dans l'entéro-colite, on ne rencontre pas l'appendicite. M. Potain a réuni 153 cas de colite muco-membraneuse sans voir l'appendicite. M. Glénard n'a jamais vu l'appendicite s'associer à l'entéro-colite. A Plombières, on voit toutes les entérites muco-membraneuses, on ne voit pas d'appendicite.

M. Dieulafoy a vu et fait opérer jusqu'à présent 117 malades atteints d'appendicite : une seule avait eu de l'entérite muco-membraneuse; mais il y a des cas où des malades ont des diarrhées provoquées par l'appendicite et qui disparaissent une fois l'appendice enlevé.

Pour M. Ewald (de Berlin), il n'y a aucune relation entre l'appendicite et la colite muco-membraneuse. L'auteur n'a jamais vu de cas plaidant en faveur d'une telle relation.

Cela prouve une fois de plus que la colite muco-membraneuse est indépendante ou peut être indépendante d'une lésion organique ou d'une simple inflammation des intestins. Il est bien entendu qu'il y a une entérite membraneuse qui est la conséquence d'une inflammation ou d'une irritation de la muqueuse intestinale. Mais il y a un autre groupe de cas, dans lesquels cette base nous manque, qui doivent être considérés comme ayant une origine tout à fait névropathique. Ce groupe est, selon Ewald, d'une importance très grande.

Quant à la question de la pathogénie de la colite muco-membraneuse et de l'entérite membraneuse d'origine nerveuse, l'auteur est d'avis qu'il n'y a pas une vraie différence entre ces deux formes, qu'il ne s'agit que de divers symptômes de la même entité morbide.

LA DILATATION IDIOPATHIQUE DE L'ŒSOPHAGE, par M. Max EINHORN (de New-York). — On entend par dilatation idiopathique de l'œsophage l'état de l'œsophage, quand il y a dilatation de cet organe sans obstacle mécanique à l'intérieur ou à l'extérieur de la paroi œsophagienne ou du cardia.

Lauter a observé 12 cas de ce genre dont 2 à la suite de traumatisme et 10 sans qu'aucun facteur étiologique puisse être invoqué. Les symptômes sont : la dysphagie, la sensation d'oppression ou de plénitude de la poitrine, le vomissement peu après le repas.

DU LAB-FERMENT DANS LE SUC GASTRIQUE. — M. Meunier (de Paris) fait une communication sur un procédé de dosage du lab-ferment dans le suc gastrique et montre ensuite l'importance clinique de ce dosage dans les divers états pathologiques de l'estomac.

L'auteur expose d'abord un procédé de dosage basé sur la facile caséification du lait par le suc en présence du chlorure de calcium et prend comme mesure de la teneur en lab du suc gastrique le temps nécessaire pour amener la caséification du lait.

Il étudie ensuite les variations du lab dans 42 cas de pathologie stomacale.

De cette étude, l'auteur déduit, comme M. Boas, que la disparition du lab semble indiquer la disparition des éléments sécréteurs de la muqueuse, et de plus, sa diminution paraît nous renseigner assez exactement sur l'état de ces éléments.

D'une comparaison faite entre la sécrétion du lab et la sécrétion des éléments chlorés et de la pepsine, M. Meunier pense que, dans les cas de divergence entre les éléments chlorés et le lab, celui-ci paraît se rapprocher de la sécrétion peptique.

Pour toutes ces raisons cliniques et chimiques, l'auteur conclut à l'utilité d'un dosage du lab dans les examens de sucs gastriques pathologiques, dosage qui peut être facilement fait par le procédé donné.

M. Bendersky (de Kiew) relate quatorze observations de malades atteints de VOMISSEMENTS NERVEUX, et guéris par le lavage de l'estomac avec de l'eau tiède pure.

M. Hemmeter (de Baltimore) communique une intéressante ÉTUDE EXPÉRIMENTALE SUR L'ACTION MOTRICE ET DIGESTIVE DES INTESTINS.

RELATIONS ENTRE LES CORPS GRAS ET LES DIVERSES FONCTIONS DE L'ESTOMAC. — M. Hermann Strauss (de Berlin) apporte le résultat de ses recherches sur l'influence de l'ingestion de grandes quantités de graisse (crème) sur quelques fonctions stomacales (sécrétion des acides, motilité, production des ferments de régularisation du pouvoir osmotique).

Il a trouvé que les grandes quantités de graisse arrêtent les sécrétions acides et ne troublent pas la motilité.

Donc, dans le traitement de l'hypéracidité avec ou sans ulcère, de l'hypersécrétion et de l'insuffisance motrice de l'estomac, les graisses, et particulièrement la crème, doivent être conseillées.

M. Paul Cohnheim (de Berlin) lit ensuite un rapport sur l'ACTION THÉRAPEUTIQUE DE GRANDES DOSES D'HUILE D'OLIVE DANS LES STÉNOSES ORGANIQUES ET SPASTIQUES DU PYLORE ET DU DUODÉNUM AINSI QUE DE LEURS SUITES (GASTRECTASIE).

Des cas de gastrectasie, qui ne sont pas provoqués par un obstacle organique mais par un spasme du pylore, à la suite d'un ulcère ou d'une fissure à l'orifice de l'estomac, sont guéris ou notablement améliorés, en peu de temps, par l'infusion de grandes doses d'huile (100-250 grammes par jour).

De même des cas de sténose pylorique ou duodénale, de nature cicatricielle, accompagnés d'une gastrectasie secondaire, guérissent relativement par l'emploi méthodique de grandes doses d'huile, c'est-à-dire que les malades ne ressentent aucun malaise à condition qu'ils évitent tout excès. Dans ces cas-ci la résistance causée par le frottement est diminuée par l'effet mécanique de l'huile.

Des cas d'une sténose relative du pylore et du duodénum, qui se caractérisent par une sécrétion continue et un spasme pylorique, après les repas principaux, s'améliorent ou guérissent totalement par l'huile.

Il est bon de prendre l'huile ou de la donner par la sonde, pendant un temps plus ou moins long, trois fois par jour, à la dose de 50 centimètres cubes une heure avant le repas. Si pour des raisons quelconques cette méthode est impraticable, on donne une fois par jour, dans l'estomac vide, l'huile portée à la température du corps, à la dose de 100 à 150 centimètres cubes.

L'emploi de l'huile répond à trois indications : rompre le spasme, diminuer le frottement et relever la nutrition puisque l'huile, même dans les cas de sténose très prononcée, arrive dans le petit intestin et y est résorbée.

L'huile agit sur le spasme, en cas d'ulcère, comme un narcotique ; elle n'a aucune action secondaire désagréable à condition qu'elle soit pure ; elle ne provoque ni renvois, ni diarrhées ; les malades la prennent volontiers.

Nous n'avons pu jusqu'ici obtenir aucun effet favorable de l'huile dans les cas de crampe de l'estomac de nature purement nerveuse, d'où découle un élément de diagnostic différentiel au point de vue des spasmes nerveux et organiques.

A l'aide de la cure à l'huile on arrive à améliorer nombre de sténoses du pylore avec une gastrectasie consécutive, si bien qu'une intervention chirurgicale devienne superflue. Il serait donc souhaitable d'essayer la cure à l'huile dans les cas de sténose du pylore, avant d'intervenir chirurgicalement.

DES INDICATIONS ET DES RÉSULTATS DE LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE. — M. BOURGET (de Lausanne) [Voir chirurgie générale].

Le docteur Zabé (de Paris) explique la relation de cause à effet qui existe entre la HERNIE OMBILICALE et l'ENTÉROPTOSE. Il compare l'anneau ombilical à une « clef de voûte », véritable squelette et « centre statique », qui assure la synergie des contractions musculaires. La conclusion est qu'il faut guérir la hernie pour guérir la dyspepsie herniaire et l'entéroptose consécutive.

LA FIÈVRE INTERMITTENTE HÉPATIQUE, par M. Friedel PICK (de Prague). — On a dit que la fièvre intermittente hépatique n'était autre qu'une fièvre vulgaire d'infection et ne méritait pas une dénomination nosologique spéciale. Ce nom désigne cependant un syndrome bien caractérisé et mérite d'être conservé.

Le nom et la description de ce syndrome sont dus à l'École française.

Charcot en 1873 a séparé de la fièvre qui accompagne la colique hépatique la fièvre intermittente hépatique avec ses caractères principaux : frisson, fièvre quelquefois intermittente, quelquefois si régulière qu'on l'a confondue avec la fièvre paludéenne et il en a déjà cherché la cause dans la résorption d'un poison dérivant de la décomposition de la bile.

Cette conception prophétique, prouvée maintenant par la bactériologie moderne et plus précisée par l'expression de fièvre bilio-septique de Chauffard, n'a pas été admise par d'autres auteurs qui la considéraient comme de nature réflexe.

L'auteur a pu étudier au point de vue hématologique quelques cas de fièvre intermittente hépatique avec frissons et fièvre survenant tous les deux, trois, quatre, cinq jours.

Dans l'un de ces cas, au début, il n'y avait pas leucocytose, seulement 4000 leucocytes, au bout de quelques semaines, il y en avait 18000 et dans quelques cas jusque 34000 sur la fin de la maladie.

Cette notion est importante, elle permet le diagnostic de la fièvre intermittente hépatique avec les accès paludéens.

Cette leucocytose n'est pas causée par une suppuration, car dans les autopsies, les canaux biliaires contenaient du mucus et non du pus.

On peut par l'examen du sang distinguer la fièvre intermittente hépatique de celle des suppurations du foie. Dans celle-ci le chiffre des leucocytes se maintient élevé dans l'intervalle des accès fébriles, elle retombe au contraire près de la normale dans l'intervalle des accès de fièvre intermittente hépatique.

L'auteur étudie aussi les urines dans ces cas. Charcot avait déjà signalé la diminution du taux de l'urée. L'auteur a vu qu'au moment des frissons, la courbe d'urée diminue de 25-30 grammes à 5 grammes. Dans la fièvre ordinaire, au contraire, l'urée augmente en même temps que l'urine diminue.

Si on administre au malade des sels d'ammoniaque (citrate d'ammoniaque), on voit que le foie transforme cependant ces sels en urée malgré la fièvre intermittente hépatique ; ce n'est donc pas par défaut de pouvoir de transformation des sels d'ammoniaque en urée que la quantité de cette dernière a diminué.

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

De l'œdème aigu du poumon.

[Rapporteurs : MM. VON BASCH (de Vienne), MASIUS (de Liège), TEISSIER (de Lyon).]

On est aujourd'hui d'accord en clinique pour réserver le nom d'œdème aigu du poumon à un syndrome morbide nettement caractérisé, ayant son individualité propre et constitué par une brusque suffusion de sérosité, dans l'intérieur des alvéoles ainsi que dans le tissu interstitiel qui les enveloppe, sur une surface plus ou moins étendue du parenchyme pulmonaire ; cet accident est susceptible, par son intensité et sa brusquerie même, de mettre très rapidement en danger les jours du malade si une intervention énergique ne vient pas en modérer l'extension. C'est en vertu de cette soudaineté et de cette gravité qu'un certain nombre d'auteurs ont cru pouvoir décrire ce syndrome sous le nom d'*apoplexie séreuse du poumon*.

A ces caractères essentiels de brusquerie et d'immédiate gravité, il faut joindre l'origine nettement fluxionnaire des phénomènes que trahit dès le premier instant l'abondante écume bronchique teintée de sang qui va s'écouler par l'appareil trachéo-bronchique ; nature fluxionnaire qui sépare encore irrévocablement cet œdème aigu des modalités si variables de l'œdème pulmonaire chronique, conséquence

habituelle des cardiopathies invétérées ou de certaines dyscrasies constitutionnelles et dont l'origine mécanique ou passive est admise par la plupart des observateurs. Et pourtant cet état de fluxion intense est absolument indépendant de tout processus inflammatoire, car les recherches de Renaut et de von Basch ont démontré que la sérosité épanchée ne contient aucune trace de fibrine.

Pour M. TEISSIER :

« Le syndrome *clinique* envisagé isolément ne donne lieu à aucune équivoque, avec ses sensations prémonitoires de chatouillement à la gorge, ou de tension douloureuse intra-thoracique, sa dyspnée violente accompagnée de toux spasmodique et continue, bientôt suivie d'une expectoration spumeuse et rosée, véritable écume bronchique par transsudation du sérum sanguin (La Harpe) avec cette pluie de râles fins que l'auscultation laisse percevoir dans toute la région œdématiée. Seule, la cause provocatrice et directe de l'accès prête encore le flanc à la discussion et le mécanisme intime de la crise reste encore à déterminer.

Si l'on tient compte des faits cliniques publiés jusqu'à ce jour, et aussi des observations qu'il nous a été donné de recueillir, on arrive à cette conclusion, que l'œdème aigu du poumon, c'est-à-dire l'œdème primitif ou fluxionnaire, nécessite pour se produire un terrain spécial : infection ou intoxication préalable.

Parmi les infections, le rhumatisme articulaire aigu (Bernheim, Landouzy, Teissier), la grippe (Rendu, Teissier), la puerpéralité (Vinay), la fièvre typhoïde (Jaccoud), la pneumonie (Troisier) occupent le premier rang.

Parmi les intoxications, le mal de Bright, et bien loin après lui l'alcoolisme doivent surtout être signalés.

Cette influence prépondérante des infections et des intoxications est justifiée par les expériences relatives à la production de l'œdème pulmonaire artificiel : avec la muscarine (Grossmann), l'acide prussique (Sahli), le salicylate de méthyle (Chatin et Guinard), le nitrite d'amyle (Winckler), et même avec une simple injection d'eau salée (Sahli).

Mais il faut aussi faire une large part, parmi ces causes prédisposantes, aux altérations du cœur; toutefois, il est à remarquer que, pour avoir une valeur provocatrice, ces lésions doivent intéresser les zones de distribution des plexus ou des ganglions nerveux, c'est-à-dire : la base du cœur, la région des coronaires, le ventricule gauche (Falck).

C'est sur un terrain ainsi préparé par l'infection, ou chez un sujet atteint préalablement de lésions cardiaques de siège déterminé, que se produira le coup d'œdème aigu pulmonaire, l'apparition du phénomène étant subordonnée le plus souvent à un refroidissement brusque, à un excès de fatigue, à une violente émotion qui aura déterminé une crampe ou une défaillance du cœur.

Sous cette influence, une brusque altération de pression s'étant produite, dans le domaine des veines pulmonaires, des altérations préalables du sang facilitant la transsudation séreuse, et des troubles vaso-moteurs concomitants favorisant la stase, la fluxion œdémateuse sera réalisée.

La néphrite interstitielle présentant au suprême degré ces différentes conditions pathogéniques, il n'est pas étonnant que cette forme du mal de Bright réalise si souvent à titre d'épiphénomène le syndrome de l'œdème pulmonaire aigu.

Donc on peut, de la simple analyse des faits, conclure d'ores et déjà à l'intervention d'un *triple facteur étiologique* : des troubles mécaniques, des actions vaso-motrices, des phénomènes toxi-infectieux préalables. L'expérimentation vient confirmer entièrement cette conception.

Des expériences que nous avons réalisées dans le laboratoire de notre collègue le professeur Arloing, avec le précieux concours de M. Guinard, nous pouvons en effet tirer les déductions suivantes :

a. Des troubles mécaniques passagers, seuls, quoique violents, sont insuffisants pour provoquer de l'œdème pulmonaire.

b. La compression de l'aorte antérieure chez le chien, et même de l'aorte totale, est incapable de produire de l'œdème pulmonaire, ce qui est conforme d'ailleurs aux anciennes expériences de Cohnheim (ligature de toutes les veines pulmonaires).

c. On peut en effet par ce procédé élever du simple au triple la pression dans l'artère pulmonaire, sans provoquer les phénomènes de l'œdème. Nous possédons à ce sujet des tracés absolument démonstratifs.

d. Une lésion nerveuse concomitante (section du pneumogastrique avec excitation du bout central par exemple) favorise la production de l'œdème. Mais celui-ci est toujours léger et parfois inconstant. D'ailleurs la lésion nerveuse seule est incapable de le réaliser : il faut ajouter des perturbations mécaniques.

Par contre l'œdème est facilement réalisé si l'on fait intervenir une intoxication préalable; avec le salicylate de méthyle par exemple.

C'est à cet agent, dont les propriétés ont été bien mises en relief par MM. Chatin et Guinard, que nous avons dû recourir pour produire l'œdème expérimental; car il nous a été impossible de nous procurer de la muscarine.

Cette conception, basée sur l'origine mixte de l'œdème pulmonaire et l'influence concomitante et nécessaire de trois facteurs préalablement associés : infection, intervention nerveuse, troubles mécaniques, constitue comme la synthèse des interprétations diverses jusqu'ici proposées pour l'explication du phénomène : la théorie toxique soutenue surtout en France par MM. Brouardel et Debove, la théorie mécanique pure plus spécialement en faveur en Allemagne, la théorie névro-motrice défendue plus particulièrement par Huchard (œdème angio-névrotique paroxystique de Müller).

Dans tous les cas, en effet, il est facile de constater cette triple influence étiologique : qu'il s'agisse du rhumatisme articulaire aigu ou de la grippe, du mal de Bright ou de cette catégorie spéciale d'œdème aigu du poumon à laquelle on peut sans doute réserver le nom d'œdème aigu réflexe, que Falck a observé chez des alcooliques avérés après l'ingestion brusque de bière ou de boissons glacées, et que nous avons retrouvé nous-même dans le cours de la pleurésie purulente et qu'une simple ponction a suffi à faire disparaître.

Il n'est pas jusqu'à l'œdème aigu consécutif à la thoracentèse qui ne puisse recevoir une interprétation analogue.

Quant au différend qui partage les expérimentateurs allemands (Welch, Lœwit, Grossmann, etc.), et qui a trait aux modifications de la pression intra-cardiaque dans l'infiltration œdémateuse du poumon à l'état aigu, il nous semble expérimentalement devoir être tranché dans le sens de Grossmann, c'est-à-dire que sous l'influence du coup d'œdème aigu, la pression baisse dans les artères périphériques, augmente dans l'oreillette gauche, et surtout dans l'artère pulmonaire.

Le fait semble corroboré par cette constatation clinique qui paraît constante, à savoir qu'une large insuffisance tricuspidienne s'oppose à l'apparition de l'œdème aigu. Sahli a formulé nettement cette assertion, et nous-même avons contrôlé le fait à plusieurs reprises.

L'œdème aigu du poumon ne se distingue pas seulement de l'œdème passif et chronique, au point de vue étiologique pathogénique et symptomatique ; ces deux modalités de l'œdème pulmonaire ont un *pronostic* tout différent : le coup d'œdème aigu ayant souvent une extrême gravité, et étant susceptible d'entraîner rapidement (quelques heures à peine) la mort du malade.

Certaines poussées d'œdème aigu ont cependant une gravité moindre : les unes sont susceptibles de s'éteindre spon-

tanément, d'autres s'effacent devant une fluxion viscérale d'ordre différent, comme métastatique, par exemple une poussée de péricardite (rhumatisme articulaire aigu ou mal de Bright); celles-ci cèdent (les réflexes) par suppression de la cause provocatrice (ponction d'un abcès interlobaire). D'une façon générale on peut dire que la gravité d'une crise d'œdème pulmonaire aigu est subordonnée au degré de la perméabilité rénale.

Lorsque la crise doit aboutir à l'issue fatale, les accidents s'accentuent du côté de la circulation périphérique, la pression artérielle s'abaisse de plus en plus, le pouls devient petit et s'accélère, les irrégularités se multiplient, la cyanose apparaît, et le cœur s'arrête en systole; le ventricule gauche apparaît alors comme tétanisé.

Quant aux lésions spéciales au parenchyme pulmonaire, elles ont été minutieusement étudiées par von Basch, au cours de ses recherches sur la rigidité pulmonaire, et par J. Renaut, plus particulièrement au point de vue histologique. Il ne semble pas qu'il y ait rien à ajouter à leur description.

Le mécanisme intime de l'œdème pulmonaire aigu, encore incertain sous certains côtés, ne permet pas encore une *thérapeutique* exclusivement pathogénique. Et dans l'intervention, il y a lieu de réserver une certaine part aux enseignements de l'expérience.

a. Celle-ci a démontré l'utilité incontestable de la saignée. Les bons effets d'une large décompression veineuse sont justifiés par la clinique et par les résultats de l'expérimentation. La saignée agit encore en soustrayant à la circulation une certaine quantité de substances toxiques; enfin en diminuant la tension dans les cavités droites, elle favorise la circulation pulmonaire et facilite la contraction des cavités gauches.

b. La révulsion sur les troncs nerveux et le plexus cardiaque est traditionnelle, étant donné qu'ils interviennent le plus souvent directement ou par action réflexe dans la production des troubles vaso-moteurs, provocateurs de l'œdème.

c. L'atropine, sur laquelle on avait beaucoup compté à cause de ses propriétés antidotiques par rapport à la muscarine, n'a donné que des résultats nuls ou infidèles.

d. Le nitrite d'amyle oxycarboné, récemment étudié par Winckler et qui semble dépourvu des inconvénients du nitrite d'amyle, nous semble pouvoir être utilisé avec quelques chances de succès, eu égard à ses propriétés vasodilatatrices et à son influence marquée sur l'énergie contractile du cœur.

e. L'acide carbonique administré par la voie rectale nous a, dans des cas graves, associé à la révulsion et aux applications de ventouses scarifiées, donné de bons résultats, peut-être en assurant une meilleure ventilation pulmonaire et en calmant la dyspnée.

f. En tout cas, la morphine paraît un médicament dangereux et qui semble devoir être abandonné.

g. Enfin dans les cas désespérés on a recommandé la ponction de l'oreillette droite (Werbroock, Dana) et la trachéotomie avec aspiration du liquide obstruant les grosses bronches (Sahli). Nous ne sommes pas en état d'apprécier la valeur de ces différents procédés.

M. Masius (de Liège) rappelle dans son rapport les théories pathogéniques et montre que deux faits dominent la question.

D'abord, une hypérémie active, simple, non inflammatoire des vaisseaux, sans obstacle à l'écoulement du liquide, est, par elle-même, incapable de produire un œdème. Ensuite, les lésions des parois capillaires, entraînant à leur suite une augmentation de leur perméabilité, sont un facteur important de l'œdème.

C'est pourquoi on ne peut admettre que l'œdème pulmonaire aigu revête une pathogénie univoque.

Cliniquement on reconnaît trois formes : *œdème inflammatoire; œdème de stase; œdème toxique.*

M. le professeur von Basch, rapporteur. — La première condition pathogénique de l'œdème, c'est que la circulation capillaire des alvéoles soit arrêtée, par le fait de l'élévation de la pression sanguine dans l'oreillette gauche.

La seconde, c'est que l'afflux du sang qui vient du cœur droit, c'est-à-dire du côté des artères pulmonaires, soit libre.

Les conséquences mécaniques de ces deux conditions sont l'agrandissement des alvéoles pulmonaires et l'augmentation de résistance des parois alvéolaires. L'agrandissement est produit par l'allongement des vaisseaux capillaires, et l'augmentation de résistance par la haute tension du sang dans le réseau capillaire, d'où dyspnée dès le stade prodromique, c'est-à-dire avant la production de l'exsudat alvéolaire.

La dyspnée cardiaque, l'asthme cardiaque et l'œdème pulmonaire ont leur point de départ dans l'insuffisance musculaire du ventricule gauche. Et non seulement dans l'insuffisance primaire, qui est caractérisée par une faible pression artérielle, mais aussi dans l'insuffisance secondaire, qui est caractérisée par l'augmentation de la pression artérielle.

A propos d'un cas d'œdème pulmonaire aigu et urémie, M. Pierre Merklen a cherché à bien apprécier le rôle réciproque de la défaillance cardiaque et de la toxémie dans l'œdème pulmonaire aigu qui survient au cours de la néphrite interstitielle chronique et de l'artériosclérose du rein; pour cela il fait un parallèle entre les désordres circulatoires et les troubles de la sécrétion rénale.

M. Huchard insiste sur deux points fort importants de l'œdème aigu du poumon :

Au point de vue clinique, il fait remarquer : 1° que l'expectoration de l'œdème pulmonaire est une expectoration *rosée, saumonée*; il ne s'agit donc plus d'un œdème pur, mais d'un œdème congestif, d'un hémo-œdème; 2° qu'un autre symptôme est important : c'est la *percussion paradoxale*, caractérisée par la conservation de la sonorité alors que le poumon est rempli de râles du haut en bas; 3° que l'asystolie aiguë peut venir subitement mettre en danger la vie des malades. Ceci montre bien que les malades ne sont pas seulement des scléreux du rein, mais aussi des scléreux du cœur, car un myocarde sain ne se laisserait pas ainsi distendre.

Lorsqu'il s'agit d'attaques récidivantes, il peut aussi s'établir une asystolie chronique qui peut aboutir à la mort.

Au point de vue pathogénique, il est évident que trois éléments sont nécessaires pour réaliser l'œdème du poumon : *élément mécanique*, *élément nerveux*, *élément toxique*.

Au point de vue thérapeutique, il faut défendre l'emploi de la morphine, de l'iodure, de certaines interventions propres, telles que la trachéotomie et la ponction de l'oreillette gauche.

Le grand moyen thérapeutique, c'est la saignée.

M. le professeur Villard (de Marseille) fait une communication sur le traitement de la pneumonie et des bronchopneumonies grippales. — Nos lecteurs ont déjà vu (*Gaz. des hôpit.*, 17 avril 1900) en quoi consiste ce traitement qui repose sur la triade thérapeutique suivante : saignée, injections sous-cutanées de sérum artificiel, enveloppements froids.

Cette méthode a donné de très remarquables résultats cet hiver à M. le professeur Villard qui, sur un total de 140 malades, n'a eu que 15 décès. Il y a lieu de croire que beaucoup de malades à l'avenir lui seront redevables de l'existence.

M. Gallois montre que les INFECTIONS ADÉNOÏDIENNES, les affections chroniques de la grotte faciale, les spéléopathies, sont une porte d'entrée ouverte en permanence aux infections microbiennes. Il importe par suite de pratiquer une désinfection constante des voies aériennes supérieures, surtout quand elles sont malades. Et c'est là un soin qui incombe autant aux médecins de famille qu'aux spécialistes.

MM. F. Widal et Ravaut font une fort intéressante communication sur le CYTODIAGNOSTIC DES ÉPANCHEMENTS SÉRO-FIBRINEUX DE LA PLÈVRE.

« L'examen des cellules éparses dans le liquide des pleurésies séro-fibrineuses peut fournir des indications intéressantes au point de vue du diagnostic, de la pathogénie et de l'étiologie, comme nous l'avons déjà indiqué à la Société de biologie, le 30 juin dernier. Il y a là les éléments d'un véritable cytodiagnostic.

Quelques centimètres cubes de liquide, puisés par ponction exploratrice, doivent être complètement défibrinés et centrifugés. On colore à la thionine, à l'éosine hématéine et au triacide d'Ehrlich.

Les planches que nous vous présentons montrent combien la formule histologique est variable suivant la nature de l'épanchement séro-fibrineux. Nos observations ont porté sur 66 cas.

La pleurésie dite idiopathique ou encore *a frigore*, dont M. Landouzy a prouvé la nature tuberculeuse, est caractérisée par la présence à peu près exclusive des petits lymphocytes très confluents mêlés à quelques globules rouges.

Le liquide des pleurésies développées secondairement chez des tuberculeux avérés porteurs de lésions caséeuses ou ulcéreuses des poumons, ainsi que l'épanchement des hydro-pneumothorax tuberculeux, ont une formule histologique différente. Les éléments figurés restent rares et on constate un certain nombre de polynucléaires vieillis et déformés.

Dans le liquide d'une pleurésie séro-fibrineuse streptococcique, nous n'avons trouvé que des polynucléaires neutrophiles.

La pleurésie pneumococcique est, de toutes les pleurésies séro-fibrineuses, celle dont la formule histologique donne le plus l'impression de lutte et de défense. Elle est caractérisée par la présence de globules rouges et de quelques lymphocytes, mais surtout par l'abondance des polynucléaires et par l'existence d'un plus ou moins grand nombre de cellules mononucléées d'origine endothéliale pour la plupart et dont quelques-unes, véritables macrophages, englobent des polynucléaires dans leur protoplasma.

Les pleurésies mécaniques et aseptiques survenant chez les cardiaques, chez les brightiques, chez les cancéreux, ou encore développées par compression ou irritation de voisinage, sont caractérisées par la présence, au sein de l'épanchement, de grandes cellules endothéliales tombées de la surface de la séreuse. Elles sont isolées ou soudées par groupes de deux, trois, quatre éléments et forment alors des placards caractéristiques de cette variété de pleurésie.

Les recherches que nous poursuivons sur différents épanchements nous ont déjà montré que le liquide de la plupart des hydrocèles ne contenait guère que des cellules endothéliales desquamées : cette constatation histologique semble indiquer qu'il s'agit le plus souvent, dans ce cas, d'épanchements purement mécaniques.

Dans la sérosité limpide retirée de synoviales au cours du rhumatisme articulaire aigu, nous avons trouvé en abondance des polynucléaires neutrophiles, contrairement à ce que nous avons observé dans la sérosité d'une arthrite traumatique et d'une arthrite tabétique.

Le liquide céphalo-rachidien de trois méningites tuberculeuses examinées avec M. Sicard présentait, après centrifugation, une prédominance de lymphocytes. »

PATHOGÉNIE DES EMPYÈMES PULSATILES. — M. BÉCLÈRE (de Paris) a recherché les conditions physiques nécessaires à la transmission des battements cardiaques.

A l'état normal, ces battements ne se transmettent qu'à la partie de la paroi située immédiatement en avant du cœur, parce que, partout ailleurs, le poumon forme une sorte de coussin dans lequel les battements cardiaques s'amortissent, comme le fait un coup de poing dans un édredon. Mais si un épanchement pleural sépare le cœur du poumon, les battements se transmettent au liquide contenu dans la plèvre et on peut le constater directement par la radiographie, comme l'a fait M. Potain ; à chaque battement cardiaque, le liquide s'élève dans la plèvre et refoule d'autant le poumon.

Dans les cas ordinaires, la paroi ne bouge pas, parce que le battement s'épuise tout entier dans le refoulement du poumon.

Mais supposons le poumon transformé de telle sorte qu'il lui soit impossible de changer de volume, comme lorsqu'il est réduit à un bloc fibroïde rétracté vers le hile, et les autopsies ont prouvé que c'était le cas dans les pleurésies pulsatiles, les pulsations se transmettront-elles alors à la paroi ?

Pas toujours, car une condition est encore nécessaire ; si le médiastin reste mobile comme à l'état normal, c'est par son intermédiaire sur le coussin formé par le poumon droit que la pulsation s'épuisera. Le médiastin est très mobile. Si on injecte du liquide dans la plèvre gauche sur le cadavre, on voit le médiastin bomber dans la plèvre droite, et ce n'est qu'après l'injection d'une grande quantité de liquide, lorsque les lames médiastinales sont tendues au maximum, que le mouvement vers la droite cesse de progresser. La radioscopie peut faire constater ce déplacement du médiastin vers la droite dans les grands épanchements.

Si le médiastin est devenu immobile comme dans certaines médiastinites calleuses, notées précisément aux autopsies de pleurésies pulsatiles, les battements cardiaques ne pourront plus transmettre leur expansion qu'à la paroi thoracique, au niveau des espaces intercostaux. Les battements des espaces intercostaux seront perceptibles toutes les fois que la résistance de ces espaces au déplacement sera moindre que celle du poumon et moindre que celle du médiastin.

Ces conditions se réalisent surtout dans les abcès froids de la plèvre, avec épaississement de la plèvre médiastine. Cela explique que les pleurésies pulsatiles soient ordinairement des pleurésies tuberculeuses.

M. GALLIARD (de Paris) rapporte une observation de pleurésie purulente à bacilles d'Eberth guérie par six thoracentèses sans pleurotomie.

M. AUFRECHT (de Magdebourg) lit une note sur la cause et le développement local de la phtisie pulmonaire. Il fait remarquer qu'il faut chercher dans la nature et les propriétés du poumon lui-même les causes qui en font le terrain de prédilection du bacille.

MM. S. Arloing et Paul Courmont apportent le résumé des observations et des applications pratiques qu'ils poursuivent depuis deux ans sur le DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA TUBERCULOSE PAR LA SÉRO-AGGLUTINATION.

Le nombre des sujets sur lesquels ils ont pratiqué la séro-réaction ou séro-agglutination tuberculeuse est actuellement de 352, se décomposant ainsi :

Malades tuberculeux d'après la clinique. . . .	191
Malades non tuberculeux d'après la clinique . .	130
Sujets sains en apparence	34

Forts de cette statistique et des observations confirmatives

faites par plusieurs auteurs, ils formulent les conclusions générales et les applications cliniques suivantes :

« 1° L'emploi de cultures homogènes en bouillon glycériné du bacille de la tuberculose humaine nous a permis de rechercher le pouvoir agglutinant des humeurs et principalement du sérum des tuberculeux et d'arriver ainsi au séro-diagnostic de la tuberculose.

Les précautions et les détails techniques pour obtenir des cultures liquides convenables ou pour observer l'agglutination sont assez minutieux mais indispensables à suivre; nous les avons longuement indiqués ailleurs.

2° Dans les cas de tuberculose pulmonaire peu avancée le pouvoir agglutinant du sérum est presque constant, mais à des degrés divers ; il varie de 1/5 à 1/20 et plus.

Dans les cas graves, aigus, à lésions très étendues, la séro-réaction manque fréquemment ou est très faible.

Le pouvoir agglutinant parait donc le plus souvent, chez les tuberculeux, en raison inverse de la gravité de l'infection ou de l'étendue des lésions.

3° Chez les malades atteints d'affections diverses et chez lesquels la clinique ne révèle pas de signe certain de tuberculose, la séro-réaction permet de déceler un grand nombre de tuberculoses latentes. L'autopsie ou l'évolution ultérieure de la maladie viennent fréquemment apporter la confirmation du séro-diagnostic.

4° De même chez les sujets sains en apparence la réaction agglutinante, absente le plus souvent, est positive dans un certain nombre de cas dont les chiffres correspondent à ce que l'on sait de la fréquence de la tuberculose latente.

5° Par conséquent, en pratique, une séro-réaction positive, chez un sujet suspect, sera un signe de grande valeur pour établir l'existence d'une tuberculose viscérale.

Une séro-réaction négative n'aura qu'une valeur moindre puisque l'agglutination fait défaut chez certains tuberculeux. Mais l'absence de séro-réaction se rencontre surtout chez les tuberculeux avancés où l'on n'a plus besoin de séro-diagnostic ; elle pourra, dans certains de ces cas, confirmer un pronostic défavorable.

Au contraire, chez un sujet soupçonné de tuberculose, mais sans signe clinique évident, et sans symptôme de gravité, l'absence de pouvoir agglutinant paraît avoir une grande valeur pour contribuer à éliminer cette affection.

6° En résumé, la séro-réaction tuberculeuse paraît constituer un procédé rapide, inoffensif pour le malade, et d'une grande valeur pour le diagnostic précoce de la tuberculose, surtout chez les sujets suspects de lésions pulmonaires au début. »

M. Mosny rappelle que, dans un cas de diagnostic très difficile entre la tuberculose et la fièvre typhoïde, il a pu observer nettement l'agglutination du bacille de Koch. La granulie a été vérifiée à l'autopsie.

M. L. Guinard (de Lyon) a étudié sur des cobayes l'INFLUENCE D'UNE ALIMENTATION SUCRÉE EXCESSIVE SUR LA MARCHE DE L'INFECTION TUBERCULEUSE. Parmi les animaux auxquels on a inoculé la tuberculose, ceux qui étaient soumis à la suralimentation sucrée ont succombé très rapidement. Leur autopsie a montré des lésions tuberculeuses très étendues.

Étant donné ce que l'on sait de l'influence favorable des azotés, sur la résistance du terrain organique à la tuberculose (expériences de Richet et Héricourt), les faits expérimentaux qui démontreraient définitivement l'influence contraire des hydrocarbonés et du sucre, seraient d'autant moins surprenants, qu'ils sont en parfaite harmonie avec les observations cliniques prouvant la gravité de la tuberculose chez les diabétiques.

Il ne faut pas oublier que, dans la marche d'une infection et relativement à l'influence que peut avoir sur elle la *suralimentation*, il y a à tenir grand compte du genre d'aliment qui, incontestablement, peut jouer un rôle important dans la prédisposition et la constitution du terrain favorable ou défavorable.

LE ROLE ÉTIOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE DANS QUELQUES CAS D'ASPHYXIE ET DE GANGRÈNE SYMÉTRIQUES DES EXTRÉMITÉS (SYNDROME DE RAYNAUD) est étudié par M. Louis Rénon (de Paris). Les études récentes sur l'asphyxie et la gangrène symétriques des extrémités tendent à démembrer l'affection curieuse décrite par Maurice Raynaud et à en faire plus un syndrome qu'une entité morbide propre.

L'étiologie et la pathogénie de ce syndrome ont bénéficié des notions courantes toxi-infectieuses, et l'auteur tient à insister sur les rapports qui lui paraissent unir dans des cas indéniables la tuberculose et la gangrène symétrique des extrémités, en faisant exception pour certaines tuberculoses, comme la tuberculose vertébrale, qui peuvent avoir une influence nerveuse vraiment trop manifeste.

La coïncidence des deux affections, indiquée par quelques auteurs, notamment par Urquhart, Marcel Sée et W. Byers, s'est montrée particulièrement intéressante chez un malade, qui perdit en dix jours presque toutes les phalanges des mains et une partie de ses oreilles, enlevées par la gangrène symétrique. Atteint d'une adénite tuberculeuse et d'une tuberculose pulmonaire, cet homme a présenté, par la suite, à chaque poussée congestive nouvelle, une crise de cyanose et de douleurs dans les moignons mutilés des doigts.

Comment agit la tuberculose? Il est impossible de déterminer s'il faut incriminer une action directe sur les vaisseaux ou une imprégnation du système nerveux central ou périphérique, telle que Schmitt l'a rencontrée dans l'acroparesthésie.

M. Siredey insiste sur les difficultés du mal de Pott chez l'adulte. Les abcès par congestion, la gibbosité sont plus rares, et le mal se manifeste par des névralgies qui simulent, soit les points de côté de la congestion pulmonaire, de la pleurésie ou de la péricardite, soit l'anévrisme de l'aorte, soit même l'ulcère rond de l'estomac ou les coliques néphrétiques.

M. Baylac (de Toulouse) traite la PÉRITONITE TUBERCULEUSE PAR LA PONCTION SUIVIE DU LAVAGE AVEC DE L'EAU STÉRILISÉE CHAUDE. Il considère l'eau stérilisée portée à une température élevée (43-45 degrés) comme un excellent agent modificateur du péritoine dans la péritonite tuberculeuse. Enfin, il pense qu'elle agit en débarrassant le péritoine du liquide ascitique, « véritable bouillon de culture où pullulent les microorganismes » ; en déterminant une augmentation du nombre des leucocytes; en augmentant leur activité et en diminuant la virulence du bacille de Koch.

LA GOUTTE

Rapporteurs : MM. Dyce Duckworth (de Londres), Ebstein (Gœttingen) et Le Gendre (de Paris).

PATHOGÉNIE DE LA GOUTTE, rapport par M. P. LE GENDRE (de Paris). — Depuis qu'on a constaté la nature uratique des tophus et l'uricémie chez les goutteux, les efforts des théoriciens ont eu presque toujours pour but d'expliquer la pathogénie de la goutte par le mécanisme de l'accumulation d'acide urique dans l'économie et la précipitation de l'urate de soude dans les tissus. Les principales théories ont invoqué : l'introduction en excès par l'alimentation d'acide urique ou de substances azotées génératrices d'acide urique; la formation en excès d'acide urique par destruction des nucléines ou nucléo-albumines issues des leucocytes ou des noyaux de toutes les cellules du corps ; l'accumulation d'acide urique par insuffisance de transformation en urée, soit par torpeur du foie ou défaut d'un ferment lui permettant d'accomplir sa fonction uropoiétique, soit par insuffisance des oxydations dans l'organisme entier; la rétention d'acide

urique dans le sang par insuffisance de la fonction éliminatrice du rein; la résorption d'acide urique dans le rein, qui, supposé chargé normalement d'accomplir par certaines de ses cellules la formation d'acide urique par conjugaison de l'urée et du glycocolle venus du foie, deviendrait impuissant à éliminer l'acide formé. Celui-ci résorbé deviendrait dans le sang du quadriurate de soude qui, surabondant, se précipiterait sous certaines influences dans les tissus à l'état de biurate de soude.

Pour les uns, la présence de l'urate de soude dans les tissus articulaires y provoquerait seulement comme corps étranger la réaction inflammatoire paroxystique. Pour d'autres, l'acide urique agirait comme poison chimique et nécrosant et la mortification préalable des tissus serait nécessaire à la formation des dépôts uratiques cristallisés.

Certains expliquent les localisations goutteuses par la moindre vascularisation ou la moindre résistance des tissus prédisposés et l'explosion des accès par l'entrave aux fonctions rénales.

D'autres attribuent à une influence nerveuse les localisations, les paroxysmes et les métastases.

On a pensé aussi que l'acide urique n'était nocif qu'après avoir subi certaines modifications physiques ou chimiques et qu'un rôle pathogène devait être attribué également à des substances autres que l'acide urique, telles que les corps alloxuriques.

Chacune de ces théories soulève de valables objections chimiques, physiologiques ou pathologiques; les plus spécieuses ne peuvent d'ailleurs expliquer que le mécanisme de l'accès de goutte et non le trouble de la nutrition cellulaire permanent et transmissible par hérédité, qui est le lien nécessaire entre les accidents morbides intermittents chez l'individu comme entre la maladie du père et celle du fils.

Mais la statistique clinique a mis hors de doute que la goutte se rencontre avec une fréquence toute particulière chez les individus dont les ascendants ou les descendants sont atteints de maladies du groupe dit arthritique ou par ralentissement de la nutrition, en première ligne le diabète et l'obésité, et que la goutte est associée souvent chez le même individu à quelques-unes de ces maladies.

Or les relations numériques établies entre les maladies du groupe arthritique autorisent à attribuer à chacune d'elles le mode pathogénique démontré vrai pour une d'entre elles par M. Bouchard, après les travaux duquel il n'est plus permis de douter que le diabète consiste en une diminution de l'aptitude des tissus à brûler le sucre, à pousser à l'extrême les transformations des hydrates de carbone. Si cliniquement la goutte est de même nature que le diabète, il y a grande vraisemblance pour qu'il existe chez le goutteux une élaboration défectueuse de la matière azotée, une inaptitude des tissus à détruire d'une façon parfaite l'albumine.

Parmi les conséquences de l'incomplète destruction des déchets, prend place l'encombrement de l'organisme et par certains acides (oxalique, acétique, lactique, etc.), qui peuvent diminuer les conditions de solubilité de l'acide urique, sans que celui-ci soit nécessairement en excès dans le sang, et par certains corps organiques dont la toxicité peut contribuer à la genèse des accidents multiples de la goutte.

La statistique clinique met encore en évidence les affinités morbides de la goutte avec l'albuminurie simple, avec la néphrite interstitielle, comme la fréquence et l'intensité des perturbations chez les goutteux. On peut inférer de ces coexistences que les troubles fonctionnels du rein, comme ceux du système nerveux, jouent un rôle dans la préparation de la goutte et dans l'explosion de ses paroxysmes, soit par entrave apportée à l'élimination des déchets toxiques de la dénutrition des tissus, soit par inhibition neuro-trophique du métabolisme intra-cellulaire.

Quand la goutte est acquise, le trouble nutritif des cellules est amené par une hygiène défectueuse (abus d'aliments azotés ou riches en acide oxalique, et de certaines boissons fermentées, insuffisante activité physique et surmenage du système nerveux) ou par l'action d'un poison (le plomb).

Quand la goutte est héréditaire, c'est que le trouble nutritif des cellules du procréateur s'est continué à travers l'ovule ou le spermatozoïde dans la descendance de ces cellules.

D'après M. Wilhelm EBSTEIN (de Gœttingue). — Pour comprendre la pathogénie des différents symptômes de la goutte, on doit supposer : *a*) une goutte articulaire primaire; *b*) une goutte rénale primaire. La première est la forme la plus répandue de la goutte qui n'empêche pas les individus d'atteindre un âge élevé. La goutte articulaire primaire se développe d'abord sous l'influence d'une rétention (Stauung) de l'acide urique, cette rétention est localisée parce qu'elle n'affecte qu'une seule ou quelques parties du corps humain. Dans la goutte primaire rénale il s'agit dès le commencement d'une rétention (Stauung) généralisée de l'acide urique qui, par conséquent, embrasse toutes les parties du corps, elle est causée toujours par une altération primaire et matérielle des reins.

Enfin sir DYCE DUCKWORTH (de Londres) conclut que les caractères cliniques de la goutte indiquent que des changements hématiques (dus à un métabolisme morbide des tissus) et un désordre neuro-trophique agissent comme agents pathogéniques, et qu'en conséquence la goutte doit être regardée comme une maladie neuro-humorale.

M. HIS (de Leipzig) attire l'attention sur les trois points suivants :

1° Il n'est pas vraisemblable qu'un corps aussi peu oxydable que l'acide urique circule dans le sang non dissous, s'il n'est pas sous une forme chimique non oxydable.

2° Pour la résorption des dépôts uriques, les phagocytes doivent jouer un grand rôle et résorber une grande quantité d'acide urique et le détruire à l'intérieur du corps cellulaire.

3° Il n'est pas possible d'obtenir des urates solubles avec des baies puléniques tant qu'il existe dans le sang des baies dont les combinaisons avec l'acide urique sont insolubles.

M. TEISSIER (de Lyon) fait remarquer combien il est important de tenir compte de la différence qui existe entre la goutte proprement dite et le rhumatisme goutteux. Cette dernière forme morbide fait partie de la diathèse goutteuse en ce sens qu'on la voit alterner dans la même famille avec la goutte vraie et que les rhumatisants goutteux ont des goutteux vrais dans leur ascendance. Mais au point de vue du mécanisme des accidents morbides il y a une grande différence. Dans la goutte l'acide urique en excès se dépose dans les nerfs sous forme de biurate de soude et constitue les tophus. Dans le rhumatisme goutteux il ne se forme pas d'urate de soude et on n'en trouve pas par l'expérience de Garrod, le fil suspendu dans la sérosité du vésicatoire. Au contraire, on trouve en excès de l'acide oxalique avec transformation de l'acide urique. Le déterminisme de la transformation tantôt en urate, tantôt en acide oxalique, échappe complètement.

MALADIES DES REINS

Insuffisance rénale.

DIAGNOSTIC DE L'INSUFFISANCE RÉNALE, par M. ACHARD (de Paris). — Le rein est le principal organe dépurateur. Reconnaître comment il s'acquitte de ses importantes fonctions est un problème auquel s'attache en clinique un intérêt de premier ordre. Chaque jour, cette question se pose au praticien. Tantôt c'est pour établir de bonne heure le diagnostic d'une affection rénale afin d'instituer à temps un traitement

approprié, tantôt c'est pour ne pas transformer en effet toxique l'action thérapeutique de certains médicaments éliminés par l'urine, tantôt encore c'est pour démêler, parmi les désordres simultanés de plusieurs grandes fonctions, la part qui revient en propre à la défaillance des reins. A vrai dire, il n'est pas facile de fixer où commence au juste l'insuffisance rénale. Pour les reins, comme pour bien d'autres organes, la capacité fonctionnelle dépasse largement à l'état physiologique les besoins courants de l'économie. Une partie du parenchyme peut être mise hors de service sans que la santé paraisse en ressentir aucune atteinte, la tolérance se maintenant si toutefois les substances nuisibles que doit rejeter l'urine ne dépassent pas dans l'organisme une proportion modérée. De plus, il est rare que le trouble des fonctions rénales soit d'emblée profond. Le plus souvent, c'est peu à peu qu'il se développe; une sorte de compensation a le temps de s'établir, à la faveur d'un mécanisme complexe auquel prennent part la suractivité d'autres émonctoires, l'hypérémie et peut-être même l'hyperplasie du parenchyme rénal encore apte à fonctionner, enfin certaines modifications de la circulation générale. L'apparition des symptômes caractéristiques se trouve ainsi retardée pour un temps parfois assez long. Mais c'est précisément à cette période, où le trouble reste latent et où la compensation n'est pas encore compromise, que le médecin doit s'efforcer de dépister l'insuffisance rénale.

Il dispose, pour établir ce diagnostic, de plusieurs modes d'exploration que le rapporteur examine successivement.

Ce diagnostic de l'insuffisance rénale reposait tout entier naguère sur un ensemble de troubles généraux et fonctionnels, tels que phénomènes urémiques, hydropisies, petits signes de brightisme, bruit de galop, et sur un examen sommaire de l'urine, consistant dans la mesure du volume et de la densité, la constatation de l'albumine et des cylindres.

Grâce à la simplicité de leur recherche et à la longue expérience acquise à leur sujet, ces signes restent toujours la condition première de tout diagnostic d'affection rénale. Mais ils sont plus propres à établir l'existence et la nature des lésions des reins qu'à faire connaître les troubles de leurs fonctions.

Or, l'altération anatomique et le désordre physiologique ne marchent pas toujours de pair, et d'autre part, les fonctions des reins peuvent être sérieusement compromises alors même que les symptômes précédents restent frustes, que la santé générale se maintient sous une apparence trompeuse et qu'une compensation plus ou moins précaire dissimule le danger pourtant réel qui menace l'organisme.

Un complément d'enquête concernant l'état de la fonction devient donc nécessaire. A cet effet, on a imaginé toute une série de recherches qui ont pour objet d'explorer la sécrétion urinaire, surtout en comparant l'urine et le sang, par des procédés cliniques (dosage), physiques (cryoscopie) et physiologiques (toxicité).

En outre, au lieu d'étudier le produit de la sécrétion spontanée du rein, on a proposé de chercher comment cet organe accomplit un travail qu'on lui impose et qui consiste dans l'élimination provoquée d'une substance étrangère, introduite à dose connue dans l'organisme.

De ces méthodes, deux seules sont suffisamment pratiques : la cryoscopie et l'élimination provoquée.

La cryoscopie comparée de l'urine et du sérum, qui fait connaître le nombre de molécules, sans distinction de nature, que renferment ces deux liquides, indique la perméabilité du rein. Jointe au dosage de certains matériaux de l'urine, à la mesure de son volume et à l'estimation du poids du corps, elle paraît susceptible de fournir aussi des renseignements très instructifs sur l'état de la circulation rénale et sur l'ensemble de la nutrition. Mais peut-être les calculs ingénieux qui permettent de tirer toutes ces déductions manquent-ils un peu de la simplicité qui convient à la clinique journalière.

Quant à l'épreuve de l'élimination provoquée, faite généralement avec le bleu de méthylène, elle permet de juger dans quelles limites de temps et en quelle proportion le rein parvient à débarrasser l'organisme de substances auxquelles il sert d'émonctoire.

Différentes par le mécanisme, ces explorations peuvent fournir des indications quelque peu dissembles. Il y a donc tout avantage à en combiner l'emploi.

Elles sont intéressantes sous un double rapport.

D'abord, elles constituent un moyen d'étude applicable aux recherches pathogéniques et sont aptes à éclairer certains points obscurs dans le domaine de la théorie.

Ensuite elles ont une utilité pratique, car elles confirment en les précisant les notions acquises par le simple examen clinique tel qu'il est fait couramment au lit du malade, et parfois même elles suffisent à déceler des troubles de la fonction rénale qui fussent restés incertains ou méconnus, notamment dans certaines néphrites interstitielles à marche insidieuse.

Dans son rapport, M. S. Laache (de Christiania), qui traite la question au point de vue clinique et thérapeutique, prend pour point de départ la fonction qui fait du rein l'appareil sécréteur le plus important de l'organisme pour les résidus liquides et solides, ces derniers représentés principalement par l'urée.

Il mentionne les œdèmes rénaux, l'*œdema fugax*, l'anasarque universelle et le rôle décisif joué par le cœur.

Quant à la diagnose, au sujet de laquelle il cite le petit brightisme, les recherches d'Achard et Castaigne ont inauguré une voie nouvelle.

La thérapie doit préférablement être prophylactique ; si pourtant il y avait impossibilité, il convient d'appliquer les principes déjà suivis et bien connus dans le traitement des affections rénales. Il convient de consacrer une attention spéciale à l'état du cœur.

La perméabilité rénale. Valeur comparée de ses modes d'exploration. Son role dans les affections du rein, par M. Léon Bernard (de Paris). — La perméabilité rénale doit être définie « la fonction d'excrétion du rein », ce qui permet de l'envisager indépendamment des différents procédés qui ont été proposés en vue de reconnaître les modalités de cette fonction. Ces procédés sont de deux sortes : les uns introduisent expérimentalement une substance dans l'organisme, et en étudient l'élimination rénale : ils explorent « la perméabilité expérimentale ». Les autres étudient de manières diverses l'élimination des principes constitutifs de l'urine : ils explorent « la perméabilité vraie ».

Le procédé du bleu de méthylène, le plus pratiqué parmi ceux de la première catégorie, en est le plus exact; mais il comporte des inconnues, qui rendent parfois difficile l'interprétation de ses résultats; en outre, comme tous les procédés analogues, il a l'inconvénient de n'étudier l'élimination que d'une seule substance. Or il n'est pas prouvé que tous les corps passent de la même manière au niveau du rein, et qu'on puisse conclure de l'un aux autres.

Les procédés d'exploration actuellement pratiqués de la perméabilité vraie (analyse chimique, recherche de la densité et de la toxicité de l'urine) ont tous l'inconvénient que leur application à l'étude du sang est infidèle ou impraticable; or, on ne peut conclure de la simple étude de l'urine à l'état de la perméabilité rénale, car dans la composition de l'urine entrent des facteurs indépendants de cette fonction rénale, et dont la part d'influence ne peut être reconnue que par l'étude parallèle du sang.

La cryoscopie répond à ce desideratum, et elle fournit en outre des mesures exactes et globales : elle permet d'évaluer la concentration moléculaire de l'urine et du sang, et le rapport de ces deux termes indique l'état de la perméabilité rénale.

L'étude des faits montre que ce rapport est variable dans les diverses néphropathies : le point Δ du sérum sanguin n'est notablement augmenté que dans les scléroses rénales ; il peut être diminué dans la néphrite parenchymateuse chronique.

Le point Δ de l'urine est normal ou légèrement diminué dans cette dernière ; très diminué dans les scléroses rénales, où il peut s'abaisser au-dessous du point Δ du sérum sanguin. Mais, dans tous les cas, on ne peut interpréter les résultats que par la confrontation des points Δ du sang et de l'urine, et en tenant compte de la quantité des urines.

Tous les procédés montrent que les diverses néphropathies modifient diversement la perméabilité rénale. La diminution de la perméabilité rénale n'existe pas nécessairement du fait de l'existence de lésions rénales ; c'est un phénomène contingent, qui paraît en rapport avec certaines lésions rénales, la sclérose principalement et non avec toutes. Mais comme des phénomènes urémiques peuvent coexister avec des reins perméables, il en résulte que l'urémie n'est pas exclusivement due à l'imperméabilité rénale.

Il convient donc de distinguer les termes d'urémie, d'insuffisance rénale et d'imperméabilité rénale, et de reprendre l'étude des troubles de la perméabilité rénale dans les diverses néphropathies.

Perméabilité rénale et cryoscopie du sérum sanguin dans les néphrites parenchymateuses humaines et expérimentales, par MM. Widal et Lesné. — L'étude comparée de la cryoscopie du sérum sanguin et de l'imperméabilité rénale faite au cours de la néphrite parenchymateuse est intéressante au point de vue de la pathogénie de certains états urémiques.

M. Bard a montré qu'au cours des néphrites parenchymateuses profondes, la perméabilité rénale au bleu de méthylène pouvait être conservée. Le fait a été confirmé par différents auteurs.

L'un de nous a rapporté un cas de néphrite syphilitique épithéliale avec conservation de la perméabilité au bleu. Le malade avait présenté cependant des symptômes d'intoxication urémique, tels que le rétrécissement des pupilles, dypsnée *sine materiâ*, attaque de coma, qui ne pouvaient être mis sur le compte d'accidents mécaniques ou de compressions œdémateuses.

Nous avons observé depuis un malade, porteur d'une néphrite parenchymateuse, chez lequel l'élimination de l'iodure de potassium et du bleu était normale. On constatait comme toute anomalie un prolongement de l'élimination du bleu pendant le quatrième jour, sous forme de traces à peine apparentes. En dehors de la céphalée, ce malade n'avait présenté aucun symptôme d'intoxication urémique ; la cryoscopie de son sérum sanguin, faite par M. Bousquet, donnait cependant comme point de congélation — 1°07, et accusait ainsi une rétention très considérable.

En déterminant chez des animaux des lésions purement parenchymateuses du rein par injection d'acide chromique, on note, comme l'ont déjà vu Richter et Roth, un abaissement du point de congélation du sérum sanguin. Les expériences que, de notre côté, nous avons faites sur sept lapins, montrent que dans ces conditions Δ du sérum sanguin peut varier entre — 0°68 et — 0°99.

Nous avons fait plus et nous avons recherché ce que devenait, pendant ce temps, la perméabilité du rein de ces animaux pour le salicylate de soude et le bleu de méthylène. L'élimination de l'acide salicylique était normale. Le bleu apparaissait dans l'urine aussi rapidement qu'à l'état normal, on notait seulement une élimination prolongée sous forme de chromogène.

Les urines, fortement albumineuses et riches en cylindres granuleux, étaient peu diminuées de volume. On notait, en général, une diminution des chlorures.

Les expériences que nous avons rapportées avec M. Sicard nous avaient enseigné que le sérum des urémiques injecté dans le cerveau des lapins n'était pas plus toxique que le sérum des sujets normaux, et pourtant la clinique montre que les poisons de l'urémie doivent surtout impressionner les centres nerveux, mais on peut se demander si des poisons sensibles pour la cellule nerveuse de l'homme le sont également pour la cellule nerveuse d'espèces telles que le lapin ou le cobaye. Les expériences suivantes plaident en faveur de cette hypothèse, et nous montrent qu'après rétention d'origine rénale, le sérum peut devenir toxique pour la cellule nerveuse d'un animal de même espèce ou d'espèce voisine.

Le sérum de nos animaux intoxiqués par l'acide chromique était toxique par injection intra-cérébrale pour le cobaye à la dose de 1/10 et même de 1/20 de centimètre cube, et pour le lapin à la dose d'un demi-centimètre cube. Avant l'apparition de la lésion rénale, le sérum de ces animaux était inoffensif pour le cobaye, après injection intra-cérébrale d'un quart de centimètre cube, et pour le lapin après injection intra-cérébrale d'un demi-centimètre cube.

De l'albuminurie cyclique des adolescents. — M. Dauchez (de Paris) rapporte deux cas d'albuminurie cyclique chez des adolescents et montre que cette affection peut se rattacher tantôt à un état diathésique, la goutte en particulier, tantôt à une cause infectieuse (la fièvre thyhoïde par exemple).

Sur la découverte de l'uréine, par M. Moor (de New-York). — L'urine humaine contient un liquide organique en plus grande quantité que l'urée et qui serait la cause de l'urémie ; l'auteur donne le nom d'*uréine* à ce produit que l'on peut obtenir chimiquement. Des expériences faites sur le lapin ont montré le pouvoir toxique de cette substance. Les symptômes observés chez les animaux ont une grande analogie avec les symptômes urémiques de l'homme.

MM. Émile Sergent et Léon Bernard rappellent qu'il convient de distinguer de la maladie bronzée d'Addison, le syndrome clinique de l'insuffisance capsulaire et d'ouvrir à la pathologie des capsules surrénales un chapitre didactique comprenant :

1° Le syndrome de l'insuffisance capsulaire, lié à l'existence constante de lésions destructives des surrénales et correspondant à la presque totalité des faits cliniques actuellement décrits sous le nom de formes frustes de la maladie d'Addison.

2° La maladie bronzée d'Addison, dont la mélanodermie est inséparable et au cours de laquelle peuvent survenir des accidents imputables à l'insuffisance capsulaire.

Cette distinction trouve sa justification dans ce fait que la maladie bronzée peut évoluer indépendamment de toute lésion des surrénales (théorie nerveuse), tandis que le syndrome d'insuffisance suppose nécessairement une lésion de ces glandes.

Le syndrome d'insuffisance capsulaire est aux lésions des surrénales ce que l'insuffisance hépatique est aux hépatites aiguës ou chroniques. Il peut se déclarer brusquement, au milieu de toutes les apparences de la santé, ou survenir insidieusement, à la suite d'accidents prémonitoires plus ou moins anciens.

Sur l'opothérapie rénale, par M. Maruella (de Barcelone). — L'auteur rapporte l'observation de 7 malades

atteints de néphrite de natures diverses et traités par l'extrait glycériné de rein. Les résultats sont inconstants.

CŒUR ET VAISSEAUX

D'après M. Barié qui étudie dans son rapport l'ENDOCARDITE MALIGNE DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, cette endocardite peut parfois révêtir des caractères de gravité toute particulière due à plusieurs facteurs, ou bien elle est causée par une dilatation aiguë du cœur avec insuffisance du myocarde; ou bien elle est déterminée soit par une toxémie rhumatismale due à l'hypertoxicité des microbes pathogènes ou de leurs toxines, soit par des infections secondaires venant se greffer sur l'endocardite initiale. L'état de débilité du sujet, les privations, la misère et d'un autre côté l'alcoolisme et les lésions du foie sont des causes prédisposantes de cette forme redoutable d'endocardite.

M. Fomario (du Caire) dit avoir observé une forme aiguë de DILATATION CARDIAQUE DANS LES FIÈVRES PALUDÉENNES. Cette dilatation est due à des conditions particulières de dyscrasies individuelles ou à des virulences spéciales de l'agent pathogène.

M. Huchard étudie les troubles du rythme cardiaque qui constituent par leur persistance une véritable forme arythmique de la cardio-sclérose. Cette arythmie peut n'être que le seul symptôme révélateur de cette affection, mais presque toujours elle marche de pair avec l'insuffisance rénale. Au point de vue du diagnostic, il importe de différencier cette forme des myocardites, des arythmies reflexes, d'origine gastrique, utérine, car cette *boiterie* du cœur est irréductible et ne cède pas à la digitale.

M. Merklen pense que dans ces cas les ganglions du cœur sont atteints et que c'est dans leurs lésions qu'il faut rechercher la cause de l'arythmie.

M. Eid (du Caire) a observé des LÉSIONS VALVULAIRES DU CŒUR A LA SUITE DE L'INTOXICATION TABAGIQUE.

CARDIO-TOPOMÉTRIE, CARDIO-VOLUMÉTRIE, CARDIO-STATIQUE. — Depuis 1890, en étudiant la topographie du cœur sur le vivant, et avec des contrôles réitérés des autopsies et de l'examen radioscopique et radiographique, le professeur G. Rummo (de Palerme) a adopté une nouvelle méthode de détermination de la matité cardiaque.

Par la percussion à rayons convergents vers le centre de la région du cœur, en tenant compte des moindres variations de la résonance thoracique, on trace d'abord l'ovoïde cardiaque, qui reste ouvert en haut (région vasculaire).

Les quatre pôles de cet ovoïde (mucronal ou apexien, auriculo-ventriculaire droit, auriculaire droit, ventriculaire gauche) sont réunis par quatre cordes (gauche ou ventriculaire gauche, inférieure ou phrénique ou ventriculaire droite, droite ou auriculaire droite, supérieure ou vasculaire) qui donnent les dimensions de chaque segment du cœur. On acquiert ainsi une idée bien exacte de la topographie et de la volumétrie cardiaque. A ce but contribue aussi la détermination des quatre angles polaires.

Pour tout ce qui a rapport à l'étude de la statique cardiaque, il suffit de se borner à la détermination des angles d'inclinaison, qui sont deux : le premier compris entre le grand axe ou plan de symétrie du cœur, qui unit le pôle auriculaire droit au pôle mucronal, et la ligne médiane du sternum, plan de symétrie du corps; le deuxième ou angle cardio-phrénique, compris entre la ligne médiane du sternum et la corde inférieure. Un troisième angle d'inclinaison, formé par l'intersection du grand axe et l'axe bref (qui unit le pôle auriculo-ventriculaire droit au pôle ventriculaire gauche), a aussi une certaine valeur dans l'étude de la statique.

Cette méthode qui permet de projeter sur la région du cœur tout le périmètre cardiaque, semble devoir être fort intéressante en clinique.

LE POULS VEINEUX DES SAPHÈNES DANS L'INSUFFISANCE TRICUSPIDIENNE. — MM. P.-E. Launois et Loeper étudient le pouls veineux se montrant dans les saphènes et dans les veines du membre inférieur au cours de l'insuffisance tricuspidienne. Ils rappellent l'observation communiquée à la Société de biologie en 1889 par François-Franck et rapportent un fait nouveau.

Il s'agissait, dans leur observation, d'une femme de quarante et un ans, atteinte de rétrécissement mitral d'origine rhumatismale, qui présenta, à l'occasion d'une fatigue et d'une marche prolongée, des phénomènes d'asystolie avec dilatation du cœur droit et le syndrome habituel de l'insuffisance tricuspidienne : battements des jugulaires, battements hépatiques et aussi battements systoliques au niveau des veines du membre inférieur et des saphènes variqueuses.

Il semble que le phénomène du pouls veineux perçu au niveau des saphènes soit uniquement dû à la disposition des valvules, à leur insuffisance et qu'il n'y a pas lieu de faire entrer en ligne de compte la diminution de la pression sanguine intra-veineuse. La béance du système cave inférieur l'absence de valvules sur le tronc de cette veine abdominale rendent facile la production de ce phénomène pathologique. Pour nombre d'auteurs d'ailleurs et en particulier pour Friedreich, la pulsation de la veine cave inférieure doit être constante dans l'insuffisance de la tricuspide.

Ce qui distingue le pouls des saphènes des autres oscillations que l'on peut observer au niveau de ces vaisseaux, c'est son caractère d'être nettement systolique, ainsi que le prouvent les tracés apportés par les auteurs de la communication. D'autres battements physiologiques, d'origine respiratoire par exemple, ou pathologiques, tels que le faux pouls veineux dû à l'hypertrophie de l'oreillette et à l'augmentation de l'énergie de la présystole, le pouls de Quincke de l'insuffisance aortique, le pouls négatif de Lanzerini, s'en distinguent facilement parce qu'ils sont pré ou post-systoliques.

Quant aux bruits perçus à l'auscultation et aux frémissements que l'on observe au niveau des crurales et des saphènes chez les chloro-anémiques, frémissements qu'ont signalés Friedreich et Durosiez, ils ne semblent pas exister dans l'insuffisance tricuspidienne avec pouls veineux périphérique. Dans ce dernier cas, en effet, on peut percevoir par la palpation l'onde de reflux, mais l'absence de valvules dans les veines variqueuses ne permet pas d'entendre le choc valvulaire expiratoire que Friedreich a le premier signalé dans ce cas d'insuffisance tricuspidienne sans varices et dans les cas d'hypertrophie considérable de l'oreillette.

Pour les auteurs, le pouls veineux des saphènes doit être toujours recherché chez les malades porteurs de varices et présentant le syndrome de l'insuffisance tricuspidienne, car il doit être sinon constant tout au moins fréquent. Ils estiment aussi que ces insuffisances à manifestations périphériques sont moins graves que les insuffisances à manifestations d'emblée et purement viscérales: l'irruption de l'onde de reflux dans les voies de dérivation largement ouvertes épargne, tout au moins pour certain temps, les viscères de l'abdomen et en particulier le rein.

ORIGINE DE LA TEINTE JAUNE CHLOROTIQUE. — M. Bloch. On a attribué la teinte jaune verdâtre de la chlorose à ce que l'hémoglobine qui, en solution concentrée, ne laisse passer que les rayons rouges, laisse passer aussi les rayons jaunes et verts en solution étendue. L'auteur croit que c'est là une opinion erronée. Il admet que la teinte jaune des cachectiques est comparable au teint des races jaunes; on doit la rapprocher aussi de la teinte jaune paille des chlorotiques; toutes ces nuances sont dues à des accumulations de pig-

ment. Ce pigment viendrait de l'hémoglobine détruite qui s'élimine dans la couche muqueuse de Malpighi.

SÉMÉIOLOGIE DU CAILLOT ET DU SÉRUM DANS LES PURPURAS, par M. LENOBLE (de Brest). — Les études de l'auteur ont particulièrement porté sur les purpuras hémorragiques, dans lesquels il a étudié la séméiologie de la formation du caillot et de sa rétraction.

Dans les purpuras, on note que le caillot se forme dans les délais normaux et dans les conditions normales; il n'existe ni retard de la coagulation, ni anomalies du processus. En revanche, on observe, dans les purpuras hémorragiques, une lésion qui est d'autant plus marquée que la maladie est plus intense : c'est l'absence de rétractilité du caillot et d'exsudation du sérum; dans quelques cas, à peine note-t-on la présence d'une goutte de sérum dans le godet qui se forme à la surface du caillot; dans les cas légers, on observe seulement une diminution de la rétractilité.

Une deuxième lésion est la diminution du nombre des hématoblastes, elle est proportionnelle à l'intensité de la lésion précédente et semble la commander.

Enfin, on note la présence de globules rouges à noyau. Ces trois caractères : absence de rétractilité du caillot et d'exsudation du sérum, diminution des hématoblastes, présence de globules rouges à noyau forment une triade qui caractérise les purpuras hémorragiques.

M. APERT a étudié la façon dont se comporte le sang au point de vue de la coagulation dans un certain nombre de cas de purpuras. Il importe, d'après lui, de distinguer entre les différentes variétés de cette maladie. Dans les purpuras dits exanthématiques, caractérisés par une éruption congestive prédominante aux extrémités des membres inférieurs, avec ou sans douleurs rhumatoïdes, on ne note pas d'altération de la coagulation. Dans les purpuras qui réalisent le tableau des septicémies avec fièvre, état typhique, il n'a pas trouvé non plus la non-rétractilité du caillot.

En revanche, dans un cas, relaté avec M. Rabé, où il s'agissait d'un enfant, présentant depuis plusieurs mois des éruptions de larges macules hémorragiques sous-cutanées, au bout de quelques jours d'administration de chlorure de calcium, les hémorragies et les lésions de la coagulation ont disparu à la fois. Dans un second cas, chez un tuberculeux à la troisième période, du service de M. Dieulafoy, qui eut un jour une éruption abondante de pétéchies sur tout le corps et des épistaxis, le caillot ne se rétractait pas. Au bout de deux jours de traitement par le chlorure de calcium, il ne se forma plus d'hémorragies sous-cutanées, le caillot commença à se rétracter et laissa exsuder une atmosphère de sérum. Le malade survécut six semaines. A l'autopsie, il existait, outre la fonte tuberculeuse des poumons, des lésions parenchymateuses très marquées du foie et des reins.

A côté de ces cas, M. Apert a observé des purpuras avec hémorragies graves, et larges macules sous-cutanées, sans lésion de la coagulation. D'autre part, on peut voir des sangs donner un caillot non rétractile en dehors de toute tendance hémorragique des malades. Le fait s'observe parfois dans la fièvre typhoïde, lorsque l'on prend du sang aux typhiques pour le séro-diagnostic. Cette lésion n'est donc pas particulière aux purpuras.

M. WIDAL fait remarquer à ce propos, que souvent, en effet, le sang recueilli pour le séro-diagnostic ne laisse pas exsuder de sérum après coagulation. Pour avoir la goutte de sérum nécessaire, on est obligé dans ce cas de détacher le caillot de la paroi du vase avec l'extrémité de la pipette, et de presser un peu sur le caillot pour en exprimer le sérum.

Enfin M. POTAIN fait observer qu'au temps où l'on saignait les malades plus souvent qu'à présent, on connaissait bien les caractères du sang dans les maladies. Bouillaud avait coutume d'enseigner que, dans la fièvre typhoïde, le caillot était volumineux, un peu rétracté, mou, noirâtre; caractères qu'il opposait à ceux des caillots phlegmasiques des maladies telles que la pneumonie.

DEUX CAS DE LYMPHADÉNIE ET UN CAS DE LEUCÉMIE MYÉLOGÈNE. — M. Boinet (de Marseille) rapporte trois observations : la première concerne un cas de lymphadénie qui a duré cinq ans, avant de se terminer par la leucémie lymphatytique; la seconde est une lymphadénie avec leucémie; la troisième est intitulée leucémie myélogène à type banal. M. Boinet conclut ainsi :

Les trois observations précédentes indiquent la nature probablement infectieuse de ces affections. Chez nos deux premiers malades atteints de forme ganglionnaire, l'affection a progressé de proche en proche, a envahi successivement des ganglions cervicaux, axillaires, médiastinaux. Ainsi que le fait remarquer M. Rendu, la généralisation se fait à la façon du cancer. Du reste, l'examen des coupes des ganglions a montré l'existence de micro-organismes dans le premier de nos cas.

La porte d'entrée de l'infection n'a pu être déterminée les amygdales, les gencives étaient saines, la tuberculose ne pouvait être incriminée). Enfin l'antériorité des troubles digestifs, de la diarrhée, dans notre cas de leucémie myélogène à type banal plaide en faveur de l'opinion de Rendu qui attribue l'origine de cette leucémie à une affection intestinale et à la pénétration de cet agent toxique dans les veines mésaraïques et dans la veine splénique. La rate s'hypertrophie sous l'influence de la pénétration de ces toxines. C'est le même mécanisme qui préside à l'hypertrophie de la rate, soit dans la fièvre typhoïde, soit dans certaines formes de maladie de Hanot splénomégalique d'origine dothiénentérique, soit de quelques ictères splénomégaliques.

HÉMATOCRITE, par M. DALAND (de Philadelphie). — L'hématocrite est un instrument portatif qui permet de centrifuger une goutte de sang pris par aspiration dans une pipette graduée analogue à celle des hématimètres. La force centrifuge sépare les globules et la hauteur de la colonne des globules permet d'estimer rapidement à quelques centaines de mille globules près, la richesse globulaire du sang.

On peut appliquer également cet instrument à d'autres liquides. Il peut servir à mesurer la richesse du lait en éléments figurés.

MALADIES INFECTIEUSES

DE LA GRIPPE DE 1900, par M. CHÉDEVERGNE (de Poitiers). — La maladie tendait à se présenter partout avec les mêmes symptômes plus ou moins prononcés; cependant il faut reconnaître que la gravité a été bien variable selon les contrées, puisque, à Poitiers par exemple, elle a été généralement bénigne comme terminaison, tandis qu'à Rennes et à Nantes elle a été bien plus sévère et qu'à Barcelone elle a été suivie d'une mortalité énorme. Ainsi dans tous les pays les formes rhumatismales, nerveuses et congestives ont dominé, plus ou moins accentuées, plus ou moins profondes et infectieuses. L'empoisonnement était à dose plus ou moins forte, ou le poison était d'une intensité plus ou moins marquée, de préférence agissant violemment sur certains organes de l'économie.

La grippe a déterminé des manifestations congestives et inflammatoires sur tous les organes, en particulier sur le système nerveux central et périphérique de même que sur les enveloppes, sur l'appareil respiratoire, mais spécialement

et d'une façon rigoureuse sur les voies digestives, en particulier sur le gros intestin, sur sa muqueuse et surtout sur sa tunique musculaire dont elle a toujours troublé, à un degré plus ou moins marqué, les fonctions.

Elle a agi d'une façon plus explicite sur le gros intestin, comme sur les muscles des membres, soit directement soit par l'intermédiaire du système nerveux.

De sorte que la nature de cette maladie ne laisse aucun doute, elle est absolument arthritique. Pour que cette nature soit bien spécifiée, bien établie, beaucoup de malades, cette année, à la suite des accidents plus ou moins aigus dont ils ont souffert, ont été pris d'accès de rhumatismes goutteux, généralement peu douloureux, mais de longue durée dans les doigts et dans les orteils, ce qui n'empêchait pas les autres articulations d'être plus ou moins sensibles.

La maladie est devenue très contagieuse et cela est d'autant plus fâcheux que contrairement, à ce qui arrive pour la plupart des affections contagieuses, celle-ci se reproduit un nombre de fois illimité sur la même personne et semble, ces dernières années, devoir laisser des traces indéfinies.

Des symptomes méningitiques dans la fièvre typhoïde, par M. Netter (de Paris). — On peut observer dans le cours de la fièvre typhoïde des symptômes méningitiques qui aggravent singulièrement le pronostic, surtout s'il s'agit d'enfants, de vieillards ou d'affaiblis. Ils peuvent tenir à de véritables méningites à bacille d'Eberth, à des exsudats séreux contenant le bacille, ou au contraire ils peuvent être seulement des symptômes pseudo-méningitiques. Il faut distinguer les deux cas.

La recherche du signe de Kernig est très importante à ce point de vue. Sa constatation doit faire porter un pronostic sévère; l'auteur l'a observé 44 fois et a observé 9 décès et 8 rechutes. Dans 969 cas où le signe de Kernig n'existait pas, on n'a eu que 19 décès et 43 rechutes. La proportion des décès est donc trois fois plus élevée quand existe le signe de Kernig. Dans ces dernières années, les formes méningitiques ont été relativement fréquentes; elles ont coïncidé, comme on l'a noté plusieurs fois, avec une épidémie de méningite cérébro-spinale.

Sur la fièvre hémoglobinurique palustre, par M. Karemitzas (d'Athènes). — D'après l'auteur, il faut distinguer deux formes de fièvre hémoglobinurique palustre : l'une fréquente ne s'accompagne pas d'ictère ; l'autre, au contraire, est accompagnée de teinte jaune des téguments. En dépit de l'opinion qui a été soutenue et qui attribuait l'hémoglobinurie à la quinine, il paraît certain qu'il faut l'attribuer au paludisme ; l'autre s'appuie pour soutenir son opinion sur ce fait qu'il a rencontré des parasites dans le sang.

Des troubles nerveux d'origine palustre. — M. Boinet (de Marseille) lit un mémoire très intéressant sur les troubles sensitifs, moteurs et psychiques, que l'on peut observer au cours du paludisme.

De la formule hémo-leucocytaire dans le paludisme, par M. A. Billet (d'Alger). — Il existe, dans le paludisme, une formule hémo-leucocytaire déjà pressentie par les travaux de Kelsch, Dionisi, Bastianelli et Vincent. Cette formule, toujours identique à elle-même, quelle que soit la nature de l'accès intermittent, varie suivant les différentes phases du cycle évolutif des hématozoaires et de l'accès lui-même. Elle consiste :

1° En une hypoleucocytose prémonitoire qui atteint son apogée à la phase des frissons, c'est-à-dire au moment précis où les hématozoaires, sous forme de rosaces, vont se multiplier par voie endogène ou asexuée;

2° En une hyperleucocytose consécutive qui atteint son apogée à la fin de l'accès ou au commencement de l'accès suivant (dans le type quotidien), c'est-à-dire au moment précis où les hématozoaires se répandent dans le sérum sous forme de petits corps amiboïdes et vont infester de nouveaux globules.

3° L'hémo-leucocytose paludéenne est toujours une lymphocytose, c'est-à-dire qu'elle porte principalement sur les lymphocytes dont la proportion peut atteindre 60, 70 et même 80 p. 100 du nombre total des leucocytes.

4° Dans le traitement de l'accès palustre par les sels de quinine, il existe également une formule hémo-leucocytaire qui reproduit, en l'exagérant, la formule précédente ; toutefois, à l'hypoleucocytose du début (survenant trois ou quatre heures après l'administration de la quinine), succède une hyperleucocytose quinique qui se maintient tant que les hématozoaires persistent dans le sang et que l'on continue le traitement. L'équilibre leucocytaire se rétablit progressivement avec la disparition graduelle des hématozoaires.

La quinine, en favorisant la phagocytose, est donc bien le médicament spécifique par excellence de la malaria.

En résumé, l'étude de l'hémo-leucocytose dans le paludisme présente une grande valeur au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement de cette maladie.

Modifications structurales des leucocytes polynucléaires dans les infections. — M. Marini (de Naples), en étudiant le sang de malades atteints de pneumonie franche aiguë, a remarqué des types spéciaux de globules blancs dont le plus caractéristique est celui des leucocytes à noyau polymorphe ; au lieu d'avoir l'aspect habituel, ils présentent, dans la partie du cytoplasme qui avoisine le noyau, une accumulation de granulations neutrophiles, et une grande affinité par les matières colorantes. Au contraire, la partie périphérique du protoplasme reste claire et peu colorée (par la méthode de coloration d'Ehrlich).

Ces modifications disparaissent à mesure que l'infection s'atténue. Elles sont donc bien le fait de l'infection.

A propos de la bactériologie du rhumatisme articulaire aigu. — M. H. Triboulet (de Paris) nous montre qu'au point de vue clinique, le rhumatisme aigu franc présente des formes simples (arthropathies fébriles sans complications); et des formes compliquées (d'une ou de plusieurs complications : rhumatisme avec endocardite, avec péricardite, avec endo-péricardite, avec manifestations pleuro-pulmonaires, avec manifestations nerveuses, avec mélange de ces diverses complications et avec d'autres manifestations encore de nature non définie : angines, dermo-cellulites, phlébites, etc.). L'étude bactériologique, qui a le tort d'étudier d'ensemble toutes les formes cliniques qu'il faut absolument séparer, afin de ne comparer dans les recherches que des observations similaires, nous montre que bon nombre de rhumatismes francs, simples, ne donnent aucun résultat bactériologique positif, et qu'il en peut être de même pour plusieurs rhumatismes compliqués.

Par contre, dans le rhumatisme simple, il arrive (constatation d'ailleurs rare, sinon exceptionnelle) qu'on peut rencontrer parfois un germe, tantôt l'un, tantôt l'autre ; dans le rhumatisme compliqué, il peut en être de même (les constatations microbiennes étant ici très fréquentes, sinon de règle). On a en effet signalé isolément, ou conjointement : des variétés de staphylocoque, de streptocoque ; le bacille anaérobie d'Achalme ; enfin le diplococcus de Triboulet et A. Coyon. Aucun de ces germes ne s'est montré spécifique, permettant de reproduire expérimentalement le rhumatisme (poly-arthrite rhumatismale avec fièvre).

Manquant parfois, apparaissant parfois, ces germes en se surajoutant, sont-ils en rapport avec des allures cliniques particulières de la maladie? Il faut donc rechercher leurs connexions probables avec le type morbide considéré : formes bénignes, formes graves, complications, et étudier ce qu'est la bactériologie dans les rhumatismes simples,

légers, moyens, graves, mais sans complications; ce qu'est la bactériologie dans les rhumatismes compliqués d'endocardite, de péricardite, etc. (les unes légères, les autres graves, durables, mortelles).

En suivant l'enseignement des faits, M. Triboulet a cru voir :

a. Que les rhumatismes reconnus amicrobiens par examen direct du sang et par cultures successives, sont, en général, d'un pronostic favorable;

b. Que les rhumatismes avec infection sanguine décelable appartiennent aux variétés à complications possibles.

Il semble, sous des influences encore ignorées, que le sang du rhumatisant devienne éminemment infectable, et que certains germes passent alors dans le courant sanguin comme de véritables agents d'infection secondaire.

L'infection secondaire qui manque aux uns, qui se surajoute aux autres, voilà la raison d'être des différences, si surprenantes dans l'évolution de rhumatismes francs aigus, à début souvent identique.

Distinguer, d'une façon précoce, parmi les variétés cliniques,celles qui sont de moindre importance, qui ne compromettent pas l'existence et dont on ne garde aucune tare pathologique; reconnaître, par contre, celles dont on peut mourir, ou dont on peut garder une lésion durable, c'est à la bactériologie de le faire.

L'auteur pense que certaines infections (staphylocoque et streptocoque non définis encore) semblent de moindre importance; que, par contre, la présence dans le sang du diplococcus, par lui décrit, semble conférer au rhumatisme un caractère de permanence à l'état subaigu, singulièrement favorable aux complications endocardiques par ce microbe; qu'enfin le bacille d'Achalme se rencontre exceptionnellement, chez le vivant, et qu'il se trouve, par contre, à l'autopsie des formes prolongées ou foudroyantes, multicompliquées, dans lesquelles la polyinfection est fréquente.

En attendant la découverte (probable ou non) du microbe spécifique, c'est à établir sur des données statistiques rigoureusement comparables et de plus en plus nombreuses, le rapport entre telle et telle variété clinique et telle infection microbienne que doivent tendre les recherches bactériologiques dans le rhumatisme.

Prévenus par la bactériologie de la présence de l'infection, on pourra rechercher la porte d'entrée de celle-ci et tenter une thérapeutique préventive de complications que nous sommes toujours impuissants à combattre une fois déclarées.

M. Widal croit à la nature infectieuse des arthropathies rhumatismales. Il a rencontré un caractère qui plaide en faveur de cette idée : tandis que dans les séreuses intra-articulaires des arthrites traumatiques, on rencontre de rares éléments, surtout de grandes cellules épithéliales desquamées, dans le cas d'épanchement intra-articulaire rhumastimal, parfaitement limpide et stérile à l'ensemencement,on rencontre des leucocytes polynucléaires en abondance, c'est-à-dire la variété de leucocytes qui procèdent à la lutte contre les microbes.

L'aspergillose, maladie primitive, par M. Louis Rénon. — Dans un travail tout récent, Saxer vient de se faire en Allemagne le défenseur de l'action primitive du champignon, action spécifique, inflammatoire et nécrosante, beaucoup plus fréquente qu'on ne pourrait le supposer. La seule différence qui sépare encore M. Renon de cet auteur tient à la dénomination de pseudo-tuberculose appliquée en France au processus aspergillaire primitif du poumon. On est bien près de s'entendre, car le terme d'aspergillose qui a prévalu dans les derniers travaux de M. Renon paraît devoir clore le débat, encore qu'il soit impossible de nier qu'expérimentalement et cliniquement l'aspergillose primitive ne ressemble extraordinairement à la tuberculose.

Recherches sur la bactériologie et les lésions du laryngo-typhus, par M. H. Vincent. — En réalité, on a considéré comme laryngo-typhus à la fois les ulcérations superficielles de la muqueuse laryngée qu'on observe si souvent dans la fièvre typhoïde et la péricondrite suppurative avec nécrose des cartilages. Les premières ne sont que la manifestation de la laryngite catarrhale vulgaire; l'auteur les a observées 49 fois sur 113 autopsies. Les secondes sont beaucoup plus rares (1 fois sur 113 autopsies).

L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas de laryngo-typhus à marche aiguë, terminé par l'œdème de la glotte et la mort, chez un sujet de vingt-deux ans. Les coupes du larynx ont été faites au niveau de la portion inférieure du ventricule, près de la région des muscles thyro-aryténoïdiens interne et externe, et au-dessous de la corde vocale inférieure. Les coupes ont montré soit des soulèvements phlycténulaires de l'épithélium, soit des ulcères microscopiques de la muqueuse, première phase des ulcérations laryngées. Dans le derme de la muqueuse, infiltration leucocytaire avec vascularisation intense, thromboses et tractus hémorragiques. L'épithélium glandulaire est tuméfié, nécrosé. Le péricondre est sillonné de vaisseaux très dilatés. Le tissu cellulaire interstitiel de la muqueuse est infiltré d'exsudat séro-fibrineux. La coloration des bactéries dans les coupes montre une infiltration prodigieuse de cocci étroitement tassés, ailleurs réunis en élégantes chaînettes. Aucun autre microbe. Les amas microbiens sont particulièrement nombreux au-dessous des ulcérations de la muqueuse. Par leur voisinage, ils ont nécrosé l'épithélium superficiel, plus fragile que les autres éléments. Dans la profondeur, les traînées microbiennes s'étalent à la surface du péricondre, mais ailleurs elles ont fait effraction à travers celui-ci et se trouvent en contact direct avec le cartilage. On voit donc que,dans ce cas, tous les éléments constitutifs de la muqueuse laryngée ainsi que le péricondre, ont été intéressés en masse et simultanément, ce qui confirme les vues de Rokitansky.

Les cultures ont fourni le streptocoque seul, très abondant, et quelques rares colonies de staphylocoque blanc. Il en résulte, par conséquent, que le bacille typhique ne paraît pas être, au moins dans tous les cas, la cause première de l'ulcère du larynx.

La rate et ses infections, par M. de Dominicis (de Naples). — Pour étudier les infections de la rate, l'auteur a transplanté la rate de chiens en dehors de la cavité abdominale en ménageant ses connexions vasculaires et il a injecté des cultures microbiennes ou des toxines (coli-bacille) dans la rate même ou dans le sang.

En grande quantité, 7 à 8 centimètres cubes par kilogramme d'animal, on tue rapidement l'animal en cinq à huit heures. La quantité mortelle est plus petite quand on injecte dans la rate que lorsqu'on injecte dans le sang.

A plus petite dose, on ne tue pas les animaux, on les immunise, mais l'immunisation due à l'injection dans la rate dure peu, dix à quinze jours au plus, de même pour le coli ou le charbon.

M. Widal rappelle que, avec M. Lesné, il a communiqué à la Société de biologie une série d'expériences du même genre sur le lapin et le cobaye. Ils ont injecté dans la rate des quantités surprenantes de liquide. S'il s'agit d'eau l'animal supporte parfaitement l'injection. S'il s'agit de cultures typhiques on obtient les mêmes résultats que lorsqu'on inocule sous la peau, au point de vue de la virulence comme à celui de l'immunité. Si on fait l'inoculation dans le foie, mêmes résultats.

Importance des lésions hépatiques dans les cas de délire au cours des maladies infectieuses. — M. Maurice Faure (de Paris) a constaté, dans onze observations de malades, presque tous alcooliques, atteints de pneumonie ou de tuberculose avec délire et autres accidents mentaux, parfois très accentués, des altérations hépatiques constantes et très intenses, visibles macroscopiquement et microscopiquement, et consistant en dégénérescence graisseuse de la cellule, avec ou sans infiltration embryonnaire et formation scléreuse.

Il lui paraît vraisemblable d'admettre que l'alcoolisme et l'infection chronique amènent des altérations hépatiques, qui peuvent rester plus ou moins silencieuses, tant que le sujet conserve un état de santé uniforme. Mais s'il survient une maladie aiguë (pneumonie, par exemple), ou une poussé aiguë de l'infection chronique (bronchite, tuberculose), l'insuffisance du foie se montre par divers signes (urobilinurie, etc.), et aboutit à réaliser un état d'empoisonnement cérébral, dont le délire et certains troubles mentaux sont une manifestation.

Cette hypothèse est confirmée par la connaissance, déjà acquise, de la fréquence des altérations hépatiques chez les aliénés, en général, et particulièrement chez les délirants alcooliques. On sait que le délire alcoolique (*delirium tremens* par exemple) survient généralement à l'occasion d'une maladie infectieuse, même très minime (otite) et que, d'habitude, on trouve à l'autopsie le foie du sujet altéré.

MÉDECINE DE L'ENFANCE

Par **M. NOBÉCOURT**, chef du laboratoire de l'hospice des Enfants-Assistés.

Les travaux de la section consistent d'abord en une série de rapports ayant trait : 1° à l'allaitement artificiel; 2° aux infections et intoxications gastro-intestinales chez les enfants du premier âge; 3° à la tuberculose infantile; 4° aux méningites aiguës non tuberculeuses. Nous étudierons ces rapports, les discussions auxquelles ils ont donné lieu et les communications relatives au même sujet; il y a eu en outre des communications multiples sur des sujets divers; nous analyserons les plus importantes.

1. *L'allaitement artificiel.*

La première question soumise au Congrès était celle de l'allaitement artificiel des nouveau-nés. Les rapporteurs, MM. Jacobi (de New-York), Heubner (de Berlin), Monti (de Vienne), Johannessen (de Christiania), Variot (de Paris), ont présenté à son sujet des opinions qui diffèrent sur bien des points. D'avis général cependant, l'allaitement artificiel ne peut remplacer qu'imparfaitement l'alimentation au lait de femme. Mais son usage étant une nécessité, il convient de rechercher quelles sont les règles qui doivent y présider.

La stérilisation du lait s'impose et son introduction dans la pratique constitue un des plus grands progrès réalisés dans ces dernières années; elle est indispensable dans les grandes villes. La stérilisation par la chaleur est la seule utilisable, mais elle n'est pas sans inconvénients. Si la plupart des germes saprophytes ou pathogènes sont détruits par une exposition de dix ou quinze minutes à 70 degrés, cette température n'agit pas sur les spores, qui ne sont tuées qu'après une ébullition de six à sept heures à la pression ordinaire, ou par le chauffage à 115 degrés sous pression. Or, déjà à 70 degrés, la caséine est modifiée, et à des températures plus élevées il se produit des transformations préjudiciables des différents matériaux composant du lait sans compter la destruction des substances plus ou moins analogues aux ferments dont l'existence dans le lait est très vraisemblable. Aussi le meilleur procédé de stérilisation est-il celui qui, en détruisant les bactéries, apportera le moins de changement dans la composition du lait. Chacun des rapporteurs a exposé sa règle particulière. Pour M. Heubner, il suffit de faire bouillir le lait pendant cinq à dix minutes, ou même de le chauffer pendant vingt-cinq minutes à 65 degrés; M. Monti le chauffe à 60 degrés pendant dix minutes, puis le refroidit rapidement à 6 degrés et le conserve à cette température ; d'après M. Johannessen, la meilleure méthode consiste à le pasteuriser à environ 70 degrés et à le conserver à une température inférieure à 15 degrés, à condition de le consommer dans les douze heures. Mais, comme l'a fait remarquer M. Variot, tous ces procédés ne sont applicables que si le lait doit être consommé au centre même de production ; s'il doit être transporté, comme c'est la règle pour les grandes villes, avant de servir à l'allaitement, il est nécessaire de le stériliser complètement à 115 degrés dans des bouteilles hermétiquement fermées de faible capacité.

A côté de la stérilisation, une autre question se pose : doit-on donner le lait de vache (le seul pratiquement utilisable) pur ou modifié dans sa composition, de façon à le rapprocher le plus possible du lait de femme? D'après M. Heubner, l'intestin du nourrisson sain est capable de digérer le lait de vache tout aussi bien que le lait de femme, bien que le premier exige un effort digestif plus considérable et laisse après la digestion des résidus en plus grande quantité; il n'y a donc pas lieu de modifier la composition du lait; mais il n'en est plus de même quand l'enfant est dyspeptique, car alors il convient de diminuer la quantité de graisse et de substances protéiques ingérée. M. Variot également donne le lait stérilisé pur, et ce n'est que par exception qu'il le coupe d'un tiers ou d'un quart d'eau bouillie et sucrée. Par contre, les autres rapporteurs insistent sur la nécessité de modifier la composition du lait dans tous les cas. M. Jacobi estime qu'il faut diluer le lait de vache, soit avec de l'eau, soit de préférence avec des décoctions de céréales, qui le rendent plus digestible ; qu'il ne faut pas augmenter la quantité de lactose, car l'acide lactique qui résulte de sa transformation, étant produit en trop grande abondance altère les peptones du lait, et qu'il vaut mieux donner le complément nécessaire d'hydrates de carbone sous forme de sucre de canne; qu'enfin l'addition de chlorure de sodium est également nécessaire. M. Monti donne des règles plus complexes qui résultent des recherches nombreuses poursuivies sous sa direction; il faut abaisser, par addition de carbonate de soude, l'acidité du lait de vache, toujours plus élevée que celle du lait de femme, augmenter la proportion d'albumines solubles, ce qu'on ne peut obtenir que par le coupage du lait avec le petit lait; il n'est pas nécessaire d'ajouter de la graisse, ni du lactose, ni des sels. Dans la discussion qui a suivi la lecture des rapports, MM. d'Espine, Marfan, Sevestre se sont prononcés pour la nécessité de couper le lait de vache, au moins jusqu'à un certain âge.

L'accord est donc loin d'être fait au sujet des modifications à apporter au lait de vache. Il n'y a pas, en réalité, de règle fixe et à l'heure actuelle l'expérience, dans chaque cas particulier, vaut mieux que les théories fondées sur des

recherches de laboratoire encore insuffisamment poursuivies.

L'allaitement artificiel, tel qu'on le conçoit actuellement, est donc loin de répondre à tous les desiderata. Pour en atténuer les inconvénients, il est bon de créer des cliniques où on peut surveiller de près son application, comme le montrent les faits constatés par M. Flachs à la *Clinique des nourrissons de Dresde*. Peut-être conviendrait-il de substituer au lait de vache le *lait de chèvre*, comme le propose M. Barbellion (de Paris). En tout cas, l'allaitement au sein reste préférable, et l'*Étude de la mortalité des enfants au-dessous d'un an en Norvège*, faite par M. Johannessen, en est une nouvelle preuve; dans ce pays, en effet, où la plupart des mères allaitent elles-mêmes leurs enfants, la mortalité est beaucoup moindre que dans tous les autres pays d'Europe. D'ailleurs, en ce cas le choix des nourrices doit être surveillé, et M. Bezy (de Toulouse) a rapporté à ce sujet des cas de tétanie survenus chez des nourrissons allaités par des femmes atteintes de goitre simple ou de goitre exophtalmique.

II. *Infections et intoxications gastro-intestinales chez les enfants du premier âge.*

S'il est un sujet qui a donné lieu à de nombreuses discussions et qui, malgré des recherches multipliées, est encore loin d'être élucidé, c'est celui des infections digestives des jeunes enfants. Les rapports et les discussions qui ont eu lieu au Congrès ont mis en évidence quelques faits nouveaux, qui seront peut-être le point de départ d'une ère plus fructueuse.

Depuis longtemps on cherche à établir une classification rationnelle de ces infections, et cela sans grand succès. Celles proposées par M. Baginski (de Berlin) et par M. Escherich (de Gratz), dans leurs rapports, ont été critiquées et ne paraissent pas encore répondre à tous les désiderata.

M. Baginski s'est placé principalement au point de vue de l'anatomie pathologique. Il divise les troubles digestifs des nourrissons en deux grandes classes suivant qu'ils ne sont pas liés à des lésions anatomiques ou suivant qu'ils relèvent d'altérations caractérisées. Il est permis de se demander s'il existe réellement des troubles fonctionnels sans lésions, mais en tout cas celles-ci sont minimes et d'importance secondaire. Il n'en est plus ainsi dans la seconde classe de faits; alors on trouve des altérations plus ou moins accentuées qui tantôt sont de nature catarrhale et tantôt prédominent sur l'appareil lymphoïde. Parmi les *formes catarrhales*, il distingue plusieurs variétés liées à la nature, à la durée, à l'intensité de l'infection : 1° un *catarrhe subaigu dyspeptique*, 2° un *catarrhe suraigu* ou *choléra infantile*, 3° un *catarrhe chronique*, 4° l'*atrophie intestinale*. Quant aux *formes à prédominance lymphoïde*, elles comprennent : 1° l'*entérite folliculaire simple* et 2° l'*entérite folliculaire infectieuse grave ou dysentérique*. A chacune de ces formes anatomiques correspondent des symptômes différents et surtout une évolution spéciale qui permet d'en faire le diagnostic sur le vivant; M. Baginski les a brièvement énumérés; les rappeler ici nous entraînerait trop loin.

La classification de M. Baginski comporte l'objection, faite par M. Hutinel (de Paris), de trop s'attacher à la lésion et de ne pas tenir assez compte de la cause. Cela tient peut-être à ce que son auteur n'admet guère comme cause importante des gastro-entérites infantiles que les fermentations et les infections endogènes provoquées par les microbes saprophytes du tube digestif, et que par suite il ne saurait trouver dans les notions étiologiques les éléments d'une classification.

Avec M. Escherich, au contraire, nous assistons à une tentative de classification étiologique, dont la base est la division, proposée déjà depuis longtemps par l'auteur, en *fermentations* et *infections endogènes* et *exogènes*. Il s'est attaché à faire la part de ces différents processus pathogéniques. Laissant de côté les processus endogènes, il s'est occupé plus spécialement des *processus exogènes* et a essayé d'apporter un peu de lumière dans la question. Il admet tout d'abord l'existence d'*intoxications exogènes*, dues à l'ingestion de lait altéré, qui provoquent le *catarrhe toxique de l'intestin* ou *choléra infantile*, maladie spéciale aux périodes estivales. Dans une seconde classe, il range les affections attribuables à l'ingestion d'aliments chargés de microbes, lesquels provoquent dans le tube digestif toute une série de fermentations anormales; il propose pour ces infections le terme d'*infections du chyme* (*chymusinfection*); elles produisent un *catarrhe dyspeptique d'origine alimentaire*, l'ancienne diarrhée catarrhale de West. Ce sont là, en somme, des processus de fermentation, dans la production desquels l'aliment introduit joue un rôle important, et pour lesquels il est difficile de faire la part qui revient aux microbes introduits avec eux et aux microbes saprophytes de l'intestin. A côté d'eux, M. Escherich range les *infections intestinales vraies*, maladies infectieuses comparables à la fièvre typhoïde et au choléra asiatique, sans qu'il soit nécessaire pour établir la comparaison d'admettre l'existence de germes spécifiques; ces maladies relèvent en effet de germes vulgaires mais dont le rôle dans la production des phénomènes inflammatoires est parfaitement établi. En comparant les tableaux classiques aux résultats des investigations bactériologiques et anatomiques, il a pu distinguer des infections dues aux staphylocoques, aux streptocoques, aux bacilles pyocyaniques, à certaines variétés de colibacilles, etc., donnant lieu suivant leur localisation à des gastrites, à des entérites, à des colites. Ce qui caractérise ces infections c'est la fièvre et la présence dans les matières fécales de sang, de pus, de mucus, signature d'une réaction inflammatoire de la paroi. Cette tentative de classification est certainement des plus intéressantes.

Le troisième rapporteur, M. Vargas (de Barcelone), a fait un exposé complet de nos connaissances actuelles sur l'étiologie et la pathogénie des gastro-entérites des nourrissons. M. Marfan (de Paris) avait été également chargé de traiter le même sujet; mais il s'est borné à exposer ses idées relatives au *choléra infantile*. De son très intéressant rapport, nous ne retiendrons que la discussion pathogénique à laquelle il s'est livré. Il rejette la théorie de la toxi-infection endogène, conséquence de la pullulation et de l'exaltation de la virulence des germes intestinaux sous l'influence des chaleurs de l'été; il rejette également la théorie de l'infection exogène par les microbes qui pullulent dans le lait. Il se rallie finalement à la théorie de l'*intoxication exogène* réalisée par les poisons produits dans le lait par les bactéries qui s'y développent rapidement sous l'influence d'une haute température. Cette théorie, d'après son auteur, permet seule d'expliquer les cas de choléra infantile observés après l'ingestion de lait stérilisé un certain temps après la traite. On peut objecter à M. Marfan que la présence de tels poisons dans le lait, pour vraisemblable qu'elle soit, n'a pas encore été démontrée expérimentalement. Il n'est pas toujours facile de faire la part de l'infection et de l'intoxication et d'affirmer leur origine exogène, comme l'a fait remarquer M. d'Espine (de Genève), et, en tout cas, on peut observer, d'après M. Alvarez (de Madrid), des cas de choléra infantile chez des enfants nourris avec du lait stérilisé aussitôt après la traite.

Parmi les communications faites à la suite des rapports, nous signalerons celle de MM. Haushalter et Louis Spillmann (de Nancy), qui ont fait des inoculations aux animaux d'extraits de matières fécales de nourrissons sains et de nourrissons atteints de gastro-entérite, et vu qu'il n'y avait aucun rapport entre la toxicité de ces produits et l'état de l'intestin; d'où ils concluent que l'intensité et la forme de

l'intoxication dans les gastro-entérites ne dépendent pas seulement des poisons intestinaux mais beaucoup plus peut-être de l'état fonctionnel ou anatomique de la muqueuse intestinale et du foie. De fait, M. Eug. Terrien (de Paris) a constaté la fréquence de la glycosurie alimentaire chez les nourrissons atteints de gastro-entérite, confirmant ainsi des recherches publiées par d'autres expérimentateurs.

Nous ne pouvons que signaler les communications de MM. Pfaundler (de Gratz), Fede et Gallo de Tommasi (de Naples), Petrone (de Naples), etc. Une mention toute spéciale doit être faite de la très intéressante communication de M. H. Tissier (de Paris) sur la flore de l'intestin à l'état normal et à l'état pathologique; nous regrettons que le caractère trop spécial de ses recherches rende impossible une analyse aussi succincte que celle qui pourrait être faite ici.

III. *Tuberculose infantile.*

La question de la tuberculose infantile a été exposée d'une façon complète par les différents rapporteurs, qui avaient à traiter : M. d'Espine (de Genève), de la contagion et de la prophylaxie; M. Hutinel (de Paris), de l'hérédité; MM. Moussous (de Bordeaux) et Richardière (de Paris), des formes cliniques et du diagnostic.

I. L'*hérédité de la tuberculose* est un fait accepté par la presque totalité des médecins de tous les pays, et il en a toujours été ainsi. Mais les discussions naissent dès qu'il s'agit de déterminer comment se manifeste l'influence héréditaire. Consiste-t-elle dans la *transmission du germe* des ascendants aux enfants ou dans la transmission d'une simple *prédisposition*, d'un terrain particulièrement propre à la culture du bacille de Koch? Ce sont là des points importants à élucider, car, suivant l'opinion admise, les conséquences pratiques seraient loin d'être les mêmes. On a beaucoup écrit à ce sujet. Mais, comme l'a dit M. Hutinel, l'hérédité de germe est et doit être considérée comme une très rare exception. Tout d'abord, aucun fait ne permet d'admettre cette transmission au moment de la conception, grâce à l'infection par le bacille de l'ovule ou du spermatozoïde ; cette *transmission parasitaire*, qui existe pour la syphilis, autre maladie héréditaire au premier chef, n'existe pas pour la tuberculose. Cependant l'enfant peut naître déjà infecté par le bacille de Koch; mais, dans ce cas, il ne s'agit pas d'hérédité au sens strict du mot; il s'agit de *contagion in utero* par des bacilles venant de la mère. Cette *hérédo-contagion* est indiscutable, mais elle ne se réalise généralement qu'au cas de tuberculose très grave de la mère, et que grâce à une lésion placentaire, parfois très localisée et facile à méconnaître, et, en somme, ne paraît jouer qu'un rôle très restreint : il est, en effet, très rare de constater la tuberculose chez les petits nés de femelles tuberculeuses ou tuberculisées expérimentalement; d'autre part, la tuberculose infantile est notablement plus rare dans la première année que dans les années suivantes, et presque toujours il est possible, par une étude anatomique consciencieuse, de reconstituer les différentes étapes d'une tuberculose par contagion *post partum*.

Si l'hérédo-transmission et l'hérédo-contagion constituent des exceptions, l'*hérédo-prédisposition*, par contre, a une importance considérable. L'observation clinique démontre l'excessive fréquence de la tuberculose chez les enfants issus de générateurs tuberculeux ; certaines familles sont éminemment tuberculisables. Sans doute, il faut tenir compte du fait que, vivant avec leurs parents tuberculeux, les enfants sont soumis à une contagion particulièrement efficace; mais, même cette réserve faite, la constatation n'en reste pas moins vraie, et d'ailleurs les recherches cliniques qui se poursuivent actuellement tendent à démontrer l'existence de modifications importantes dans les humeurs et dans les tissus de ces descendants de tuberculeux. Du reste, ces enfants ne sont pas seulement prédisposés à contracter la maladie, ils présentent encore une résistance amoindrie vis-à-vis du germe, et la tuberculose revêt souvent chez eux une gravité spéciale.

II. C'est, en somme, la *contagion* qui, chez l'enfant, est la cause presque unique de la tuberculose. Sous ce rapport, l'enfant ne diffère pas de l'adulte; il ne présente pas, comme on a pu le croire, une immunité spéciale vis-à-vis de l'infection tuberculeuse ; au contraire même un certain nombre de faits bien observés prouvent que bien des tuberculoses de l'adulte sont le fait d'une contamination réalisée dans l'enfance et ayant donné lieu à une tuberculose restée latente pendant des années. Les modes de contagion ne sont pas spéciaux à l'enfance; cependant, certains d'entre eux peuvent se réaliser plus facilement ou, au contraire, plus rarement à cette époque de la vie, ainsi qu'il résulte du rapport de M. d'Espine.

Presque toujours, la tuberculose infantile s'acquiert par *inhalation*, et la source doit en être cherchée dans les crachats et dans les particules bacillifères constamment répandues dans l'atmosphère par les tuberculeux ; l'infection se réalisera aisément chez les petits enfants continuellement en contact avec une mère ou une bonne phtisique, ou chez les enfants plus grands qui vivent à terre, au milieu des poussières bacillifères et portent constamment leurs doigts souillés à leur bouche. Quand ils vivent en agglomération, dans les écoles par exemple, ils peuvent être exposés à être contagionnés; mais, au dire de M. d'Espine, le danger de contagion à l'école, quoique réel, a été exagéré, et ne se réalise guère que pour les enfants déjà grands, car, au-dessous de six à sept ans, l'enfant ne crache pas.

Un autre mode d'infection consiste dans l'*ingestion* d'aliments bacillifères. Si d'une façon générale il intervient beaucoup moins fréquemment que le précédent, c'est surtout chez l'enfant plus que chez l'adulte, qu'il est le plus apte à se réaliser. L'enfant en bas âge y est plus sujet que l'enfant déjà grand, car de tous les aliments, le lait est celui qui renferme le plus souvent des bacilles. Mais M. d'Espine se range à l'avis de nombreux hygiénistes, et est d'avis que la tuberculisation par voie digestive est rare, et que l'on a beaucoup exagéré sa fréquence.

Quand aux autres modes de contagion, ils sont plus ou moins exceptionnels. Peut-être l'*inoculation cutanée* est-elle moins rare chez l'enfant que chez l'adulte, comme le prouve le début des lupus avant quinze ans. Quant aux tuberculoses chirurgicales, osseuses ou ganglionnaires, elles sont dues, dans la plupart des cas, à une tuberculisation des ganglions trachéo-bronchiques, consécutive à l'infection par inhalation ; il est cependant admissible, quoique non encore démontré d'une façon définitive, que l'adénite tuberculeuse relève de la pénétration des bacilles à travers les muqueuses ou la peau.

III. De l'exposé des notions relatives à l'hérédité et à la contagion, MM. Hutinel et d'Espine ont déduit des *conclusions prophylactiques* importantes à connaître. Il faut, avant tout, *soustraire l'enfant à la contagion*, l'éloigner du milieu familial si les parents sont tuberculeux, ou tout au moins veiller, au cas où l'isolement est impossible, à l'observation stricte des règles qui permettent de s'opposer à la dissémination des bacilles, surveiller avec soin le choix des nourrices et des bonnes chargées de le soigner, et enfin éliminer des écoles les enfants tuberculeux. Ce n'est pas tout, il faut *diminuer la réceptivité de l'enfant*, surtout de celui prédestiné héréditairement à la tuberculose, par une hygiène appropriée ; et à ce propos, M. d'Espine a insisté sur l'utilité des asiles ruraux, des colonies de vacances, des *sanatoria* de montagne ou au bord de la mer. Enfin, comme le dit M. Hutinel, chez les enfants de phtisiques, un des dangers

les plus sérieux consistant dans des foyers latents, sources d'auto-infections ultérieures, il faut mettre en œuvre tous les moyens capables d'en déceler l'existence, pour mettre en action une thérapeutique d'autant plus efficace qu'elle sera plus précoce.

IV. Sur les *formes cliniques* de la tuberculose du premier âge, le Congrès nous a valu les rapports de MM. Moussous et Richardière. Si la tuberculose est toujours acquise, il n'en existe pas moins chez les fils de tuberculeux toute une série de *tares dystrophiques*, indépendantes de la tuberculisation de l'organisme, qui donnent à l'enfant un habitus spécial, traduisant une déchéance organique qui en fait un candidat à la tuberculose. Celle-ci, une fois que l'infection s'est réalisée, peut rester latente plus ou moins longtemps, ou bien évoluer, donnant lieu à un tableau symptomatique variable. Le propre de la tuberculose, à cet âge, c'est-à-dire jusqu'à deux ans et deux ans et demi, est la *tendance à la généralisation*; ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle donne lieu à des localisations prédominantes, pulmonaire, péritonéale, cérébrale, etc. Cette *tuberculose généralisée* évolue tantôt comme une maladie *aiguë*, peut-être même *suraiguë*, fébrile, tantôt comme une maladie *chronique* apyrétique ; dans certains cas, il peut y avoir prédominance des *localisations broncho-pulmonaires* avec symptômes de bronchite, de broncho-pneumonie, etc.

V. La variété des aspects sous lesquels peut se présenter la tuberculose du premier âge, le peu de symptômes caractéristiques font de son *diagnostic*, avec les divers états cachectiques, un des plus difficiles. Aussi propose-t-on chaque jour des nouveaux moyens de diagnostic. M. Richardière en a fait une étude critique. La *micropolyadénopathie généralisée* n'est pas pathognomonique, non plus que la réaction fébrile provoquée par les *injections de sérum artificiel* (Hutinel). Les *injections de tuberculine* donnent des résultats plus probants, mais ne peuvent être utilisées que dans certains cas très spéciaux. Les *examens radiographique* et *radioscopique* donnent peu de résultats. Le *séro-diagnostic*, suivant la méthode d'Arloing et P. Courmont, a une valeur encore discutée. Le seul procédé pratique consiste en somme dans la *recherche des bacilles* au milieu du contenu stomacal, suivant le procédé d'H. Meunier; positif, l'examen tranche la question; négatif, il la réserve.

IV. *Méningites aiguës non tuberculeuses.*

Dans ces dernières années, l'étude des infections méningées indépendantes de l'infection tuberculeuse s'est beaucoup approfondie. Parmi les procédés d'examen, celui qui certainement a contribué le plus à cette étude, se place la ponction lombaire de Quincke. M. Luigi Concetti (de Rome), en particulier, s'est attaché à élucider la question des méningites aiguës à l'aide de ce procédé, et c'est le résultat de ses observations personnelles qu'il expose dans son rapport. Il étudie tout d'abord les phénomènes méningés qui surviennent au cours d'une maladie aiguë, infection gastro-intestinale, pneumonie, rougeole, fièvre typhoïde, etc. ; en pareil cas, l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien, qui est augmenté de quantité et reste clair, montre qu'il ne contient pas de microbes; mais l'analyse y décèle de l'albumine en notable proportion; il s'agit, en somme, d'un processus inflammatoire qui relève d'un processus toxique, auquel l'auteur propose de réserver la dénomination de *méningite séreuse aiguë;* c'est dans ce cadre que rentrent la plupart des faits décrits sous le nom de *pseudo-méningite*, de *méningisme*. A côté de cette première catégorie de faits, s'en place une seconde dans laquelle les symptômes méningés, quelquefois secondaires à l'une des maladies signalées plus haut, sont plus souvent primitifs. L'opérateur, suivant les cas, retire un liquide qui peut être limpide, mais alors riche en albumine, ou séro-purulent ou purulent. En outre, on y trouve les microbes pathogènes, et leur présence caractérise la nature de l'affection ; d'après M. Concetti, même alors que le liquide reste limpide, du moment qu'il contient des micro-organismes, la méningite ne mérite plus le nom de méningite séreuse. La distinction paraît, à la vérité, trop absolue, car, ainsi que le constate l'auteur lui-même, le liquide céphalo-rachidien étant un mauvais milieu de culture, les germes peuvent ne pas tarder à disparaître. Les agents de ces méningites sont variables; le plus souvent, on y trouve le pneumocoque de Talamon-Fränkel et le méningocoque de Weichselbaum, plus rarement le *bacterium coli*, le bacille d'Eberth, des diplocoques, des staphylocoques, etc.

De toutes ces méningites, celles dues au pneumocoque et au méningocoque sont le mieux individualisées cliniquement. Les méningites à pneumocoques, quelquefois primitives, sont le plus souvent secondaires à des pneumonies; elles s'accompagnent d'une réaction vive, ont une évolution rapide, et sont généralement mortelles. Les méningites à méningocoques se différencient nettement des précédentes, non seulement par la nature de l'agent pathogène, qui doit être, d'après M. Concetti, complètement différencié du pneumocoque, mais aussi par les symptômes et la marche : généralement elles sont primitives, ont une évolution moins aiguë, interrompue souvent par des rémissions, et ont tendance à évoluer vers la guérison après une durée plus ou moins longue. M. Koplik (de New-York) en distingue trois formes : 1° forme aiguë avec prédominance des phénomènes d'excitation; 2° forme comateuse ; 3° forme subaiguë.

La connaissance exacte de la méningite à méningocoque s'impose à l'heure actuelle, car cet agent de la *méningite cérébro-spinale épidémique* est en voie de diffusion incontestable à l'heure actuelle, comme le constate M. Netter (de Paris). Avant 1890, il n'y avait que quelques foyers épidémiques ou des cas sporadiques à Berlin, à Turin, à Vienne, à Paris, à Cologne, au Danemark, en Suède, en Finlande. Depuis cette époque et surtout depuis 1893, le nombre de ces foyers s'est accru dans ces divers pays et de nouveaux foyers sont apparus en Belgique, en Roumanie, en Grèce, aux États-Unis, au Canada, dans l'Inde, en Algérie, au Soudan, en Nubie, dans le Sud-Africain, en Australie.

Parmi les signes de la méningite cérébro-spinale et des méningites aiguës en général, un des meilleurs est le *signe de Kernig*, sur lequel M. Netter a à plusieurs reprises attiré l'attention. D'après lui, on constate son existence dans environ 85 p. 100 des cas de méningite, et d'une façon notablement plus fréquente dans les méningites aiguës que dans la méningite tuberculeuse.

Enfin la ponction lombaire n'est pas considérée seulement comme un procédé de diagnostic, elle constitue souvent, d'après MM. Concetti, Netter, Koplick, une *méthode thérapeutique efficace* dans les méningites aiguës, notamment dans la méningite cérébro-spinale épidémique. Elle paraît abréger la durée de la maladie, et provoquer, quand la guérison survient, une guérison complète, sans séquelles. Le traitement spécifique par les injections de sérum anti-pneumococcique dans les espaces sous-arachnoïdiens, n'a pas donné de résultats probants dans les cas observés par Concetti. Enfin, il faut mentionner le traitement par les bains chauds préconisé par Aufrecht, qui a donné de bons résultats à M. Netter.

Dans les séances consécutives à celles consacrées à la lecture des rapports, des communications diverses ont été faites.

M. Grancher (de Paris) a exposé les résultats obtenus dans son service de l'hôpital des Enfants-Malades depuis l'introduction des pratiques de l'isolement et de l'antisepsie. La contagion de la rougeole, de la diphtérie, de la scarlatine

et des autres maladies infectieuses a diminué, suivant les salles, d'un quart, d'un tiers, d'une moitié. La diphtérie a donné lieu aux communications de M. Richardière, qui a dépouillé les observations de 1778 malades soignés à l'hôpital Trousseau; de M. Netter, qui a montré l'utilité des injections de sérum antidiphtérique à titre préventif dans les services de rougeoleux; de M. Geffrier (d'Orléans), qui a décrit un nouvel instrument destiné à l'écouvillonnage laryngo-trachéal dans le croup; de M. Concetti, qui a insisté sur les formes variables que peut prendre le bacille de Lœffler. M. Escherich a décrit une nouvelle forme d'érythème infectieux observée à Gratz. M. Comby a attiré l'attention sur une série de troubles liés chez l'enfant à la diathèse urique; M. Barbier, sur la gravité du rhumatisme chez l'enfant liée à la fréquence des complications cardiaques; M. Alvarez (de Madrid), sur des états nerveux d'origine toxique consécutifs à des états infectieux. M. Chaumier (de Tours) a exposé sa théorie infectieuse du rachitisme, etc.

THÉRAPEUTIQUE, PHARMACOLOGIE ET MATIÈRE MÉDICALE

Par **M. COURTOIS-SUFFIT**, médecin des hôpitaux.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Doit-on traiter la fièvre [Rapport du professeur Lépine (de Lyon)]. — La médecine antique admettait que la fièvre est *curatrice* et doit être respectée. Bien que Galien n'ait pas accordé à cette doctrine l'appui de son autorité, elle régna pendant le moyen âge et à une époque qui n'est pas fort éloignée de nous, des cliniciens éminents ont jugé qu'il serait désirable de pouvoir provoquer la fièvre; car elle est « un effort de la nature pour chasser un stimulant normal ». Bien plus, elle est « curative d'une maladie antérieure », d'après Boerhave, parce qu'elle possède une vertu dépurative, en séparant, comme l'a dit Sydenham, « les parties pures des parties impures. » Cependant, dès le XVIe siècle, plusieurs auteurs, fidèles à la tradition galénique, recommandaient l'emploi de l'eau froide dans le traitement des fièvres; mais c'était moins pour tempérer la chaleur « que pour aider, après la période de coction, à l'expulsion de la matière morbifique par l'urine et par la sueur ».

Le discrédit dans lequel tomba rapidement la doctrine de Broussais et, plus tard, la vulgarisation de l'emploi du thermomètre en clinique modifièrent profondément les idées régnantes. Les médecins apprirent à considérer les températures élevées comme une source de dangers. Nul autant que Liebermeister n'a contribué à cette évolution des idées.

Que l'hyperthermie par elle-même soit le grand danger de la fièvre, c'est dans l'œuvre pyrétologique de Liebermeister le point de doctrine qui a été le plus discuté, avant que les progrès de la microbiologie nous eussent appris que la toxicité est un facteur important de la gravité des maladies aiguës, la clinique avait reconnu qu'il ne faut pas exagérer les inconvénients de l'hyperthermie; Unverricht affirmait que le médecin *n'avait pas le devoir de combattre l'élévation thermique*.

Revenant sur ce sujet l'année suivante, le même auteur contestait formellement qu'un certain nombre de symptômes fébriles, tels que les troubles cérébraux et les dégénérations parenchymateuses, si souvent constatées dans les fièvres, puissent être la conséquence directe de l'hyperthermie.

En 1884, Naunyn insistait à son tour sur la nécessité de distinguer dans un état fébrile la température et la cause essentielle de la fièvre.

Vers 1885, vingt-cinq ans environ après ses débuts, la méthode de Brand avait déjà perdu une partie de la faveur avec laquelle elle avait d'abord été accueillie.

Quant aux médicaments antipyrétiques, ils étaient, à cette date, employés dans le traitement des fièvres, mais sans grande faveur.

La découverte de l'antipyrine, agent supérieur par son efficacité, suivie bientôt après de celle de l'acétanilide, de la phénacétine..., vint donner, en raison de la vogue prodigieuse dont bénéficièrent ces nouveaux médicaments, un nouvel essor à la médication antipyrétique. Or, les médiments antipyrétiques, *maniés sans précaution*, ont le défaut grave de déprimer l'économie et de mettre ainsi obstacle à une réaction utile; une dose même modérée de médicament suffit parfois à produire ce fâcheux résultat, car il est des sujets qui réagissent mal.

La connaissance des maladies infectieuses, *graves*, qui évoluent sans fièvre, montre que l'élément thermique, bien que le plus apparent en général dans une fièvre, n'est pas l'élément essentiel et primordial et que, comme importance pour l'économie, il cède le pas aux troubles de la nutrition.

Cependant, la clinique donne la preuve qu'il est presque toujours avantageux de modérer la fièvre. C'est ce qu'on voit en clinique infantile, par l'administration *sagace et modérée* de médicaments antipyrétiques.

Laissons donc la théorie : « ce qui importe, en somme, dit l'auteur, ce n'est pas de connaître d'une manière abstraite les avantages ou les inconvénients de la méthode antithermique, mais bien de déterminer cliniquement le meilleur traitement des malades atteints de fièvre; or, je nie qu'en général l'expectation soit la méthode préférable et il me paraît que nous devons, suivant les indications fournies par l'état du sujet, le faire profiter tour à tour de toutes les ressources que nous offre la thérapeutique.

Je ne fais que signaler la médication spécifique réclamée si justement par Hale White : contre certaines pyrexies, la diphtérie, la malaria, la plupart des cas de rhumatisme articulaire aigu, nous l'avons à notre disposition avec le sérum, le sulfate de quinine et le salicylate de soude.

Passons à des maladies où la médication vraiment spécifique n'existe pas encore, par exemple à la grippe. Le sulfate de quinine, en premier lieu, qui me paraît à demi spécifique, le pyramidon et d'autres médicaments analogues ne sont-ils pas d'un grand secours? ne modèrent-ils pas d'une manière très favorable l'état fébrile?

La fièvre des anémiques doit également être traitée; il n'y a qu'inconvénients à laisser durer chez ces malades la consomption fébrile. Or, on arrête assez facilement leurs accès par des doses convenables de sulfate de quinine.

Une autre fièvre à combattre, c'est celle des tuberculeux, en ayant toujours présent à l'esprit que les antipyrétiques, même les plus inoffensifs en général, peuvent parfois amener le collapsus chez les phtisiques. Il convient donc d'en user avec une extrême prudence; mais il faut s'en servir. On sait *qu'à titre d'adjuvant*, l'alcool, que Binz considère comme un antipyrétique, peut rendre chez eux des services.

Le traitement de la fièvre typhoïde est toujours en discussion. *Pour le moment*, le bain froid, avec les correctifs que nécessite chaque cas, donne de meilleurs résultats que les autres méthodes. Son action est au moins triple : il réfri-

gère, il excite la réaction fébrile et il stimule le système nerveux. Avec le rhumatisme cérébral et certains cas de fièvres éruptives, la fièvre typhoïde est la maladie où il rend le plus de services.

J'arrive à la pneumonie : dans certains cas la température atteint 41 degrés. Mais cette hyperthermie, alors même qu'elle dure plus de deux jours, n'est pas nécessairement préjudiciable aux pneumoniques. D'ailleurs, la pneumonie, avec sa grosse lésion locale, est à peine une pyrexie, ou du moins c'est une pyrexie spéciale peu justiciable en général de l'antipyrèse. Il est possible, comme on l'a dit, qu'une température élevée ait une influence défavorable sur le pneumocoque; il se peut aussi qu'elle favorise efficacement la réaction de défense. Je rappelle ici que mon collègue le professeur Renaut traite avec succès par les bains tièdes ou chauds la bronchopneumonie infantile, affection dont on sait la gravité.

En résumé, depuis l'antiquité jusqu'à notre siècle, la vertu salutaire de la fièvre a été une sorte de dogme. Pour Liebermeister, au contraire, la chaleur était l'ennemi à combattre. Traiter l'hyperthermie, c'était traiter la fièvre.

Mais l'observation plus attentive a prouvé que si l'hyperthermie indique, en général, la gravité d'une maladie fébrile, elle est loin d'en être le principal facteur, et qu'il faut tâcher de traiter spécifiquement la fièvre.

On est arrivé à cet heureux résultat pour quelques maladies, mais pour les autres on est réduit à surveiller la réaction de l'organisme, tantôt en la modérant avec les antipyrétiques, qui sont un peu spécifiques de certaines pyrexies, tantôt en la stimulant par l'hydrothérapie, quelquefois en réfrigérant (surtout dans le cas d'hyperthermie considérable), enfin en soutenant l'économie. La maladie est loin d'être simple; la thérapeutique a pour tâche de poursuivre la complexité infinie de ses éléments.

M. Stockvis pense qu'on ne doit combattre l'hyperthermie des malades fébricitants que dans ces cas exceptionnels dans lesquels des symptômes alarmants du côté des grandes fonctions vitales (circulation, respiration, innervation) font craindre l'imminence du collapsus.

Dans ces cas exceptionnels, il faut recourir à l'hydrothérapie et à la médication analeptique, et s'abstenir résolument de médicaments antipyrétiques ou antithermiques.

Dans tous les cas de fièvre, dans lesquels une médication spécifique ne peut être appliquée (comme dans le paludisme, le rhumatisme articulaire aigu, la syphilis), et où l'on n'a pas à combattre un collapsus imminent, il faut soigner les malades fébricitants, il ne faut pas les traiter. C'est à l'hygiène, à l'hypurgie (l'art de l'ὑπουργὸς, du garde-malade), non à la thérapeutique agissante, que l'on doit laisser le dernier mot dans les soins à donner aux malades fébricitants, tant qu'on n'est pas à même d'enlever ou de combattre l'agent infectieux qui a provoqué l'hyperthermie.

Traitement de la fièvre. — D'après M. Del Arca (de Buenos-Ayres), cette question souvent discutée depuis l'antiquité n'a obtenu encore aucune solution précise ni définitive. Combattre ou traiter la fièvre est un problème que le médecin doit étudier chaque jour au pied du lit de tout malade fébricitant.

Il est évident qu'en affirmant « que la vertu salutaire de la fièvre a été une sorte de dogme », le professeur Lépine est tout à fait dans le vrai et que malgré ce qu'a dit au contraire Liebermeister « que la chaleur était l'ennemi à combattre », la chose n'est cependant pas exacte, comme du reste cet axiome qu'il voulut établir : « Frapper l'hyperthermie, c'était traiter la fièvre. »

En présence de l'hyperthermie indiscutable, la clinique a démontré que le médecin doit intervenir, mais avec grande prudence, « le médecin doit suivre la nature et non lui résister » (Lépine). L'auteur ajoute « ni même la troubler » avec cette série de médicaments antipyrétiques, dont les effets vont quelquefois beaucoup plus loin que la volonté du médecin, et parce qu'il faut se rappeler que des accidents peuvent se présenter, parfois tellement graves que la mort en est la conséquence. On peut voir arriver ces accidents même avec l'antipyrine à doses modérées, qui est cependant la drogue la moins dangereuse de la série, malgré son action dépressive sur le système nerveux et la circulation, et il est bien d'autres observateurs des divers agents antithermiques, comme le pyramidon, qui nous montrent que c'est un corps assez toxique, surtout dans les cas où il y a insuffisance rénale.

« En résumé, dit l'auteur, je suis absolument pour l'antipyrèse; mais à condition d'employer des moyens inoffensifs pour combattre la fièvre en général, en dehors du traitement symptomatique qui peut s'imposer (soins hygiéniques, alcool, toniques cardiaques, etc.), on doit surtout préférer par excellence l'agent physique que nous offre la nature — l'eau.

L'hydrothérapie sous toutes ses formes : bains, ablutions, etc., et à différentes températures, bien dirigée, occupe et occupera à mon sens, (tant que les connaissances actuelles n'avanceront pas sur ce sujet), la première place, lorsque le médecin se trouvera devant de graves maladies fébriles dans lesquelles l'hyperthermie est le symptôme culminant. »

Indications de la saignée. Rapport par le professeur Georges Hayem (de Paris). — Un moyen thérapeutique est *indiqué* lorsqu'il est établi qu'il procure, dans une circonstance donnée, un soulagement plus grand qu'aucun autre.

La saignée ne peut donc être considérée comme *indiquée* que dans les cas où elle agit avec une supériorité incontestable sur tous les autres procédés thérapeutiques.

L'emploi des saignées répétées comme méthode de traitement, dite autrefois *méthode antiphlogistique*, paraît être définitivement condamné.

L'ouverture de la veine, pratiquée une fois, ou plusieurs fois à des intervalles relativement éloignés, mérite au contraire d'être conservée comme moyen utile et parfois héroïque.

Les cas dans lesquels la saignée est indiquée sont, d'une manière générale, ceux où la vie est mise en danger immédiat, soit par troubles de la circulation, soit par toxémie.

Les principales conditions dans lesquelles l'indication de la saignée est nette sont les suivantes :

Œdème aigu du poumon, particulièrement dans les maladies des gros vaisseaux et des reins;

Certains cas de pneumonie à forme œdémateuse ou simplement congestive;

Certains troubles mécaniques de la circulation par maladie du cœur ou des gros vaisseaux : particulièrement en cas d'hypertension artérielle, mais aussi parfois avec asystolie évidente; formes congestives et hémorragiques de la néphrite aiguë; congestion cérébrale et hémorragie au début, chez les malades ayant de l'hypertension artérielle;

Urémie aiguë ou récente;

Éclampsie puerpérale;

Empoisonnement du sang par certains gaz, notamment par l'oxyde de carbone.

Dans toutes les autres conditions pathologiques, les indications de la saignée sont discutables.

Il en est notamment ainsi dans la chlorose.

Les indications de la saignée sont établies empiriquement par l'observation des faits. A cet égard les documents classiques de réelle valeur sont peu nombreux. Les statistiques ne sont guère utilisables, car il est très difficile de faire un groupement irréprochable de faits souvent disparates.

Les effets dits physiologiques des soustractions sanguines

ne pourront donner qu'une idée très imparfaite des effets thérapeutiques de la saignée. Ceux-ci résultent essentiellement des conditions très particulières créés par la maladie.

Ils semblent pouvoir se rattacher en grande partie, d'un côté à l'effet mécanique produit par la soustraction brusque d'une certaine quantité de sang, de l'autre à une décharge de poison.

Les faits cliniques observés avec précision prouvent que ces effets thérapeutiques sont d'une grande puissance.

La résistance de l'homme et des animaux supérieurs aux soustractions sanguines est considérable, dans tous les cas où il n'existe pas une cause pathologique de déglobulisation ou une entrave à la rénovation du sang.

Sauf aux âges extrêmes de la vie, dans les cas morbides que nous venons de signaler, une saignée d'une certaine importance (de 300 à 500 centimètres cubes) est toujours facilement supportée, alors même que les malades sont sensiblement anémiés, ce qui arrive assez souvent dans l'urémie et dans l'éclampsie puerpérale.

La réparation du sang s'effectue, chez les malades comme à l'état physiologique, par l'intermédiaire des hématoblastes; les éléments de la moelle des os n'y prennent aucune part.

Ces éléments ne passent dans le sang général qu'en cas de pertes de sang excessives, répétées coup sur coup.

M. A. Baginski (de Berlin), étudiant le même sujet, commence par faire l'historique de la saignée, il rejette absolument le traitement antiphlogistique par saignées répétées et dit que, dans l'état actuel de la science, la saignée est indiquée, en cas de péril vital immédiat, dans deux cas différents :

1° Quand, par suite d'un trouble circulatoire, le cœur est au-dessous de sa tâche ;

2° Dans le cas de toxémie.

Dans ces cas, l'indication est pressante : il faut soustraire une partie de la masse sanguine.

Les cas dans lesquels la saignée donne de bons résultats sont :

Certains cas de pneumonie, bronchite capillaire, bronchopneumonie.

L'asystolie et l'urémie.

La congestion cérébrale.

Les accès convulsifs d'origine toxique.

Les phénomènes congestifs chroniques, qu'on observe dans le cours de la tuberculose ou de la syphilis, ne sont pas justiciables de la saignée générale.

La saignée n'est pas indiquée dans la chlorose.

Dans les cas d'hyperpyrexie, la saignée ne donne pas de résultats certains. L'abaissement de température, quand il survient, est bientôt suivi d'une élévation thermique et souvent même la température ne s'abaisse pas.

Le jeune âge des malades n'est pas une contre-indication absolue de la saignée. On peut la pratiquer chez des enfants. Grégor (de Breslau) a publié un cas où il avait saigné un enfant de six mois, atteint de pneumonie double avec insuffisance cardiaque. Le résultat fut excellent.

L'auteur discute ensuite quelques points au sujet de la technique de la saignée, et conclut en disant que c'est une intervention héroïque,qui ne doit être pratiquée que lorsque la vie est en danger.

M. Huchard prend la parole pour combattre la saignée comme moyen de traitement de l'angine de poitrine avec dyspnée. Cette dyspnée est due à une lésion rénale : c'est de l'urémie et le régime lacté amènera une amélioration.

Il faut se souvenir qu'un angineux est toujours en imminence de syncope et M. Huchard rejette absolument la saignée qui pourrait être la cause déterminante de cette syncope mortelle.

M. Issa Hamdy pacha (du Caire) fait une communication sur l'emploi de la morphine, de la vésication cantharidienne et la saignée dans les complications grippales. La morphine est indiquée lorsqu'il se produit douleur, dyspnée, toux douloureuse et opiniâtre et que la néphrite elle-même n'est pas un empêchement à son emploi.

La vésication cantharidienne doit être proscrite dans l'influenza, considérant la prédisposition de l'individu à la néphrite.

La saignée doit être pratiquée dans le cas de la néphrite dès l'apparition des premiers symptômes de l'urémie, puisque la saignée est suivie de succès heureux dans l'urémie résultant de la néphrite cantharidienne.

Les indications de la saignée et le rôle de la potasse dans l'urémie, par M. Albert Robin. — Les doctrines régnantes n'attribuent aux émissions sanguines, à la saignée, en particulier, qu'une action mécanique de déplétion. L'urgence de la déplétion demeure donc l'unique indication de la saignée.

Mais, si l'on étudie l'action des émissions sanguines sur les échanges généraux et les échanges respiratoires [expériences faites en collaboration avec M. Binet (de Saint-Honoré)], on observe que la soustraction d'une quantité modérée de sang est un puissant moyen d'oxydation générale (augmentation des échanges et des oxydations azotées, des échanges respiratoires, des actes chimiques qui se passent dans le système nerveux).

De là découlent des indications chimiques et des indications mécaniques :

1° L'action de la saignée sur la tension sanguine légitime son emploi dans les stases sanguines des cardiaques asystoliques, dans l'œdème aigu du poumon, dans la congestion et l'hémorragie cérébrale, etc.

2° La saignée trouve ses indications chimiques : 1° dans les déchéances nutritives qui relèvent non d'une dénutrition exagérée, mais de l'insuffisance des actes nutritifs; 2° dans les infections et les auto-intoxications où il importe d'accélérer les oxydations qui transforment les toxines en produits solubles, facilement éliminables et dépourvus de toxicité;

3° Dans les auto-intoxications dont l'urémie est le type, la saignée n'agit pas tant en soustrayant une minime partie du poison qu'en activant les actes d'oxydation qui transforment ce poison en un principe soluble et non toxique.

4° Le rôle que certaines théories attribuent à la potasse dans la genèse de l'urémie est inexact, pour la raison majeure que, dans le sang des urémiques, la potasse n'est pas plus abondante que dans le sang normal.

Étude sur les altérations des médicaments par oxydation, par M. Em. Bourquelot. — L'étude des oxydations des médicaments peut être faite à deux points de vue différents.

Ou bien on peut passer en revue les oxydations de tous les produits utilisés en pharmacie, chimiques et galéniques, et examiner par le menu les altérations que produisent ces oxydations ;

Ou bien on peut se proposer simplement d'étudier, en général, les causes de ces oxydations.

Le premier point de vue ne présente aucun intérêt d'actualité.

Il en est autrement des causes des oxydations et en particulier des causes des oxydations des médicaments galéniques.

Jusque dans ces derniers temps, on rangeait celles-ci en bloc parmi les phénomènes dits spontanés, un peu comme on faisait autrefois des fermentations. Ainsi on sait que beaucoup de teintures changent de couleur, qu'il se produit dans leur sein des dépôts colorés ; et l'on enseigne que ces colorations, que ces dépôts sont dus uniquement à une

oxydation spontanée de quelques-uns des principes que renferment les teintures.

L'étude des matières oxydantes qui sont contenues dans les tissus vivants, et, en particulier, la constatation que ces matières ne sont pas détruites par les tissus, qu'elles conservent leur activité et exercent leur action dans des milieux très divers, a fait penser qu'elles pouvaient jouer encore un rôle dans l'oxydation des médicaments d'origine animale ou végétale.

De là une série de recherches, dont les plus anciennes datent de quelques années à peine et dont on peut, ainsi qu'il suit, classer aujourd'hui les résultats.

1° Toutes les matières oxydantes dont la description a été faite plus haut peuvent concourir aux oxydations qui se produisent dans les médicaments galéniques d'origine végétale. Celles qui interviennent le plus sont les oxydases directes, et elles interviennent surtout dans les médicaments dont la préparation s'effectue sans le concours de la chaleur, qui, comme on sait, détruit les ferments solubles. Ces médicaments sont les teintures et les alcoolatures.

Les anaéroxydases n'interviennent que là où il se produit déjà des oxydations spontanées. Elles peuvent d'ailleurs être apportées par les germes ou les poussières de l'air. Les teintures et les alcoolatures sont encore les médicaments les plus exposés à ces sortes d'oxydation.

2° On doit être très circonspect dans le choix des médicaments que l'on veut faire entrer dans une formule complexe. C'est ainsi que les préparations gommeuses ou gommo-résineuses qui renferment des matières oxydantes ne devront pas être alliées au gaïacol, aux naphtols, à la créosote, qui contient du créosol et du gaïacol, à la colchicine, l'ésérine et probablement à la podophylline, car dans ces mélanges il y a oxydation des principes médicamenteux, et en même temps production de colorations et de précipités pouvant surprendre les malades.

3° Les faits exposés montrent enfin qu'il y aurait peut-être avantage à préparer, je ne dis pas les teintures, — les drogues sèches étant assez peu riches en matières oxydantes, — mais les alcoolatures, en employant de l'alcool bouillant au lieu d'alcool froid, de façon à détruire les oxydases des plantes fraîches. En tous cas, les produits ainsi obtenus conservent très longtemps leur couleur primitive, ce que ne font pas les alcoolatures actuelles de la pharmacopée française.

MM. Arnozan et Montel étudient le ROLE DES LEUCOCYTES DANS L'ABSORPTION DES MÉDICAMENTS. L'absorption des médicaments est habituellement considérée comme une simple question de solubilité, d'osmose et au besoin d'isotonie. Il n'en est pas toujours ainsi : les globules blancs jouent dans l'absorption de certaines substances un rôle important dont le mécanisme encore obscur paraît comparable à celui de la phagocytose. Quand on fait sous la peau d'un cobaye une injection d'huile d'olive stérilisée et de calomel (5 centigrammes pour 1 centimètre cube), on peut observer les phénomènes suivants : un nombre considérable de leucocytes se porte au foyer de l'injection, sépare le calomel de l'huile et entoure les petits fragments de sel mercuriel; ces fragments dissociés progressivement disparaissent assez vite et en même temps les leucocytes se chargent de granulations de plus en plus épaisses, de façon à donner aux préparations un aspect sombre et nuageux. Il est difficile de ne pas admettre que ces globules ne se sont pas chargés des composés mercuriels, dont ils vont devenir les vecteurs à travers la circulation.

Les auteurs ont pu constater des faits analogues pour une substance soluble, le salicylate de soude : on fait une injection hypodermique d'une solution de ce remède, quelques heures après on sacrifie l'animal, le foyer de l'injection est farci de leucocytes. Si on les examine, ils ne présentent au premier abord rien de spécial, mais si on verse sur la préparation une goutte de solution très étendue de perchlorure de fer, on voit les globules blancs se parsemer de grains noirs, les composés salicylés qu'ils ont absorbés se transformant alors en salicylate de fer.

Des faits analogues ont été démontrés par Beredska pour l'arsenic, par Landerer pour le baume du Pérou. Ceux qu'apportent aujourd'hui MM. Arnozan et Montel montrent qu'ils sont plus nombreux qu'on aurait pu d'abord le croire, et que le rôle des leucocytes dans l'absorption des remèdes a une importance qui n'est pas encore assez reconnue.

M. Fiquet étudiant les RELATIONS QUI EXISTENT ENTRE L'ACTION CHIMIQUE ET LES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES D'UN MÉDICAMENT, arrive à cette conclusion que les groupements qui caractérisent les différentes fonctions réunies dans la même molécule, agissent sur l'organisme individuellement et que l'adjonction d'une nouvelle fonction modifie les propriétés primitives du médicament.

THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES DU CŒUR

LA DIGITALE ET SES PRINCIPES ACTIFS, par M. JOANIN (de Paris). — De toutes les substances médicamenteuses d'origine végétale, il y en a peu qui, en dehors de la digitale, aient soulevé des controverses scientifiques aussi suivies et aussi nombreuses, depuis le jour de leur apparition en thérapeutique. Les propriétés médicamenteuses fondamentales de cette plante ont été reconnues presque d'emblée. Bien que depuis, et cela il y a surtout quelque vingt-cinq ans, on ait proposé l'emploi de la digitale dans le traitement d'affections variées, cette plante a toujours été considérée comme le médicament de choix pour lutter contre certains états pathologiques cardio-vasculaires. Son emploi dans ces derniers cas est aujourd'hui très précis. La thérapeutique clinique a rigoureusement déterminé les avantages et les bienfaits de ce médicament.

Toutefois, si le clinicien est renseigné, au point de vue didactique, sur les bons effets qu'il est en droit d'attendre d'un traitement digitalique, il n'en est plus de même, lorsqu'au point de vue pratique il cherche à faire bénéficier le malade des avantages que la théorie lui a enseignés. Le traitement digitalique lui donne des résultats inconstants, et la pratique, dans ce cas particulier, semble être en désaccord avec la théorie.

A quoi tiennent les inconstances d'effets que rencontre le clinicien dans sa pratique médicale ? Comment y remédier? C'est ce que l'auteur a essayé de déterminer dans ce rapport.

Dans la grande majorité des cas, les insuccès résultent soit :

1° De l'emploi de préparations défectueuses reconnaissant pour cause la variabilité extrême de composition des digitales, variabilité en rapport avec le lieu et l'époque de la récolte, le séchage, les falsifications possibles de la plante ;

2° De l'emploi de produits médicamenteux, qualifiés de noms très divers, passant pour être les principes immédiats actifs de la plante et obtenus industriellement par des modes opératoires dissemblables;

3° De l'emploi d'un même nom pour désigner dans certains cas des substances différentes livrées par le commerce.

Le seul moyen d'éviter les erreurs et les circonstances d'action imputables aux préparations dont on se sert nous semble résider dans l'unification des moyens de contrôle et des méthodes suivies pour l'obtention des divers produits.

Étant donné la variabilité de composition des différents organes de la plante et la multiplicité des facteurs, causes de ces variations, il y aurait peut être lieu :

a. De rechercher à établir un contrôle (procédé analytique, expérimentation physiologique) sur des feuilles de digitale livrées au commerce, de façon à mettre entre les mains du

pharmacien un produit sur lequel il serait renseigné et qu'il pourrait vérifier lui-même ;

b. D'adopter un *modus faciendi* rigoureux pour l'obtention d'une préparation galénique conservant le mieux possible les propriétés physiologiques reconnues à la plante, et de soumettre les préparations galéniques ainsi obtenues au même contrôle que la plante même.

En ce qui concerne les principes actifs, il serait avantageux :

a. D'adopter une terminologie uniforme pour la désignaion des mêmes substances ;

b. D'établir exactement le mode d'obtention des divers principes immédiats qui semblent chimiquement définis depuis les recherches de Kiliani en particulier ;

c. D'adopter un mode opératoire uniforme pour l'extraction de ces mêmes principes actifs.

L'accord étant fait sur tous ces desiderata, le Congrès pourrait peut-être émettre le vœu de voir ses conclusions adoptées par les différentes pharmacopées et contribuer ainsi à l'établissement de la pharmacopée internationale.

Effets physiologiques et thérapeutiques de la digitale et ses principes actifs, par sir Lauder Brunton (de Londres). — 1. L'effet physiologique de la digitale s'exerce principalement :

a Sur le cœur, *b* sur les vaisseaux sanguins, *c* sur la sécrétion urinaire.

2. Son action sur le cœur détermine : *a* ralentissement des battements cardiaques en raison de son influence stimulatrice sur les racines du nerf pneumogastrique en mammifères ; *b* renforcement de la contraction systolique ; *c* augmentation du degré de dilatation dans la diastole (*b* et *c* sont produits par effet sur la musculature cardiaque).

3. Elle resserre les vaisseaux periphériques et diminue ainsi la vitesse du courant sanguin dans ces vaisseaux.

4. Par ce double effet de resserrement des vaisseaux périphériques et d'augmentation de la contractilité cardiaque, la digitale élève la pression sanguine.

5. La diurèse produite par la digitale dépend principalement de l'augmentation de pression sanguine.

6. La digitale amène la contraction des artérioles du rein plutôt que celle des autres parties du corps. La contraction des vaisseaux du rein peut atteindre un tel degré que la sécrétion urinaire se trouve arrêtée, quoique la pression sanguine en général soit élevée.

7. Lorsque la pression sanguine est déjà très élevée, il ne faut pas attendre de la digitale une action diurétique prononcée. Si, au contraire, la pression sanguine est abaissée, à raison, soit de la constitution naturelle, soit de la maladie, la digitale exerce une action diurétique.

8. La digitale est un anesthésique local, mais elle peut aussi déterminer des douleurs. Elle appartient par conséquent à la classe désignée par Liebreich « Anæsthetica dolorosa ».

9. Dans les doses fortes ou cumulatives, elle donne lieu à de l'irritation gastrique.

10. L'action de la digitale est due à la digitaline, à la digitaléine et à la digitoxine. L'action de ces trois principes est semblable et ne diffère qu'en degrés.

11. Les effets thérapeutiques de la digitale et de ses principes sont : *a*. régulateur de la contraction cardiaque ; *b*. renforcement de la circulation défaillante et, *c*. diurétique.

12. L'action régulatrice de la digitale est utile contre la palpitation et les troubles fonctionnels du rythme.

13. Le plus important usage de la digitale et de ses principes actifs est dans le traitement de l'insuffisance mitrale due, soit aux lésions valvulaires, soit à la dilatation ventriculaire.

14. En présence de l'insuffisance aortique, la digitale est : *a*. inutile et non sans danger si la compensation est complète; *b*. très utile au contraire si la compensation fait défaut.

15. Lorsque la pression sanguine est déjà élevée, la digitale peut être nuisible en l'augmentant davantage, précipitant ainsi les symptômes d'angine de poitrine ou en déterminant l'apoplexie.

MM. Lauder Brunton et F. Tunnicliffe présentent des observations sur la cause de l'élévation de la pression sanguine qui suit l'administration de la digitale.

Les expériences des auteurs confirment les observations de von Bezold qui tendent à prouver que la pression artérielle baisse moins rapidement après section de la moelle épinière qu'à l'état normal. Elles confirment, en plus, les résultats obtenus par Lenz. En tenant compte des expériences de perfusion, ces observations aident à comprendre comment il se fait que la pression artérielle élevée se maintienne en présence d'une action cardiaque rapide et irrégulière, c'est-à-dire d'un cœur qui projette moins de sang, mais fait plus de travail qu'un cœur à l'état normal, à raison de la pression exagérée. Que le cœur, soumis à l'influence de la digitale, soit *per se* capable d'amener une élévation de la pression sanguine, cela a été démontré très clairement par Williams. Les auteurs veulent affirmer que la digitale, en plus de son action tonique sur le cœur, a une action tonique sur les vaisseaux, et, en outre, que celle-ci n'est pas transitoire et sans importance, mais, au contraire, qu'en raison de l'augmentation de résistance à la cystole cardiaque provoquée par elle, elle mérite d'être prise en considération lorsque l'on cherche à évaluer les avantages thérapeutiques que ce médicament est susceptible de procurer et les dangers que son emploi peut occasionner lorsqu'elle est administrée mal à propos.

Sur les médicaments cardiaques, par M. G. Rummo (de Palerme). — Les raisons de dissidences entre les pharmacologistes et les cliniciens sur les médicaments et les poisons cardiaques dérivent essentiellement de ce qu'on n'a pas tenu compte des différentes conditions expérimentales, pour lesquelles les uns ont donné plus d'importance à l'action de quelques cardiocynétiques dans une série d'animaux, et les autres ont cru se fonder sur les effets obtenus dans le malade. Et cela, parce qu'ils n'ont pas bien étudié les différentes conditions de développement de l'innervation cardiaque dans la philogénie et l'ontogénie (embryon, animaux étérothermes et omothermes). Il y en a qui, dans l'interprétation du mécanisme d'action des cardiocynétiques, ont attribué tout au myocarde ou tout à l'innervation cardiaque.

En biologie et en clinique, l'auteur appelle médicament cardiaque celui qui, en agissant sur le myocarde ou sur l'innervation intrinsèque ou sur tous deux à la fois, modifie l'énergie potentielle et cynétique du cœur, tendant à augmenter le travail mécanique. Et comme il y a des médicaments qui agissent avec prévalence sur le muscle cardiaque, ou sur l'innervation, ou sur l'un et l'autre d'une manière égale ou presque égale, l'auteur distingue les médicaments myocardiocynétiques (strophantine, elléboréine) des neurocardiocynétiques (caféine, spartéine), des myo-neuro-cardiocynétiques (upas antiar, digitaline, éritrophléine), des neuro-myo-cardiocynétiques (adonidine, convallamarine).

M. Piatot (de Bourbon-Lancy), en son nom et au nom de M. Toussaint, fait une communication sur le traitement des cardiaques aux eaux minérales.

1° Les cardiopathies de l'enfance ou de l'adolescence, peu de temps (5 ou 6 mois) après la cessation des douleurs articulaires ou même dans la convalescence du rhumatisme articulaire aigu, alors que l'enfant est anémié, affaibli, atrophié dans son système musculaire, qu'il a un pouls rapide et mal frappé, un myocarde qui a besoin d'être tonifié.

2° Les artériels au début de l'artério-sclérose qui présen-

tent un retentissement diastolique de l'aorte, un peu de dyspnée d'effort, souvent des traces indosables d'albumine, des troubles de circulation périphérique, par angiospasme.

En outre, peuvent être améliorés : les cardiopathies au début de la décompensation, les insuffisances fonctionnelles, le rétrécissement mitral avec ou sans arythmie palpitante, les cardiopathies cardio-rénales avec dyspnée toxi-alimentaire; enfin, les troubles fonctionnels : surcharge graisseuse du cœur, palpitations d'origine réflexe, les cardiopathies de croissance avec malformation thoracique, les fausses angines de poitrine, le pouls instable des nerveux. La contre-indication est formelle à la phase aiguë de l'endocardite, de la péricardite, à la période d'asystolie confirmée avec œdèmes considérables et congestions viscérales, dans la thrombose cardiaque, la mitralisation des lésions aortiques, la cardiosclérose avancée avec dégénérescence du myocarde, les angines de poitrine coronariennes, l'anévrisme de l'aorte et des gros troncs artériels.

THÉRAPEUTIQUE DE LA TUBERCULOSE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE PAR UNE NOUVELLE TUBERCULINE, par M. PONZIO. — Voici la technique de sa préparation : des bouillons de culture faits avec 500 grammes de viande de bœuf, 30 grammes de peptone sèche et 50 grammes de glycérine neutre à 30 degrés pour un litre d'eau distillée, sont neutralisés avec du bicarbonate de soude. Après les avoir filtrés et stérilisés, on les ensemence avec des cultures pures de tuberculose humaine et on les place ensuite dans l'étuve à 38 degrés pendant le temps nécessaire au développement de cultures d'intensité moyenne.

Les premiers essais de cette tuberculine ont été faits sur des cobayes. Chez ces animaux tuberculisés avec des matières tuberculeuses ou avec des cultures, les injections de 2 centimètres cubes n'ont pas déterminé d'élévation de température; le processus local au point de la tuberculisation est généralement resté stationnaire.

Dans les organes internes, l'infection s'est propagée lentement; ces animaux ont même engraissé pendant le traitement et ils ont toujours survécu de quelques semaines aux cobayes témoins.

Sur l'homme tuberculeux, ces injections ne provoquent aucune douleur, ni aucune réaction locale, ni aucun phénomène général.

Des guérisons ont été obtenues dans tous les cas de tuberculose pulmonaire chronique, à évolution lente, à toutes ses périodes, à tous ses degrés.

Mais, si cette tuberculine guérit la tuberculose pulmonaire chronique à tous ses degrés, il n'est pas encore permis — pour le moment du moins — d'être aussi affirmatif pour la tuberculose aiguë et la phtisie aiguë. Là, cette tuberculine n'a produit que des améliorations passagères.

MM. Bordier et Arloing (de Lyon) ont cherché à déterminer l'ACTION DE L'AIR OZONISÉ SUR LE BACILLE DE LA TUBERCULOSE. L'ozone était produit par un appareil à courant à haute fréquence et le titré soigneusement dosé de cet air était de 0,7 milligr. par litre. L'ensemencement a été fait sur pomme de terre. Deux tubes ont été gardés comme témoins, trois ont été soumis à l'action de l'ozone à cinq reprises différentes d'une demi-heure chaque fois, du 8 juin au 28 du même mois. Le développement des cultures ozonisées par rapport à celui des témoins s'est fait dans le rapport de 1 à 4. Les auteurs ont inoculé ces deux séries de cultures à deux lots de cobays et de deux lapins. Les animaux ont été sacrifiés au bout de trois semaines. Ils ont alors pu constater que les cultures témoins avaient donné des lésions tuberculeuses généralisées, tandis que les cultures ozonisées avaient été considérablement atténuées et n'avaient jamais infecté les organes, foie, rate, poumons. Leur virulence s'est trouvée arrêtée par les ganglions et n'a pu franchir ceux-ci.

DE LA GAÏACOLISATION INTENSIVE DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE. — MM. Weill et Diamantberger (de Paris) emploient une solution à parties égales, dont voici la formule :

Gaïacol cristallisé.........	ââ 10 grammes.
Huile d'amandes douces stérilisée à 120 degrés......	
Chlorhydrate de cocaïne.....	0,20 centigr.

F. S. A. in vitro nigro p. inj. hyp. ou intramusculaires. En faire tous les jours une injection de 1 cc. dans la région fessière.

Ils administrent en outre de ces injections hypodermiques :

a) Des badigeonnages avec la même solution, sur les différentes parties de la paroi thoracique, tous les soirs, sur une étendue de 8-10 centimètres carrés;

b) Des lavements de 100 grammes de lait tiède additionné de 40-50 gouttes de la même solution ;

c) Des pilules dont voici la formule :

Gaïacol cristallisé............	0,01 centigr.
Terpine cristallisée...........	0,02 —
Acide benzoïque..............	0,03 —
Extrait de belladone........	ââ 0,001 milligr.
Extrait de jusquiame.......	

pour 1 pilule; faire 100 pilules semblables. En prendre une toutes les 3-4 heures.

Cette gaïacolisation intensive et journalière, jointe au traitement hygiénique et diététique, doit être continuée pendant plusieurs mois, avec des interruptions de 8-10 jours toutes les trois semaines.

M. Diamantberger emploie exclusivement du gaïacol cristallisé en solution huileuse et n'a jamais observé d'hypothermie.

M. Landouzy pense que, par ce mode d'administration, le gaïacol est sans doute très faiblement absorbé, ce qui expliquerait que M. Diamantberger n'ait pas observé l'hypothermie.

M. Chassevent ajoute que, en faisant expérimentalement des badigeonnages de gaïacol sur des lapins, il a constamment observé un abaissement de température très marqué.

LES INJECTIONS INTRATRACHÉALES D'HUILES ESSENTIELLES trouvent en M. J. Hobbs (de Bordeaux) un défenseur convaincu.

M. Camille Savoire (de Paris) donne la préférence à la CRÉOSOTE à doses élevées ; l'association du cacodylate de soude par la voie rectale lui a donné d'excellents résultats.

M. Carageorgiadès (de Saint-Dizier) nous décrit une véritable MÉTHODE DE TRAITEMENT DANS LA TUBERCULOSE AU DÉBUT, méthode dont il n'a eu qu'à se louer. Il procède ainsi :

Cacodylate de soude, 10 jours de traitement, autant de repos et ainsi de suite.

1° *Per os*. — C'est le mode d'emploi le plus pratique. L'auteur le prescrit d'habitude sous forme de sirop, préparation agréable et qui se conserve bien :

Cacodylate de soude...............	0 gr. 50
Sirop simple.....................	150 cc.

F. S. A. — Une cuillerée à café dans un peu d'eau au début de chaque repas.

Les trois cuillerées à café, dose quotidienne moyenne, contiennent 0 gr. 05 de cacodylate de soude.

2° *Par voie hypodermique*. — Sous cette forme, le médicament a constamment paru plus actif.

Cacodylate de soude chimiquement pur.	0 gr. 50
Eau distillée bouillie................	10 cc.
Formol............................	1 goutte

F. S. A. — Chaque seringue de Pravaz contient 0 gr. 05 de

cacodylate de soude. Une à deux injections par jour. Les injections sont indolores.

(Par l'adjonction du formol, la solution reste limpide et se conserve pendant longtemps.) L'administration du médicament par la voie rectale n'est pas supérieure comme effet et commodité à la voie stomacale, et est certainement inférieure aux injections sous-cutanées.

Ichtyol et aristol associés. — L'auteur considère cette médication comme spécifique; elle est fort bien supportée.

En voici la formule :

Ichtyol médicinal..................	0 gr. 25
Aristol............................	0 gr. 05

F. S. A. une pilule. De 4 à 16 pilules, progressivement, par jour et aux repas en mangeant. Persister à la dose de 16 pilules par jour (soit : 4 grammes d'ichtyol et 0 gr. 80 d'aristol) pendant longtemps, jusqu'à diminution manifeste des signes physiques. Puis descendre à la dose de 12 à 10 pilules *pro die*.

La cantharidine. — Médicament très actif, à manier avec prudence.

La présence de la cantharidine dans cette méthode de traitement est une condition indispensable.

Se basant sur la propriété sérum-exsudative de la cantharidine, l'auteur la prescrit à l'intérieur chez ses malades concurremment avec l'ichtyol et l'aristol, dans le but de produire, par l'exsudation de sérum chargé de ces médicaments, une imprégnation antiseptique.

Il faut, bien entendu, joindre à ce traitement la suralimentation et la cure d'air, dans la mesure du possible.

M. Boinet (de Marseille) a tenté un ESSAI DE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE AU MOYEN DE SUBSTANCES EXTRAITES DU SÉRUM DE CHEVAL.

Il pense que les animaux (chèvre, chien, cheval) qui, dans des conditions normales, sont habituellement réfractaires à la tuberculose, doivent, en partie, cette immunité relative à des substances empêchantes contenues dans leur sang. Il est donc logique de supposer que l'administration de ces produits à des tuberculeux ne peut qu'avoir une influence favorable sur la marche et sur l'évolution de cette affection.

M. Boinet a essayé d'isoler ces substances au moyen de la méthode de précipitations fractionnées par le sulfate d'ammonium. C'est le procédé qui a permis à Ide et Lemaire (*Archives de pharmacodynamie*, 1900, vol. VI, p. 477) de montrer que toute l'activité spécifique du sérum antidiphtérique se trouve concentrée dans le groupe des albumines précipitables dans le sulfate d'ammonium entre 26 et 44 p. 100. En traitant par ce procédé de grandes quantités de sérum de cheval, on obtient sur le filtre un précipité blanc, sans odeur marquée, que l'on débarrasse de l'excès de sulfate d'ammoniaque, soit par le lavage, soit par la dialyse.

Le produit ainsi obtenu est séché à l'étuve (portée à la température de 37 degrés) et donné aux tuberculeux sous forme de cachets. Cette substance n'a pas un goût désagréable et est bien supportée. Son absorption ne présente pas d'inconvénients. Employée à la dose de 0,50 centigrammes par jour, elle a produit chez douze tuberculeux d'un service hospitalier une certaine amélioration symptomatique.

M. Angiulli (de Naples) préconise les INJECTIONS HYPODERMIQUES DE PHOSPHATE DE CHAUX.

Le CAMPHRE, quand on l'administre à l'intérieur, amène rapidement la perte de l'appétit, provoque la toux et, d'après Adamkiewicz, occasionnerait des transpirations abondantes.

Au contraire, quand on l'administre en injections souscutanées, toutes ces actions nuisibles sont évitées et l'appétit est, au contraire, excité. Même à des doses très réduites, et qu'on considérait autrefois comme absolument inactives, il se révèle comme un antipyrétique puissant. Par son action antiseptique, il diminue l'expectoration et, grâce à ses propriétés hypnotiques, il permet d'éviter l'emploi de la morphine, etc. Il excite énergiquement les centres nerveux. Se basant sur ces propriétés, M. Alexander (de Reichenhall) injecte en une fois, chaque jour, chez les tuberculeux fébriles, 1 à 2 centigrammes de camphre, 3 dans les cas de faiblesse extrême, et cela pendant des semaines et des mois, sans interruption.

Chez les tuberculeux non fébriles, il emploie le même procédé, ou bien il donne 1 centigramme de camphre pendant quatre jours et recommence après un repos de huit jours au moins, et ainsi de suite.

M. Lacroix (de Paris) continue à obtenir les meilleurs résultats par les INHALATIONS DE MENTHOL BROMO-FORMOLÉ, dont il entretint l'Académie de médecine l'hiver dernier.

M. S. Bernheim se déclare partisan de la CURE DE REPOS chez tous les tuberculeux fébriles.

Nous abordons ainsi la question des SANATORIA. Tout le monde n'est pas d'accord à ce sujet. M. C. Savoire (de Paris) pense que le séjour à la campagne est préférable à la cure en sanatorium.

Et, en effet, le sanatorium libre semble avoir beaucoup de partisans.

C'est l'opinion de M. Baradat (de Cannes) qui, examinant au point de vue critique quelques-unes de ces médications nouvelles, vient dire les bons effets des sanatoria libres, des home-sanatoria; il examine successivement la valeur de certains médicaments, en particulier du cacodylate de soude; puis il se reporte aux travaux publiés, il y a quelques années, par Bertin et Pick sur la sérothérapie antituberculeuse. Il s'étonne que cette méthode, basée sur la nature même et sur l'évolution du tubercule, n'ait pas trouvé dans la pratique une généralisation plus grande.

Enfin, M. Pompeani vient attirer l'attention sur les bons effets que l'on peut retirer d'AJACCIO COMME STATION D'HIVER.

M. Landouzy avait déjà mis en évidence, l'an dernier, au Congrès de Berlin, le merveilleux parti que l'on peut tirer de la Corse, dans la thérapeutique de la tuberculose.

Enfin, M. Jullian, vétérinaire, a lu une intéressante communication sur LA MÉTHODE DES CONGÉNÈRES CHEZ LES BOVIDÉS TUBERCULEUX ET LA RÉACTION POST-CAPILLAIRE. — A la suite d'injections de sang capillaire de congénères sains à des animaux atteints de tuberculose en pleine évolution, l'auteur a pu constater, dans deux séries d'expériences, une faiblesse générale, une amyosthénie des animaux traités, les obligeant à rester couchés pendant un temps variant de vingt-quatre à trente-six heures après l'opération.

Le docteur Bloch (de Paris) publie un travail sur l'HÉRÉDOTHÉRAPIE OU LA MÉTHODE DES CONGÉNÈRES DANS LES TUBERCULOSES INITIALES.

LE TRAITEMENT DE LA LITHIASE BILIAIRE

Rapporteurs: MM. A. GILBERT et L. FOURNIER;
NAUNYN (de Strasbourg).

Dans leur remarquable rapport sur le TRAITEMENT DE LA LITHIASE BILIAIRE, MM. A. Gilbert et L. Fournier (de Paris) insistent sur la nature infectieuse de la lithiase biliaire, et sur son origine microbienne, le plus souvent coli-bacillaire.

L'infection ascendante par des germes faiblement mais suffisamment virulents détermine une angiocholécystite catarrhale, superficielle; le mucus abondamment sécrété, l'épithélium desquamé et dégénéré, fournissent en grande quantité la chaux et la cholestérine, éléments constitutifs principaux des calculs. La chaux se combine aux pigments pour former des composés insolubles. Les petits précipités

de bilirubinate de chaux, les cellules épithéliales, desquamées, agglutinées par le mucus, peuvent former les centres primitifs, les noyaux du calcul.

La lithiase biliaire constitue donc le type des lithiases d'origine pariétale, que l'on peut opposer aux lithiases d'origine sécrétoire.

Certaines règles hygiéniques constituent par elles-mêmes de véritables moyens prophylactiques contre la lithiase (repas réguliers et peu espacés, usage de vêtements ne produisant ni déplacements ni déformation des organes abdominaux, exercices, etc., surveillance des fonctions digestives) ; un de leurs principaux résultats est, en effet, d'empêcher dans une certaine mesure la stase biliaire et l'infection ascendante.

Le traitement prophylactique devrait être complété, dans tous les cas où se retrouvent les conditions étiologiques habituelles de la lithiase, par une série de moyens thérapeutiques (usage des alcalins, des cholagogues, massage abdominal et en particulier de la vésicule, grands lavages froids de l'intestin), et cela en particulier après les grossesses, après les maladies générales s'accompagnant fréquemment d'infections biliaires ascendantes (fièvre typhoïde, malaria).

Les mêmes prescriptions hygiéniques s'appliquent au *traitement* de la lithiase réalisée.

L'expulsion de nombreux calculs, des améliorations considérables sinon de véritables guérisons sont obtenues par des cures régulières dans certaines stations hydrominérales.

La question des lithontriptiques n'est pas encore complètement résolue et il est certain que des recherches ayant pour but la fragmentation, la destruction des calculs dans les voies biliaires mérite d'être poursuivie, car la présence des calculs, leurs migrations normales et surtout anormales sont causes des plus puissantes et des plus graves infections secondaires.

La menace de complications sérieuses de la lithiase constitue l'indication essentielle de l'*intervention chirurgicale*.

Les signes d'une obstruction chronique du cholédoque, la tumeur biliaire, les signes d'angiocholite intra-hépatique, l'existence de crises douloureuses trop fréquemment répétées, surtout si elles s'accompagnent de phénomènes fébriles, telles sont les principales circonstances dans lesquelles cette intervention devra être envisagée.

Les progrès récents de la chirurgie biliaire ont rendu beaucoup moins grave le pronostic des lithiases compliquées.

M. Naunyn (de Strasbourg) estime que la thérapeutique interne ne peut qu'aspirer à combattre l'obstruction des voies biliaires, et chercher à guérir les complications infectieuses : une fois la maladie redevenue latente, son but est atteint.

Une sécrétion de bile aussi abondante que possible est le moyen le plus efficace. Il est cependant plus que douteux que les médicaments provoquant une sécrétion de bile abondante en temps normal le fassent aussi quand les voies sont obstruées (cholangioïte infectieuse). L'inefficacité des moyens cholagogues, tant qu'il existe une cholangioïte infectieuse, ne peut que paraître naturelle.

Les procédés thérapeutiques consacrés par l'habitude visent à la guérison de la cholécystite et de la cholangioïte. Celles-ci une fois guéries, la bile peut reprendre son cours normal, tel qu'il est désirable.

Mais seul, le chirurgien peut se poser comme but une guérison complète. Celle-ci n'est pourtant pas identique avec l'evacuation des calculs par l'opération : il est des cas où les douleurs et l'apparition de calculs dans les selles continuent après l'opération.

M. Doyen pense également que le traitement chirurgical est le meilleur.

Il estime que l'indication impérative est l'établissement d'un ictère permanent et progressif. La répétition de crises de coliques hépatiques et l'obstruction du canal cystique exigent également l'opération lorsque les symptômes refusent de s'amender.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Considérations sur le régime des albuminuriques, par M. Albert Robin. — Il règne dans la science la plus grande confusion au sujet du régime à conseiller aux albuminuriques. Le critérium à l'aide duquel on peut apprécier la valeur d'un régime comporte des facteurs multiples, tels que la quantité de l'albumine éliminée, l'état de la nutrition élémentaire, le degré de la perméabilité rénale, les modifications survenues dans l'état général et dans l'évolution des divers symptômes, etc.

L'auteur s'est proposé d'étudier ces divers éléments et s'occupe d'abord des variations de la quantité de l'albumine éliminée. Deux conclusions découlent de ses recherches :

1° Le régime exerce une grande influence sur les albuminuriques, quelle que soit la condition génératrice de l'albumine ;

2° Aucune règle fixe ne permet *a priori* d'appliquer indistinctement tel ou tel régime à un albuminurique, même quand on a établi le diagnostic de la variété anatomique et clinique de la néphrite à traiter ; en d'autres termes, chaque albuminurique présente une personnalité morbide qui ne permet pas de lui imposer, par avance, tel régime, quelle que soit la faveur officielle dont il jouisse ;

3° Pour chaque albuminurique il est indispensable de faire une expérience préalable qui permet de fixer quel est le régime qui donne lieu à la moindre élimination d'albumine ;

4° Le régime lacté absolu et les régimes lacto-végétal et lacto-animal donnent généralement moins d'albumine que les régimes dans la composition desquels le lait n'entre pas ;

5° L'albumine augmente quand on substitue le vin au lait ;

6° L'alimentation par les œufs donne moins d'albumine que le régime carné ;

7° Un régime composé d'œufs et de lait donne souvent moins d'albumine que le régime lacté absolu ;

8° Parmi les viandes, le veau et le bœuf conviennent mieux aux albuminuriques que le poulet et le mouton ;

9° Le poisson paraît toujours augmenter l'élimination d'albumine ;

10° Parmi les végétaux, les pommes de terre, les choux-fleurs et le riz sont ceux qui donnent lieu à la moindre élimination d'albumine.

11° Il est rare que l'addition du pain à un régime quelconque augmente l'élimination d'albumine.

MM. Gilbert et Carnot (de Paris) étudient l'opothérapie hépatique dans le diabète sucré. — L'extrait hépatique agit incontestablement sur la glycosurie, chez un certain nombre de diabétiques. Mais ses effets sont assez différents suivant les cas. Tantôt l'opothératie hépatique fait diminuer ou disparaître la glycosurie ; tantôt, au contraire, elle n'a pas d'influence appréciable ; tantôt enfin elle augmente le taux du sucre. Or, si l'on reprend les différentes observations publiées, on voit que les cas où l'opothérapie agit sont ceux dans lesquels le diabète est lié à une insuffisance fonctionnelle du foie, avec diminution d'urée, urobilinurie, etc. Ce sont les diabètes par *hypo* ou *anhépatie*. L'ingestion d'extraits hépatiques diminue la glycosurie, augmente le taux de l'urée, fait cesser l'urobilinurie.

Les cas de diabète non améliorés ou même aggravés par le traitement sont, au contraire, ceux dans lesquels la glycosurie paraît dépendre d'une suractivité de l'organe. Ce

sont les diabètes, souvent familiaux, par *hyperhépatie* avec foie augmenté dans ses dimensions, mais normal histologiquement, avec grosse quantité d'urée, etc.

Enfin, il est toute une catégorie de cas non améliorés par le traitement, qui ne semblent pas en rapport avec l'état du foie. L'opothérapie hépatique, dans le diabète sucré, constitue donc, non seulement une méthode thérapeutique utile pour un certain nombre de cas, mais aussi une méthode diagnostique qui permettra, jointe aux autres signes témoins de l'activité du foie, de distinguer les diabètes par anhépatie et par hyperhépatie.

Vient ensuite l'OPOTHÉRAPIE GASTRIQUE, par MM. Gilbert et A. Chassevant. L'extrait gastrique est préparé en desséchant rapidement dans le vide à une température inférieure à 35 degrés la muqueuse de l'estomac du porc. C'est une poudre gris jaunâtre, sans saveur ni odeur, qui renferme les différentes substances de la muqueuse gastrique, conservées dans l'état où elles se trouvent au moment où on a sacrifié l'animal.

L'activité protéolytique de ce produit est dix fois plus grande que celle de la pepsine du codex. Un gramme d'extrait gastrique peptonise 200 grammes d'albuminoïdes et correspond à 50 centimètres cubes de suc gastrique normal de l'homme.

L'extrait gastrique ne diffère pas seulement de la pepsine par son activité plus grande, mais encore et surtout en ce qu'il contient outre la pepsine elle-même les autres substances (caséase, principes extractifs) des glandes stomacales ; il est analogue aux extraits hépatique, ovarien, thyroïdien qu'on emploie en opothérapie.

Il est important d'éviter la peptonisation et l'autodigestion de la muqueuse, car on observe la disparition d'une partie du pouvoir protéolytique et coagulant, et corrélativement une transformation et une destruction des principes extractifs.

L'emploi de l'extrait gastrique en thérapeutique est déterminé par la notion du fonctionnement chimique de l'estomac dans les dyspepsies.

C'est dans les *hypopepsies* qu'il trouve par excellence son indication.

Lorsqu'à l'hypopepsie s'associera l'hypochlorhydrie, à l'administration de l'extrait gastrique on joindra celle de l'acide chlorhydrique.

Dans les hypopepsies, l'extrait gastrique permet de réaliser dans l'estomac comme *in vitro* une véritable digestion artificielle ; mais il est possible qu'il agisse encore par l'excitation des glandes qui subsistent dans la muqueuse de l'estomac malade. En même temps, si les glandes gastriques possèdent une sécrétion interne, l'extrait gastrique pourrait avoir pour propriété de suppléer à sa réduction.

LES OBSERVATIONS CLINIQUES SUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRISMES PAR LA GÉLATINE EN INJECTIONS SOUS-CUTANÉES. — M. L. GOLOUBININE (de Moscou) a eu l'occasion d'observer 8 malades atteints d'anévrisme de l'aorte qu'il a traité par la gélatine en se conformant exactement aux indications de Lancereaux. Malheureusement, il n'a obtenu parmi ces 8 malades, aucun résultat satisfaisant, mais chez quelques-uns une amélioration temporaire.

La méthode a besoin d'être soigneusement expérimentée pour en arriver à une solution concluante.

M. Huchard à propos de la communication de M. Goloubinine fait remarquer que, s'il est très important de soigner le contenu de l'anévrysme par les injections gélatineuses, il est aussi indispensable de soigner le contenant surtout si on affaire à des anévrysmes avec cœur gros et hypertension artérielle avec l'iodure de potassium, la trinitrine, le tétranitrol et quelquefois la saignée et surtout instituer un régime alimentaire sévère dont la viande sera sévèrement exclue et où le lait tiendra la plus large place.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ANASARQUE, par M. MENKO (d'Amsterdam). — Quand on a appliqué sans succès les traitements diurétiques et diaphorétiques, les méthodes usuelles, à guérir l'anasarque, si l'on a constaté qu'elles sont insuffisantes à faire disparaître les œdèmes, on possède encore, dans le traitement chirurgical, un moyen puissant pour délivrer les malades de leurs souffrances.

M. Deschamps (de Rennes) montre à propos du TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ que l'obèse est un malade dont toutes les fonctions doivent s'améliorer par le retour à la santé, c'est-à-dire au poids normal.

Un régime à prédominance végétarienne, de l'eau pure en quantité suffisante, de la balnéothérapie prolongée à 33 degrés de l'électrisation forment la base du traitement. L'exercice sera très modéré.

M. Fiquet montre que les PEPTONES bien préparées ne sont pas toxiques aussi bien par la voie intraveineuse que par la voie gastro-intestinale. Elles ne produisent pas de narcose ni de diarrhée, ni d'incoagulabilité du sang.

Au point de vue thérapeutique, les peptones n'ont pas une valeur alimentaire égale à celle de la viande, la principale raison est que la digestion *in vivo* est différente de celle que l'on réalise *in vitro*. On élimine dans cette dernière le soufre et le phosphore indispensables pour la reconstitution des albuminoïdes de l'économie.

LA PEPTONE IODÉE. — MM. GILBERT et GALBRUN ont étudié l'une des combinaisons des matières albuminoïdes avec l'iode, la *peptone iodée*. Cette substance contient 16 gr. 50 d'iode p. 100 ; elle est soluble dans l'eau et faiblement toxique pour les animaux.

La peptone iodée convient au traitement des maladies justiciables soit de la médication iodurée, soit de la médication iodée.

Dans la syphilis, notamment, les auteurs ont obtenu des effets thérapeutiques aussi énergiques avec de petites doses de peptone iodée qu'avec des doses notables d'iodure de potassium.

INCOMPATIBILITÉ DU PHOSPHORE ET DE L'ARSENIC EN THÉRAPEUTIQUE. — M. TISON (de Paris) croit qu'il y a une certaine incompatibilité entre ces deux corps, qui appartiennent à la même famille chimique. Certains auteurs (Gautier) admettent que l'arsenic pur se substitue au phosphore dans les os. Le phosphore introduit à une certaine dose dans l'économie retarderait-il ou empêcherait-il l'élimination du phosphore ?

DE L'ACIDE CACODYLIQUE ET DES CACODYLATES. — M. Danlos revendique absolument la priorité de l'emploi systématique de ces agents, et aborde ensuite la question des doses, des voies d'administration, de l'action sur les globules rouges et de la valeur thérapeutique.

Il persiste, au moins pour les dermatoses, à préconiser les doses fortes. S'il préfère la voie hypodermique à la voie digestive, c'est moins par crainte des accidents d'intoxication que pour éviter l'odeur fétide de l'haleine et les poussées de dermatite. Quant à l'action sur les globules rouges, il montre que les observations de Widal et Merklen conduisent à l'existence nécessaire de réserves globulaires temporairement mobilisables. Il montre, enfin, que l'acide cacodylique est peut-être supérieur aux autres arsenicaux et que l'arséniate de soude doit quelquefois être employé à dose beaucoup plus forte qu'on ne fait généralement. M. Danlos signale ensuite ce fait important que les cacodylates de fer et le cacodylate de mercure sont inconstants de composition et que le cacodylate de soude, loin d'être anhydre comme on l'admet renferme une quantité variable d'eau de cristallisation. Il aborde, enfin, l'étude chimique de l'odeur alliacée de l'haleine et, à l'aide de considérations

théoriques et d'expériences, montre que le phénomène s'explique peut-être mieux par la sulfuration de l'acide cacodylique que par sa réduction en oxyde de cacodyle.

Du cacodylate de soude dans le traitement de la cachexie palustre. — M. H. Billet, médecin-major de première classe. Ce traitement a été pratiqué sur treize malades atteints de cachexie palustre, plus ou moins prononcée, à la suite d'accès répétés de fièvre intermittente de type varié.

D'une façon générale, le nombre de globules rouges était descendu entre 3 500 000 et 2 500 000 par millimètre, et le taux de l'hémoglobine entre 11 et 9 p. 100.

Le traitement par le cacodylate de soude, institué immédiatement après le traitement quinique, a ramené les globules à leur nombre normal et même au delà (5 500 000 à 5 700 000 en moyenne), en l'espace de quinze à vingt jours.

Le nombre des injections a été de cinq à six, espacées tous les trois à quatre jours, et à raison de 25 centigrammes par injection. Dans deux ou trois cas, on a donné 10 centigrammes par injection.

Le taux de l'hémoglobine s'est relevé parallèlement au nombre des globules, et a atteint progressivement 11, 12, 12,5, 13 et 13,5 p. 100, soit presque le taux normal.

Enfin, le poids a suivi également une progression ascendante, et s'est relevé en moyenne de 3 à 4 kilos pendant la durée du traitement.

Il semble donc qu'à la suite du traitement de l'accès palustre par les sels de quinine, traitement très efficace, mais très hémolytique, le traitement par le cacodylate de soude soit le traitement réparateur par excellence de la cachexie palustre.

Du cacodylate de fer. — MM. Gilbert et P. Lereboullet préconisent l'emploi de cette préparation contre la chlorose et les chloro-anémies. La médication cacodylique qui, sous forme de cacodylate de soude, a échoué contre la chlorose, semble devoir être plus efficace sous la forme du cacodylate de fer. Le cacodylate ferrique, facilement soluble, peu toxique, est injectable sous la peau, en solutions titrées à 3 centigrammes par centimètre cube. Une solution plus concentrée peut amener des nodules d'induration douloureux et persistants. Les accidents généraux et locaux paraissent nuls; les complications rénales, mentionnées à la suite des injections hypodermiques d'autres sels de fer, n'ont jamais été observées consécutivement à l'emploi du cacodylate de fer. La voie digestive peut être employée sous forme de gouttes prises au moment des repas, à doses progressivement croissantes; elle paraît n'amener que rarement les douleurs stomacales, et l'odeur aliacée signalées à la suite de l'emploi du cacodylate de soude. Les doses quotidiennes varieront, suivant les cas, de 3 à 10 centigrammes par voie hypodermique, de 5 à 30 centigrammes par voie gastrique. Le cacodylate de fer semble trouver ses indications dans tous les cas où il faut lutter à la fois contre la diminution du nombre des globules rouges, et contre la diminution du taux de l'hémoglobine. Dans la chlorose, le cacodylate de fer produit une augmentation rapide, notable et persistante du taux de l'hémoglobine. Les chloro-anémies de divers ordres semblent favorablement influencées. Au premier rang se place la chloro-anémie tuberculeuse, pour peu que les lésions pulmonaires ne soient pas trop avancées; dans aucun cas, il n'a été observé de poussées congestives ou hémoptoïques sous l'influence de la médication. Lorsque l'albuminurie existe, elle rétrocède le plus souvent; son existence ne constitue pas une contre-indication; au contraire, dans cinq ans, la néphrite a paru subir une rétrocession plus ou moins marquée, à la suite de l'emploi du cacodylate de fer. Les divers types de lymphadénie et de leucémie, où la médication arsenicale est indiquée, paraissent particulièrement justiciables de l'emploi du cacodylate de fer.

La cure sulfatée sodique dans le traitement des dyspepsies et de l'emploi du sulfate de soude a petites doses comme laxatif, par M. Manquat (de Nice). — Les observations de l'auteur se rapportent au sulfate de soude du commerce, sel impur mais plus actif que le sulfate de soude pur, et d'ailleurs à peu près le seul livré par les pharmaciens.

Il faut remplir les trois conditions suivantes :

Ne pas s'adresser à un sujet qui ait de l'encombrement stercoral préalable, donner le remède à jeun et laisser le sujet sans rien ingérer pendant au moins une heure après.

Dissoudre le sel dans un véhicule abondant, le sulfate de soude administré ainsi est utile dans la constipation habituelle, surtout lorsque celle-ci dépend d'un état dyspeptique justiciable du sulfate de soude.

Lorsqu'il y a avantage à supprimer l'effort de défécation chez les éventrés, certains hernieux, les apoplectiques, les congestifs).

Chez les hémorroïdaires;

Chez les sujets qui ont souffert antérieurement d'une atteinte d'appendicite, en même temps qu'un régime approprié, lorsque les phénomènes aigus auront disparu;

Dans l'entérite muco-membraneuse;

Chez les sujets qui, par suite d'une péritonite antérieure paraissent être sous la menace d'une obstruction intestinale;

Dans la diarrhée chronique des pays chauds et dans la dysenterie chronique.

Dans les dyspepsies, la cure sulfatée sodique a deux modes d'action : l'un mécanique, l'autre organique.

L'ingestion de la solution sulfatée sodique opère chaque matin un lavage interne de l'estomac qui soustrait mécaniquement l'influence des liquides résiduels et concourt au repos de l'organe.

Le sulfate de soude a une action propre, cellulaire, qui, chez les hyperpeptiques, régularise la sécrétion gastrique;

Chez les chlorotiques dyspeptiques, surtout lorsqu'il existe des douleurs gastriques et de la constipation.

Chez les tuberculeux dyspeptiques, éréthiques ou fébricitants, sous réserve de la surveillance des effets obtenus dès le début de la cure;

Dans l'hypersécrétion gastrique;

Dans la glycosurie des dyspeptiques ;

Dans les dyspepsies douloureuses.

Emploi thérapeutique du thymus. — Dans un précédent mémoire, publié en 1897, M. R. Blondel a montré que le thymus, considéré au point de vue de sa sécrétion interne, jouait dans l'organisme un rôle antitoxique singulièrement comparable à celui de l'ovaire ou du testicule.

Des expériences entreprises, depuis lors, au laboratoire de M. Dastre, à la Sorbonne, n'ont fait que confirmer cette idée, corroborée depuis, d'ailleurs, par les physiologistes italiens. Sur 50 jeunes chiens, à qui on a enlevé le thymus intégralement, 10 seulement ont survécu aux suites immédiates de cette délicate opération : chez tous, après une période passagère de déchéance, les organes génitaux ont réalisé peu à peu une suppléance réelle. L'ablation simultanée du thymus et du testicule provoque des troubles de nutrition extrêmement remarquables : l'animal développe d'une façon exagérée ses quatre membres, au détriment du tronc et du crâne, et réalise le type échassier.

Des résultats thérapeutiques sont venus à l'appui de ces données expérimentales. Dans la chlorose, là où Spillmann et Etienne avaient employé avec succès la substance ovarique, l'auteur a donné du thymus frais et très rapidement, dans chacune des 15 observations recueillies, il a assisté à l'augmentation rapide du chiffre des globules, à la reprise

de l'appétit, des forces, des couleurs, à la disparition du souffle, enfin au retour des règles.

Dans le goitre exophtalmique, où le thymus a déjà donné des succès à d'autres expérimentateurs, on constata 5 guérisons remarquables :

Chez une malade, la guérison était complète au bout d'un an.

Chez l'adulte, l'auteur a employé le thymus d'agneau, moins coûteux que celui de veau, soit frais (1/4 de thymus par jour), soit desséché, pulvérisé et mis sous forme pilulaire (2 à 5 grammes par jour).

Enfin, le thymus a été employé chez des nouveau-nés du service d'accouchement de la Charité, atteints de débilité congénitale. Avec une dose quotidienne de 1 gramme de poudre de thymus peptonisé mêlée au lait, la perte du poids a été enrayée dès les premiers jours pour faire place à la montée normale de la courbe; la substitution de la peptone de viande à la peptone de thymus a donné des résultats nettement inférieurs, ne laissant guère de doute sur l'activité propre à cet organe.

Nouvelle méthode d'inoculation et de protection des virus. — M. Paillasson (de Lyon) a surtout envisagé la question au point de vue de l'inoculation du vaccin ; selon lui, on devrait se faire vacciner, même quand on porte des cicatrices très apparentes de vaccinations antérieures. Il faut se mettre à l'abri des atteintes de la variole, avant tout, par des moyens donnant toutes les garanties de succès possibles. Les procédés en usage, laissant un peu à désirer de ce côté-là, gagneraient à être sérieusement modifiés. Il propose donc l'emploi d'un instrument de son invention : le vaccinotherme.

Du traitement des maladies par la lumière et la chaleur. — Dans ce travail, M. Knowsley Sibley (de Londres) s'est proposé d'exposer complètement le résultat de ses travaux personnels sur ce sujet.

MM. Blottière et Simonot (de Paris) relatent les effets qu'ils ont obtenus par les applications locales d'air surchauffé de 150 à 215 degrés centigrades dans certaines affections douloureuses. Le procédé, pour n'être pas absolument nouveau, puisqu'il a été appliqué de diverses façons à l'étranger, est presque inconnu en France.

A propos de cette communication, M. W. H. Gilbert (de Baden-Baden) rapporte qu'il a obtenu de très bons résultats par l'application locale de l'air chaud à la température de 100 à 200 degrés dans le traitement des arthrites anciennes, du rhumatisme et des névralgies, particulièrement de la névralgie sciatique.

M. de Lada Noskowski (de Marseille) fait une importante communication sur la sulfhydrothérapie antimicrobienne.

M. Tripet étudie l'action des courants de haute fréquence (d'Arsonvalisation) sur l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine, c'est-à-dire sur l'activité des échanges gazeux.

Le traitement des affections du tube digestif par le massage vibratoire. — M. Geoffroy pense que le massage vibratoire est indiqué chaque fois qu'il y a malaise, souffrance ou mauvais fonctionnement du côté des voies digestives, cette souffrance, ce mauvais fonctionnement étant toujours accompagnés de spasme ou de contracture.

Traitement de la pneumonie franche. — Depuis de nombreuses années, M. Kleczkowski (de Grand-Fresnoy) traite la pneumonie, aussi bien de la base que du sommet, sans se préoccuper si elle est produite par le pneumocoque pur ou associé, par l'ergotine.

Si on l'administre le jour même du frisson initial, très souvent elle guérit avant que le souffle ne se produise. Dans tous les cas, sa marche est abrégée beaucoup, la fièvre se maintient au-dessous de 39°, la respiration devient plus libre et la résolution arrive le quatrième ou le cinquième jour. Si on l'administre quand le souffle est déjà établi, la respiration devient plus calme vingt-quatre heures après, et la température baisse. S'il y a du délire, et c'est le fait le plus saillant de cette médication, il est régulièrement arrêté vingt-quatre heures après l'emploi de l'ergotine. Quant au mode d'administration, il faut donner de 3 à 5 grammes, par vingt-quatre heures, en potion par cuillerées à potage.

S'il y a quelque raison de craindre le surmenage du cœur, on peut ajouter 30 gouttes de teinture de digitale, ou une potion à la caféine.

Du salicylate de méthyle administré a l'intérieur, a doses massives, contre le rhumatisme articulaire. — A l'intérieur, M. Cosma (de la Roumanie) a commencé par donner 1 à 2 grammes de salicylate de méthyle par jour et a augmenté les doses jusqu'à 8 et même 10 grammes.

Voici la formule qu'il propose :

Salicylate de méthyle........	8 grammes
Potion gommeuse...........	150 —
Rhum....................	āā 25 —
Sirop....................	

A prendre dans les vingt-quatre heures.

L'effet du salicylate de méthyle, administré de la sorte, lui a semblé égal à celui du salicylate de soude.

Le salicylate de méthyle *agit par l'acide salicylique qu'il contient*, tout comme le salicylate de soude, par conséquent on peut remplacer, au besoin, ces médicaments l'un par l'autre.

MM. Hallion et Carrion présentent un nouvel appareil à injection de sérum artificiel.

M. Foveau de Courmelles lit un travail intitulé : « Des actions spécifiques, électriques et radiographiques. »

M. de Przedwiewicz lit un travail sur l'acide phosphorique et son emploi thérapeutique.

LES MÉDICAMENTS NOUVEAUX

Le citrophène. — Le citrophène est un citrate de monophénétidine découvert récemment par M. J. Roos.

C'est une poudre blanche à saveur légèrement acidulée, soluble dans 250 parties d'eau froide et dans 50 parties d'eau bouillante, facilement soluble dans l'eau chargée d'acide carbonique. L'alcool n'en dissout qu'une faible proportion; son point de fusion se produit à 186 degrés.

Posologie. — Adultes, 3 fois 0 gr. 50 à 1 gramme par douze heures. — Enfants, 3 fois 0 gr. 20 à 0 gr. 30 par douze heures.

Usages thérapeutiques. — Administré à la dose de 0 gr. 50, le citrophène produit une action calmante et procure un sommeil tranquille et réparateur. On l'emploie utilement contre la fièvre des tuberculeux et les névralgies.

Le calaya (anneslea febrifuga), par M. A. Massy (de Bordeaux). — Le calaya est l'extrait d'un rhizome désigné sous le nom d'anneslea febrifuga par certains auteurs et que les indigènes de l'Afrique équatoriale emploient depuis longtemps en décoction contre les fièvres. Ce n'est que depuis quelques années que ce médicament est employé en France. Le calaya n'est pas toxique, il agit puissamment contre le paludisme et est indiqué dans tous les états hyperthermiques.

La diacétyle-morphine dans le traitement de la douleur. — M. L. Guinard (de Lyon) a fait entreprendre, par Artaud et Gantin, une série d'essais cliniques, chez des malades atteints de sciatiques, de névrites, de névralgies diverses douloureuses, de coliques hépatiques et néphrétiques, chez des opérés, etc., et dans ces diverses observations, le chlor-

hydrate de diacétyle-morphine, injecté sous la peau à la dose de 0,005, 0,007 milligrammes, quelquefois 0,01 centigramme s'est comporté comme un sédatif efficace et surtout rapide.

Deux ou trois minutes après l'injection, les premiers effets apparaissaient; en cinq minutes, des douleurs intolérables commençaient à se calmer et disparaissaient à peu près complètement au bout de quinze à seize minutes. Avec cela, pas de nausées, pas de vomissements.

Comme inconvénients, on observe quelques troubles nerveux : éblouissements, troubles de la vue; mais ces accidents, qui persistent pendant une heure environ, s'atténuent peu à peu et disparaissent sans laisser de traces; d'ailleurs ils perdent de leur importance aux injections suivantes et ne se manifestent plus du tout dès la troisième ou quatrième injection.

Le dormiol. — Le dormiol est un liquide incolore, d'odeur piquante, ressemblant au menthol et au camphre, de saveur fraîche et en même temps brûlante. Son poids spécifique est de 1,24 à 15 degrés C.

A la dose de 0,5 à 3 grammes, il endort promptement; on le prescrit en solution aqueuse dont on peut corriger le goût par du sirop de sucre, ou en capsules liquides de 0 gr. 5.

L'esanofèle est un nouvel antithermique qui agit puissamment dans la malaria et toutes les manifestations du paludisme.

Igazol. — M. le professeur Cervello (de Palerme) vient dire les bons effets qu'il a obtenus dans le *traitement de la tuberculose par l'igazol*.

Ce produit, dans la composition duquel entre l'aldéhyde formique, s'emploie en vapeurs dans un appareil spécial, le vaporogène. M. Cervello y associe l'hydrate de chloral, ensuite la terpine, enfin l'iodoforme. On sait, en effet, que ces trois substances se volatilisent au-dessous de 100 degrés, sans subir d'altération.

M. Cervello rappelant ses premières communications à Palerme et au congrès de Berlin en 1899 montre, avec une statistique à l'appui, les résultats très favorables que l'on peut obtenir de son emploi.

L'iodobenzoyliodure de magnésium. — M. Gaube (du Gers) croit avoir trouvé une combinaison abio-dynamique pour les bactériacées dans ce nouveau produit. Il en a obtenu d'excellents résultats dans les angines à association bactérienne sans bacille diphtérique, sur les angines où dominent tantôt les staphylocoques accompagnés de streptocoques, où dominent tantôt les streptocoques accompagnés de staphylocoques.

Le pyramidon. — MM. Robin et Bardet (de Paris) disent qu'un certain nombre d'auteurs ont appelé l'attention sur un nouveau dérivé de l'antipyrine, le pyramidon. Ce produit possède une action analgésiante et antiseptique supérieure à celle de l'antipyrine. En outre, il a l'avantage de ne pas donner les accidents qu'on a reprochés à celle-ci et agit à doses trois fois moindres, mais ce corps est surtout intéressant parce qu'il provoque une excitation des échanges organiques, ce qui le distingue absolument des autres aromatiques. Dans le diabète il fait monter le sucre, parce qu'il exaspère le processus de dénutrition déjà commencé. Dans les névralgies ordinaires il suffit de 0,30 à 0,60 en deux fois.

L'iodolène externe est un nouvel antiseptique non irritant et non toxique avec effet spécifique contre les ulcérations syphilitiques.

Il est une combinaison d'iodol et d'albumine. C'est une poudre jaunâtre, impalpable, sèche, ne se coagulant pas, sans odeur ni saveur. On peut le chauffer pendant quelque temps dans des tubes en verre bouchés, bien garantis de l'air, à une température de 100-105 degrés C., sans qu'il se décompose. Il est insoluble dans les dissolvants usuels. Il contient 36 p. 100 d'iodol; on s'en sert pour l'emploi externe.

La suralimentation par les corps gras, le sésamol (Lunel et Demont). — Le sésamol est administré dans tous les cas où l'huile de morue est conseillée, dans la scrofulose, tuberculose. Il a donné d'excellents résultats dans les cas de nutrition défectueuse, dans la dyspepsie nerveuse, l'hyperacidité, le catarrhe et l'ulcère de l'estomac et dans les états pyrétiques d'origine microbienne.

Le sulfurol. — A la suite d'expériences rigoureuses faites à l'hôpital des Incurables de Naples, M. G. Jacontini (de Naples) a pu constater l'efficacité du sulfurol. Il est utile dans la bronchite simple qui précède l'infection par le bacille de Koch, pour la guérison du mal. Dans les lésions bronchiales communes, le sulfurol a toujours donné des résultats excellents. L'effet utile peut s'expliquer par l'action de l'hydrogène sulfuré et de la térébenthine sur les voies respiratoires.

Le tannate d'orexine. — D'après le professeur Penzoldt l'orexine régénère l'appétit, et est aussi à même d'abréger la digestion chez des individus bien portants. Ces phénomènes proviennent essentiellement d'un accroissement de la sécrétion de l'acide chlorhydrique stomacal; du reste Penzoldt croit aussi, comme plusieurs auteurs le supposent, à une stimulation nerveuse de l'estomac.

Depuis quelque temps on préfère le tannate d'orexine aux anciennes préparations, à cause de sa propriété de se conserver pendant un temps illimité, son manque absolu d'odeur et de saveur et son efficacité au moins aussi grande.

Bien supporté par les enfants, le tannate d'orexine rend également de bons services dans les vomissements incoercibles de la grossesse.

L'oxygène extrait de l'eau par l'électrolyse. — M. Regnard (de Paris) a attiré l'attention sur l'oxygène Lavigne pur extrait de l'eau par l'électrolyse, à l'usine électro-chimique d'Oloron-Sainte-Marie. Par sa pureté cet oxygène trouve son emploi en thérapeutique et dans les laboratoires.

NEUROLOGIE

Par **M. R. CESTAN**, chef de la Clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière

La section de neurologie a tenu ses séances à la Sorbonne sous la présidence de M. le professeur Raymond. De nombreux médecins étrangers ont répondu à l'appel du comité et nous avons pu voir présider tour à tour MM. Hitzig, von Monakow, Ferrier, Sherrington, Minor, Homen, Obersteiner, van Gehuchten, Tamburini, Golgi, etc.

Les APHASIES ont fait l'objet de deux rapports. M. Pick (de Prague) a traité de l'importance du centre auditif du langage comme organe d'arrêt du mécanisme du langage.

Wernicke et Broadbent ont fourni la démonstration clinique que les fonctions du centre moteur du langage s'accomplissent sous la direction du centre auditif. Le centre auditif de la parole est réellement un vrai centre frénateur pour le moteur dont les fonctions, après la destruction ou l'affaiblissement de la fonction du premier, se déchaînent au moins pour quelque temps libres de tout frein; c'est le fait connu que des malades avec surdité verbale survenue brusquement présentent, en dehors de la paraphasie, un trouble tout spécial, une « logorrhée » : ils bredouillent spontanément, pendant longtemps, sans discontinuer, ou bien réagissent de cette façon chaque fois qu'une incitation quelconque est fournie au mécanisme du langage, par une question, par exemple.

On pourrait interpréter ce fait de deux façons : tout d'abord, on admit un état d'excitation du centre moteur; mais il faut admettre maintenant que la logorrhée est la conséquence de la perte d'une fonction d'arrêt directrice dévolue au centre auditif.

La meilleure démonstration en réside dans ce fait qu'il paraît démontré que, dans le domaine des phénomènes psychiques supérieurs, entrent en jeu des mécanismes frénateurs identiques à ceux qu'on montre maintenant, en nombre toujours plus grand, dans le domaine des fonctions nerveuses inférieures.

Le deuxième rapporteur, M. Ladame (de Genève), a parlé de l'APHASIE MOTRICE PURE SANS AGRAPHIE.

La confusion qui règne encore dans la manière d'envisager les diverses variétés d'aphasie motrice provient de ce qu'on n'a pas tracé jusqu'ici une ligne de démarcation suffisamment nette entre les aphasies et les anarthries.

La doctrine des neurones peut jeter une vive lumière sur cette question, et il faut prendre le postulat suivant pour base de la distinction qui doit être faite entre les anarthries et les aphasies :

Les *anarthries* résultent d'une lésion des *neurones de projection* qui constituent les faisceaux moteurs de l'appareil de la phonation.

Il existe ici, comme pour les autres mouvements volontaires, deux groupes au moins de neurones superposés : les neurones périphériques, dont les cellules d'origine sont dans les noyaux bulbaires, et les neurones centraux, ou cortico-bulbaires, qui ont leur origine dans les grandes cellules pyramidales du pied des circonvolutions rolandiques.

On voit que l'anarthrie peut avoir une origine corticale et n'est pas seulement le symptôme d'une lésion bulbaire ou pseudo-bulbaire de la région capsulaire, qui caractériserait l'aphasie motrice dite sous-corticale.

Les *aphasies*, par contre, sont la conséquence de la lésion des *neurones d'association* intra-corticaux, inter-corticaux ou trans-corticaux et trans-hémisphériques ou commissuraux. On sait que le centre de Broca, où se trouve le siège de l'aphasie motrice, renferme surtout des fibres d'association qui le mettent en communication avec les divers autres centres corticaux.

Dans l'*aphasie motrice ordinaire* (type Bouillaud-Broca), la plupart des voies d'association de la circonvolution de Broca sont plus ou moins touchées.

Dans l'*aphasie motrice pure* (sans agraphie) ou *aphémie pure*, la lésion est localisée dans les neurones d'association qui mettent le centre de Broca en connexion avec les centres phonétiques des circonvolutions rolandiques.

L'aphasie motrice pure peut donc être, à notre avis, aussi bien *corticale* que *sous-corticale*. Ce qui en fait la particularité, ce n'est pas, comme on l'a enseigné, le siège de la lésion dans les faisceaux blancs sous-jacents à l'écorce du pied de la troisième circonvolution frontale, mais c'est plutôt la lésion localisée dans le faisceau d'association que nous pourrions appeler le *faisceau psycho-moteur phonétique*, aussi bien dans son origine corticale que dans son trajet sous-cortical, ou plus justement inter-cortical.

L'auteur adopte la classification suivante :

APHASIES MOTRICES. — A. *Aphasies motrices pures*. — Lésion isolée de neurones d'association du centre de Broca avec les autres centres moteurs corticaux en rapport avec la parole, parlée ou écrite.

1. *Aphémie pure*.

Lésion du faisceau des neurones qui mettent le centre de Broca en communication avec les centres phonétiques de l'opercule frontal et de l'opercule rolandique.

2. *Agraphie pure*.

Lésion du faisceau des neurones qui relient le centre de Broca au centre de la main éduquée pour l'écriture.

(Les observations de cette forme d'aphasie pure n'ont pas encore levé tous les doutes sur sa réalité clinique.)

B. APHASIES MOTRICES COMPLIQUÉES. — Lésions combinées des divers faisceaux qui partent du centre de Broca ou qui y aboutissent.

Trois groupes principaux :

1. *Aphasie motrice vulgaire* (type Bouillaud-Broca). — Lésion plus ou moins complète de plusieurs faisceaux des neurones d'association reliant la circonvolution de Broca aux centres corticaux psycho-moteurs, qui sont eux-mêmes plus ou moins atteints par la lésion.

2. *Aphasie sensorio-motrice*. — Lésion plus ou moins complète des neurones d'association qui mettent la circonvolution de Broca en connexion avec les centres des aphasies sensorielles. (Combinaisons diverses de l'aphasie motrice avec la surdité et la cécité verbales.)

4. *Aphasie des troubles intellectuels*. — Lésions multiples et variées des neurones d'association psychiques répandus sur toutes les régions de l'écorce des hémisphères.

Nous rapprocherons de ces deux rapports une observation d'aphasie motrice incomplète avec paraphasie et jargonaphasie, mais sans agraphie, SANS CÉCITÉ VERBALE ET SANS SURDITÉ VERBALE RAPPORTÉE par M. Lemos (de Porto). A l'autopsie, cet auteur a trouvé un foyer de ramollissement limité à la circonvolution de Broca du côté gauche; malheureusement, la région temporale n'a pas été étudiée microscopiquement, de telle sorte que le malade de M. Lemos pouvait être atteint d'aphasie sensorielle (Thomas, Bernheim).

Malheureusement, aucune discussion n'a suivi ces rap-

ports et on a passé sous silence la discussion sur l'existence du centre de l'agraphie.

Trois rapporteurs ont discuté la question des CENTRES D'ASSOCIATION ET DE PROJECTION DU CERVEAU. Mais l'auteur même de cette théorie, Flechsig, n'avait pu venir défendre son rapport. Il part de ce principe, que toutes les fibres d'un même système prennent leur myéline à la même époque et que cette époque est variable mais constante pour chaque variété de fibres : c'est la méthode myélogénétique de Flechsig. Cette loi s'applique au cerveau et l'auteur a constaté 40 champs corticaux myélogénétiques. Ces 40 champs se divisent en 3 groupes : 1° le groupe des champs ayant des fibres de projection que forment quatre centres, celui de la sphère de la sensibilité corporelle (région rolandique), celui de la sphère visuelle (région du cunéus), celui de la sphère auditive (région temporale), celui de la sphère olfactive ; 2° le groupe des champs qui ne possèdent que des fibres d'association et que forment quatre centres d'association, le centre frontal, le centre pariétal, le centre temporal et le centre insulaire ; 3° le groupe des champs mixtes, renfermant et des fibres de projection et des fibres d'association, champs qui se trouvent entre les centres d'association et les autres de projection.

Les centres de projection sont en rapport avec la périphérie des corps par des fibres centrifuges et centripètes. Ils sont reliés aux centres d'association par des fibres d'association.

Les territoires centraux des zones d'association sont des centres qui sont en relation plus ou moins directe, chacun avec plusieurs zones sensorielles, quelques-uns avec toutes ; ils en combinent vraisemblablement les activités (association). Après leur destruction bilatérale, l'intelligence se montre affaiblie ; l'association des idées est particulièrement troublée. Les territoires centraux sont donc, suivant toute apparence, d'une haute importance pour l'exercice des activités intellectuelles, pour la formation des images mentales composées de plusieurs qualités sensorielles, pour l'accomplissement d'actes tels que la dénomination des objets, la lecture, etc., etc. Ces fonctions sont troublées avec une régularité particulière dans les affections des centres postérieurs d'association ; l'observation clinique l'établit, justifiant la légitimité de notre division de l'écorce cérébrale en centres sensoriels (centres de projection) et centres d'association.

M. le professeur HITZIG combat assez vivement cette théorie.

La doctrine de M. Flechsig de l'existence de centres de projection et d'association qui auraient une fonction différente dans l'écorce du cerveau, se fonde :

1° Sur l'existence prétendue de fibres da projection dans ceux-ci et l'absence de fibres de projection dans ceux-là.

Cette assertion n'est plus soutenable dans toute son étendue, attendu que M. Flechsig l'a abandonnée lui-même pour une partie de ses centres d'association et que d'autres auteurs affirment avoir observé aussi des fibres de projection partant du reste des centres d'association.

2° Sur la myélinisation chronologique des centres de projection et d'association, ainsi que sur celle des différents centres de projection en particulier.

Cette assertion ne peut être soutenue non plus dans toute son étendue, attendu que M. Flechsig lui-même y a trouvé des différences individuelles qu'il attribue, il est vrai, à des influences pathologiques, tandis que ses adversaires les regardent avec le même droit comme appartenant au domaine de la physiologie.

3° Sur la différence de la structure anatomique des centres de projection entre eux et vis-à-vis des centres d'association.

Les avis des différents auteurs étant opposés les uns aux autres tout à fait, il est impossible de se former à ce sujet une opinion positive.

La destination des centres d'association est trouvée par Flechsig dans la conservation des images de mémoire ainsi que dans la reproduction et l'association de celles-ci, soit par l'excitation des sphères sensitives voisines, soit peut-être par l'excitation des autres centres d'association. Il les considère donc comme les vrais organes de l'esprit et de la pensée.

Les opinions avancées sur ce sujet par M. Flechsig paraissent pour le moment purement hypothétiques. L'hypothèse d'images de mémoire déposées dans certains groupes de cellules n'est nullement prouvée.

Le troisième rapporteur, M. Monakow (de Zurich), communique le résultat de ses recherches qui ne concordent pas avec celles de Flechsig.

La somme des fibres de projection réunies dans la colonne rayonnante, et répandues sur toute la surface cérébrale, ne se trouvent en connexion directe qu'avec un nombre relativement petit de points corticaux. Il existe en conséquence sur toute la surface cérébrale des espaces considérables, plus ou moins étendus en circonférence et empiétant les uns sur les autres, où on ne trouve aucune fibre de projection. On peut désigner l'ensemble de ses parties corticales privées de fibres de projection sous le nom de centres d'association, en opposition aux foyers dispersés où se réunissent les fibres de projection. Mais il n'est pas possible de limiter d'une façon quelque peu précise les territoires qui sont pauvres en fibres de projection, et ceux qui en renferment abondamment. Pas plus que d'autres auteurs, nous n'avons constaté de différences anotomiques *fondamentales* entre les deux sortes de territoires des hémisphères.

Il est certain que l'arrangement des fibres dans la substance blanche du cerveau ne se fait pas d'une manière uniforme. La division adoptée par Flechsig, qui ne considère que les fibres de projection des voies sensorielles, ne tient pas suffisamment compte des multiples postulats anatomiques de l'organisation du cerveau. Nous n'y trouvons pas la réprésentation du cervelet, de la substance noire de Sümmerring, etc., dont les zones de rayonnement empiètent de tous côtés sur les sphères sensorielles trop étroitement limitées par Flechsig.

Le mode de répartition des fibres de projection dans l'écorce cérébrale est inégal et varie beaucoup.

Il est sujet à de grandes différences individuelles. La méthode d'étude basée sur la myélinisation, quelque brillants qu'apparaissent au premier abord ses résultats, est bien loin d'être suffisante pour résoudre le problème physiologique de la fine organisation des neurones dans le cerveau. Tout ce que l'on peut dire, d'une manière générale, c'est qu'il est vraisemblable et logique que le développement des centres sensoriels précède celui des parties corticales qui servirait de base à l'intelligence.

L'hypothèse qui place les fonctions psychiques supérieures dans des foyers corticaux spécialement délimités, et possédant une structure anatomique particulière (les centres intellectuels) est insoutenable. On doit plutôt se représenter les divers éléments qui concourent au travail psychique comme répandus sur l'écorce cérébrale tout entière.

Nous pensons que la théorie de Flechsig, d'après laquelle toutes les fibres de projection d'une voie corticale sensorielle s'enveloppent à peu près simultanément de myéline, peut s'interpréter autrement quant à la succession du développement et de l'organisation des voies conductrices et des centres. On peut supposer que la myélinisation se fera à une certaine période du développement embryonnaire, dans un complexus de neurones, de telle sorte que quelques éléments de ce complexus devanceront les autres, en s'entourant plus tôt de myéline.

Sous le nom de *complexus de neurones* nous comprenons la somme des neurones individuels, qui s'articulent les uns avec les autres, et forment progressivement des systèmes coordonnés, renfermant un nombre de neurones de plus en plus grand à mesure qu'ils se rapprochent de l'écorce (cellules de projection et d'association), et dont le minimum est nécessaire pour produire chez l'adulte un acte nerveux (une impression lumineuse, par exemple). M. Vogt (de Berlin), se basant sur ses recherches personnelles, n'admet pas ainsi dans son ensemble la théorie de Flechsig.

M. Jendrassick (de Budapest) était chargé d'un rapport sur les RÉFLEXES TENDINEUX.

Pour lui, les réflexes tendineux sont de vrais mouvements réflexes et non des secousses musculaires.

Le réflexe rotulien et les réflexes tendineux en général ne peuvent être identifiés avec les autres mouvements réflexes; les réflexes cutanées ordinaires sont des réflexes dont l'arc remonte jusqu'au cerveau, probablement jusqu'à l'écorce.

Le tonus musculaire a une large influence sur les réflexes tendineux ; s'il est augmenté, le réflexe est plus vif, l'abaissement du tonus peut même abolir ces réflexes.

L'abolition des réflexes patellaires dans le tabes n'est pas suffisamment expliquée par les théories actuelles; il est très vraisemblable que l'abaissement du tonus musculaire est la cause ordinaire de cette abolition.

D'après les observations actuelles, l'abolition des réflexes tendineux, en cas de maladies du cerveau, est exceptionnelle et peut être causée par *shock* nerveux ou par une lésion secondaire de la moelle.

L'abolition des réflexes tendineux en cas de maladie du cervelet n'est notée que dans un nombre restreint de cas de cette affection, dans lesquels, au contraire, l'exagération de ces réflexes est la règle. Aussi semble-t-il bien probable que dans les cas de tumeur du cervelet cette abolition était plutôt un symptôme général, dû à une hydromélie consécutive ou à des contractures rigides des muscles.

La perte des réflexes patellaires n'est nullement une preuve d'une division transversale totale des éléments nerveux de la moelle.

L'abolition des réflexes patellaires dans les lésions traumatiques de la moelle cervicale ou dorsale est une preuve clinique que la substance grise de la moelle lombaire est aussi atteinte. Parfois il s'agit d'un état de *shock*.

M. Sherrington a surtout insisté sur le rôle de l'inhibition dans les muscles antagonistes, qui permet ainsi plus facilement la manifestation des réflexes.

Les conclusions de Jendrassick ne sont pas adoptées par Bruns (de Hanovre), qui relate ses cas personnels et croit toujours, conformément à la théorie de Bastian, qu'une section complète de la moelle cervicale supprime les réflexes rotuliens, parce que la moelle lombaire n'est plus en relation avec l'encéphale.

Telle est aussi l'opinion de van Gehuchten. Il fait remarquer que les réflexes cutanés ne suivent pas la même règle que les réflexes tendineux, qu'ils peuvent être diminués quand les autres sont, au contraire, exaltés, ainsi, dans l'hémiplégie. Aussi croit-il que les réflexes cutanés sont à siège cortical et se manifestent par une voie cortico-spinale, que les réflexes tendineux ont leur siège dans le noyau rouge et ont besoin d'une voie rubro-spinale. Cette conception permettrait d'expliquer que les réflexes cutanés sont diminués dans l'hémiplégie (lésion au-dessus du noyau rouge des fibres cortico-spinales), que les réflexes tendineux y sont exagérés, tandis que dans les affections transverses totales de la moelle les uns et les autres sont supprimés. L'auteur accorde une grosse importance au réflexe de Babinski, mais pour lui ce n'est pas le réflexe cutané plantaire modifié, c'est un phénomène nouveau que nous constatons dû à l'excès d'irritabilité réflexe du névraxe ; il indiquerait que la moelle lombaire a acquis une certaine autonomie et il pourrait être observé dans les sections complètes de la moelle cervicale qui supprime au contraire les réflexes tendineux et cutanés.

La question du réflexe de Babinski a été d'ailleurs discutée à nouveau à propos de l'hémiplégie hystérique et, à cause de son importance, nous y reviendrons plus loin.

Le professeur Homen, d'Helsingfors, a déposé un rapport sur les LÉSIONS NON TABÉTIQUES DES CORDONS POSTÉRIEURS. Pour lui, les lésions des cordons postérieurs dans le tabes sont de même nature que celles du tabes, de nature surtout exogène, mais avec possibilité d'une altération primitive ou d'une dégénérescence secondaire par une propagation secondaire du processus au niveau des fibres endogènes. Dans les tumeurs cérébrales, la cause des altérations des racines postérieures existant après leur entrée dans la moelle paraît être l'augmentation de la pression de la liqueur cérébro-spinale et les troubles circulatoires et nutritifs qui en résultent, l'altération étant en une certaine mesure proportionnelle à cette pression.

Par rapport à leur origine, les altérations des cordons postérieurs, dans les groupes de cas où il y a ordinairement aussi des *névrites périphériques*, peuvent en quelque sorte être réparties en trois groupes :

1° Celles provoquées directement par les névrites et dues soit à des altérations purement anatomiques des nerfs, comparables à celles consécutives à des amputations ou résections des nerfs, soit à ce que les agents nocifs dans les nerfs affectés : microbes, toxines, etc., sont transportés dans la moelle, et plutôt par les racines postérieures qu'antérieures (Homen et Laitinen), y provoquant des lésions plus ou moins limitées ;

2° Celles coordonnées aux névrites, c'est-à-dire dans lesquelles le même agent nocif (toxine, poison, surmenage, etc.) peut affecter le même neurone sur différents points, sur le trajet intramédullaire et sur la partie périphérique ;

3° Celles tout à fait indépendantes des neurones ou des systèmes de fibres, mais en rapport intime avec les vaisseaux.

A ce sujet, M. Guillain relate ses expériences personnelles qui lui ont permis de constater la possibilité d'un envahissement des racines postérieures par une infection à point de départ périphérique et remontant jusqu'aux centres nerveux en suivant la gaine lymphatique intra-névrilemmatique.

M. Homen a passé ensuite en revue les différentes lésions des cordons postérieurs constatées dans les anémies graves, l'alcoolisme, etc., et cette vulnérabilité spéciale de ces parties, il faudrait la chercher soit dans les courbures intramédullaires des racines postérieures qui les rendent plus vulnérables, soit dans les relations entre les cordons postérieurs et les nerfs périphériques.

Dans une communication, M. Nageotte est revenu sur cette vulnérabilité des racines postérieures dans le tabes, vulnérabilité qui s'explique par la structure des nerfs radiculaires.

Dans son rapport sur la MYÉLITE AIGUE, M. Marinesco, avec de nombreuses projections, a relaté ses expériences. Il admet l'origine toxi-infectieuse des myélites aiguës, soit myélite, soit méningo-myélite, soit paralysie ascendante de Landry. L'infection suit, ou bien les vaisseaux, ou bien l'espace arachnoïdien ; elle peut arriver à la moelle par les nerfs périphériques, consécutive à une névrite ascendante. Un traumatisme, un épuisement nerveux favorise l'éclosion de la myélite.

MM. Déjerine et Lortat ont relaté un cas de myélite loca-

lisée à la portion gauche de la moelle cervicale et ayant créé un syndrome de Brown-Séquard très net avec atrophie musculaire de la main gauche; c'était un foyer de myélite intra-médullaire, ne s'accompagnant pas de méningite.

Les derniers rapports, faits par MM. Ferrier et Roth, traitaient du DIAGNOSTIC DE L'HÉMIPLÉGIE HYSTÉRIQUE ET DE L'HÉMIPLÉGIE ORGANIQUE. Ces rapports ont analysé très minutieusement tous les éléments du diagnostic, étiologie, fièvre, ictus, troubles intellectuels, etc.; nous n'insisterons pas sur cette analyse, renvoyant à l'article publié dans ce même journal par M. Babinski et dont les conclusions ont été en somme adoptées par les rapporteurs. Cependant, M. Roth estime qu'exceptionnellement on pourrait constater, au cours de l'hémiplégie hystérique, la trépidation spinale et le signe de Babinski.

Une discussion s'élève donc à ce sujet. M. Babinski maintient ses conclusions : il n'a pas encore vu ni la trépidation spinale, ni l'extension des orteils en relation certaine et incontestable avec l'hystérie. Son signe n'est pas constant dans la perversion du système pyramidal, mais sa présence indique que le système pyramidal est intéressé soit par une lésion fonctionnelle (strychnine, parésie post-épileptique) et non persistante, soit par une lésion définitive (hémiplégie). M. Cestan a étudié depuis trois ans le réflexe de Babinski sur au moins 1000 malades; ses conclusions sont tout à fait conformes à celles de M. Babinski. Mais il insiste sur l'importance de ce signe dans l'hémiplégie du tabes. Il a observé 4 cas de ce genre chez des tabétiques dont les réflexes tendineux étaient disparus : les réflexes sont restés abolis, la paralysie est restée flaccide même après plusieurs années et le réflexe de Babinski était toujours net; on peut ainsi dire que dans certaines scléroses combinées, le signe de Babinski est le seul signe qui permette de déceler la lésion de la voie pyramidale. M. Babinski a développé ce point spécial dans une intéressante communication sur les scléroses combinées frustes.

Chaque séance a été suivie d'un grand nombre de communications.

M. Déjerine et Thomas ont rapporté l'autopsie d'une malade atteinte de PARALYSIE BULBAIRE ASTHÉNIQUE. Il s'agit d'une malade de 59 ans, qui avait vu apparaître des troubles de la parole quatre ans auparavant.

Elle présentait les symptônes suivants : une ophtalmoplégie externe, une paralysie des muscles innervés par le facial, une paralysie presque complète de la langue, des muscles du larynx, du voile du palais, des muscles masticateurs.

Elle était prise d'accès de rire ou de pleurer spasmodiques. Les réflexes tendineux étaient exagérés aux membres supérieurs et inférieurs : il existait un épuisement assez rapide des muscles.

Cet ensemble symptomatique correspond au syndrome décrit par Erb et connu encore sous le nom de paralysie bulbaire asthénique.

A l'autopsie il n'existait aucune lésion en foyer. L'examen microscopique décèle dans les circonvolutions motrices du côté gauche l'existence de lésions assez limitées de l'écorce cérébrale. Des deux côtés les fibres du faisceau pyramidal sont primitivement et partiellement atrophiées dans leur trajet bulbo-protubérantiel et dans la moelle (faisceaux pyramidaux croisés). Les noyaux des nerfs craniens sont sains. L'atrophie des fibres pyramidales peut être approchée de celle qu'on observe dans les cas de paralysie pseudo bulbaire. Cette observation ne saurait cependant permettre de conclure d'une façon définitive à la nature organique de la paralysie bulbaire asthénique qui est peut-être moins une entité morbide qu'un syndrome abritant sous son nom des affections de nature et d'origine différentes.

M. Switalski a étudié un cas de ramollissement complet du lobe droit et lobe moyen du cervelet, avec destruction des noyaux centraux de ces lobes.

Le pédoncule cérébelleux supérieur qui, dans ce cas où la lésion équivaut à une ablation complète d'un lobe du cervelet, devrait, d'après les idées courantes, être complètement dégénéré, ne présente qu'un degré modéré d'atrophie avec très faible dégénération. Il en faut donc conclure que seulement un petit nombre des fibres du pédoncule cérébelleux supérieur ont leur origine dans l'hémisphère cérébelleux et, au contraire, que le plus grand nombre de ces fibres ont la direction centripète vers le cervelet.

M. le professeur Raymond communique l'observation d'un malade qui réalisait l'association d'une hémiplégie sensitivo-motrice gauche à une paralysie oculaire, le tout survenu sans ictus.

Le facial inférieur du côté gauche participait à la paralysie. Les réflexes étaient très forts, mais sans trépidation spinale. L'hypoesthésie du côté gauche, très nette, s'accompagnait de la perte du sens musculaire, du sens articulaire. Le malade présentait une paralysie des mouvements associés de latéralité des deux yeux. A l'état de repos, les globes oculaires étaient en position normale, sans strabisme interne. L'action des droits internes étaient parfaitement conservée pour la convergence. Par contre, le regard de latéralité vers la droite ou vers la gauche s'effectuait d'une façon très insuffisante.

Voici les résultats de l'autopsie. La partie postérieure de la moitié droite de la protubérance loge un gros tubercule solitaire, qui intéresse le ruban de Reil, qui respecte les noyaux moteurs des yeux, mais qui a détruit les fibres allant de l'écorce à la sixième paire, et celles qui sont censées unir entre eux les noyaux de la troisième et de la sixième paire. L'observation fournit la preuve du siège supra-nucléaire, au voisinage des tubercules quadrijumaux postérieurs, des paralysies associées des mouvements de latéralité des globes oculaires.

M. Oberthür a observé dans les SCLÉROSES CÉRÉBRALES ATROPHIQUES, au niveau de l'écorce, la formation de cavités parfois étendues, dont le début se fait tantôt autour des vaisseaux de la couche sous-pie-mérienne, tantôt autour des vaisseaux des zones inférieures de la substance grise. Il s'agit là d'une gliose proliférative périvasculaire qui devient dans la suite dégénérative. Il y a de grandes analogies entre cette réaction névroglique dans ces écorces un peu spéciales et le mécanisme cavitaire de la syringomyélie.

M. Kativinkel a recherché sur 36 cerveaux provenant du laboratoire de M. le professeur Pierre Marie les altérations du corps calleux dans les grosses lésions en foyer d'un des hémisphères.

Il a trouvé, contrairement à l'idée courante, que même les grosses lésions de circonvolutions entières ne donnent pas de dégénérations dans le corps calleux. Du moins, aucune des méthodes disponibles actuellement ne permet de les déceler.

Il a trouvé par contre très souvent, presque dans un tiers des cas, des lésions sur place, ce qui lui fait penser que dans beaucoup de cas où les auteurs paraissaient trouver des dégénérations secondaires, il s'agissait plutôt d'une lésion sur place.

M. Roubinovitch a pu constater chez un grand nombre de sujets des deux sexes, adultes pour la plupart, que le diamètre des deux pupilles présente des variations très manifestes chaque fois que le sujet fait un effort cérébral.

Dans la grande majorité des cas, la mydriase se produit alors que la question ou le problème arithmétique posés ne sont pas encore terminés.

A peine sont-ils terminés que la pupille revient à son diamètre antérieur et la réponse est rendue.

Dans un nombre très restreint d'expériences, les pupilles sont restées complètement indifférentes, soit lorsque la réponse est considérée comme extrêmement facile et n'exigeant aucun effort, soit lorsque la solution du problème est jugée d'emblée impossible.

M. et Mme Déjerine apportent le résultat de leurs longues recherches sur les fibres aberrantes de la voie pédonculaire, qui, abandonnant la voie motrice dans la région pédonculo-protubérantielle, gagnent le ruban de Reil médian soit en dehors (par lemniscus profond), soit en dedans (par lemniscus superficiel) au niveau du pédoncule, soit simplement en arrière quand apparaît le pédoncule cérébelleux moyen. Mais plus tard ces fibres aberrantes réintègrent la voie motrice, n'aboutissent jamais à l'entrecroisement sensitif. On ne doit pas ainsi considérer les fibres à dégénérescence centrifuge du ruban de Reil comme des fibres réunissant la corticalité cérébrale aux noyaux de Goll et de Burdach, mais bien comme des fibres motrices aberrantes de la voie pyramidale.

M. Marie, avec de nombreuses projections, montre et l'état CRIBLÉ du cerveau, substance grise et substance blanche, état dû à de petits foyers lacunaires de ramollissement périvasculaires qui sont capables de produire des hémiplégiés, et l'état criblé dit « fromage de Gruyère », état dû à de grosses cavités répandues çà et là et dues aux gaz développés sous l'influence de la putréfaction cadavérique.

M. Roux a constaté chez des tabétiques la disparition des fibres à myéline fines du GRAND SYMPATHIQUE. Cette lésion se retrouve chez le chat par la section des racines postérieures, par suite, chez les tabétiques, elle doit dépendre des lésions des racines postérieures et peut expliquer les troubles viscéraux du tabès.

M. Sainton approfondit les CAUSES D'ERREUR DE LA MÉTHODE DE MAISTRE, exposant que la putréfaction cadavérique peut amener la production de faux corps granuleux capables d'induire en erreur.

MM. Feindel et Meige présentent de nombreuses photographies de torticolis mental; ils montrent l'influence de l'habitude dans l'apparition de ces tics, et par suite le bon effet curatif de la rééducation de la volonté par des exercices gradués.

La clinique nerveuse de la Salpêtrière apporte une série de recherches sur les atrophies musculaires. M. Richer présente un grand nombre de chronophotographies dues à M. A. Londe, concernant quelques démarches pathologiques, étudiées d'ailleurs aussi par ces auteurs à l'aide de la cinématographie; il décrit deux types de la démarche morbide : le type d'extension, représenté par les malades myopathiques, et le type de flexion. réalisé par les parkinsoniens.

MM. Philippe et Guillain ont étudié, dans 6 cas de SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE, les lésions de la substance grise médullaire.

Dans cette substance grise antérieure il est nécessaire de distinguer chez l'homme deux zones : zone des cellules radiculaires occupant la patrie antéro-externe de la corne antérieure, zone des cellules cordonales ou rétro-radiculaires occupant la partie moyenne de la substance grise. Les lésions des cellules cordonales paraissent évoluer moins vite que celles des cellules radiculaires, les colonnes de Clarke sont intactes même dans les cas avancés.

La sclérose du cordon antéro-latéral est d'emblée généralisée, dépassant de beaucoup les limites de la dégénérescence secondaire des hémiplégiques. D'emblée cette sclérose est très végétante et elle a tous les caractères d'un processus primitif.

Elle n'est nullement en rapport d'intensité avec les lésions de la substance grise. Cette discordance entre ces deux processus permet de comprendre les différentes formes de la maladie de Charcot (forme amyotrophique et parétospasmodique). Enfin il faudrait restreindre considérablemen le rôle pathogénique des altérations des cellules cordonales dans la sclérose des cordons.

MM. Philippe et Majewicz ont constaté par la méthode de Nissl des lésions dans le nucleus ambiguus chez deux malades ayant succombé à des accidents cardio-pulmonaires au cours d'une paralysie spinale subaiguë ; ils croient donc à la nature motrice du noyau dorsal du nerf vague.

MM. Philippe et Cestan ont étudié deux cas de paralysie spinale antérieure subaiguë. Au niveau de la moelle, les auteurs ont constaté une sclérose légère des cordons antérolatéraux empiétant dans un cas très légèrement sur le faisceau pyramidal, mais sans l'intensité observée dans la sclérose latérale amyotrophique; la lésion principale consiste en une atrophie simple des cellules des cornes antérieures, cellules motrices et cellules cordonales. Ces deux faits démontrent l'existence de la paralysie spinale antérieure subaiguë, niée par certains auteurs. Cette affection consisterait en une atrophie simple des cellules de la corne antérieure, en une véritable cellulite.

M. le professeur Raymond et M. Ricklin insistent sur les lésions anatomiques et les différences cliniques qui séparent la sclérose latérale amyotrophique, lésion de deux systèmes de neurones, de l'atrophie musculaire Aran-Duchenne, lésion du seul neurone moteur médullaire.

M. Huet a pu suivre plusieurs années diverses paralysies radiculaires supérieures. Il a constaté une atrophie et un raccourcissement de l'humérus et de l'omoplate; d'autre part, malgré un traumatisme causal léger, ces paralysies se sont mal réparées. Pour expliquer ce mauvais pronostic, l'auteur émet deux hypothèses : ou bien les lésions des racines antérieures provoquent, du côté des cellules des cornes antérieures correspondantes, une réaction secondaire plus rapide et plus intense que les lésions traumatiques des troncs nerveux mêmes, ou bien la cause qui produit la distension des fibres radiculaires étend son action jusqu'aux cellules des cornes antérieures de la moelle et a sur ces cellules une influence directe.

MM. Huet, Guillain et Duval relatent 26 cas de paralysies radiculaires qui sont expliquées facilement par la théorie de l'élongation radiculaire exposée par ces auteurs dans les *Archives générales de médecine.*

M. Minor (de Moscou) a eu l'occasion d'observer une série de cas avec une lésion probable de la substance grise ou des racines des segments situés immédiatement au-dessus du cône terminal médullaire, ne dépassant pas la limite supérieure de la cinquième racine lombaire.

Le symptôme complexe, très caractéristique, consistait dans tous ses cas en : intégrité des réflexes rotuliens (signe de la limite saine supérieure); intégrité des sphincters (limite inférieure); et comme signes positifs, affection grave et durable du nerf sciatique poplité externe.

Dans le but didactique et au point de vue de classifications, l'auteur propose d'assigner à cette partie de la moelle épinière le nom de l'ÉPICÔNE MÉDULLAIRE.

M. Mirallié a pu étudier histologiquement UN TABES AVEC AMYOTROPHIE. En dehors des lésions classiques du tabes, il a trouvé une intégrité complète des cellules des cornes antérieures, des racines antérieures; par contre il existait une névrite périphérique manifeste d'autant plus accentuée que l'on se rapprochait davantage de la terminaison des nerfs.

M. Oddo, étudiant les réflexes tendineux chez 147 choréiques, les a trouvés normaux dans 36 cas, affaiblis ou supprimés dans 116 cas, exagérés dans 38 cas, sans qu'il y ait un rapport exact entre l'intensité et l'apparition de ces troubles avec celles des mouvements choréiques.

M. Lannois rapporte l'observation portant sur 4 femmes

de la même famille atteintes de trophiadénie décrite par M. Meige.

MM. Souques et Balthazard ont pratiqué la cryoscopie des urines de la polyurie nerveuse. D'après leurs expériences, il est nécessaire d'admettre que la solution qui filtre par le glomérule a une tension osmotique inférieure à celle du sang.

M. Chipault préconise, dans le tabes et les autres affections médullaires justiciables de l'élongation, le traitement par l'élongation permanente au moyen d'un corset plâtré.

M. Hartenberg croit qu'on doit distinguer la névrose d'angoisse de la neurasthénie. Pour lui, c'est une névrose par faiblesse irritable du sympathique (désordres vasculaires), tandis que la neurasthénie est causée par une faiblesse irritable du système cérébro-spinal. Mais les deux névroses se trouvent très souvent réunies en clinique.

Deux cas de lésions du quatrième ventricule avec diabète insipide sont rapportés, l'un par M. Marinesco (tumeur), l'autre par MM. Marie et Switalski.

Chaque séance a été suivie de nombreuses présentations de malades venus des services de MM. Raymond, Déjerine, Marie, Babinski..., et nous avons pu ainsi profiter de leur admirable collection. Ce sont d'ailleurs de véritables petites conférences qui nous ont été faites par M. Déjerine sur la NÉVRITE INTERSTITIELLE HYPERTROPHIQUE, sur l'ACHONDROPLASIE ET LA DYSOSTOSE CLÉIDO-CRANIENNE par M. Marie, sur le MYXŒDÈME ET SON TRAITEMENT au moyen du corps thyroïde par M. Bourneville, sur UNE FORME PARTICULIÈRE DE DÉMENCE par M. Jules Voisin. On complétait la démonstration par de nombreuses projections photographiques de coupes et de malades, tandis que dans une salle voisine M. Van Gehuchten nous montrait au microscope les lésions des ganglions qu'il a décrites chez les chiens enragés, M. Marinesco de belles préparations de névroglie, MM. Philippe et Oberthür leur superbe collection de moelles syringomyéliques. Pour terminer un Congrès aussi intéressant, nous avons eu trois conférences. M. Golgi nous a exposé avec autant de clarté que d'esprit philosophique la valeur des différentes colorations de la cellule nerveuse. M. Obersteiner a signalé plusieurs aspects normaux qui peuvent induire en erreur et être interprétés comme des aspects pathologiques. M. Pitres nous a indiqué la manière de reconnaître le siège exact de la cause de la névralgie, ou périphérique ou sur le trajet du nerf ou centrale suivant que le paroxysme névralgique est atténué par une injection de cocaïne faite ou sur la partie périphérique ou sur le nerf ou dans le canal rachidien. Il nous a montré la possibilité de calmer les douleurs des ataxiques par l'injection intra-arachnoïdienne de cocaïne.

Le Congrès international de neurologie a décidé que désormais il serait réuni au Congrès international de médecine, qu'il formerait le groupe de la neurologie et de la psychiatrie mais avec deux sections distinctes pour chacune de ces branches, avec cependant la possibilité de réunion commune pour discuter les questions intéressant les deux sections.

PSYCHIATRIE

Par **M. R. CESTAN**, chef de la Clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière.

Cette section a été séparée de la section de neurologie et a tenu ses séances sous la présidence de M. Magnan à l'Ecole de pharmacie.

Trois questions importantes étaient à l'ordre du jour.

On d'abord étudié les PSYCHOSES DE LA PUBERTÉ avec les rapports de MM. Marro, Voisin et Ziehen. Ces rapporteurs montrent, sur un terrain héréditairement prédisposé, l'influence de la puberté (anémie, excès sexuels, apparition de la menstruation, transformation du caractère, apparition de l'instinct sexuel, etc.).

Pour M. Voisin, toutes les variétés de psychoses peuvent se montrer à cette époque : l'hébéphrénie comme entité morbide n'existe pas. On doit réserver le nom d'hébéphrénie aux cas de démence. Les psychoses, qui se développent au début de l'évolution pubérale, sont moins graves que celles qui se développent dans le cours ou à la fin de la puberté. Les premières peuvent être appelées psychoses de la puberté, tandis que les autres seraient les psychoses de l'adolescence;

La mélancolie apparaît le plus souvent sous la forme grave de la stupeur, s'accompagnant d'actes impulsifs, d'obsessions et d'hallucinations impératives dirigées contre la vie du malade et de son entourage. On signale en même temps très souvent le mysticisme et l'onanisme;

La manie se présente rarement sous la forme bénigne; elle revêt le plus souvent le caractère de la moria et présente aussi beaucoup d'éléments impulsifs;

Les psychoses dégénératrices et les neuro-psychoses sont les plus fréquentes; elles reparaissent généralement à l'âge adulte;

La médecine légale des psychoses de la puberté est soumise aux règles ordinaires de la médecine légale des aliénés; mais les cas relatifs à la capacité civile sont écartés, puisque la loi française ne reconnaît pas la capacité civile avant vingt et un ans. Il n'y a qu'à considérer les cas concernant la responsabilité criminelle qui est fixée à seize ans.

Pour M. Ziehen, presque toutes les psychoses connues se rencontrent aussi dans la puberté. Une influence spéciale de la puberté se montre seulement en ce que certaines psychoses prévalent beaucoup et en ce que souvent les psychoses subissent certaines modifications spéciales des symptômes et de la marche de la maladie. C'est donc à tort que quelques auteurs ont parlé d'une psychose de puberté spéciale, qui devrait comprendre la majorité des cas de maladie mentale dans la puberté. La seule psychose de la puberté, qui appartient presque exclusivement à la puberté, la démence hébéphrénique ou hébéphrénie de Kahlbaum, ne fournit relativement qu'un petit nombre de cas au gros des psychoses de la puberté.

Au contraire, M. Marro soutient l'existence de l'hébéphrénie de Heiker qu'on peut regarder comme spécifique, et dont la spécificité vient de la réunion de plusieurs caractères qu'elle partage avec d'autres psychoses, mais qui en elle seule se trouvent réunis.

Les manifestations morbides de cette forme particulière de psychose, et les altérations constatées dans les examens nécroscopiques, démontrent que l'écorce cérébrale et les méninges sont le siège d'un processus morbide anatomique. Les symptômes d'invasion tendent à prouver qu'on peut avec une certaine probabilité en faire dériver la source d'un processus d'auto-intoxication par des troubles de voies gastriques.

Dans l'éclosion de ces psychoses de la puberté, M. Régis

insiste sur le rôle de l'auto-intoxication, M. Benedikt sur celui des abus génésiques.

Quant au pronostic de ces psychoses, M. Cullere a réuni 120 observations et peut les classer en six groupes.

1° *Morts* dans le cours du premier accès, 3 cas.

2° *Démences précoces*, 33 cas.

3° *Folies périodiques*, 20 cas.

4° *Récidives à échéances variables*, 25 cas. Ces récidives sont le plus souvent bénignes et espacées. C'est le groupe le plus favorable au point de vue du pronostic éloigné.

5° *Folies avec conscience* (obsessions et impulsions), 9 cas. La folie avec conscience dure en général la vie entière.

6° *Malades perdus de vue après le premier accès*, 30 cas.

En résumé, les faits précédents tendent à établir que : si *le pronostic de l'accès*, dans la folie de la puberté, est favorable dans l'énorme proportion de 79 pour cent, *le pronostic éloigné* de la maladie est des plus sombres. L'individu qui *guérit* de cette sorte de psychose est voué pour l'avenir aux récidives, à la démence précoce, aux folies périodiques, aux retours agressifs de la folie des obsessions.

La deuxième question concernait les PERVERSIONS SEXUELLES OBSÉDANTES ET IMPULSIVES AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL.

M. Garnier a déposé un rapport des plus intéressants et des plus documentés, étudiant d'abord l'obsession morbide. L'obsession est une variété d'automatisme cérébral conscient, imposant à l'esprit, d'une façon paroxystique, et sous l'incitation première et essentielle de l'émotivité, une idée, un mot, un nom ou une image, etc., le pliant, enfin, à un tic moral quelconque, en dépit d'une résistance angoissante s'accompagnant de troubles physiques déterminés (sueurs, palpitations, constriction épigastrique, etc.), le malaise de cette lutte ne prenant fin que par la satisfaction du besoin qui amène la détente et clôt l'accès.

L'impulsion est une sollicitation motrice, à base émotive, vers un acte appétitif, que n'inspire aucun délire et que la conscience rejette, mais qui s'impose, parfois, automatiquement à la volonté, avec une irrésistibilité telle qu'elle entraîne la satisfaction du besoin, suivie d'un apaisement immédiat, en lequel se dénoue l'accès.

Les perversions sexuelles obsédantes et impulsives qui en résultent peuvent être ramenées à quelques types principaux sur lesquels le médecin légiste est appelé, plus ou moins fréquemment, à se prononcer : 1° l'*exhibitionnisme*, 2° le *fétichisme*, 3° le *sadisme* (lequel s'associe souvent au précédent, (*sadi-fétichisme*), 4° l'*inversion génitale* ou *homo-sexualité* (*uranisme*), 5° l'*érotomanie*.

M. Garnier définit ensuite d'une manière précise ce qu'on doit entendre par ces termes. Quant au point de vue médico-légal la préoccupation de l'expert devra être de vérifier si l'état du sujet peut être juxtaposé à l'un des types connus de perversion sexuelle ; et, si ce rapprochement peut être légitimement établi, il n'hésitera pas, étant en face d'un malade, à le déclarer irresponsable, par application logique de l'article 64 de notre Code pénal qui attribue cette irresponsabilité à l'individu *contraint par une force à laquelle il n'a pu résister*. C'est à l'asile et non à la prison qu'il faut envoyer ces obsédés impulsifs, et le caractère odieux des attentats accomplis par certains d'entre eux ne doit pas faire oublier la nature pathologique de l'acte.

Le deuxième rapporteur, M. de Krafft-Ebing, signale l'importance de la dégénération psychique ordinairement héréditaire.

Pour lui, les conditions de l'obsession sont la pleine conscience de l'obsédé, sa lutte contre l'impulsion, l'état émotif avec le désespoir de voir que ses forces psychiques (énergie d'association, volonté) sont impuissantes dans cette lutte et que seulement la réalisation de l'idée dont il est obsédé peut le délivrer de son terrible état.

Quant à la responsabilité criminelle, on doit reconnaître que, dans les cas d'obsession où l'irrésistibilité de l'action est prouvée, il n'y a plus crime ni délit.

En cas que le juge n'accepte pas ces états d'obsession-impulsion comme appartenant à la folie, la défense aurait à plaider en prouvant que le prévenu a été contraint par une force (psychique) à laquelle il n'a pu résister (art. 48 Code français, § 52 allemand, § 2 lit. g. autrichien).

Quand même l'irrésistibilité ne serait pas prouvée, néanmoins, vu sa dégénérescence psychique, dont le prévenu ne peut être considéré coupable, sa culpabilité devrait être atténuée jusqu'au degré le plus étendu que la loi peut accorder.

L'ALITEMENT DANS LE TRAITEMENT DES FORMES AIGUES DE LA FOLIE a fait le sujet des rapports de MM. Neisser, Morel et Korsakoff.

Pour M. Neisser les individus dont l'attitude et la conduite sont désordonnées, agitées ou seulement frappantes, qu'il s'agisse des maniaques, mélancoliques, des hallucinés, des malades atteints du délire systématisé, des épileptiques, des paralytiques généraux ou des malades atteints de la démence, le mieux est encore l'alitement. Naturellement, le médecin pourra permettre au malade, si bon lui semble, de quitter le lit, pour prendre part à un travail, à une distraction, à une promenade au jardin, et aux repas en commun.

L'alitement agit en procurant un repos physique et cérébral, mais dans les affections juvéniles il ne doit pas se prolonger trop longtemps, M. Morel formule ainsi les indications de l'alitement :

1° Dans les cas d'agitation ou d'excitation [maniaque et dans ceux caractérisés par des états dépressifs de nature aiguë ou chronique (manie, délire hallucinatoire, confusion mentale, délire toxique, mélancolie, états stuporeux, démence, etc.);

2° Dans les cas où l'on constate que l'aliéné souffre ou est menacé d'un état d'épuisement ou de débilité, le gâtisme y compris;

3° Chez tous les aliénés atteints d'une affection somatique, comme chez les malades anémiques et faibles qui risquent de perdre leurs forces en rôdant dans les salles ou dans les préaux.

Pour atteindre efficacement le but de l'alitement il faut :

1° Que l'établissement possède un corps médical compétent proportionné aux nécessités du service ;

2° Que les différents médecins attachés à l'établissement y soient logés et qu'ils aient chacun un rôle efficace dans l'observation et le traitement des malades;

3° Qu'on ne se serve d'aucun moyen de contrainte, sauf dans des cas très rares et exceptionnels;

4° Que le personnel médical se charge de l'instruction professionnelle des gardiens et qu'il en élimine tous les éléments n'offrant pas des garanties suffisantes ;

5° Que le personnel des gardiens soit composé de personnes intelligentes et à moral irréprochable, suffisamment rémunérées et disposant d'une pension de retraite après un certain nombre d'années de service ;

6° Que les bâtiments et les accessoires répondent à tous les desiderata quant au confortable pour l'aliéné et pour le personnel.

MM. Magnan et Briand sont partisans de l'alitement, M. Doutrebente n'a eu des résultats certains que dans le traitement de la mélancolie, MM. Mairet et Delteil n'ont eu que des résultats douteux et M. Ischisch est opposé à ce mode de traitement.

M. Lalanne a observé des fractures spontanées dans la paralysie générale analogues à celles du tabes. MM. La-

laune, Greidenberg, Ischisch et Dorpat croient à l'origine syphilitique de cette maladie. MM. Régis et Lalanne ont constaté chez quatre paralytiques généraux que leur délire ambitieux avait eu leur source dans un rêve et tous les malades avaient conscience de cette origine. Cependant ce délire ne ressemble au délire onirique décrit par ces auteurs dans les intoxications.

M. Bérillon explique la méthode qui lui a permis de guérir la morphinisation par la suggestion. M. Faure montre les lésions cellulaires corticales accompagnant les accidents mentaux des maladies générales (phénomènes de chromatolyse), d'autre part il insiste sur l'importance des lésions hépatiques dans les cas de délire au cours des maladies infectieuses.

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

(IV[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE)

Par **M. LEREDDE**, ancien assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis.

Pour la deuxième fois depuis dix ans, un Congrès de dermatologie et de syphiligraphie s'est réuni à l'hôpital Saint-Louis. La présidence en avait été confiée à M. Ernest Besnier. Les membres du Congrès ont été heureux de rendre leurs hommages au maître vénéré, à qui la dermatologie française doit d'avoir pu maintenir haut et ferme son drapeau en face des écoles étrangères et, sans avoir renoncé à ses idées traditionnelles, d'avoir accompli les transformations nécessaires. Toujours pénétré du besoin de creuser et de faire évoluer les problèmes pathologiques, M. Besnier nous a donné l'exemple rare et admirable d'un esprit passionné pour la recherche des vérités de demain, après avoir établi lui-même certaines des vérités les plus importantes d'aujourd'hui. Pour tous, ses collègues et ses disciples, il a été dans ce Congrès, comme avant, un modèle des vertus scientifiques les plus hautes.

Les séances du IV[e] Congrès de dermatologie et de syphiligraphie ont été des plus fructueuses, remplies d'idées et de faits nouveaux. Sur certains points, en particulier sur les questions de l'eczéma et des tuberculides, il marquera une date dans l'histoire de la pathologie des affections cutanées. Au point de vue pratique, mentionnons de suite l'intérêt considérable qui s'est attaché à la présentation, par le professeur Finsen, de malades guéris par sa méthode photothérapique, grâce à laquelle un progrès décisif a été accompli dans le traitement d'une des maladies les plus terribles, le lupus cutané.

L'ECZÉMA, MALADIE PARASITAIRE (1)

La question de l'origine parasitaire des eczémas a été soulevée par Unna en 1890. On sait que pour l'école de Hebra l'eczéma est une maladie d'origine externe, due à l'action d'agents traumatiques sur la peau. Pour le professeur Kaposi, la pathogénie de l'eczéma est mieux connue que celle de toute autre affection cutanée : on peut toujours, et chez tout individu, provoquer un eczéma par une irritation physique ou chimique, et il n'y a que des inconvénients à obscurcir la question en voulant faire intervenir des microbes, comme le fait Unna, dans une maladie tellement simple, et dont la nature est élucidée depuis une quarantaine d'années !

Le professeur Kaposi oublie, il est vrai, que l'école française a établi d'une manière définitive la confusion faite par l'école de Vienne entre les dermatites artificielles et les eczémas, et que, si l'on peut par des applications irritantes amener chez tout individu de la rougeur, de l'œdème, des vésicules, on ne peut sous aucun prétexte confondre ces lésions avec ce qu'on doit appeler l'eczéma. Pour que la dermatite artificielle puisse se compliquer d'eczéma vrai — et elle est, en effet, une des plus importantes parmi les conditions favorisantes de l'eczéma — il faut autre chose, soit l'intervention de conditions organiques internes, c'est la théorie de l'école de Saint-Louis en général, soit comme l'admet Unna, et comme l'ont admis après lui Malcolm Morris, Leredde, des agents microbiens.

Mais pour résoudre ce problème pathogénique une première difficulté se pose : qu'est-ce que l'on doit appeler eczéma? Nous venons de dire que le mot n'a pas le même sens pour les dermatologistes viennois que pour les autres; par malheur, ceux-ci sont encore loin de s'entendre et d'admettre une définition claire qui permette à tous de dire dans un cas donné : Ceci est de l'eczéma ou n'est pas de l'eczéma.

Cette question préliminaire a été étudiée par M. Brocq. Pour ce dernier, il convient d'éliminer du cadre de l'eczéma, en dehors des éruptions artificielles eczématiformes, une série de maladies qui sont : la dysidrose, le prurigo simplex type Brocq, le prurigo de Hébra, les névrodermites, l'impetigo contagiosa de T. Fox, l'impetigo de Bockhart, le pityriasis rosé de Gibert, et l'eczéma séborrhéique de Unna (séborrhéides de Brocq et Hallopeau). Seules doivent être nommées eczémas *des affections érythémateuses vésiculeuses et desquamatives dont la lésion essentielle est une vésicule spéciale, avortée ou à l'état de développement complet, et qui ont une évolution spéciale par poussées successives, tenaces et récidivantes*.

Le problème clinique ainsi posé n'a pas été étudié au Congrès, et l'absence de solution a été évidemment la cause principale des divergences qui se sont produites. Ainsi quand M. Unna est venu citer des faits de contagion et d'épidémies d'eczéma, il a paru à la plupart des dermatologistes qu'il ne s'agissait pas d'eczéma vrai. A M. Hallopeau rappelant l'inoculabilité à la face des lésions des mains et des avant-bras chez les blanchisseuses, M. Sabouraud a répondu que l'eczéma des mains n'était pas, dans ce cas, un véritable eczéma d'origine, mais une dermite eczématiforme microbienne susceptible de se compliquer d'eczéma vrai.

Les recherches bactériologiques faites par MM. Unna, Jadassohn, Galloway, Brocq et Veillon, Scholtz et Raab, Sabouraud, Morgan Dockrell, ont conduit aux résultats les plus discordants.

M. Unna a apporté au Congrès de dermatologie, des faits en nombre considérable qui l'ont confirmé dans sa conception de la théorie parasitaire. On sait que sous le nom de *morocoque* il avait décrit des cocci disposés en amas mûriformes, dans les couches superficielles de l'épiderme, et qu'il avait considéré ces cocci comme les agents spécifiques de l'eczéma. Le morocoque inoculé sur la peau saine aurait reproduit l'eczéma aigu.

A la suite d'un travail de Török, il avait été généralement admis que les lésions expérimentales dues au morocoque devaient être considérées comme une forme clinique dis-

(1) Rapports de MM. Unna, Galloway, Brocq et Veillon, Jadassohn; communications de MM. Sabouraud, Hallopeau.

tincte de ce qu'on doit appeler eczéma aigu et rattachée à l'impetigo, groupe d'infections cutanées superficielles. Pour aujourd'hui M. Unna lui-même n'accorde plus au morocoque qu'un rôle dans certaines formes eczématiques rares, du type eczéma sec.

Mais, à son avis, l'eczéma, comme l'impétigo, est un groupe d'infections superficielles; on doit décrire des eczémas, non un eczéma, comme il décrit des impétigos, non un impétigo.

Pour Unna, les bactériologistes ont confondu à tort les cocci entre eux; jusqu'ici la classification qu'ils en ont admise en dehors des streptocoques et des sarcines, est tout à fait artificielle et insuffisante pour déterminer exactement et distinguer des espèces analogues, mais foncièrement différentes au point de vue pathologique. L'eczéma est un catarrhe séreux dû à des cocci bien distincts du staphylocoque vrai, le staphylocoque doré, car ces cocci ne produisent ni suppuration locale, ni infection générale.

La division réelle des cocci peut être fondée en particulier sur une étude microscopique exacte et la reconnaissance des formes familiales. Sous ce nom, Unna désigne l'aspect microscopique donné par la coexistence de cocci mère et fille croissant jusqu'à maturité dans une même membrane d'enveloppe. Il distingue ainsi des monades, des dyades, des tétrades, des octades et des hekkaidécades.

Parmi toutes les espèces micrococciques trouvées dans les eczémas, 12 n'ont aucune action pathogène, car leur inoculation sous la peau reste négative, 11 ont une action positive. M. Unna a surtout étudié deux espèces principales, dont l'une existe dans la moitié des cas d'eczéma; son inoculation chez le chien amène les phénomènes essentiels de la maladie : parakératose, vésiculation séreuse et spongiose, acanthose, prolifération des cellules fixes. Chez l'homme, elle provoque l'eczéma; au bout de deux jours, on constate des papules et des vésicules claires, l'éruption est prurigineuse, elle aboutit à la formation de croûtelles sans suppuration, sans croûtes impétigineuses, sans folliculites; l'éruption peut s'étendre, semblable à elle-même, en dehors des points inoculés.

Ainsi, Unna s'est fondé surtout dans ce travail sur les résultats fournis par l'étude bactériologique des lésions superficielles; parmi les dermatologistes présents, certains ont considéré que les parasites ainsi découverts n'étaient que des parasites développés à la faveur des lésions cutanées préexistantes; d'autres, et il faut le dire, le plus grand nombre, que ces parasites intervenaient à l'origine de certaines lésions, accessoires pour les uns, importantes pour les autres.

L'étude bactériologique des lésions superficielles a été faite encore par MM. Galloway et Jadassohn. Le premier, qui a étudié des faits d'eczéma vésiculeux à leur début, a constaté par la culture la présence de cocci blancs, peu différents les uns des autres et qu'il considère comme des races du staphylococcus pyogenes albus. A son avis, les microbes produiraient l'eczéma, lorsqu'ils trouveraient sur la peau, grâce à une prédisposition, à l'état séborrhéique, aux troubles de nutrition viscéraux, un milieu favorable. Jadassohn a obtenu des staphylocoques dorés et blancs et, 2 fois sur 3, grâce aux cultures en milieu liquide, des streptocoques. Il déclare du reste que, dans le grand groupe des eczémas banals, il existe des efflorescences où, avec nos méthodes actuelles, on ne peut découvrir de microorganismes; il les attribue à des causes traumatiques ou générales. Il admet d'autre part une série de réactions eczématiques, les unes légères, les autres graves et chroniques pouvant être d'origine parasitaire.

D'autres auteurs se sont attachés à l'étude des lésions plus profondes. Ils ont porté leur investigation sur la vésicule élémentaire, qui apparaît comme la plus importante des altérations eczématiques. Or, ils n'y ont pas trouvé de microbes. Après Kreibich et Torök, Brocq et Veillon le déclarent de la manière la plus formelle. Les vésicules sont envahies par des microbes seulement quand elles sont anciennes; ces microbes sont d'espèce banale et semblables à ceux qu'on trouve isolés sur la peau des individus en bonne santé, à ceux d'autre part qui existent dans les plaies, les brûlures, les syphilides, etc. Morgan Dockrell arrive aux mêmes conclusions.

L'histo-bactériologie des lésions de l'eczéma vésiculeux commun a été étudiée de la manière la plus intéressante par Sabouraud; d'après celui-ci, les lésions sont *essentiellement amicrobiennes*, c'est un œdème des couches épidermiques profondes, tantôt diffus (spongiose), tantôt collecté en une vésicule. L'infection de cette vésicule est inconstante, et doit toujours être considérée comme secondaire. *Ni le morocoque de Unna, ni aucun autre microbe décelable n'existent dans les lésions de l'eczéma vésiculeux à leur début.*

Tels sont les faits bactériologiques apportés au Congrès, on voit que les divergences résultent d'abord de ce que MM. Unna, Galloway, Brocq et Veillon, Sabouraud, etc., n'ont pas étudié les mêmes lésions eczématiques.

Arrivons maintenant à l'interprétation des faits. Nous avons déjà énoncé celle d'Unna, pour qui l'eczéma est un groupe d'infections superficielles. La plupart des membres du Congrès ont paru opposés à cette conception.

M. Audry, par exemple, prend pour type de l'eczéma la forme papulo-vésiculeuse et affirme que cette affection n'a rien de parasitaire et que tout ce qui est parasitaire doit être éliminé de l'eczéma.

Pour M. Brocq de même les parasites créent des déterminations accessoires, donnent à l'eczéma son aspect superficiel et sa forme, mais l'eczéma vrai est autre chose. On peut admettre par exemple, des eczémas de forme nummulaire non microbiens, mais il existe sans doute assez souvent de *faux eczémas* nummulaires, les uns dus à l'eczématisation d'une lésion antérieure, de forme nummulaire elle-même, séborrhéide, pityriasis rosé, trichophytie, lichen simplex, sypihilides tertiaires même, les autres par infection secondaire developpée sur un eczéma amorphe antérieur.

Veillon a du reste fait l'expérience suivante : il désinfecte la surface d'un eczéma nummulaire et la protège par une colle de zinc. Sous cette colle, l'eczéma continue à évoluer, sa surface reste stérile. Dans une deuxième expérience, il désinfecte la surface d'un eczéma en voie de guérison, puis inocule la plaque avec des microbes provenant d'une deuxième plaque prise chez le même malade. Les lésions qui se développent sont des lésions de pustulation; quant à l'eczéma il ne s'aggrave pas.

L'opinion de Neisser, l'éminent dermatologiste de Breslau, est identique à celle de M. Brocq.

Une objection pouvait, il est vrai, être faite, qui n'a pas été soulevée.

Il est impossible d'affirmer, en se fondant sur les résultats de cultures, et tant qu'on n'a pas déterminé avec précision la cause réelle, des vésicules eczématiques initiales que celle-ci sont amicrobiennes, car rien ne prouve que nous puissions cultiver tous les microbes qui engendrent les lésions de la peau. Sans faire cette objection, M. Unna a déclaré que ses études avaient porté surtout sur l'eczéma chronique, et non sur l'eczéma vésiculeux aigu microbien. Cette remarque entraîne à nouveau la nécessité de s'entendre sur ce qu'on doit appeler eczéma.

A notre avis, et nous avons développé cette théorie au Congrès, parmi les lésions d'origine profonde qui marquent le début de l'eczéma aigu, qui s'associent aux lésions des eczémas chroniques, un certain nombre doivent être rapportées dans de nombreux cas au groupe du prurigo; cette opinion est démontrée par l'existence de prurit et de pous-

sées de prurigo, chez divers malades, dans l'intervalle des poussées d'eczéma ou à leur début — l'association des deux affections est particulièrement intime chez l'enfant en bas âge, chez lequel la majorité des faits d'eczéma se rattachent à un prurigo — d'autre part, l'importance des phénomènes gastro-intestinaux, apparents ou larvés dans un grand nombre de cas. Il y aurait lieu de réserver le nom d'eczéma à un ensemble de lésions parasitaires qui se développent à la suite d'altérations de la peau, dues à des traumatismes externes ou à des troubles du milieu intérieur, et de désigner sous des noms différents, suivant leur cause réelle, ces altérations, excessivement nombreuses, variées et d'ordre différent.

L'opinion d'Unna, la nôtre, sont restées isolées, et il ressort des discussions du Congrès que, pour la plupart de ses membres, on doit considérer l'eczéma vésiculeux aigu comme le type de l'eczéma, et considérer, par suite, comme eczéma *une maladie* non parasitaire à son origine. Exposées aux infections superficielles par leur siège, par leur humidité, les lésions de cette dermatose sont envahies à leur surface par des parasites d'origine externe. Le rôle de l'histologie et de la bactériologie est maintenant non seulement de déterminer ces parasites, mais encore de déterminer quels sont leurs effets.

Il est bien entendu que tous les phénomènes de migration leucocytaire intra-malpighienne ou sus-malpighienne sont d'origine parasitaire.

Mais les parasites déterminent-ils d'autres phénomènes histologiques, essentiels même au tableau anatomique de l'eczéma ? D'autre part, la germination des parasites réagit-elle sur les lésions profondes, provoque-t-elle leur accroissement, leur extension, la forme figurée que prend souvent l'eczéma? Telles sont les questions à résoudre.

Aucun des membres du Congrès n'admettrait, sans doute, que l'eczéma ainsi limité forme la totalité des affections que l'on nomme aujourd'hui eczéma, au point de vue clinique. La définition que donne M. Brocq, et que nous avons rappelée plus haut, fondée sur l'exclusion d'un certain nombre de dermatoses, est certainement encore trop large ; on doit aujourd'hui, et pour les nécessités de l'étude analytique ultérieure, considérer qu'elle s'applique à un groupe morbide, où l'on confond avec l'eczéma vésiculeux, supposé d'origine amicrobienne, une série de dermatoses superficielles, d'origine parasitaire, que M. Unna appelle *eczémas* et que la plupart des dermatologistes appelleront *infections eczématiformes*.

LES TUBERCULIDES (1)

L'étude de la plupart des affections que l'on dénomme aujourd'hui tuberculides remonte à une époque éloignée et la plupart d'entre elles étaient connues par Bazin, mais les connexions que l'on admet entre les unes et les autres étaient ignorées, et leur pathogénie se résumait à peu près en ceci : affections de nature scrofuleuse. Or la scrofule comprenait beaucoup de maladies en dehors de celles qui sont classées parmi les tuberculides, et maintenant il nous semble qu'on doit considérer la scrofule comme un terrain spécial, et ne plus admettre qu'elle puisse engendrer des lésions.

La question des tuberculides est de date récente. On a reconnu les caractères communs d'un certain nombre d'affections, qui se rencontrent presque exclusivement, certains disent exclusivement, chez des tuberculeux. Tantôt la tuberculose est évidente, tantôt elle n'apparaît qu'au bout de plusieurs années ; presque toujours il s'agit d'une tuberculose atténuée, ganglionnaire, osseuse, articulaire, en évolution torpide.

(1) Rapports de MM. G. Bœck, Campana, Darier, Riehl, Colcott Fox ; communications de MM. Hallopeau, Leredde, Audry, Barthélemy, Jadassohn, Neisser.

Quelles sont ces affections et quels sont leurs caractères ? et dans l'hypothèse où la tuberculose en serait la cause, par quel mécanisme les engendre-t-elle? telles étaient les questions qui se posaient devant le Congrès.

Enumération des tuberculides. — La liste des tuberculides comprend, pour M. Darier, les affections suivantes : acnitis et folliclis de Barthélemy (lupus érythémateux disséminé de Bœck), l'acné cachecticorum, le lichen scrofulosorum, le lupus érythémateux de Cazenave et ses variétés, le lupus érythémateux disséminé de Kaposi (lupus exanthématoïde de Besnier), le lupus pernio, l'érythème induré de Bazin, certaines variétés de lupus nodulaire éruptif et de lupus tuberculeux en placards multiples. M. Bœck comprend dans les tuberculides l'affection qu'il appelle eczéma scrofulosorum et qu'il considère comme une forme faciale du lichen scrofulosorum. Certains cas dits « pityriasis simplex » seraient aussi des tuberculides. M. Hallopeau comprend encore parmi les tuberculides une forme suppurative et pemphigoïde et une forme papuleuse agminée, M. Leredde l'angiokératome de Mibelli.

A ces opinions s'oppose celle de Riehl, pour qui le lichen scrofulosorum lui-même n'est pas d'origine tuberculeuse, encore moins le lupus érythémateux. Il n'y a pas de tuberculides, dans le sens de lésions cutanées, d'origine tuberculeuse. Du reste, si on admet une action des toxines tuberculeuses favorisant certaines lésions cutanées, le pityriasis versicolor lui-même serait une tuberculide. Audry, de même, se demande si les mélanodermies et les pyodermites des tuberculeux ne sont pas des tuberculides. Neisser est éclectique et admet l'origine tuberculeuse de l'érythème induré, mais non celle de lupus érythémateux. Barthélemy conteste la nature tuberculeuse de l'affection qu'il a décrite sous le nom d'acnitis.

Leredde admet que parmi les tuberculides de M. Darier il existe deux groupes que l'on doit distinguer par leurs lésions. L'un de ces groupes (type lichen scrofulosorum) comprend des tuberculoses vraies. Le deuxième (type lupus érythémateux) comprend des lésions de structure différente, dont la pathogénie est à discuter et auxquelles il y a lieu d'appliquer un nom spécial. Entre les deux types il y a toutes les transitions.

Caractères anatomo-cliniques. — Les caractères essentiels donnés par Darier sont les suivants : apparition brusque en général, sans fièvre, éruptions par poussées, distribution souvent symétrique, éléments isolés ou groupés de coloration généralement rouge violacé ou livide, indolents spontanément, douloureux au toucher, ayant chacun une évolution lente, durant des semaines ou des mois. Ils aboutissent à la résorption, souvent avec cicatrice, ou à la nécrose, ou à la suppuration. Les lésions sont dans certaines celles du tissu tuberculeux caractéristique; dans certaines autres, on trouve des traînées cellulaires périvasculaires, des lésions des vaisseaux, des foyers de nécrose. Dans ces dernières du reste, on peut trouver en quelques points une cellule géante, même un follicule tuberculeux imparfait (types de transition).

Mécanisme. — Pour M. Hallopeau, les lésions de la peau engendrées par la tuberculose doivent porter le nom de tuberculides, de même que celles engendrées par la syphilis le nom de syphilides. Parmi ces tuberculides les unes sont d'origine bacillaire directe, les autres d'origine toxique (tuberculides bacillaires, toxituberculides). *Les tuberculides de Darier sont des toxituberculides.*

La théorie toxique est fondée sur l'absence de bacilles, le non-inoculabilité, le bénignité. Le lichen scrofulosorum a du reste été observé par Schwenninger à la suite d'une injection de tuberculine. Si dans les toxituberculides on rencontre exceptionnellement des bacilles, c'est qu'elles

s'observent chez des individus qui peuvent avoir des bacilles en circulation sanguine.

M. Darier considère l'hypothèse par laquelle les tuberculides sont dues à des embolies de bacilles atténués, hypothèse émise par Haury comme plus vraisemblable. Cette théorie explique les faits rares où on a trouvé des bacilles et où l'inoculation a été positive (lichen scrofulosorum [Pellizzari Jacobi], érythème induré [Thibierge et Ravaut])la présence possible de follicules embryonnaires dans les formes à lésions vasculaires prédominantes, la curabilité. Les lésions des tuberculides sont à rapprocher, à tous ces points de vue, de certaines lésions ganglionnaires. Jadassohn, Leredde se rattachent également de préférence à cette théorie.

Des faits particuliers intéressants, et sur lesquels nous n'avons pas le loisir d'insister, ont été rapportés au Congrès. Citons en particulier un fait de Colcott Fox qui a obtenu une ionoculation positive d'érythème induré chez le cobaye, un fait de Jadassohn, qui a vu un lupus authentique se développer sur un nodule d'érythème induré. Enfin Rona a vu, après Schwenninger, une injection de tuberculine suivie de l'apparition de lésions de lichen scrofulosorum ; il ne rattache pas du reste ces lésions à l'action de la tuberculine sur la peau, mais à l'exagération de lésions tuberculeuses larvées.

LES PELADES (1)

Dans son rapport, M. Sabouraud décrit *deux types cliniques* : la pelade de Celse ou pelade ophiasique, la pelade de Bateman ou pelade séborrhéique.

La *pelade ophiasique* débute en général dans la seconde enfance — on peut l'observer plus ou moins typique chez l'adulte — et de préférence se localise à l'occiput, elle s'étend aux deux côtés du cuir chevelu et souvent est symétrique ; elle peut couvrir tout le cuir chevelu. Il existe une plaque initiale qui s'étend par addition de plaques secondaires, de sorte que le contour est en général polycyclique. La peau déglabrée est atrophiée et dépigmentée, lisse, on peut y voir des vaisseaux dilatés ; par exception elle est épaisse et spongieuse. A la limite des plaques on trouve des cheveux cassés, pigmentés ou des cheveux en forme de points d'exclamation d'imprimerie. Des lésions concomitantes de canitie peuvent exister dans le cuir chevelu et Sabouraud rapproche cette pelade du vitiligo. Les ongles sont souvent malades.

La *pelade séborrhéique* survient à un âge plus avancé. Elle commence par une aire alopécique étroite, arrondie. Les cheveux tombent entiers ou fragmentés à 3-4 millimètres au dessus de la peau, la partie adhérente s'atrophie à sa racine et prend la forme du point d'exclamation ; des poils semblables se trouvent toujours à la limite des plaques quand elles s'étendent. A la pression entre deux doigts on fait sortir de la sueur et des gouttes graisseuses. Les plaques secondes sont disséminées sur le cuir chevelu et ont les caractères de la plaque initiale.

L'étiologie de ces deux formes est différente. La pelade de Celse est parfois héréditaire, elle peut survenir après des chocs nerveux, graves, chez des sujets qui présentent des tares nerveuses, des malformations. En général, il n'y a pas de cause appréciable. Sabouraud a observé un cas de coexistence chez le mari et la femme, mais jamais d'autre fait qu'on puisse rattacher à la contagion.

La pelade de Bateman est certainement, mais rarement contagieuse. Sabouraud a observé 7 cas indiscutables : il s'agissait de contagion du mari à la femme ou de la femme au mari, quelques semaines après le début de la maladie. Jamais il n'a rencontré d'épidémie de pelade vraie.

La pelade de Bateman guérit en 2-10 mois, après disparition des colonies microbiennes.

La durée de la pelade de Celse est beaucoup plus longue que celle de Bateman, elle peut persister indéfiniment, elle guérit régulièrement, souvent à la puberté.

La pelade ophiasique ne présente aucune flore microbienne spéciale. La pelade séborrhéique présente des colonies d'un microbacille qui, pour Sabouraud, est le bacille de la séborrhée grasse et l'agent de la calvitie vulgaire. Ce bacille est compris dans le tiers supérieur des follicules au milieu d'un cocon corné. *On peut concevoir la pelade comme une calvitie aiguë circonscrite* (Sabouraud), *la preuve n'en est pas donnée.*

Les méthodes thérapeutiques recommandées par Sabouraud sont, dans la pelade ophiasique, les méthodes irritantes, dans la pelade de Bateman, les agents antiséborhéiques, huile de cade, calomel, soufre...

Les discussions ont porté d'abord sur la question de la contagion. Elle est affirmée par Lassar, Hallopeau, repoussée par Kaposi et Pavlof. Lassar, Mibelli insistent sur le rôle des coiffeurs dans la propagation de la maladie (contagion indirecte). M. Hallopeau a vu des employés travaillant dans un même bureau présenter simultanément des plaques de pelade au niveau où la tête porte sur le dossier du fauteuil, c'est-à-dire à la région occipitale. Il a même observé une épidémie. L'affection est commune chez les médecins qui soignent des peladiques ; l'augmentation de sa fréquence, sa répartition géographique impliquent la théorie parasitaire.

M. Hallopeau, comme Mibelli, ne croit du reste pas que le microbacille de Sabouraud soit l'agent de la pelade et ne reconnaît pas comme légitime la création du type ophiasique, car il a observé des cas hybrides.

MM. Hallopeau et Lassar appuient encore la théorie parasitaire sur l'utilité thérapeutique des agents bactéricides comme le sublimé, l'acide phénique, les lotions camphrées, soufrées et mercurielles.

M. Jacquet a exposé au Congrès une nouvelle théorie sur la pelade. L'affection n'est pas parasitaire, les faits de contagion sont dus à des coïncidences... La pelade s'accompagne de troubles de nutrition que révèle l'analyse des urines. Dans les cas les plus légers même, il existe un abaissement notable du coefficient d'oxydation. Les tissus peladiques présentent d'autre part une hypotonie extrême : la peau est atone et flasque. Cette hypotonie s'accompagne de phlébectasies, de varicocèle, de ptoses cutanées, de hernies, de lordose, de cyphose : elle est donc générale. M. Jacquet insiste sur l'utilité du massage local dans le traitement de la pelade.

Il est difficile de résumer cette discussion qui n'aboutit qu'à des résultats et à des théories contradictoires. Les faits admis par les uns sont contestés par les autres. Et il suffit de citer la dernière conclusion de Sabouraud : « Je considère ce sujet comme l'un des plus obscurs de la dermatologie et l'un de ceux où, en l'absence de techniques expérimentales nouvelles, cette obscurité persistera le plus longtemps. »

LES LEUCOPLASIES (1)

M. Perrin, rapporteur, chargé de l'étude de cette question à laquelle il a consacré d'importants travaux, rappelle que l'état leucoplasique n'est pas propre aux muqueuses buccales, mais peut s'observer sur les muqueuses vulvaire et préputiale, l'appareil urinaire, l'anus, les muqueuses du rectum et de la trachée rétrécis, le pharynx, le larynx, la pituitaire, dans l'oreille moyenne. Le nom de leucoplasie doit s'appliquer à toutes les dyskératoses blanches (leuco-

(1) Rapports de MM. Sabouraud, Lassar, Pavlof, Mibelli. Communications de MM. Hallopeau, Jacquet.

(1) Rapports de MM. Perrin, Behrend et Pringle. Communications de MM. Barthélemy, Gaucher et Sergent, A. Fournier, Du Castel, Zambaco pacha.

kératoses, Besnier); elles sont produites par une inflammation chronique du derme provoquée ou entretenue par des irritations répétées et prolongées.

Les symptômes communs sont les suivants : plaques de couleur spéciale offrant une surface lisse ou rugueuse et papillomateuse, avec des plis, des rides, des sillons, des fissures, des ulcérations ou des érosions. Les troubles fonctionnels varient avec le siège des plaques.

La discussion du Congrès s'est limitée à l'étude du groupe des leucoplasies buccales, dont on s'entend à éliminer le lichen plan. Elle a porté surtout sur les points suivants : rapports de la leucoplasie buccale avec la syphilis; effets du traitement antisyphilitique; rapports avec l'irritation produite par le tabac; rapports avec l'épithélioma; conséquences thérapeutiques.

Rapports de la leucoplasie et de la syphilis. — Pour Perrin, une distinction doit être établie entre les plaques leucoplasiques de la face interne des joues, des lèvres et celles de la langue. Les premières se rencontrent assez souvent chez des syphilitiques, mais ce n'est pas la règle, et en général on ne peut accuser que le tabac. Les secondes sont essentiellement d'origine syphilitique : *la syphilis doit être recherchée chez tous les sujets qui les présentent.* Perrin ne dit cependant pas qu'il n'existe jamais de leucoplasies linguales non syphilitiques.

Barthélemy ne fait pas cette distinction et envisage les cas de leucoplasie en bloc. Sur 83 observations, il constate 68 fois la syphilis, 15 fois seulement il n'a pu la déceler.

Gaucher et Sergent affirment de la manière la plus catégorique que la leucoplasie bucco-linguale *est toujours d'origine syphilitique* : 90 à 95 p. 100 des leucoplasiques sont des syphilitiques avérés; dans les autres cas, il s'agit de syphilis conceptionnelle ou héréditaire.

A ces conclusions qui sont également celles de M. Zambaco, le professeur Fournier oppose les résultats de sa statistique. Sur 324 cas de leucoplasie, il relève 259 fois la syphilis, soit 80 p. 100. La leucoplasie est donc habituellement, mais non nécessairement, d'origine syphilitique. Il croit que MM. Gaucher et Sergent comprennent dans leur statistique des cas de lésions syphilitiques scléreuses, qui ne sont pas de la leucoplasie. Celle-ci est une affection parasyphilitique dont il faut séparer toutes les glossites tertiaires.

M. Alfred Fournier déclare que, à son avis, la définition de la leucoplasie est incomplète et que, en toute évidence, on ne s'entend pas entre dermatologistes sur le sens exact du terme. Il admet que l'affection peut être d'origine hérédosyphilitique et du reste ce n'est pas le seul accident héréditaire qui s'observe à un âge avancé.

M. Du Castel considère aussi la leucoplasie comme mal définie; il en distingue deux variétés : l'une de couleur grise qui est une affection syphilitique, l'autre de couleur blanche, qui est parasyphilitique.

Influence du tabac dans la production de la leucoplasie buccolinguale. — L'action du tabac est considérable, puisque, sur 100 leucoplasiques, A. Fournier trouve 97 fumeurs. On pourrait *a priori* croire que c'est la raison pour laquelle la leucoplasie est rare chez la femme, cependant Zambaco a constaté à Constantinople la même différence de fréquence entre les deux sexes que Fournier à Paris. Chez la femme, en outre, la leucoplasie reste bénigne. La leucoplasie n'est, du reste, pas très commune en Orient, le tabac d'Orient est moins irritant que le tabac français. Il faut bien se rappeler que le tabac est surtout nocif chez les syphilitiques, comme le prouve un fait rapporté par Barthélemy, celui d'un homme qui fumait 30 cigares par jour pendant trente ans et qui ne présentait aucune lésion buccale : cet homme prit la syphilis et deux ans après eut une leucoplasie.

Effets du traitement antisyphilitique. — Suivant Barthélemy, le traitement par les injections de calomel ou d'huile grise peut amener la guérison complète. La plupart du temps il enraye le développement de l'affection qu'il immobilise et dont il rend la dégénérescence moins fréquente.

Ces propositions, appuyées par Gaucher, n'ont pas paru rencontrer l'adhésion des dermatologistes présents. Il serait très important d'être fixé sur leur valeur, au point de vue doctrinal et au point de vue pratique. Barthélemy paraît du reste éliminer complètement de la leucoplasie, d'après les descriptions qu'il en donne, toutes les formes de glossite ou de labialite tertiaires.

Rapports avec l'épithéliome. — Le problème des rapports avec l'épithéliome doit être envisagé au double point de vue histologique et clinique. Il est possible que, au point de vue histologique, les lésions de la leucoplasie soient de même ordre que celles des épithéliomes, et que, cependant, l'épithéliome ne prenne pas dans tous les cas la marche envahissante du cancer épithélial.

Pour Perrin, les lésions essentielles de la leucoplasie sont le kératinisation de l'épithélium superficiel, la formation d'une couche de cellules pourvues de kératohyaline (cutisation de la muqueuse), et dans le derme une infiltration cellulaire évoluant vers la sclérose. Du reste, le processus de kératinisation est souvent irrégulier. Plus tard, la leucoplasie se complique de formations papillomateuses qui aboutissent ou non au cancer; le cancer peut, du reste, débuter sans papillome préalable. L'épithéliome se développe en général au niveau des fissures et des ulcérations, dans les régions dékératinisées, parfois au milieu de la couche cornée par formation de globules épidermiques.

Pour Gaucher et Sergent, toute lésion leucoplasique représente un stade d'union entre la syphilis et l'épithéliome. Dans un fait de leucoplasie à surface régulière, vernissée, ils ont constaté une structure identique à celle d'un papillome corné avec globes épidermiques.

La fréquence de l'épithéliome à la suite de l'état leucoplasique est considérable; Perrin donne 25 p. 100, Fournier 30 p. 100, d'autres 50 p. 100. Ces chiffres sont un minimum; suivant A. Fournier, dans des cas assez nombreux d'épithéliome, on ignore la leucoplasie antécédente.

L'évolution épithéliomateuse est lente, et même Perrin a vu un cas de cancer lingual débuter trente ans après une leucoplasie. L'épithéliome est plus bénin que dans ses formes non consécutives à une leucoplasie, et est susceptible d'une guérison chirurgicale définitive.

Traitement de la leucoplasie. — Le traitement prophylactique consiste, avant tout, dans la suppression du tabac chez les syphilitiques. Si la leucoplasie apparaît, l'indication devient beaucoup plus impérieuse; en outre, toutes les autres causes d'irritation buccale seront éloignées, liqueurs, mets épicés; les dents seront mises en état hygiénique, etc.

Le traitement médical recommandé par Gaucher et Sergent consiste dans des badigeonnages bi-quotidiens, avec un pinceau imprégné d'une solution de bichromate de potasse à 1/50 (procédé de Watraszewski). Il doit être poursuivi pendant des mois et des années. S'il y a, en outre, un état papillomateux, on cautérisera les saillies au galvano-cautère. La bouche sera nettoyée avec une solution alcaline ou de chlorate de magnésie à 1/10. La surveillance médicale la plus sévère est de rigueur pour empêcher l'accroissement ou la dégénérescence. Zambaco est également partisan des caustiques et pratique des attouchements au nitrate acide de mercure.

M. Perrin est beaucoup plus radical; son procédé se résume en l'ablation chirurgicale toutes les fois qu'elle est possib'e.

LES CAUSES DES INFECTIONS GÉNÉRALISÉES DANS LES BLENNORRAGIES (1)

Le problème, ainsi posé, est divisé par Tommasoli en trois parties :

1° Quels sont les parasites qui donnent naissance à ces infections généralisées?

2° Quels que soient ces parasites, leur présence dans les lésions infectieuses à distance est-elle toujours nécessaire ou les toxines peuvent-elles suffire pour les déterminer?

3° Quelles sont les conditions spéciales nécessaires ou tout au moins favorables pour que parasites et toxines puissent engendrer les infections généralisées?

PARASITES DES INFECTIONS GÉNÉRALISÉES DANS LA BLENNORRAGIE. — Éliminons d'abord les agents d'infection secondaire qui peuvent au cours de la blennorragie engendrer des lésions des voies urinaires supérieures ou d'autres lésions de l'organisme. Tout le monde reconnaît que le gonocoque peut à lui seul, ou parfois associé à des agents d'infection seconde, amener l'infection généralisée, c'est à peu près exclusivement sur l'infection gonococcique que l'intérêt du Congrès s'est porté.

La voie principale suivie par le gonocoque pour infecter l'organisme est celle des vaisseaux sanguins. Balzer rappelle que Wertheimer l'a vu dans l'endothélium vasculaire, que Thayer et Blumer, Jullien et Sibut, Colombini l'ont trouvé dans le sang. Panichi a même cultivé des gonocoques retirés de ce milieu. Le gonocoque a été trouvé dans des endocardites, dans divers cas de phlébite.

Mais, en général, l'infection du milieu sanguin ne se traduit pas par des lésions du cœur ou des vaisseaux de calibre, et le gonocoque va former des colonies au niveau des expansions vasculaires terminales. Le plus habituellement il se porte sur les synoviales articulaires ou tendineuses; le nombre des cas où on l'y a trouvé est aujourd'hui considérable. Morax l'a constaté, d'autre part, dans un cas de conjonctivite blennorragique métastatique ; Schultz dans un fait d'érythème noueux.

ROLE DES TOXINES. — Le rôle des gonotoxines paraît aujourd'hui considérable, et on explique par leur action les cas où les exsudats des lésions blennorragiques ont été trouvés amicrobiens. Du reste, la toxine gonococcique pourrait produire certains des effets du gonocoque et, en particulier, une urétrite.

Tommasoli fait remarquer que c'est autre chose de déposer une quantité donnée de toxine sur la muqueuse urétrale ou de l'introduire dans la circulation, et il déclare spirituellement qu'on n'a pas encore établi si les exsudats des lésions blennorragiques à distance étaient véritablement stériles ou si ce ne sont pas seulement les quelques recherches bactériologiques faites sur elles qui sont stériles. Balzer explique aussi les faits négatifs par la difficulté de la recherche du gonocoque dans la synoviale, due à la profondeur de son siège, à l'association d'autres agents microbiens ou à sa disparition au moment de l'examen. Cependant il admet comme possible que certaines arthrites soient dues aux toxines, ou à une action trophique à distance exercée par des lésions du système nerveux. La polyarthrite déformante, progressive, pseudonoueuse, pourrait être, en particulier, d'origine nerveuse.

Les manifestations cutanées, érythèmes, purpuras, hyperkératoses sont attribuées soit aux toxines microbiennes, soit à l'action du système nerveux.

Enfin on n'a pu démontrer l'existence de méningo-myélites gonococciques. La plupart des auteurs attribuent les phénomènes médullaires à l'action des toxines sur la moelle; les amyotrophies, les troubles trophiques reconnaîtraient cette origine.

CONDITIONS FAVORISANTES DES INFECTIONS GÉNÉRALISÉES. — Vis-à-vis des microbes pyogènes qui pullulent sur le tégument et les muqueuses, nous dit Tommasoli, l'organisme est en état d'immunité normale. Vis-à vis du gonocoque, il permet une pullulation à la surface de la muqueuse urétrale, mais il se défend contre sa pénétration au delà. Quelles sont, en cas d'infection généralisée, les causes qui diminuent la résistance normale de l'organisme?

Il faut d'abord tenir compte des prédispositions individuelles. Tout le monde sait que certains sujets ont des récidives de rhumatisme blennorragique à chaque attaque de blennorragie nouvelle Finger a cherché à donner une explication de ce fait, et la trouve dans des considérations anatomiques : chez les sujets exposés à l'infection blennorragique, on constate dans l'urètre postérieur la minceur du tissu conjonctif de la muqueuse, et la proximité des vaisseaux sanguins de la surface.

D'une manière générale, les sujets débilités, surmenés, peu robustes, les lymphatiques, les alcooliques, les arthritiques, les diabétiques sont exposés à l'infection générale et à ses récidives, dit Tommasoli. Celui-ci édifie toute une théorie tirée de la biologie du gonocoque et de la biochimie des gonohémiques. Il remarque que le gonocoque préfère les terrains légèrement acides, que l'urine peut servir à la préparation d'un bon terrain de culture pour ce microbe et en conclut que dans les dyscrasies acides de tout ordre, le gonocoque aura plus de facilité à se cultiver et à émigrer à distance. Dans toutes les formes de rhumatisme aigu, il existe une dyscrasie acide, dans le diabète, l'alcalinité du sang est diminuée. Chez les lymphatiques et les arthritiques, il en est de même et on constate de l'acide urique. Enfin, dans un cas de rhumatisme blennorragique aigu chez une jeune fille robuste et dans d'excellentes conditions de nutrition, Petren a trouvé dans le sang des cristaux d'acide urique. Pour Tommasoli, le problème des causes des infections généralisées dans la blennorragie est tout entier dans le lien entre la biologie du gonocoque et la biochimie de l'organisme atteint, mais il faudra encore laisser passer deux ou trois congrès avant qu'il soit résolu.

L'étude des causes locales donne des résultats plus immédiatement utilisables. A. Ward a insisté surtout sur le rôle des excoriations et des traumatismes de la muqueuse dus aux méthodes de traitement; comme le dit Neisser il est hors de doute que la « fréquence des complications de la blennorragie dépend de la méthode du traitement employée ». Les fautes d'hygiène générale (excès de boisson de table, abus de coït, érections prolongées) agissent également sur l'état local de la muqueuse de l'urètre pour favoriser l'infection. Chez la femme, la menstruation, la grossesse, l'avortement, l'accouchement jouent un rôle important. On peut considérer enfin que les probabilités d'infection blennorragique généralisée augmentent toutes les fois qu'apparaissent de nouvelles localisations, épididymite, cystite, métrite, annexite.

L'infection généralisée est plus rare chez la femme. Chez l'enfant, elle est en général la conséquence de l'ophtalmie.

Aux rapporteurs qui avaient étudié principalement l'infection gonococcique, M. Jacquet est venu opposer ses théories personnelles sur le mécanisme des arthrites. Il ne nie pas la gonohémie, mais constate que la présence du gonocoque est rare dans les jointures et qu'il s'y trouve en trop petit nombre pour produire les énormes lésions que l'on peut observer; il tend à considérer les arthrites comme primitives et leur infection comme secondaire.

Il a étudié particulièrement la talalgie blennorragique :

(1) Rapporteurs MM. Tommasoli, A. Ward, Balzer. Communications de Finger, Jacquet.

pour lui, elle résulte non d'un hygroma, comme l'affirment les classiques, mais d'une exostose. Elle se produit du reste dans d'autres rhumatismes que le rhumatisme blennorragique et n'a pas de valeur spécifique. Elle est rare chez la femme et, parmi les hommes, atteint surtout les surmenés qui travaillent dans la station debout.

Cette exostose, qui est rare aujourd'hui et n'apparaît que dans des conditions pathologiques, semble avoir eu une existence physiologique dans l'antiquité, car M. Jacquet l'a trouvée figurée sur tous les exemplaires de la statuaire antique; il pense qu'elle était due à la pression de la lanière postérieure des sandales, et qu'elle a disparu à la suite des transformations de la chaussure.

LA DESCENDANCE DES HÉRÉDOSYPHILITIQUES (1)

L'étude de cette question est divisée par Finger de la manière suivante :

1. La syphilis virulente peut-elle se transmettre à la deuxième génération?
2. Cette deuxième génération est-elle exposée à des troubles dystrophiques?
3. Cette deuxième génération est-elle en état d'immunité?

Syphilis virulente transmise a la deuxième génération. — Finger fait remarquer combien il est difficile de donner scientifiquement une solution positive à cette question, car il faut : 1° constater, d'une manière indubitable, la syphilis héréditaire d'un des procréateurs; 2° exclure complètement la possibilité de la syphilis acquise à la deuxième génération; 3° démontrer la nature héréditaire de la syphilis de la troisième génération. Sur le deuxième point, la preuve dans chaque cas particulier est presque impossible à donner. Sur les deux autres, la preuve sera liée à la précocité des symptômes; dans le cas de syphilis héréditaire tardive, on peut toujours croire à une syphilis acquise à un âge plus jeune. Quelques observations sont cependant frappantes.

Pour Jullien, on peut observer, dans la descendance des hérédosyphilitiques, la plupart des lésions de la syphilis acquise sur le tégument (roséole, papules, syphilide lenticulaire, gommes destructives), le squelette, les viscères, les organes des sens, toute la série des ostéopathies, iritis iridochoroïdes, irido-cyclites avec kératite, phénomènes cérébraux, et la plupart de ces accidents sont curables lorsqu'ils sont attaqués à temps.

Tarnowsky nie la présence de manifestations syphilitiques héréditaires à la troisième génération.

Dystrophies de la deuxième génération. — Finger fait encore des réserves sur la valeur des dystrophies rapportées à l'hérédosyphilis. Ces dystrophies n'ont rien de caractéristique au point de vue de la syphilis, *elles n'ont aucune fréquence spéciale chez les hérédosyphilitiques vrais ayant des manifestations syphilitiques*. En outre, il faut, pour juger de la question, éliminer la possibilité d'une syphilis acquise à la deuxième génération, constater d'une manière absolue la syphilis héréditaire de cette génération, enfin éliminer la possibilité d'une syphilis acquise d'une manière précoce par la troisième génération; on sait en effet que la syphilis contractée de bonne heure peut produire des manifestations dystrophiques.

. Suivant Tarnowsky, l'influence de l'hérédité syphilitique est beaucoup moindre à la troisième génération qu'à la seconde. Les dystrophies sont notablement amoindries, en nombre aussi bien qu'en intensité.

Jullien constate l'*influence prédominante du terrain maternel*; ses observations mentionnent 58 mères hérédosyphilitiques et 34 pères seulement. La *fécondité est normale*, mais 33 p. 100 des grossesses aboutissent à un avortement, ou à l'accouchement d'un fœtus mort-né. Les avortements sont surtout fréquents dans les premiers mois de la grossesse. *Les grossesses aboutissent en général à terme lorsque le traitement est fait d'une manière persévérante pendant leur durée.*

Les enfants d'hérédosyphilitiques sont en général débiles, une dizaine meurent dans les premiers mois, parfois sans cause apparente. Ils se développent irrégulièrement, d'une manière insuffisante (nains), exagérée (géants), ou pervertie. Les fontanelles ne se ferment que tardivement. La scoliose, le rachitisme sont communs. Les malformations craniennes, aboutissant à la macrocéphalie, la microcéphalie ou scaphocéphalie, le palais ogival, l'exostose médio-palatine, les altérations dentaires sont communs. Du côté des organes des sens on peut constater la choroïdite; des lésions pigmentaires sont extrêmement communes et suffisent à permettre d'établir le diagnostic (Antonelli). La peau peut offrir l'aspect sale et vieillot, ou une coloration violacée, l'asphyxie des extrémités. Les cheveux sont peu nombreux, secs.

Des malformations importantes sont communes : kystes congénitaux, cryptorchidie, bec de lièvre, polydactylie, amputations congénitales. Le système nerveux n'est qu'exceptionnellement normal. Jullien énumère, parmi les symptômes habituels, l'irrégularité du caractère, la lenteur de l'intelligence, l'inaptitude au travail, la faiblesse d'esprit, l'idiotie ou au contraire l'hyperactivité, l'excitation, des impulsions, des spasmes, des convulsions, l'épilepsie.

Les altérations de l'appareil sexuel sont encore à mentionner ainsi que celles de l'appareil respiratoire, qui sont d'ordre banal, mais favorisent le développement des bronchites chroniques et de la tuberculose.

Pour E. Fournier, les dystrophies sont encore beaucoup plus communes que ne le dit Jullien et sur 56 enfants d'hérédosyphilitiques, 2 seulement paraissent sains.

Immunité de la deuxième génération. — La théorie de l'immunité héréditaire de la syphilis repose sur la tradition plutôt que sur une démonstration scientifique et devrait être revisée à fond (Finger). Les enfants hérédosyphilitiques ou atteints de manifestations parahérédosyphilitiques prennent fréquemment la syphilis, de même que les enfants sains nés de parents syphilitiques. La syphilis n'a alors aucun caractère de bénignité spéciale. Si l'immunité peut exister, elle cesse en tout cas à la puberté, et il n'est pas douteux que les enfants d'hérédosyphilitiques ne présentent aucun état d'immunité. Barthélemy admet la même proposition. Finger affirme du reste que l'immunité indéfinie dans la syphilis acquise n'est pas démontrée.

Syphilis binaire. — Tarnowsky a soulevé une question tout à fait intéressante, celle de l'hérédosyphilis chez des enfants d'hérédosyphilitiques ayant pris eux-mêmes la syphilis, fait fréquent dans la syphilis rurale en Russie (*syphilis binaire*). Cette syphilis de la deuxième génération exerce une action beaucoup plus nocive sur la troisième génération que la première génération sur la seconde. Le nombre des fausses couches, des mort-nés, des enfants mourant dans la première année est élevé. Les dystrophies deviennent infiniment plus communes.

SYPHILIS ET INFECTIONS ASSOCIÉES (1).

On peut, dans l'étude de cette question presque illimitée, suivre l'ordre indiqué par Ducrey : *a*) associations de la syphilis et d'infections locales incapables d'exercer une

(1) Rapports de Finger, Tarnowsky, Jullien. Communications de Barthélemy, E. Fournier.

(1) Rapports de MM. Ducrey, Hallopeau, Neisser. Communications de MM. A. Fournier, Jullien.

action générale; *b*) associations d'infections locales susceptibles de donner lieu à des troubles généraux et associations d'infections générales à marche aiguë ou chronique.

Les associations de la syphilis et d'infections locales ont été particulièrement bien étudiées dans le rapport de M. Hallopeau. On connaît le chancre vaccinal, le chancre mixte et on sait que celui-ci plus que le chancre mou vulgaire est exposé à la nécrose et au phagédénisme. La gangrène du chancre et des accidents secondaires peut être due à des agents microbiens associés. M. Hallopeau admet qu'elle peut être due simplement à l'oblitération des vaisseaux. Les lésions végétantes, chancres végétants, plaques muqueuses, sont dues à des agents encore inconnus; la preuve en est donnée par l'influence de l'humidité des régions où elles se développent et l'auto-inoculabilité.

M. Hallopeau a surtout insisté sur l'action des microbes de la suppuration. Il admet que, au niveau de la peau, le parasite de la syphilis peut dans certains cas engendrer directement des suppurations en se fondant sur l'absence commune de microbes pyogènes dans les lésions; il n'en est pas toujours ainsi, et leur action devient considérable dans les régions où ils peuvent séjourner. Ils modifient les symptômes objectifs et peuvent rendre le diagnostic de la syphilis pénible, d'autre part ils peuvent produire des destructions importantes et étendues, des suppurations ganglionnaires; il faut rappeler parmi les complications des lésions syphilitiques de la bouche, du nez, les suppurations des sinus, des conduits lacrymaux, l'otite moyenne, la dacryocystite, l'ozène; dans les lésions syphilitiques de la verge la balano-posthite avec phimosis, de l'anus la périrectite, des os du crâne la méningite avec abcès cérébral. Ailleurs les microbes associés produisent des fausses membranes diphtéroïdes, en particulier à la suite du chancre et des plaques amygdaliennes. Les microbes développés au niveau des syphilides peuvent par auto-inoculation développer des lésions banales à distance, ecthyma, pyodermites, etc.

Les microbes trouvés dans les suppurations associées à la syphilis sont les staphylocoques blanc et doré, le streptocoque, le colibacille, un diplocoque décrit par Aufrecht.

Unna et Leloir ont soulevé la question de l'association à la syphilis des agents inconnus qui produisent les séborrhéides; les formes particulières que prennent les syphilides dans les régions où on observe habituellement celles-ci, la résistance des « séborrhéosyphilides » au traitement mercuriel et l'action utile des agents antiséborrhéiques en applications locales sont en faveur de la théorie d'Unna.

Parmi les associations de la syphilis et d'infections locales pouvant se généraliser on peut comprendre la tuberculose et l'épithéliome.

La tuberculose cutanée et la syphilis cutanée peuvent s'associer sur un point déterminé de l'organisme, le fait est rare, il est établi d'une manière définitive (Neisser, Elsenberg). Les caractères cliniques et histologiques sont mixtes.

Des hybrides semblables peuvent s'observer dans les ganglions, surtout à la période secondaire, le larynx et le poumon. Les cas mixtes d'épithéliome et de syphilis sont encore plus communs, on les observe surtout au niveau des muqueuses buccales et, en particulier, de la langue.

La syphilis ne crée d'immunité vis-à-vis d'aucune maladie infectieuse générale, aucune maladie infectieuse générale ne crée d'immunité vis-à-vis de la syphilis et toutes les associations possibles ont été observées. Nous distinguons les trois cas suivants : la syphilis précède l'infection générale associée — la syphilis la suit — elles évoluent simultanément.

Lorsque la syphilis précède une infection générale, la gravité de celle-ci peut être accrue si la syphilis a créé un état de débilitation qui diminue la résistance du patient. La septicémie puerpérale est plus fréquente chez les accouchées syphilitiques secondaires que chez les autres. La syphilis provoque assez souvent des explosions tuberculeuses à marche rapide. L'infection peut, d'autre part, exercer une influence heureuse sur la syphilis : Ducrey en cite deux exemples très nets, quoique inconstants. La fièvre typhoïde atténue la syphilis, et parfois toutes les manifestations de celles-ci s'éteignent définitivement. Jullien a même observé l'abortion du chancre induré. Plus souvent encore, l'érysipèle accélère la guérison des manifestations syphilitiques locales, et peut amener la disparition d'accidents rebelles; la résistance de l'organisme semble ainsi accrue par les infections. La pneumonie, le typhus, la variole peuvent amener aussi la rétrocession temporaire d'accidents syphilitiques (Neisser).

Lorsque la syphilis suit l'infection générale, elle est souvent aggravée; ainsi celle qui se développe après une fièvre tyhoïde offre une gravité insolite. La syphilis est souvent grave chez les tuberculeux, d'après Ducrey; elle offre une tendance suppurative et ulcéreuse et affecte avec prédilection les régions tuberculisées. Cette action défavorable est également admise par Neisser. Mais il existe heureusement des cas, et en grand nombre, où la syphilis n'est pas aggravée par la tuberculose, ni la tuberculose par la syphilis.

Sur ce point particulier, une question importante se posait, celle du traitement antisyphilitique chez les tuberculeux. Neisser, Fournier sont d'accord pour considérer qu'il n'y a pas de contre-indication générale à l'emploi du mercure et Neisser ajoute que le tuberculeux a plus à redouter de sa syphilis que du traitement mercuriel. Il conseille l'emploi des frictions et déconseille l'usage des injections de sels solubles. Contrairement à l'opinion généralement admise en France, il ne trouve aucune difficulté à administrer l'iodure de potassium aux syphilitiques tuberculeux. Ce point spécial n'a pas été discuté au Congrès; il est probable que l'opinion de Neisser aurait rencontré de nombreux adversaires.

Parmi les infections chroniques qui peuvent évoluer en même temps que la syphilis, l'une, la lèpre, évolue souvent sans modifier les lésions syphilitiques et sans paraître modifiée de son côté (Lutz); par contre, le paludisme aggrave considérablement la syphilis, grâce à l'hypoglobulie et à la cachexie qu'il provoque (Ducrey).

La méthode de Finsen (photothérapie) dans le traitement du lupus. — Parmi les communications qui ont été faites au Congrès de dermatologie en dehors des questions mises à l'ordre du jour, nous sommes obligé de nous limiter à celles qui nous paraissent avoir l'intérêt le plus général. L'une d'elles a une importance de premier ordre, puisqu'elle nous révèle un nouveau procédé de guérison du lupus supérieur à toutes les méthodes qui sont actuellement connues : je veux parler du procédé du professeur Finsen (de Copenhague). Voici le résumé de cette communication donné par le docteur Forchhammer au nom de M. Finsen :

« Ce traitement est basé sur les propriétés suivantes de la lumière :

1° Sa faculté de pénétrer à travers la peau;

2° Sa faculté de produire une inflammation cutanée;

3° Sa propriété bactéricide.

Cette méthode est mise en pratique depuis octobre 1895.

Les appareils sont construits dans le double but de concentrer les rayons et d'éliminer l'action thermique desdits rayons. Comme source lumineuse nous avons utilisé, jusqu'ici, les lumières électrique et solaire.

L'action immédiate de la lumière concentrée sur la peau est caractérisée par une rubéfaction locale généralement suivie de la formation d'une vésicule.

L'effet de ce traitement du lupus se caractérise par une rétrocession progressive graduée de l'affection, qui finit par disparaître, pour laisser généralement place à une très belle cicatrice non parcheminée.

La durée de ce processus est variable, mais toutefois nous pouvons donner une moyenne de quatre mois et demi.

Chaque malade est gardé en observation, car, le plus souvent, des petits foyers morbides subsistant encore et réapparaissant à la surface de la peau, il devient nécessaire d'instaurer un nouveau et court traitement pour arrêter l'extension qu'ils pourraient prendre sans cette précaution.

En observant rigoureusement ces principes, jamais, dans aucun des nombreux cas que nous avons traités ainsi, aucune récidive réelle n'a été observée.

Les avantages de la méthode sont :

1° Effet remarquablement constant ;

2° Résultat esthétique des plus satisfaisants, car le traitement est essentiellement conservatif ;

3° Possibilité de traiter, sans crainte de cicatrice, les parties en apparence saines, contiguës à la périphérie.

4° Pas d'effets secondaires ou rétroactifs défavorables.

5° Traitement indolore.

La méthode peut se réclamer d'une expérience de 553 cas de *lupus vulgaire*.

130 sont encore en ce moment en traitement permanent.

61 ont interrompu le traitement pour différentes causes mentionnées sur notre communication.

362 ont suivi le traitement principal jusqu'au bout et sont restés en observation pendant un temps plus ou moins long.

Outre le lupus vulgaire, la méthode est employée, avec un certain succès, dans d'autres dermatoses telles que : lupus érythémateux ; alopécia aréata ; épithélioma cutanéum ; acné vulgaris et A. rosacea ; nœvus vascularis planus.

Ces derniers cas présentent un intérêt particulier, puisqu'il ne s'agit pas d'infection bactérienne, il faut donc croire que ce n'est que l'effet inflammatoire de la lumière qui agit dans cette affection. »

Une discussion a suivi cette communication, à laquelle ont pris part MM. Brocq, Ehlers, Audry, Sabouraud, Pétersen, Forchhammer, Besnier, Dubreuilh, Hallopeau. Certains ont reproché à la méthode Finsen le prix de l'application et la durée du traitement ; MM. Brocq et Besnier ont insisté sur les résultats favorables des anciens traitements, galvanocautérisation, scarification, grâce auxquels de nombreux lupiques ont définitivement guéri. M. Brocq a constaté que tous les lupus n'étaient pas guéris par la nouvelle méthode, puisque M. Finsen reconnaît 3 p. 100 de cas intraitables. Mais tout le monde a reconnu que la photothérapie réalisait un progrès énorme, grâce à son indolence, à l'excellence des cicatrices, à la proportion moindre de récidives, et surtout parce qu'elle est la seule méthode qui puisse guérir des cas rebelles à toutes les autres. Du reste M. Finsen avait envoyé de Copenhague 20 malades guéris, qui ont permis de juger des résultats ; M. Sabouraud qui a fait installer à l'école Lailler les appareils Finsen et qui n'emploie la méthode que depuis trois mois, a montré 3 malades en amélioration considérable.

Le pléomorphisme des champignons pathogènes. — D'après M. Bodin (de Rennes), le polymorphisme des champignons pathogènes comprend deux ordres de faits. Tous sont des formes imparfaites de champignons supérieurs, c'est là un premier polymorphisme. Mais nous ne connaissons pas ces formes élevées. Un deuxième ordre de faits concerne les formes différentes prises par des mucédinées, considérées jadis comme des espèces distinctes.

Le microsporum du cheval provoque chez celui-ci une affection nommée herpès contagieux ; dans les cultures, Bodin a réussi à l'obtenir sous trois formes : endoconidium, acladium, oospora. La première s'obtient en cultivant des spores provenant du cheval malade. La forme acladium s'obtient en cultivant la forme endoconidium sur des milieux riches en azote organique et à une température élevée et constante. On peut la ramener à la première forme par passage chez le cobaye. Enfin la forme oospora s'obtient en desséchant la culture de la forme acladium dans certaines conditions d'aération et de température. Elle a tous les caractères de la famille des streptothrix (actinomycose, pied de Madura, etc.). Chez le cheval, elle provoque une tondante peladoïde déjà connue et différente de l'herpès contagieux.

Les faits découverts par M. Bodin sont du plus haut intérêt au point de vue de la dermatologie et de la mycologie générale. La question de la pluralité des teignes est à reprendre sur ces données nouvelles. En outre, les recherches de Bodin tranchent la question des rapports des streptothrix et des champignons pathogènes.

M. Truffi (de Pavie) a de son côté étudié le polymorphisme du favus, et est arrivé aux conclusions suivantes : il n'existe qu'un achorion, cause de la teigne faveuse. Cet achorion est doué d'un polymorphisme marqué dans les cultures, ce qui explique les différences dans les descriptions des auteurs. Dans toutes les cultures ou à peu près on peut isoler une forme spéciale à culture blanche et laineuse, avec multiplication par spores externes, voisine des trichophytons et des microsporum poussant aisément dans les milieux sucrés et liquéfiant rapidement la gélatine. M. Truffi a observé, après Majocchi, des cas de kérion d'origine favique difficiles à distinguer de ceux que produit la tricophytie.

L'hyperépidermotrophie généralisée. — M. Brocq a présenté au Congrès un cas d'une maladie décrite par Vidal sous le nom d'*hyperépidermotrophie généralisée*. Cette affection apparaît à la naissance et se prolonge pendant toute la vie. Elle se caractérise :

a. Par une rougeur généralisée du derme plus ou moins vive, pouvant être assez peu marquée pour passer inaperçue, pouvant être assez intense pour faire porter le diagnostic de pityriasis rubra pilaris ou de pemphigus foliacé ;

b. Par une exagération considérable en certains points, mais surtout aux grands plis articulaires, à la nuque, des saillies papillaires ;

c. Par une hyperkératose accentuée qui donne au premier abord à l'ensemble du malade l'aspect d'une ichthyose cornée, et c'est presque toujours là le premier diagnostic que l'on pose ; mais on ne tarde pas à s'apercevoir que les plis articulaires sont très atteints ;

d. Par une sécrétion séborrhéique des plus abondantes au cuir chevelu et parfois à la partie médiane de la face ;

e. Par une suractivité des plus marquées de la croissance des annexes de l'épiderme, poils et ongles.

f. Par la production plus ou moins abondante de soulèvements bulleux de l'épiderme, irréguliers de forme et de contours, presque toujours flaccides, contenant un peu de sérosité opaline et analogues d'aspect à ceux du pemphigus foliacé ; ils semblent pouvoir faire défaut.

La question des rapports de cette nouvelle maladie avec l'ichthyose fœtale et la dermatite bulleuse congénitale, qui a été soulevée au Congrès, doit être mise à l'étude.

II. Sciences chirurgicales

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Par **M. RICARD**, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Après quelques paroles de bienvenue de M. le professeur Tillaux, la section de chirurgie a commencé ses travaux.

M. Ceccherelli (de Parme) a d'abord vanté les bons effets de l'eau de Salso-Maggiore dans les infections tuberculeuses locales. Le professeur italien emploie cette eau « saléeiodique » en injections, en instillations, en lavages. Il a soin de la stériliser et de la couper de deux tiers d'eau distillée. Ces eaux « puissantes » sont remarquables par la quantité considérable de chlorure de sodium, d'iode, de brome, de strontium et de lithium.

Voici le gant jeté à nos confrères de Salies, Biarritz et autres lieux. L'avenir nous dira à qui l'on décernera la palme.

Nous descendons ensuite de la tuberculose au **bacille du chancre mou**, dont notre confrère M. Maréchal (de Châtillon-sur-Seine) a pu obtenir une culture pure ainsi que l'inoculation au cobaye.

Nous ne quittons pas la chirurgie générale, à laquelle cette première séance est tout entière consacrée. M. Faure (de Paris) donne des chiffres encourageants, à propos de la **chirurgie du cancer**. Notre collègue fait l'apologie du couteau. En cinq ans, il a opéré 93 cancers, et il a obtenu près de 20 p. 100 de guérison dépassant une année. Il rappelle la vieille formule : opérer large et vite ; et, dit-il, tant que la médecine n'aura à son actif que son irrémédiable impuissance, la seule thérapeutique à opposer au cancer sera toujours le bistouri.

M. Braquehaye (de Tunis) s'est trouvé fort satisfait de l'emploi de la **nirvanine en chirurgie**. C'est un anesthésique local, connu seulement depuis 1898 ; c'est un sel très soluble, légèrement antiseptique et stérilisable à l'autoclave dans ses solutions. Il est de plus peu toxique. Ses doses doivent être plus élevées que celles utilisées pour sa rivale, la cocaïne.

Les solutions utilisées sont titrées à 4 et 5 p. 100. Les doses injectées sont de 20 à 50 centigrammes, elles ont pu atteindre 75 centigrammes et même 1 gramme sans inconvénient. La durée de l'anesthésie est d'environ une demiheure.

M. Braquehaye a utilisé la nirvanine plus de 100 fois, sans inconvénient. Il a trouvé deux observations douteuses, où les malades auraient eu quelques tendances à la syncope.

La nirvanine est irritante pour l'œil, elle convient très bien pour la chirurgie des voies urinaires, pour les cystites douloureuses, l'urétrotomie ; pour les petites opérations courantes.

Il est cependant une ombre à ce tableau, à cause de l'action vaso-motrice de la nirvanine, M. Braquehaye conseille d'ajouter à ses solutions un extrait glycériné de capsules surrénales pour corriger l'influence vaso-dilatatrice de l'alcaloïde. Il est à craindre que ce seul fait décourage les chirurgiens et ne les détourne de ce médicament.

Avec le professeur Severeanu (de Bucarest), nous revenons à la **cocaïne injectée dans le canal vertébral**. Le chirurgien roumain injecte de 1 à 4 centigrammes. Dans 70 cas, il n'a échoué que deux fois. Dans tous les autres cas, il a obtenu l'anesthésie du segment inférieur du corps. Mais les choses ne sont pas si simples qu'on a bien voulu le dire. Les malades sont loin d'être bien après l'injection, ils se trouvent très affaiblis, vomissent pendant deux ou trois jours, ont des céphalalgies persistantes et violentes ; souvent les accidents durent pendant vingt-quatre heures.

M. Severeanu n'a jamais eu de mort a déplorer, mais il a souvent été fort inquiet et a dû donner de la caféine et du sérum artificiel en injection.

Le gros inconvénient de cette méthode est que le malade, anesthésié physiquement, ne l'est pas cérébralement ; il assiste à son opération et il en résulte souvent de graves inconvénients. Comme conclusion, l'injection intra-rachidienne de cocaïne est, dit-il, un procédé très dangereux d'anesthésie.

Cette condamnation devait amener à la tribune M. Tuffier qui s'est fait le propagateur en France de cette méthode née à l'étranger. Notre compatriote a fait 125 injections intra-arachnoïdiennes de cocaïne, pour interventions chirurgicales, dont 58 laparotomies ; il n'injecte jamais plus de 1 centigramme et demi.

L'anesthésie commence par une sensation d'engourdissement et de fourmillement qui remonte des pieds au-dessus de l'ombilic, où l'anesthésie s'arrête dans une région variable. L'anesthésie est obtenue en cinq à huit minutes, elle disparaît en général entre une heure et demie à deux heures.

Le malade est pris d'anxiété épigastrique, de pesanteur, de nausées, de vomissements même vers la septième minute ; son pouls s'accélère, sa face est souvent pâle. Dans la journée souvent un frisson, des vomissements, le soir la température atteint 38, 39 degrés, 39°5 ; mais le lendemain elle redescend à 37 degrés. La céphalalgie s'établit de suite et disparait entre quinze et quarante-huit heures.

Sur ces 125 malades, 1 a préoccupé le chirurgien, 1 autre est mort asphyxique dans les heures qui ont suivi. L'autopsie a démontré une insuffisance mitrale et une congestion des deux bases pulmonaires. M. Tuffier en conclut que la cocaïne n'est pour rien dans la mort.

L'orateur, en plaidant pour la cocaïne en injection sous-arachnoïdienne, a, peut-être malgré lui, fait toucher du doigt les accidents d'intoxication qui suivent cette injection, et la seule portée de ses conclusions que nous puissions adopter, c'est que l'anesthésie ainsi obtenue est « un fait scientifique du plus haut intérêt », mais sa valeur pratique est encore contestable.

M. Vincenzo Nicoletti (de Naples) a fait des expériences sur cette anesthésie médullaire par la cocaïne : il en conclut que la cocaïne n'agit peut-être pas comme spécifique, mais comme vaso-constricteur ; elle anémie la moelle et trouble momentanément la nutrition des cellules nerveuses. Il a pu, en injectant des solutions d'ergotine, d'antipyrine et de quinine, obtenir des effets anesthésiques variables chez les animaux.

M. Racoviceanu Pitesci (de Bucarest) a, comme M. Tuffier, pratiqué 125 fois l'anesthésie médullaire, il a eu 80 fois des phénomènes très pénibles d'intoxication ; une fois, chez un vieillard, le pouls tomba à 40 pulsations et une somnolence inquiétante s'établit. Souvent il a observé des syncopes, et il a dû recourir à la respiration artificielle. La cé-

phalalgie, qui est constante, dure quelquefois quatre et cinq jours, avec ou sans raideur de la nuque.

Bref, c'est un procédé anesthésique à déconseiller.

Très originale la méthode proposée par M. Fenton Benedict Turck (de Chicago) pour **préserver les opérés du shock opératoire et de l'infection**! Notre confrère américain ne se contente pas de ganter ses mains, il gante aussi l'abdomen de son malade, qu'il recouvre d'un véritable « bouclier » en caoutchouc; et il fait à ce tablier le nombre de trous nécessaire pour agir sur les viscères! Mais ce n'est pas tout : en cas de shock, il faut « introduire dans la cavité péritonéale des sacs en caoutchouc contenant de l'eau chauffée à 48 degrés centigrades, et les y abandonnant pendant une demi-heure jusqu'à une heure, pour stimuler ainsi la vie organique par une chaleur artificielle ».

Dans les cas de shocks profonds, M. Turck a inventé « un sac en caoutchouc avec un tube récurrent (intogastric excitater). Le sac est introduit dans l'estomac et l'on fait passer continuellement un filet d'eau chauffée à 50 et 52 degrés centigrades ».

— N'avions-nous pas raison de dire qu'il y avait là une idée au moins originale?

M. Minervini (de Gênes) a étudié le **pouvoir rétractile des cicatrices**. Les conclusions sont que « la rétraction des cicatrices est directement proportionnelle à la durée des processus de réparation et plus grande pour les individus adultes que pour les jeunes ».

Les cicatrices des brûlures, si rétractiles, sont cependant semblables aux autres : « Pour obtenir le moins possible de difformités, il faut s'opposer directement à la rétraction pendant la guérison en tenant écartés les bords des plaies et en cherchant à obtenir le plus possible des cicatrices larges. »

En somme, rien de bien nouveau; l'auteur s'est donné de grandes peines pour démontrer expérimentalement ce qui déjà était bien connu.

La séance se termine par la description d'une série de procédés de suture. M. Michel, M. Bramson (de Copenhague), M. Hagopoff (de Constantinople) expliquent chacun les avantages de leurs procédés.

M. Michaux fait connaître un **nouveau procédé d'hémostase**. Ce procédé, tout à fait analogue au *brochage métallique*, est applicable grâce à une pince spéciale.

« Les vaisseaux étant largement saisis, on les engage entre les deux cornes de la branche femelle de notre pince spéciale, où se trouve disposé un U en fil d'argent de 0mm7 de diamètre. La branche mâle, en se rabattant par la fermeture de la pince, replie les deux branches verticales de l'U et les ferme sur le vaisseau.

La ligature métallique est ainsi réalisée d'un seul coup et donne une hémostase parfaite. »

Ce ne sont là que des premières recherches. Ces procédés doivent être vus pour être compris. Les meilleures descriptions ne valent pas, en l'espèce, la plus petite leçon de choses.

Avec la séance de l'après-midi commence la lecture des rapports. La première question mise à l'ordre du jour était : la **chirurgie du pancréas**.

Trois rapporteurs ont successivement pris la parole. M. Ceccherelli (de Parme), M. Bœckel (de Strasbourg) et M. Mayo Robson (de Leeds). Les rapports sont tous trois intéressants. Mais, pour éviter des redites inévitables, nous nous bornerons à analyser celui de M. Mayo Robson, peut-être moins documenté que celui de M. Bœckel, moins bourré de faits et de statistiques, mais qui nous a paru mettre bien au point la question, encore peu fouillée, de la chirurgie du pancréas.

Nous laissons à peu près intacte la traduction résumée qui nous a été communiquée.

« Les affections pancréatiques sont, dit-il, beaucoup plus communes qu'on ne le pense généralement. J'ai opéré quarante cas de maladies pancréatiques, et j'en ai vu un plus grand nombre encore dans lesquels on avait ou refusé l'opération ou pensé qu'il valait mieux ne pas opérer.

Le cancer. — J'en ai étudié plus de 50 cas; ils ont lieu généralement après 40 ans et les cas qui se produisent chez les individus plus jeunes sont très souvent des exemples de pancréatite chronique, qui peuvent ressembler au cancer non seulement dans les symptômes mais aussi dans l'apparence à l'œil nu après la mort.

L'amputation du pancréas pour cancer est rarement pratique, excepté dans le cas où la maladie est limitée au corps ou à la queue de l'organe et alors seulement que l'opération est pratiquée, dès le début de la maladie. Sur les 13 cas opérés pour le soulagement des symptômes par cholécystotomie, ou par cholécystentérostomie, neuf guérirent et vécurent quelque temps fort soulagés. Cependant, le fait véritablement important que quelques malades opérés et qu'on croyait atteints de cancer de la tête du pancréas guérirent et sont maintenant en parfaite santé est une preuve que la tumeur était une pancréatite chronique. »

M. Mayo Robson a opéré 5 cas de kystes pancréatiques, et il recommande comme traitement ordinaire l'incision et l'évacuation. Dans un cas le kyste a été extrait facilement et le malade s'est rétabli sans aucune rechute. Mais l'expérience fait penser que l'excision ne peut que rarement être possible. Il n'y a, en général, aucun symptôme pathognomonique et le diagnostic doit être généralement basé sur des signes physiques.

Pancréatites. — Le rapporteur croit avoir observé des difficultés de fonctionnement du pancréas se terminant par guérison et qu'on pourrait classer sous le titre de **catarrhe infectieux des conduits pancréatiques**; à mesure que le diagnostic se perfectionnera, ces maladies seront plus souvent reconnues.

On peut accepter la classification pathologique proposée par Fitz, et qui consiste à diviser la pancréatite aiguë en pancréatite suppurative, hémorragique et gangréneuse, mais, au point de vue de la clinique, le rapporteur considère le sujet sous les aspects de pancréatite aiguë, subaiguë et chronique.

Au point de vue étiologie, l'infection bactérienne est la cause essentielle et immédiate, mais il y a nombre de causes extrinsèques, telles que le catarrhe gastro-duodénal, les blessures, la lithiase pancréatique et biliaire. La voie d'infection est presque toujours fournie par les conduits.

Sur 4 cas de la forme suppurative, deux fois l'incision a été pratiquée en avant, la mort en a été le résultat. Dans ces 2 cas un écoulement de pus s'est produit dans l'estomac et a été vomi. Dans un cas de pancréatite suppurative où l'abcès a crevé dans l'intestin, la malade était trop faible au moment de la visite pour supporter l'opération; mais elle s'est rétablie lentement sans opération chirurgicale.

Le traitement de la pancréatite infectieuse et souvent de la pancréatite suppurative se résout pratiquement au traitement de la péritonite commençant dans la région abdominale supérieure; il y a nécessité de se débarrasser des produits inflammatoires par des écoulements de la région lombaire si c'est possible, bien qu'il soit nécessaire de faire le diagnostic par une incision antérieure.

Dans la pancréatite infectieuse, le traitement chirurgical est tout aussi nécessaire que dans l'appendicite gangréneuse, aussitôt qu'un diagnostic probable aura été posé. S'il y a grande distension de l'épigastre, il sera plus facile et plus

sûr de faire une incision d'exploration dans l'angle costo-vertébral gauche.

Pancréatite interstitielle chronique. — Cette maladie est souvent confondue avec le cancer de la tête du pancréas. Elle n'a pas été suffisamment étudiée ; l'expérience du rapporteur est le résultat de nombreuses opérations qu'il a pratiquées sur des cas d'ictères résultant de l'obstruction du cholédoque, l'ictère chronique obstructif, l'affaiblissement, l'amaigrissement, les violents paroxysmes de douleurs, les accès fébriles ayant fait supposer la présence de calculs biliaires, et l'absence de tout soulagement par le traitement médical ayant rendu l'opération chirurgicale nécessaire.

Il affirme qu'il est d'une importance capitale que cette maladie soit reconnue puisque c'est une maladie qu'on peut non seulement soulager, mais absolument guérir par le traitement chirurgical. Pour appuyer ses assertions, l'auteur donne un rapport succinct de 15 cas, dans lesquels il a pratiqué l'opération et obtenu 14 guérisons. Dans le cas fatal, où l'opération a été pratiquée lorsque la maladie était trop avancée pour laisser espérer une guérison, l'autopsie a démontré une cirrhose de la tête du pancréas.

Dans un autre cas dans lequel une amélioration avait été produite par la cholécystentérostomie, mais dans lequel les symptômes avaient reparu, et, par suite de la fermeture de l'ouverture, avaient été suivis de mort trois mois plus tard, l'autopsie a fait voir une pancréatite chronique et non un cancer, comme le cours de la maladie l'avait fait supposer à ceux qui avaient examiné le malade.

L'auteur croit que la pancréatite interstitielle chronique avec inflammation des conduits pancréatiques est l'accompagnement régulier des calculs biliaires dans le cholédoque. et que cet état continue fréquemment après que la cause première a disparu; cette observation a été confirmée par M. Fergusson (d'Édimbourg), qui dit que, suivant son expérience, dans presque tous les cas où la mort a suivi l'angiocholite infectieuse ou suppurée, on peut faire sortir des globules de pus du conduit de Wirsung. Les cas cités proviennent du traitement par la cholécystotomie, opération qui fait disparaître immédiatement la tension et permet au conduit pancréatique de débarrasser l'organe de ses produits infectieux.

La simulation d'affection maligne de la tête du pancréas par la pancréatite chronique, devrait faire hésiter le chirurgien à refuser l'opération dans les cas d'ictère avec vésicule biliaire distendue toutes les fois que le malade est en état de supporter l'opération. Bien que le résultat soit presque nul si on se trouve en présence d'une affection maligne, on peut arriver à une guérison réelle et durable si l'affection n'est qu'inflammatoire.

Après quelques remarques sur la pancréatite hémorragique, qui, d'après l'expérience de l'auteur, a toujours été traumatique et accompagnée d'épanchement dans l'arrière-cavité des épiploons, il discute le sujet des calculs pancréatiques. Eu égard à la rareté des spécimens dans les musées, au très petit nombre trouvés *post mortem*, l'auteur croit que cette maladie doit être rare et généralement reconnue seulement par la pancréatite et l'obstruction du cholédoque accompagnées de l'angiocholite infectieuse à laquelle les calculs donnent lieu. Pour en faire l'ablation, il recommande l'exploration du conduit par une ouverture dans la seconde partie du duodénum. Il donne des exemples de cette opération.

En terminant l'auteur espère qu'un jour viendra « où les maladies pancréatiques obtiendront la place qu'elles méritent dans les recherches de diagnostic des médecins, et où la chirurgie sera appelée à pratiquer une opération beaucoup plus fréquemment à une période où l'opération, soit explorative, soit curative, pourra être essayée avec l'espoir de succès temporaire ou de guérison permanente ».

A la suite de la lecture de ces rapports, MM. Michaux, Villar (de Bordeaux) et Soubbotich (de Belgrade) rapportent des cas personnels qui ne font que confirmer les opinions émises dans les rapports sans apporter de considérations nouvelles.

Après le pancréas, le Congrès aborde la **chirurgie du foie**. C'est encore M. Michaux qui nous fait connaître sa pratique, en réalité très étendue. Voici ses conclusions :

Sur 50 opérations sur les voies biliaires, 32 fois l'auteur a pratiqué l'**extirpation de la vésicule**, il ne s'agit que de vésicules rétractées contenant des calculs peu nombreux, mais non de vésicules infectées.

Dans ces cas, ce serait l'opération de choix pour M. Michaux, qui a obtenu 28 guérisons et 4 morts.

L'auteur a pratiqué 6 opérations doubles : cholédochotomie et cholécystectomie. Trois fois des réflexes cardiaques se produisirent dans les vingt-quatre heures ; ils cessèrent avec des écoulements biliaires, et pourtant il y avait ligature du canal cystique. L'écoulement biliaire, à peine marqué, dura huit à quinze jours, il se serait prolongé parfois quinze jours, un mois et même trois mois et demi. D'où provient cet écoulement? Il viendrait de la face inférieure du foie ou de *vas aberrans*. M. Michaux ne put savoir exactement d'où venait l'écoulement, malgré des recherches.

Il vit deux ou trois fois sortir de petits calculs dans les jours qui suivirent l'opération, et crut qu'ils étaient restés au voisinage. Il observa des phénomènes douloureux au niveau du pédicule, sans doute dus aux adhérences ; malgré cela, il eut toujours une grande amélioration dans l'état général de ses malades. En résumé : la cholécystectomie donnerait de meilleurs résultats que la cholécystostomie, qui s'accompagne de fistules persistant même au bout d'un an.

M. Reynès (de Marseille) communique une curieuse erreur de diagnostic où une femme, atteinte de **péricholécystite**, fut crue atteinte d'**appendicite**. Cette erreur aurait été commise plusieurs fois, en particulier par M. Terrier qui, en 1895, publia un fait analogue où l'opération, commencée pour une appendicite se termina par une cholécystotomie.

Dans le cas actuel, M. Reynès opéra sa malade par l'incision de Roux, mais tomba sur une masse inflammatoire allant du cæcum au bord du foie, dont la face inférieure et la vésicule étaient cachées dans d'inextricables adhérences. L'appendice était sain. Pensant à une cholécystite calculeuse chronique, il remonta l'incision vers en haut, et après avoir donné sur la face convexe du foie, dans la direction de la vésicule, un coup de trocart qui s'arrêta dans une masse de graviers, il fendit le foie sur le trocart et fit ainsi une cholécystotomie trans-hépatique qui permit le curage de la vésicule et son drainage dans de parfaites conditions.

M. Jonnesco (de Bucarest) passe en revue les différents traitements chirurgicaux proposés pour la cure des **kystes hydatiques du foie**. Pour lui, l'opération de choix consiste dans l'incision du kyste, qu'on vide de son contenu : liquide, vésicules filles et membrane germinative ; suture et abandon de la poche sans drainage, ni capitonnage, ni fixation du kyste à la paroi abdominale. Il a opéré six cas de toutes dimensions, depuis celui du poing jusqu'à celui de 20 et 30 centimètres de diamètre, toujours avec succès. L'épanchement de bile dans le kyste n'est pas une contre-indication ; M. Jonnesco a guéri un cas de ce genre.

L'**abcès du foie** n'est pas seulement une maladie des pays chauds, dit M. Giordano (de Venise), il peut se développer chez nous à la suite d'ingestion d'aliments en état de putréfaction.

Depuis 1894, M. Giordano a opéré, à Venise, 72 abcès, le plus souvent chez des adultes entre trente et cinquante ans. 58,4 p. 100 de ces malades avaient du pus stérile, 20,70

p. 100 du pus avec des formes amiboïdes, et 9,6 p. 100 seulement donnèrent du pus qui cultivait du bacterium coli et des micrococques pyogènes. L'âge des abcès ne le rend pas stérile. La ponction exploratrice n'a pas une grande valeur, tandis que la laparotomie à lambeau costal mérite toute confiance et permet de dépister du doigt les foyers d'hépatite suppurée qui au début ne sont pas fluctuants, mais simulent une tumeur enfouie dans l'organe. L'on protège le péritoine au moyen d'une ligne de gaze au centre de laquelle on crève et débride du doigt même l'abcès, dont la cavité est ensuite bourrée de gaze hydrophile. Des 72 malades ainsi opérés 42 ont guéri, 30 sont morts, d'où une mortalité de 41,6 p. 100.

M. Hache exerce à la Faculté française de Beyrouth, il apporte au Congrès l'appui de 19 observations personnelles. 18 fois, il a employé l'incision franche. C'est une méthode dangereuse, qui lui a fait perdre deux de ses malades par péritonite. Les adhérences sont exceptionnelles quand on opère de bonne heure, et le pus est loin d'avoir la stérilité qu'on lui trouve dans les abcès anciens. M. Hache pense qu'il faut faire une très large incision de la paroi, suivie de la suture du foie aux lèvres de l'incision; soit d'emblée, soit mieux après une détente de la paroi par une évacuation du pus après ponction.

Pour M. Hache, l'incision épigastrique est la meilleure, lorsqu'on en a le choix. Il recommande les ponctions exploratrices qui précisent le diagnostic, et qu'on ne doit pas craindre de répéter. Pour lui, elles doivent toujours précéder l'incision du foie, qui doit être faite sur un trocart qui sert de conducteur.

Sur 19 interventions, M. Hache a eu 7 décès, 4 par continuation de l'infection, 3 par péritonite qui, dans un de ces cas, était antérieure à l'intervention chirurgicale.

La question des abcès du foie devait amener l'étude des **sutures des plaies du foie.** Aussi M. J.-B. Segale (de Gênes) nous fait connaître un **nouveau procédé de sutures enchevillées** permettant la résection d'une partie du foie.

Il ne faut pas que les points de suture, dit M. Segale, s'appuient directement sur le tissu hépatique. Aussi l'auteur recommande-t-il un appareil de son invention se composant, en principe, de chevilles d'ivoire ou d'ébonite trouées et enfilées de catgut, et s'encastrant les unes dans les autres par leurs extrémités.

La séance continue et se termine par quelques communications sur la **chirurgie de la rate.** M. Jonnesco a une pratique fort étendue, puisqu'il a pratiqué, depuis 1896, 32 splénectomies. Voici ses conclusions :

La splénectomie est contre-indiquée dans l'hypertrophie leucémique de la rate, alors même que l'état général et local paraissent satisfaisants. Ses trois opérés ont succombé sans autre complication que leur état leucémique.

La splénectomie est l'opération de choix dans les kystes hydatiques de la rate. — Cette conclusion est fort criticable; car le kyste peut être traité comme un kyste du foie, organe que l'on n'a pas encore songé à extirper dans son entier.

Dans la splénomégalie paludique (28 opérés, 8 morts), l'extirpation de la rate est toujours indiquée, mais en observant les contre-indications qui résultent : 1° de l'état du foie, la cirrhose atrophique surtout; 2° des adhérences pariétales trop étendues; 3° l'ascite trop prononcée; 4° la pleurésie; 5° l'état général trop mauvais s'accompagnant de lésions viscérales, hépatiques ou rénales. La splénectomie, dans ce cas, doit être pratiquée le plus tôt possible, une fois le traitement médical déclaré impuissant. Les complications post-opératoires les plus fréquentes sont la congestion pulmonaire pouvant aller jusqu'à la pneumonie; la péricardite, la pleurésie, l'hémorragie locale secondaire, la péritonite. Après toute splénectomie apyrétique, on observe une hypotoxicité urinaire, durable même au bout de trois à quatre ans. L'effet thérapeutique de l'extirpation de la rate dans l'infection palustre est excellent : les accès fébriles disparaissent, l'état général s'améliore rapidement et profondément : la cachexie paludique est enrayée et l'ascite, quand elle a existé, est définitivement guérie.

M. Michaïlowsky (de Philippopoli) a pratiqué 16 fois la splénectomie depuis 1897, dont 15 fois pour des splénomégalies malariques. Il ajoute de très courtes remarques à la communication de M. Jonnesco dont il adopte les grandes lignes.

En ce qui concerne l'incision abdominale, il ne croit pas que nous devions donner toujours la préférence à l'incision médiane. Il estime qu'on doit se guider sur la modalité de la rate qui peut être : adhérente, fixe, mobile ou ectopiée.

Si une hémorragie survient au cours de l'opération, il saisit de la main gauche les vaisseaux spléniques, y compris la queue du pancréas, et prie son aide d'appliquer les ligatures sur le pédicule.

Sur les gros pédicules, par précaution, il place deux ligatures à un centimètre de distance et lie ensuite chaque vaisseau à part.

Comme complications post-opératoires, il a observé une élévation de température immédiatement après l'opération, due une fois à une pleuro-pneumonie.

Il ajoute que la grossesse coexistante n'est pas une contre-indication à la splénectomie. Il a eu une malade qui, au cinquième mois de sa grossesse, était menacée d'avortement. Cette femme a très bien supporté la splénectomie, sans trouble de la grossesse.

Il termine en disant qu'il a revu quelques-uns de ses malades un an, et même plus, après l'opération : ils étaient transformés au point de ne pouvoir les reconnaître; le volume des rates enlevées a été de 1 800 à 4000 grammes. Sur ses 16 splénectomies il n'a eu qu'une mort, par pleuro-pneumonie (gauche).

La séance du samedi matin a été consacrée aux affections des régions supérieures du corps. Elle débute par une communication de M. Morestin sur le **cancer de la joue.** C'est une étude, basée sur 12 observations personnelles. A noter que, 10 fois sur 12, le néoplasme avait pris naissance dans le cul-de-sac gingivo-génien, et deux fois seulement au niveau de la ligne interdentaire. La lésion part de là pour se diffuser, envahir très rapidement les ganglions et le maxillaire inférieur, combler la loge sous-maxillaire. Le pronostic de cette lésion est très grave, malgré une intervention aussi large que possible dont M. Morestin donne la technique. Le même auteur communique un cas très curieux de **tumeur salivaire parotidienne.**

Il est suivi par M. René Le Fort, qui lit un travail intéressant sur les **fractures expérimentales des os de la face,** par M. Sévéréanu (de Bucarest), qui fait connaître son procédé de **résection du maxillaire supérieur,** procédé qui n'est qu'une combinaison de ceux de Maisonneuve et de Diffenbach.

Deux prosecteurs de Paris, MM. Cunéo et Veau, lisent une étude sur la **pathogénie des tumeurs parabuccales,** qui sont des tumeurs mixtes, ni purement conjonctives ni purement épithéliales.

M. Péraire rapporte deux cas de **trépanation cranienne,** l'un pour un abcès du cerveau consécutif à un traumatisme remontant à sept ans en arrière, l'autre pour une balle de revolver, séjournant depuis douze ans dans l'intérieur du crâne.

M. Nanu (de Bucarest), à propos d'un cas heureux d'ouverture du crâne pour un **abcès du cerveau,** croit pouvoir conseiller la **craniectomie temporaire.**

Le professeur Fedor Krause (d'Altona) a pratiqué 24 fois la **résection du ganglion de Gasser**; il a perdu deux malades.

Tous les autres sont guéris, et leur névralgie a disparu pour ne plus revenir. Aussi malgré la gravité et la difficulté de l'intervention, M. Krause n'hésite-t-il pas à la recommander pour les cas de névralgie faciale intense et rebelle.

M. Jonnesco a fait 126 **résections du sympathique cervical**, 97 fois pour épilepsie, 15 fois pour des goitres exophtalmiques, 12 fois pour glaucome, 1 fois pour vertiges et enfin 1 fois dans un cas de migraine essentielle.

L'auteur a modifié la technique opératoire de façon à pouvoir réséquer toute la chaîne cervicale et même le premier ganglion thoracique (4 derniers cas), en conservant intact le plexus cervical superficiel et le nerf spinal.

Dans l'épilepsie il a eu 12 améliorations durables; dans le goitre exophtalmique l'auteur n'a enregistré que des succès. Pour le glaucome les résultats n'ont jamais été nuls et il y a toujours eu ou une amélioration ou un succès complet.

Sur 40 épileptiques sympathicectomisés de M. Chipault, il y a 3 cas réels de guérison, ce qui n'est guère. 2 cas de maladie de Basedow ont été favorables.

Cet auteur a pratiqué la sympathicectomie avec deux indications nouvelles : 3 pour névralgies faciales, la douleur a disparu depuis trois ou quatre mois que l'opération a été faite; et une fois pour torticolis spasmodique, le résultat est parfait jusqu'ici. La résection intra-cranienne, suivant la méthode de Krause, a été pratiquée deux fois avec succès par l'auteur, mais il considère que cette opération est fort grave, et doit être restreinte dans ses indications.

A signaler un cas heureux de ligature **du tronc innominé** à la suite d'un coup de couteau, par le Dr Albert (de Mexico).

M. Joseph (de Berlin) pratique la **réduction des nez et des oreilles par opération**. Avis aux infortunés que la nature a gratifié de gros nez ou de grandes oreilles. Les cicatrices sont invisibles!

M. Codovilla (de Bologne) présente un instrument ingénieux qui permet de faire assez facilement et très rapidement de larges **craniectomies.**

M. Chipault s'est fait une spécialité des cas chirurgicaux de neurologie, il a traité **147 fractures vertébrales**; dans 34 cas, il s'agissait de fractures immédiates, 57 fois de fractures récentes, 3 fois de fractures anciennes et 43 fois de fractures très anciennes. Le détail de ces cas est trop long pour nous permettre d'en donner un utile résumé.

La séance du soir a été consacrée à l'étude des fractures et des maladies des os. Le professeur von Bergmann (de Berlin) étudie, dans son rapport sur la **radiographie dans l'étude des fractures**, les causes locales qui entravent la consolidation. Il passe en revue tous les bénéfices que ce chapitre spécial de la chirurgie a pu retirer de la radioscopie, au point de vue du diagnostic exact des lésions au moment de l'accident, pendant et après le traitement. Bien des fractures méconnues autrefois sont aujourd'hui diagnostiquées. Le rapporteur fait défiler une série très intéressante d'épreuves radiographiques prises à la clinique chirurgicale de l'Université de Berlin.

Deux points ressortent de ce rapport : 1° le professeur allemand est très partisan de l'opération sanglante et de la suture, toutes les fois que la réduction et la contention paraissent défectueuses ; 2° il paraît d'autre part un défenseur convaincu de l'immobilisation absolue des membres pendant la période de consolidation.

Le deuxième rapporteur, M. Maunoury (de Chartres), entre plus dans le détail des faits, il montre bien toutes les précieuses ressources que fournit la radiographie et il conclut que « les erreurs que l'on pourrait commettre sont imputables non à la méthode, mais à la mauvaise interprétation des renseignements qu'elle fournit ».

M. Tuffier revient sur la communication qu'il fit à la Société de chirurgie et prétend que nos appareils réduisent incomplètement les fractures; ils ont une action sur la direction des fragments, mais n'en ont aucune sur la coaptation exacte. Il présente à nouveau une série d'instruments assez compliqués, qu'il a imaginés pour obtenir une bonne coaptation et la maintenir par la suture métallique.

M. Destot (de Lyon) insiste sur ces fractures des métatarsiens, décrites sous le nom de pied forcé par les militaires, et bien connues aujourd'hui grâce à la radiographie. Il montre toute une série de fractures à types fissuriques et sans déplacement, calcanéum, épiphyses, bassin, etc., fractures jusqu'alors méconnues.

M. Loison présente de très nombreuses et très intéressantes radiographies, concernant surtout les lésions articulaires et juxta-articulaires.

M. Lucas-Championnière est venu défendre avec la même conviction son **traitement des fractures par le massage et la mobilisation**. Il donne une statistique importante des fractures qu'il a ainsi traitées et des résultats qu'il a obtenus.

« Certaines variétés de fractures peuvent être toujours mobilisées et massées avec suppression de tout appareil d'immobilisation proprement dit, par exemple :

Toutes les fractures de l'humérus à la partie supérieure et à la partie inférieure.

A la partie supérieure jusqu'à l'insertion du deltoïde.

A la partie inférieure, à quatre travers de doigts de l'article.

Toutes les fractures du coude et surtout les fractures de l'olécrane (il n'a pas eu l'occasion de suturer une seule fracture de l'olécrane).

Toutes les fractures du radius au poignet qui ne comportent pas un transport considérable de la main en arrière.

Toutes les fractures de la clavicule à peu près.

Toutes les fractures du péroné à la partie inférieure, sans menace de déviation de l'axe du pied.

Toutes les fractures bimalléollaires sans tendance à la déviation latérale ou postérieure.

Au genou, les fractures du fémur sans déplacement et les fractures du plateau du tibia.

Toutes les fractures de l'omoplate.

Certaines fractures peuvent être encore traitées sans appareils, mais exceptionnellement :

Fractures de l'humérus à la partie moyenne sans déplacement, fractures des deux os de la jambe sans déplacement, certaines fractures des deux os de l'avant-bras.

En dehors de ces cas, on peut encore, en combinant des appareils et le massage et la mobilisation immédiate, obtenir des résultats. Mais ils sont moins frappants et moins complets que les cas précédents qui comportent la suppression des appareils proprement dits, remplacés par des moyens de protection sans contention vraie.

Dans un certain nombre de cas, la mobilisation peut être faite sans massage. C'est la pratique qu'il faut suivre chez les jeunes enfants qui auraient tendance à faire du cal exubérant, et chez certains vieillards dont les veines sont douteuses.

Chez les enfants, la mobilisation simple pour le poignet, l'épaule, pour le coude, donnera les résultats les plus satisfaisants.

Chez le vieillard, il a laissé la fracture du col du fémur à l'immobilisation et a appliqué le massage à toutes les autres fractures. »

M. Thiéry est partisan de la **suture osseuse**; c'est une méthode « d'une innocuité parfaite, elle constitue le traitement de choix des fractures simples des os longs, avec chevauchement, c'est le seul procédé efficace pour obtenir et maintenir une coaptation idéale des fragments ».

Il faudra attendre encore quelque temps avant de voir

passer ces idées dans la pratique courante de chaque praticien.

La séance se termine par une communication du professeur Ollier qui fait circuler une série de photographies très instructives démontrant **l'ostéogenèse consécutive aux résections.** On constate très nettement l'organisation des extrémités osseuses néoformées.

MM. Mignon et Sieur (du Val-de-Grâce) communiquent une note relative à la **périépididymite consécutive au varicocèle de la queue de l'épididyme.**

L'affection se présente sous la forme d'une tumeur arrondie ou fusiforme qui entoure la naissance du canal déférent et la queue de l'épididyme.

De consistance élastique, la tumeur peut acquérir une dureté très grande. Soumise à l'influence des poussées congestives, parfois très pénibles pour les malades, elle varie très notablement de volume. A la longue, l'inflammation s'organise, elle gagne la moitié inférieure du canal déférent retentit sur la vaginale qui traduit son irritation par l'apparition d'une petite hydrocèle ou d'un épaississement fibreux et la masse finit par prendre un volume et une forme arrondie qui la fait ressembler à un deuxième testicule.

Arrivée à son dernier degré, l'affection pourrait être confondue avec l'épididymite tuberculeuse, mais sa localisation, l'intégrité du cordon et de la prostate, l'absence de tout antécédent personnel ou héréditaire et enfin la variabilité toute spéciale de la tumeur jointe à sa nature fibreuse permettront la plupart du temps de la reconnaître.

M. Mauclaire fait connaître les **résultats éloignés du traitement de la tuberculose épididymo-testiculaire par les ligatures et les sections des éléments du cordon spermatique.**

De 18 observations il déduit les conclusions suivantes :

Les bons résultats s'obtiennent surtout quand la tuberculose n'est pas fistuleuse ou suppurée. Dans trois cas de ce genre, le testicule et l'épididyme malades ont diminué de volume, sont devenus durs, insensibles et ce dernier caractère seul différencie le testicule malade du testicule sain. Dans deux cas, les lésions prostatiques ont nettement rétrocédé.

Les résultats satisfaisants sont ceux dans lesquels l'atrophie survient lentement, une fistule se produit et au bout de quatre mois la guérison est complète.

Dans un tiers des cas les résultats sont peu satisfaisants parce que le testicule et l'épididyme largement suppurés continuent à infecter la vaginale.

En résumé, étant donné que dans les cas de tuberculose non suppurés les résultats sont satisfaisants, la ligature du cordon doit prendre place parmi les méthodes conservatrices de traitement de la tuberculose épididymo-testiculaire.

M. Jacob Frank (de Chicago), pour éviter la pyélo-néphrite ascendante que donne l'implantation des uretères dans le rectum, essaya de faire l'**anastomose vésico-rectale.**

Cette opération est indiquée dans les cas d'exstrophie de la vessie, dans tous les cas où une ouverture vésicale doit être maintenue pour permettre un écoulement régulier et par moment des urines.

L'auteur donne la technique de l'opération qu'il n'a encore pratiquée que chez les chiens.

M. Delagenière (du Mans) présente un malade dont l'**exstrophie vésicale** a pu être corrigée et guérie par l'opération de Trendelenburg. Il n'a pas fallu moins de huit séances opératoires.

Viennent ensuite une série de communications sur **les hernies.** M. Phelps (de New-York) préconise un procédé tout spécial, qu'il appelle d'ailleurs lui-même « l'opération de Phelps ». Ce chirurgien, devant les membres du Congrès, répète son opération sur le cadavre.

C'est une large incision de toute la paroi qui, après résection du sac, est fermée par une suture continue de fil d'argent. Cette suture elle-même est renforcée par un fil d'argent ou un filigrane pour prévenir les récidives.

Les beaux résultats obtenus par la simple suture au catgut résorbable nous font craindre que la communication de M. Phelps ne fasse pas chez nous beaucoup d'adeptes.

Dans les **hernies inguinales volumineuses** pour obtenir une fermeture résistante, M. Girard (de Berne) emploie depuis huit ans la technique suivante, qui n'est d'ailleurs qu'une modification du procédé de Bassini :

1° Incision de l'aponévrose du grand oblique à partir du sommet de l'anneau externe, de manière à ouvrir tout le canal, s'il existe encore, et à environ 4 centimètres de l'arcade de Fallope ;

2° Extirpation et fermeture du sac après traitement de son contenu, suivant les indications ; réduction du moignon du sac ;

3° Suture des bords du petit oblique et du transverse, comme d'après Bassini, à la face supérieure de l'arcade de Fallope ;

4° Imbrication des deux lambeaux de l'aponévrose du grand oblique sur environ 4 centimètres de largeur, suivant les cas, en superposant le supérieur à l'inférieur ou *vice versa.*

Le bord supérieur est suturé sur l'arcade de Fallope, l'inférieur à la base du lambeau supérieur.

Il a pratiqué 543 cas d'opérations par ce procédé qui lui a permis d'attaquer les plus grosses hernies et n'a constaté jusqu'à présent que 8 récidives, dont 4 consécutives à une suppuration de la plaie.

On sait que M. Schwartz est, à Paris, un des rares chirurgiens qui n'emploient pas la technique classique pour la cure des hernies inguinale et crurale. Ce chirurgien prend une languette au bord externe du muscle droit pour renforcer le canal inguinal ; il emprunte ce lambeau musculaire au moyen adducteur pour la hernie crurale.

M. Schwartz n'utilise d'ailleurs ces myoplasties que dans les hernies volumineuses, aussi n'a-t-il pratiqué cette opération que 63 fois. Il note une récidive chez ses opérés de hernie inguinale, et une récidive également chez les 3 opérées de hernie crurale qu'il a pu revoir. Cette proportion n'est-elle pas moins encourageante que ne le pense M. Schwartz?

M. Morestin lit une étude très intéressante sur le **traitement des hernies inguinales par glissement de l'S iliaque.** Nous ne pouvons que rappeler la technique opératoire conseillée par l'auteur.

L'intervention comprend plusieurs temps distincts :

1° Mise à nu de l'orifice inguinal, débridement en dehors de cet orifice dans le sens des fibres du grand oblique. Ouverture du péritoine au niveau du trajet inguinal. On s'épargne ainsi tout tâtonnement dans la recherche du sac, et tout ennui du côté de l'intestin.

2° Libération de celui-ci par voie de décollement.

3° Incision soit sur le bord externe du muscle droit, soit au voisinage de la crête iliaque.

4° Réfection du mésocôlon et fixation l'un à l'autre de ses deux feuillets à l'aide d'un grand nombre de sutures à la soie fine, soit à points séparés, soit en surjets disposés en lignes radiées dans les interstices des vaisseaux ; fixation de la base du méso à l'aponévrose iliaque, à la partie la plus reculée de la fosse iliaque.

5° Suture de la plaie abdominale.

6° Réfection aussi soignée que possible du trajet inguinal.

La **méthode sclérogène** de Lannelongue, appliquée à la cure de hernie, est absolument abandonnée en France. Elle nous revient du Mexique avec M. Thomas Noriega, qui présente une seringue spéciale et un bandage également spé-

cial avec pelote modifiée. La conviction de l'orateur ne fera pas revivre ce procédé.

Le docteur Maylard (de Glascow) étudie **la valeur des opérations exploratrices précoces sur l'estomac** en cas de symptômes gastriques graves et persistants. L'orateur développe deux points :

1° L'exploration directe digitale et visuelle détermine, dans les cas obscurs, si la maladie gastrique est bénigne ou maligne, et dans ce cas, elle permet une extirpation précoce et définitive de lésions qui se seraient aggravées et seraient devenues incurables sans cette exploration.

2° Cette exploration est simple et extrêmement bénigne. M. Maylard en donne la technique. Il montre comment il convient d'abord de procéder à l'examen extérieur de l'estomac, puis comment il faut l'inciser, l'explorer et le suturer s'il y a lieu.

A l'appui, l'orateur cite un certain nombre d'observations.

M. J.-B. Segale (de Gênes) préconise la **pyloroplastie** dans les cas de sténose bénigne du pylore. Il préfère cette intervention qui laisse les organes en place à la gastro-entérostomie dont le fonctionnement n'est pas toujours parfait. Mais le procédé classique n'étant pas toujours applicable, l'auteur obtient l'élargissement du pylore en faisant une incision curviligne à deux lambeaux qu'il fait glisser l'un sur l'autre. Des figures schématiques font bien comprendre la technique à suivre : M. Segale a opéré 2 malades par ce procédé et a eu 2 succès thérapeutiques parfaits.

Puis, c'est l'inévitable **appendicite**. Quelques orateurs viennent, à propos d'un seul cas qu'ils ont observé, donner leur opinion personnelle. Elle a, avouons-le, bien peu de valeur, étant donné qu'il reste des points obscurs pour des chirurgiens ayant observé plusieurs centaines de cas. A signaler toutefois une méthode au moins originale de M. Thiéry qu'il appelle *méthode de sécurité dans le traitement de l'appendicite.* Voici cette technique :

L'abdomen ouvert, l'appendice saisi et attiré à l'extérieur, après libération de son méso, est, dans un premier temps fixé aux lèvres péritonéales par quatre fils cardinaux passant dans l'épaisseur de ses parois ; le reste de l'incision péritonéale est fermé par un plan de sutures, de préférence au catgut.

Dans un deuxième temps, aucune communication n'étant plus à craindre avec la cavité péritonéale, l'appendice, sans danger, est, après ligature de sa base, réséqué avec ou sans suture séro-séreuse du moignon.

Enfin un troisième temps comprend le drainage de la plaie et la suture des parois.

La guérison est ou complètement aseptique ou, le plus souvent, précédée d'une exsudation stercoro-muqueuse, quelquefois purulente, due à la section du moignon par le fil constricteur et rendue absolument inoffensive par le drainage.

M. Thiéry termine en répondant aux objections assez sérieuses à formuler contre l'appendicopexie, en disant que le procédé est d'une sécurité absolue, qu'aucun de ses malades n'a présenté de douleurs dues à des adhérences, qu'enfin il ne persiste pas de fistule.

M. Ullmann, privat-docent de l'Université de Vienne, a fait sur les animaux, des expériences fort curieuses. Il s'agit de **transplantations des intestins**, soit : la transplantation de l'estomac dans le jéjunum, de l'iléum dans l'estomac, de l'estomac dans le côlon, du cæcum dans l'estomac, du jéjunum dans l'intestin grêle et du côlon dans l'iléum.

Ces essais ont eu lieu chez de jeunes pourceaux sevrés.

Bien que, comme le dit l'orateur, le porc soit l'animal qui se rapproche le plus de l'homme par ses intestins, nous attendrons avant de faire à l'homme l'application de ces expériences. Toutefois les résultats sont dignes de fixer l'attention :

« Il importait surtout d'examiner l'état des tissus implantés, c'est-à-dire chercher à savoir si le morceau d'estomac transplanté, soit à l'intestin grêle soit dans le jéjunum, conserve ses qualités caractéristiques ou non ; si le cæcum transplanté dans l'estomac ou dans le jéjunum, enfin si le jéjunum transplanté dans l'estomac ou dans le côlon avaient subi quelques altérations ou non. L'aspect macroscopique des parties implantées était à peu près normal, seulement la membrane muqueuse de l'intestin grêle et de jéjunum transplantés dans l'estomac, avait une apparence plus rude et moins bouffie. Quant à l'examen microscopique, il a également démontré qu'il n'y a pas question d'accommodation de la partie transplantée à son entourage. Il est vrai que, dans les morceaux de l'estomac transplantés dans l'intestin grêle ou dans le jéjunum, le caractère des cellules délomorphes et adélomorphes était modifié çà et là, dans le sens d'une égalisation ; cependant, à plusieurs endroits, la différence entre elles était visible.

M. Vercesco (de Craïova) fait connaître un **nouveau procédé d'extirpation des tumeurs hémorroïdales.** Suivant les paroles de l'auteur, c'est un procédé rapide, simple, exact et esthétique. Il consiste à introduire un gros et long bouchon de liège dans le rectum à travers un spéculum.

La peau anale est fixée sur le bord du bouchon, et on en fait la libération, de façon à laisser un cylindre muqueux fixe sur le bouchon, que l'on fait descendre et qui amène avec lui le paquet hémorroïdal et la muqueuse rectale. On peut réintroduire après simple grattage ou réséquer à la hauteur voulue. La muqueuse rectale, étalée sur le bouchon, se sectionne et se suture facilement.

L'opération a un grand nombre de temps. Le onzième consiste dans l'extraction du bouchon.

Il est probable que la pratique de cette méthode est plus rapide et plus claire que la lecture.

Le quatrième rapport avait trait aux **anastomoses intestinales et gastro-intestinales.**

L'anastomose gastro-intestinale, dit M. Roux (de Lausanne), est une opération palliative souvent, mais parfois curative. Le procédé de choix est l'apposition latérale, qui exige une moins grande exactitude, permet un accolement plus large, sans crainte de valvule, comporte une ouverture de longueur illimitée, moins sujette au rétrécissement ultérieur, et est indépendante des calibres à réunir. C'est la plus accessible à tous les opérateurs.

Le rapporteur étudie ensuite les médications dans les affections aiguës et les affections chroniques. Voici ses conclusions en ce qui concerne l'anastomose gastro-intestinale :

« La gastro-entérostomie, moins dangereuse, précède la pylorectomie, comme opération préliminaire, si l'état du malade la rend désirable. C'est peu pratique. Elle la remplace si la tumeur est inopérable. Elle devrait toujours la compléter (deuxième manière de Billroth) afin de mettre du même coup le malade au bénéfice de l'opération radicale et de la palliative, lorsque viendra la récidive, en créant un nouveau pylore aussi éloigné que possible de l'ancien.

Dans les affections non cancéreuses du pylore et de l'estomac, pour lesquelles une évacuation plus facile du contenu gastrique est désirable, la gastro-entérostomie est préférée à la pylorectomie et à la pyloroplastique, parce qu'elle est plus facile, tout en étant aussi efficace, soit dans sa forme ordinaire, soit comme duodénostomie.

L'anastomose gastro-intestinale conserve enfin tous ses droits vis-à-vis des affections du duodénum. Elle équivaut à la gastroplastie dans l'estomac biloculaire, à l'excision dans l'ulcère simple, soit comme technique, soit dans ses

résultats. Elle est enfin bien supérieure à la gastroplication et à la gastropexie.

Elle est idéale, si elle est en Y.

Pour un opérateur également habile à manier l'aiguille de couturière et les appareils d'approximation plus ou moins automatiques, la suture restera la méthode de choix, parce qu'elle seule donne une réunion de la muqueuse par première intention et parce qu'elle permet un traitement post-opératoire « sans gêne », très précieux dans tous les cas. Le bouton de Murphy, le meilleur des « accessoires » du genre, sera réservé aux cas, et ils sont trop nombreux, où l'on doit compter les minutes : il donne des résultats inespérés.

Dans toutes ces opérations on doit s'étonner de la proportion des morts par pneumonie, qui ne sont pas suffisamment expliquées par la narcose. »

M. Souligoux donne les conclusions suivantes, au sujet des **gastro-entérostomies** :

« Dans le cas de sténoses cicatricielles du pylore ou de la première portion du duodénum, la gastro-entéro-anastomose est l'opération de choix, la seule permise puisqu'elle est presque sans danger, qu'elle pare à tous les accidents et que grâce à elle les malades retrouvent une santé florissante. De plus, elle est moins grave et plus sûre que la pylorectomie ou la gastroplastie.

Dans les sténoses d'origine cancéreuse, c'est encore la gastro-entéro-anastomose qui, dans l'état d'esprit actuel *des médecins* et *des malades*, sera le plus souvent employée. La pylorectomie ne devra lui être préférée que dans les cas de cancers au début, sans adhérences hépatiques, pancréatiques ou coliques sans envahissement des ganglions préaortiques, pancréatiques et hépatiques et bien entendu quand il n'existera pas de traces de généralisation; en un mot, quand elle sera facilement praticable. La gastro-entéro-anastomose sera le plus souvent le complément nécessaire de la pylorectomie quand on aura pratiqué les larges résections de l'estomac et du duodénum.

Dans le cas d'ulcère de l'estomac, en voie d'évolution, l'anastomose gastro-jéjunale sera encore très utile, non pour arrêter les hémorragies, mais pour mettre l'organe au repos et permettre la cicatrisation de la lésion.

Dans l'estomac biloculaire d'origine cicatricielle, la gastro-entéro-anastomose est l'opération de choix, bien supérieure à la gastroplastie.

Dans les dyspepsies, quand le malade n'est pas amélioré par le traitement médical, quand persistent des phénomènes de rétention alimentaire avec douleurs violentes, causes de contracture du pylore, elle sera l'opération de nécessité; faite de bonne heure, elle sera peu grave et permettra à l'estomac de se guérir en donnant une voie d'échappement au contenu stomacal.

La méthode de von Hacker est de beaucoup préférable quand elle est possible; la voie antérieure ne devra être suivie qu'en cas d'impossibilité de pratiquer l'anastomose postérieure.

L'opération physiologiquement la plus complète est celle faite suivant le procédé de Roux ; cependant la voie postérieure, mettant à l'abri de la plupart des accidents de circulus viciosus, me semble préférable, qu'elle soit exécutée par les procédés de sutures de boutons anastomotiques ou d'écrasement que j'ai préconisés : elle est en effet plus rapide et par suite moins grave. Dans le cas où se produiraient des phénomènes d'obstruction par coudure, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer une anastomose secondaire, jéjuno-jéjunale, comme l'ont fait Ricard, moi-même et bien d'autres. »

A côté des conclusions des rapporteurs, voici celles de M. Bourget, professeur de clinique médicale à Lausanne :

« 1° La gastro-entérostomie s'impose chaque fois que le calibre du pylore est devenu insuffisant pour permettre le libre passage des aliments de l'estomac dans l'intestin.

2° Pour être autorisé à pratiquer cette opération, la cause du rétrécissement doit être permanente ou définitive, soit par tumeur, bride, cicatrice d'ulcère ou anneau fibreux.

3° Elle est contre-indiquée dans les cas de rétrécissement passager du pylore, comme le spasme pylorique chez les neurasthéniques, dans la stase stomacale par ptose ou par atonie des parois.

4° Elle ne sera pratiquée qu'après une étude attentive du travail mécanique de l'estomac, qui sera apprécié à différentes phases de la digestion, et avec des repas d'épreuve rigoureusement les mêmes pour chaque exploration. Dans les cas où l'on soupçonne une cause passagère de stricture (nervosité), on fera les mêmes explorations, mais plus souvent répétées, à cause de la variabilité des résultats, et aussi sous l'influence d'un bain tiède prolongé, de bromure de potassium et même de la suggestion.

5° L'insufflation stomacale est nécessaire pour renseigner sur les cas de ptose gastrique ou sur l'importance de la dilatation.

6° La gastro-entérostomie est une opération curative dans les cas de rétrécissement du pylore par cicatrice d'ulcère rond, par anneau fibreux ou adhérences péripyloriques.

7° Elle est palliative dans les cas de tumeurs malignes intéressant le pylore, mais elle peut prolonger l'existence du malade d'une manière tout à fait remarquable.

8° Les résultats ont été peu satisfaisants chez les nerveux et les ptosés.

9° Après l'opération, le travail chimique de l'estomac est peu influencé, bien que le taux de l'acidité diminue.

10° Le fonctionnement mécanique de l'estomac est considérablement modifié. — L'évacuation du contenu stomacal est assurée; elle se fait normalement et rythmiquement, comme si elle était réglée par un pylore normal. — La durée du travail de digestion stomacale chez l'opéré (après guérison du traumatisme chirurgical) est la même que chez l'individu normal.

11° L'estomac reprend peu à peu son volume et sa situation normale. »

Il était intéressant de donner l'opinion d'un médecin, surtout basée sur l'observation de 43 cas.

Nous nous associons volontiers à l'opinion de M. Monprofit, qui, devant la gravité des cas de cancer stomacal arrivés à une période avancée de leur évolution, préfère la gastro-entérostomie à l'extirpation radicale mais dangereuse du néoplasme.

Tant que les médecins s'attarderont dans une thérapeutique aussi impuissante que prolongée, tant qu'ils livreront aux chirurgiens des cas où les lésions sont diffuses, il faudra s'en tenir à la gastro-entérostomie palliative et réserver la pylorectomie aux cas simples de tumeur petite et mobile.

M. Murphy (de Chicago) vient enfin vanter les bienfaits de l'anastomose par le bouton qui porte son nom, dans l'iléus.

La séance de l'après-midi du mardi a été consacrée en grande partie à la lecture des rapports sur le **traitement des plaies infectées**, question complexe, touchant à bien des points divers, et difficile à traiter à fond. M. Bloch (de Copenhague) lit le premier rapport. En voici les conclusions pratiques : Toute plaie, sans exception aucune, doit être considérée comme infectée, et l'infection et ses complications sont dues à la rétention de sécrétions contenant des microbes. Il s'ensuit que, pour traiter des plaies d'une manière efficace, il faut se proposer deux buts, savoir : de tuer les microbes (ou leurs produits nuisibles) et d'éviter la rétention des sécrétions des plaies ; autrement dit, il faut se servir de l'antisepsie et du drainage. Pour évi-

ter la réinfection d'une plaie, traitée de cette manière, il faut la panser rationnellement; ce n'est qu'en agissant ainsi qu'on prévient une infection secondaire.

En s'appuyant sur son expérience pratique, l'auteur déclare que toute plaie doit être traitée antiseptiquement ; que l'acide phénique est le meilleur remède antiseptique ; qu'il faut drainer les plaies et que, pour les panser d'une manière rationnelle, il faut appliquer un pansement incontestablement stérile et le rendre antiseptique, au moins en partie, au moment de l'application ; de plus, le pansement doit être hydrophile (absorbant), servant à dessécher la plaie et à empêcher le surplus des sécrétions de la plaie d'entrer en relation directe avec l'air environnant qui contient des microbes ; enfin, le pansement doit être à même de filtrer l'air qui communique avec la plaie, et ainsi de le délivrer de ses microbes. L'auteur a atteint son but par le pansement stérile à gaze, à eau phéniquée et à ouate.

Nous ne pensons pas que de telles conclusions représentent l'état actuel de la science.

La foi dans les antiseptiques est aujourd'hui bien ébranlée. Nous verrons d'ailleurs ce que dira le deuxième rapporteur sur ce point.

Par contre, nous nous associons pleinement à M. Bloch quand il élève une « certaine méfiance vis-à-vis des sérums thérapeutiques » antistreptococciques ou autres et lorsqu'il conseille « d'attendre une base plus solide des expériences sur ces questions ».

Le deuxième rapporteur, M. Lejars, s'est avec raison également placé sur le terrain de la pratique. Il divise les plaies en trois catégories :

1° *Toute plaie accidentelle doit être regardée comme infectée et traitée comme telle.*

Quel sera le traitement ? Tout d'abord une œuvre de *détersion mécanique*, minutieuse et complète, facilitée, s'il le faut, par les débridements et les incisions nécessaires. Il faut respecter l'intégrité des cellules vivantes que l'on doit *aider dans leurs réactions de défense*, rien de plus.

Nous approuvons complètement M. Lejars quand, à l'inverse du précédent rapporteur, il dit que nous sommes impuissants à détruire les germes du foyer traumatique et quand, dédaigneux de la nature du liquide employé, il ne lui demande que deux qualités : être *stérile* et ne pas être *nocif*, c'est-à-dire ni caustique ni toxique.

2° La deuxième catégorie comprend les plaies dont l'infection se traduit par des réactions locales ou générales. Comme le précédent rapporteur, il conclut que la *sérothérapie*, qui serait le traitement logique, n'a guère dépassé les limites du laboratoire. Le côté le plus important de la question du traitement des plaies reste à l'étude.

Les mêmes lois doivent guider le chirurgien dans le choix du pansement : détersion mécanique, drainage, etc. L'action du pansement doit être *surtout physique*.

3° La troisième catégorie s'adresse aux plaies avec septicémie grave. Ce serait le triomphe de la sérothérapie, si l'on avait le sérum. Malheureusement, on doit se borner encore au traitement direct, moins efficace que dans les infections encore localisées.

A noter un cas rare de **péricardotomie** par une seule incision longitudinale à travers l'insertion thoracique du muscle grand droit de l'abdomen, qui est tout à fait simple et facile.

M. Voïnitch-Sianojentzky pratique l'incision exactement dans l'axe anatomique du mediastin antérieur, ce qui donne la possibilité de pénétrer dans le péricarde sans intéresser la plèvre et de la façon la plus sûre, quelle que soit la dimension de l'épanchement péricardique.

Ce procédé doit être préféré absolument, dit l'auteur, pour les cas de petits épanchements péricardiques ou lorsqu'il est impossible de diagnostiquer le volume de l'épanchement.

L'incision longitudinale peut être agrandie sans aucune difficulté en bas jusqu'au fond du péricarde aussitôt que celui-ci est découvert, grâce à quoi on peut toujours obtenir le meilleur drainage, quelle que soit la disposition du fond du péricarde.

Le chirurgien russe indique que le tubercule de la sixième articulation chondro-sternale gauche est un point de repère pour l'incision et pour la ponction du péricarde.

M. Nanu lit, au nom de M. Carnobel (de Bucarest), une observation de **plaie du cœur traitée par la suture.** Bien que cette intervention audacieuse se soit terminée par la mort le cinquième jour, elle n'en mérite pas moins d'être signalée.

Il existait dans le troisième espace intercostal gauche, et à 4 centimètres du bord sternal, une plaie de 3 centimètres.

Cette plaie fut agrandie jusqu'en dedans du milieu du sternum par une autre incision qu'on fit perpendiculairement à la première ; on limita deux lambeaux ; résection des troisième et quatrième cartilages costaux. Le champ d'exploration ayant été ainsi agrandi, on trouva une plaie de la plèvre et, tout près du sternum, une autre du péricarde. Cette dernière saignait abondamment : tamponnement de la première et agrandissement de la plaie péricardique. La fixation des bords de celle-ci avec des pinces hémostatiques permit d'explorer le cœur. Cet organe présentait une plaie de 2 centimètres qui avait intéressé toute l'épaisseur de sa paroi, près du sommet.

Le petit doigt pouvait être introduit à travers cette plaie. Le cœur était petit, éloigné de la paroi thoracique. En le saisissant avec la main gauche pour le fixer et en se servant d'une aiguille de Reverdin, on arriva à suturer la plaie par trois points séparés, faits au catgut n° 1. Après la suture, l'hémostase fut complète. On fit la toilette du péricarde et de la plèvre, on sutura la plaie du premier par un surjet au catgut et on draina avec de la gaze celle de la plèvre. L'opération avait duré une heure et demie.

A la nécropsie, faite par le docteur Babes, on trouva dans la plèvre une grande quantité de liquide séro-sanguinolent, avec odeur de gangrène. Le ventricule droit était plein de caillots. La cloison interventriculaire était très injectée et recouverte de pseudo-membranes épaisses et adhérentes.

Près du sommet du cœur et vers la cloison, on trouva la plaie ; ses bords étaient bien adossés par les trois points de suture.

La cause de la mort avait été l'infection de la plaie et de la plèvre.

Le même M. Nanu lit une observation de **cancer du sein** extirpé par l'**opération de Halsted.** La large perte de substance qui résulta de cette extirpation put être comblée par un lambeau autoplastique.

Nous arrivons à la chirurgie des membres avec M. Robert G. Le Comte (de Philadelphie), qui décrit la **technique de l'amputation interscapulo-thoracique**, si bien étudiée en France par le professeur Berger.

M. Mencière (de Reims) présente l'observation, déjà publiée d'ailleurs, d'un malade chez lequel il a pratiqué **l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique** pour une ankylose vicieuse de la hanche.

M. Vulpius (Oscar), privat docent de chirurgie à Heidelberg, opère masqué et ganté. Son masque qu'il présente est une véritable cloche à melon, percée de deux trous pour les yeux. C'est, dit-il, à cette asepsie rigoureuse qu'il doit une série de **130 transplantations tendineuses** sans aucune trace d'infection. Laissons-lui la parole : « Je préfère la méthode que j'ai appelée « descendante » ; je ne sacrifie aucun muscle, mais je mets le bout périphérique du tendon sectionné en connexion avec des muscles voisins. De cette manière, je retire des profits pour les muscles paralysés,

sans qu'on ait fait subir une perte semblable aux muscles sains, qui doivent les remplacer.

Les *indications* les plus importantes sont : les pertes traumatiques de muscles, de tendons et de nerfs, les paralysies spinales et entre eux, au premier rang la paralysie spinale infantile. Dans la paralysie partielle, l'opération est nettement indiquée; dans la paralysie totale, il faut choisir entre l'opération des tendons et l'arthrodèse.

La paralysie totale est en vérité plus rare qu'on ne le croit. Mentionnons encore la paralysie infantile cérébrale, l'hémiplégie apoplectique et la raideur paraplégique, la maladie de Little.

Le succès doit être instantané en ce sens qu'à la fin de l'opération on doit avoir obtenu une position normale de l'articulation. Cette amélioration de la position est permanente et est suivie du retour de la mobilité plus ou moins normale et active. Le succès augmente parfois d'une façon surprenante sous l'influence du traitement post-opératoire. Plus le terrain de la paralysie est circonscrit, plus les muscles sains et ayant une semblable fonction se trouvent rapprochés, plus on obtiendra un succès brillant. Dans les paralysies spasmodiques, le succès consiste non seulement dans la correction de l'attitude, mais on voit aussi disparaître le spasme. Enfin les résultats dépendent de la localisation de la paralysie : le siège le plus favorable pour l'opération est la jambe, la cuisse l'est moins. La musculature de l'avant-bras offre plus de difficultés. Les insuccès complets sont absolument rares. Des récidives sont plus rares à mesure que l'expérience a augmenté, et dans ces cas une seconde opération peut corriger la faute commise.

M. Chipault présente deux aquarelles fort démonstratives à l'appui de l'opération qu'il préconise pour la cure radicale des ulcérations chroniques, d'ordre trophique : mal perforant, ulcères variqueux, etc. **L'élongation des nerfs** amène une détersion rapide de l'ulcère, suivie à brève distance de la cicatrisation complète. C'est une question encore à l'étude. Mais il est hors de doute qu'il y a des cas encourageants; c'est, dit-il, « la thérapeutique la plus élégante et la plus durablement efficace. »

M. Morestin, continuant la série de ses communications, décrit **certaines formes bénignes de psoïtes** guéries sans intervention.

Le professeur Keen (de Philadelphie) donne la relation fort curieuse d'un cas de **ligature de l'aorte abdominale** pour un anévrisme aortique. Le malade, après s'être remis assez rapidement de l'acte opératoire, vit peu à peu son anévrisme reparaître et mourut le quarantième-huitième jour d'hémorragie secondaire.

L'autopsie démontra que le fil à ligature avait sectionné les tuniques artérielles. M. Keen croit cette section inévitable; aussi a-t-il construit un instrument compresseur spécial qu'il se propose, le cas échéant, de placer directement sur l'aorte, après laparotomie.

Ce n'est point là de la chirurgie courante.

M. Delbet fait une étude **pathogénique des varices du membre inférieur**. Voici ses conclusions :

1° Les dilatations veineuses qui constituent les varices typiques sont d'origine mécanique. Elles sont dues à un excès de pression comme les dilatations qui se produisent dans les anévrismes artério-veineux.

2° L'excès de pression qui engendre les varices est dû à l'insuffisance des valvules de la saphène interne.

3° Cette insuffisance est due dans la majorité des cas à une faiblesse congénitale des valvules.

M. C. Truençek (de Prague) a imaginé une **méthode nouvelle de traitement pour les cas d'ostéoarthrites compliquées de fistules.** Il injecte un caustique formé de la partie inorganique du sérum sanguin, trente fois plus concentrée qu'elle n'est contenue dans le sang. Sa composition est la suivante : sulfate de soude 1,46, chlorure de sodium 16,40, phosphate de soude 0,50, carbonate de soude 0,70, sulfate de potasse 0,94, eau 80,00.

Il injecte ce liquide successivement par chaque fistule à l'aide d'une longue canule à bout mousse, puis il injecte ensuite une solution d'éther iodoformé à 10 p. 100.

L'intervention est suivie de douleur et de gonflement. Après quelques semaines il faut renouveler l'injection. Grâce à ce traitement, notre confrère a pu enregistrer des guérisons complètes.

Terminons le compte rendu de cette séance par la relation d'une **amputation inter-iléoabdominale** pratiquée par M. Nanu (de Bucarest), opération hardie dirigée contre un ostérosarcome de l'os iliaque. Dans la note qui nous est remise, l'auteur dit que le septième jour le malade était en voie de guérison. Il est fâcheux que le vingtième jour, ainsi que nous l'apprend l'orateur à la tribune, le malade ait succombé, malgré cette audacieuse intervention.

A la dernière séance de jeudi, les absences se font déjà sentir. Beaucoup de congressistes sont partis. Les sujets traités sont d'ailleurs de seconde importance. M. Legrand donne son opinion sur l'**anesthésie locale en chirurgie**. La cocaïne et l'eucaïne B, en deuxième ligne, sont les seuls anesthésiques dignes de confiance. Les autres substances sont inefficaces ou dangereuses. Nous renvoyons d'ailleurs à la thèse de l'orateur, sa communication n'en étant qu'un court résumé. M. Severeanu (de Bucarest) parle en faveur du **bromure d'éthyle.** M. Pozzi cite deux faits intéressants : l'un, d'un **énorme calcul de l'uretère** de la forme et du volume d'un cigare, extrait avec succès par la laparotomie, l'autre d'un **calcul biliaire arrêté dans l'ampoule de Water.** Ce calcul fut extrait par une cholédocotomie transduodénale. Il y a jusqu'ici peu d'observations semblables. C'est aussi une simple observation que nous rapporte M. Buffet (d'Elbeuf) d'une **fistule de la fesse** guérie rapidement par la simple incision d'une bride transversale de la paroi postérieure du rectum. Enfin, M. Jonnesco termine la série des communications par une étude sur la **résection du rectum et du côlon pelvien par la voie abdomino-périnéale** avec évidement du pelvis pour extirpation du cancer rectal. Cette étude est basée sur 4 cas avec 2 guérisons et 2 morts, statistique un peu sombre ; il est vrai que l'auteur nous dit que ces deux derniers étaient condamnés d'avance par l'étendue des lésions et la grave altération de leur état général.

A cause de cette mortalité expliquée, l'auteur trouve que ce procédé est bénin, grâce :

1° A l'hémostase préliminaire parfaite qu'on obtient par la ligature préalable des hypogastriques et de l'hémorroïdale supérieure ;

2° A l'extirpation du tube intestinal, parfaitement et préalablement clos, sans risque de souiller le champ opératoire avec le contenu intestinal ;

3° Au traumatisme opératoire minime, la technique étant simple, rapide et évitant toute brèche osseuse, nullement utile et toujours nuisible.

Ce procédé se recommande en outre par la durabilité des résultats qui est due :

1° A la large exérèse intestinale qui résulte de l'extirpation simultanée du rectum et d'une grande portion du côlon pelvien, quelle que soit l'étendue du néoplasme ;

2° A l'exérèse régionale étendue, qui comprend le tissu cellulaire et la zone ganglionnaire pelvienne en totalité, car il faut appliquer au cancer rectal les mêmes règles que pour l'extirpation de l'utérus cancéreux, c'est-à-dire pratiquer dans l'un et l'autre cas l'évidement complet du pelvis et de la région prélombaire ;

3° Enfin on évite toute possibilité d'infection secondaire

du champ opératoire en établissant l'anus iliaque, très haut, près de l'épine iliaque antéro-supérieure et loin du champ opératoire.

Admettant en principe que l'exérèse large est la seule rationnelle dans le traitement radical de tout cancer, il faut réséquer le rectum en totalité et recourir à l'anus contre nature. Or, il est incontestable que de tous les anus contre nature, l'anus iliaque est le meilleur. Un bon appareil de contention le rend parfaitement supportable, ce qui est difficile à obtenir avec l'anus sacré ou même périnéal incontinent.

Quelques appareils dignes d'intérêt : les tables d'opérations et les appareils de désinfection de M. Stapler (de Vienne), l'appareil de M. Martin (de Lyon) pour le redressement du nez, enfin la table d'opérations si ingénieuse d'Aug. Reverdin (de Genève). Après quoi, sur un discours de remerciement de M. le président Tillaux, une réponse courtoise du professeur Bloch (de Copenhague), la section de chirurgie a clos ses travaux.

CHIRURGIE INFANTILE

Par **M. GUIBAL**, interne des hôpitaux de Paris.

La première séance est ouverte le vendredi 3 août, par M. Lannelongue, président. Le professeur Lannelongue souhaite la bienvenue aux médecins étrangers et aux confrères de province qui sont venus contribuer à l'œuvre scientifique du Congrès et mettre en commun les résultats de leur expérience. Il s'applaudit de ce que la chirurgie infantile s'est détachée de la chirurgie générale, espérant que cette spécialisation facilitera la marche en avant et les progrès plus rapides des chirurgiens qui ont choisi cette branche de la chirurgie.

On passe ensuite à la lecture des rapports.

PREMIÈRE QUESTION

Traitement de la luxation congénitale de la hanche.

M. Hoffa (de Würtzbourg) a été nommé rapporteur du TRAITEMENT SANGLANT de la luxation congénitale. On doit toujours essayer, de prime abord, la reposition non sanglante de la tête. La reposition sanglante n'est indiquée que si la non sanglante ne réussit pas pour une raison quelconque.

La reposition sanglante consiste à remettre la tête luxée en rapport avec une cavité que le chirurgien creuse au niveau de la cavité cotyloïde qui existe, mais atrophiée, peu large et peu profonde.

L'opération typique de Hoffa-Lorenz ne sera pas faite trop tôt ni trop tard. L'âge le plus favorable est de trois à six ans. Il faut en outre être maître d'une asepsie complète.

L'incision monte, parallèlement au trochanter, jusqu'à 2 centimètres au-dessus de lui, comme pour la résection de la hanche. La capsule articulaire est fendue, sectionnée même transversalement; le ligament rond est rompu. Si c'est nécessaire, on pratique de larges incisions de la capsule, des ténotomies et myotomies, jusqu'à ce que la tête puisse s'abaisser suffisamment. Un aide vigoureux, la vis de Lorenz font cet abaissement. Il faut creuser, à l'aide de la gouge, de la curette tranchante, une cavité sur l'os iliaque, assez large, assez profonde pour contenir la tête fémorale, limitée par des bords assez saillants qui empêchent la reluxation. La forme de la tête fémorale fait très rarement obstacle à la reposition.

La plaie n'est pas suturée, mais il faut éviter avec soin son infection. Ce danger augmente avec l'âge du malade, auquel correspondent aussi de plus grandes difficultés dans la remise en place de la tête.

Par-dessus le pansement de gaze aseptique est appliqué le pansement plâtré qui immobilise la jambe en bonne position, c'est-à-dire dans l'abduction et la rotation en dedans. Premier pansement du quatrième au huitième jour. En quinze jours la plaie est guérie.

Le *traitement consécutif*, très important, capital, commence alors : massage, électrisation des muscles cruraux et fessiers, gymnastique. Les enfants marchent de bonne heure sur la jambe malade; les exercices d'abduction et d'extension forcée combattent le danger de contracture en flexion-adduction. Si cette contracture se produit, on a recours à l'ostéotomie sous-trochantérienne. « J'insiste sur ce que le traitement consécutif n'a jamais duré longtemps. Les enfants ne restèrent jamais en traitement plus de quatre mois; j'insiste surtout, puisque, avec notre méthode par l'opération sanglante, on atteint plus vite le but cherché qu'avec l'opération non sanglante de Lorenz. »

La reposition sanglante n'est pas dangereuse, pratiquée entre trois et six ans, aseptiquement. La limite extrême est, pour M. Hoffa, dix ans pour les cas unilatéraux, sept ans pour les cas bilatéraux.

La guérison est possible dans le sens anatomique et fonctionnel par l'opération sanglante; elle est obtenue plus souvent et plus complètement dans la luxation unilatérale. Les bénéfices pour le malade, définitifs un an après l'opération, sont très appréciables. Le raccourcissement existe, mais très atténué, variant de 1 à 3 centimètres; la lordose est moindre; les mouvements sont plus étendus, surtout en flexion et en adduction; la marche est bonne. Il n'y a pas à craindre un obstacle à la croissance du bassin par la reformation de la cavité cotyloïde; il se développe plus normalement sous le bon chargement statique et les accouchements se passent sans difficulté.

Chez les malades âgés, en cas de luxation bilatérale, la *résection de la tête fémorale* donne lieu à une pseudarthrose serrée. La lordose et la marche vacillante sont corrigées. Pour les malades âgés, avec luxation unilatérale, l'auteur recommande l'*ostéotomie sous-trochantérienne transversale* (Kirmisson) *ou oblique* (Hoffa).

M. Lorenz (de Vienne) lit un rapport sur le TRAITEMENT NON SANGLANT DE LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE. Pour ce chirurgien, la méthode sanglante offre des inconvénients nombreux : il y a danger de mort par infection (2-10 p. 100 de mortalité selon les statistiques); on observe des ankyloses unilatérales ou bilatérales; enfin, la destruction du cartilage en V formant le fond de la cavité cotyloïde peut être suivie d'un rétrécissement du bassin à cause d'un arrêt du développement des os.

Le traitement mécanique par les appareils portatifs dure trop longtemps et ne donne pas de résultats satisfaisants. La méthode de réduction lente dans des gouttières à extension, sans administration de chloroforme, ne peut réussir que chez de tout petits enfants. La durée du traitement est trop longue, la détention en gouttière nuit à la santé générale et la réduction complète est impossible.

La réduction brusque, en une seule séance, sous chloroforme, doit donc être la méthode préférée. Les limites d'âge

sont neuf à dix ans en cas de luxation unilatérale, sept à huit ans en cas de luxation bilatérale.

On commence par déchirer les muscles adducteurs tendus par une forte abduction ; une vigoureuse extension verticale sur la cuisse fléchie à angle droit, combinée à une abduction de 90 degrés et à une pression directe sur le grand trochanter, amène la réduction. Celle-ci est accompagnée de symptômes physiques et cliniques infaillibles et elle peut être vérifiée par la radiographie. On applique un plâtre qui maintient le fémur en abduction exagérée, jusqu'à 90 degrés, combinée à l'hyperextension avec rotation interne. Après quatre à cinq mois, nouvelle fixation du fémur en position moyenne (flexion et abduction légères). Le malade doit marcher, pendant cette fixation, le plus longtemps possible : par la pression de la tête fémorale réintégrée, la cavité cotyloïde s'élargit et s'approfondit surtout par le rehaussement de son bord supérieur. Le dernier plâtre enlevé, après quatre à cinq mois, on fait de la gymnastique et du massage des muscles fessiers et pelvi-trochantériens.

Cette méthode n'offre pas de dangers si on opère à un âge convenable. La radiographie démontre souvent une restitution complète de la cavité cotyloïde modelée par les pressions de la tête. La tête peut subir une reluxation antérieure en haut, auquel cas le rebord antérieur de l'ilion chevauche sur la tête reluxée du fémur, de sorte que le bassin a pris un point d'appui osseux. Ces reluxations sont des insuccès ; elles sont dus à des défauts de la contention, qui a été mal faite ou de durée insuffisante, à la nature des déformations osseuses.

Dans la moitié des cas, les résultats fonctionnels et anatomiques sont tels qu'on peut parler de guérison radicale ; dans l'autre moitié, les résultats inférieurs, au point de vue anatomique, sont excellents au point de vue fonctionnel; après l'opération, la lordose lombaire de la luxation bilatérale disparaît. Le moindre résultat qu'on obtienne est la marche sans fatigue.

En cas d'insuccès, il faut pratiquer la réduction sanglante, mais sans creuser la cavité cotyloïde et en dirigeant le traitement post-opératoire selon les principes de la réduction non sanglante.

M. Kirmisson (de Paris) insiste sur la nécessité de faire le diagnostic de la luxation le plus tôt possible. Ce diagnostic n'est jamais posé à la naissance, il peut l'être vers l'âge de dix-huit ou vingt-quatre mois. Le déplacement étant alors insignifiant, il suffit de l'extension continue pour rendre au membre sa longueur normale. Plus tard on maintient le résultat obtenu par le port d'appareils prothétiques embrassant le bassin et la cuisse qu'ils maintiennent en abduction légère, comme dans le traitement de la coxalgie. Ce traitement dure plusieurs années, mais donne d'excellents résultats.

C'est seulement dans les cas où l'extension continue, « méthode française », n'aura pu être pratiquée ou n'aura pas donné d'amélioration, qu'il sera indiqué de faire la réduction extemporanée sous chloroforme avec ou sans opération sanglante.

MM. Broca et Mouchet (de Paris) font de préférence la réduction non sanglante par la méthode de Lorenz. L'âge où la réduction se fait le plus aisément est de deux à six ans; elle est pratiquée des deux côtés à la fois, dans la même séance, si la luxation est bilatérale. Ces auteurs ne font pas de ténotomies, n'usent pas de la vis de Lorenz. Comme accidents ils ont noté deux fois la fracture de l'extrémité supérieure du fémur. L'étude radiographique leur a montré que la reposition anatomique exacte de la tête est exceptionnelle; que cette position est la plus favorable. On obtient le plus souvent la transposition de la tête, mais avec un résultat fonctionnel très satisfaisant.

M. Frœlich (de Nancy) a trouvé, dans un tiers des cas, des antécédents directs de luxation congénitale dans la famille. D'autres malformations congénitales accompagnent souvent la luxation. L'âge le plus favorable est de un à trois ans et le traitement employé est celui de Paci-Lorenz. L'extension préalable est inutile. Les résultats fonctionnels ne deviennent parfaits qu'après deux ou trois ans de traitement par l'éducation de la marche et le renforcement musculaire. Les seuls accidents ont été une fracture du fémur, la rétraction des tendons poplités, des ecchymoses.

M. Doyen (de Paris) a pu, grâce à un appareil de réduction spécial, opérer des malades de vingt et vingt-cinq ans. Il suit la méthode sanglante de Hoffa-Lorenz et creuse la cavité cotyloïde à l'aide d'un gros tube tranchant qui facilite considérablement cette opération délicate. La réduction se fait par un puissant appareil qui presse directement sur la tête, qui l'abaisse en regard de la cavité cotyloïde néoformée. Les adducteurs sont sectionnés si c'est nécessaire. M. Doyen referme la plaie sans drainage et applique le plâtre sur un brancard démontable spécial. La direction défectueuse du col peut exiger pour la réduction une rotation en dedans de 50 à 60 degrés. Au bout de trois à quatre semaines le genou et le pied sont remis en position normale par une ostéotomie supra-condylienne du fémur. L'auteur a expérimenté les avantages de l'interposition d'un lambeau musculaire ou d'un fragment d'aponévrose frais et stérile entre la tête et le nouveau cotyle pour assurer la mobilité de la néarthrose.

M. Mauclaire (de Paris) fait simultanément la réduction des deux côtés dans la luxation bilatérale. On obtient plus souvent la transposition de la tête que sa reposition véritable.

M. Calot (de Berck) insiste sur l'importance de la contention. Il donne la préférence à la réduction non sanglante. Il mesure la force de la traction exercée sur le membre à réduire à l'aide d'un dynanomètre. Cette force ne doit pas excéder 120 à 150 kilogrammes. Le degré de réduction est vérifié à l'aide de la radiographie. Le plâtre de contention va des seins jusqu'au pied. Il doit être modelé sur le corps et en épouser les saillies et dépressions. On le déprime par des pressions exercées au-dessus des crêtes iliaques, en avant et en arrière du grand trochanter. Le massage doit être institué de bonne heure.

M. Codivilla (de Bologne) préfère la réduction sanglante. Pour cet auteur la cause principale du déplacement de la tête vers le haut, en accord avec la diminution de l'abduction, est donnée par la fixation du capuchon céphalique de la capsule sur la fosse iliaque; aussi, une fois la réduction obtenue, découvre-t-il la capsule qu'il détache de l'ilion, ainsi que le périoste jusqu'au bord du cotyle; trois points de suture plissent la capsule et le périoste. La tête reste en place dans le cotyle, comme les radiographies l'ont montré trois fois, et il y a néoproduction du toit de la hanche.

Lorsqu'il est nécessaire d'ouvrir la capsule pour obtenir la réduction, deux instruments ont rendu de grands services à l'auteur : un divulseur de l'isthme capsulaire et un réducteur formé par un levier qui accroche l'épine iliaque antéro-inférieure et conduit la tête dans le cotyle.

M. Piéchaud (de Bordeaux) adopte la méthode non sanglante de Lorenz, et opère les deux côtés à intervalles assez éloignés dans la luxation bilatérale.

M. Pierre (de Berck) met d'emblée, après réduction, le membre dans la deuxième position (abduction moyenne, extension, rotation interne) pour éviter les fractures, les reluxations qui se produisent souvent lorsqu'on passe de la première à la deuxième position.

DEUXIÈME QUESTION

Mal de Pott.

TRAITEMENT DU MAL DE POTT AU DÉBUT ET A LA PÉRIODE DE GIBBOSITÉ. — M. Bradford (de Boston), dans un intéressant

rapport, expose quel doit être, selon lui, le traitement de la gibbosité constituée. Pour la réduction de cette gibbosité on doit combiner les efforts de traction sur la tête, les bras et les jambes aux efforts de pression sur la gibbosité. Il faut du jugement sur la force à employer: une force modérée suffit en général. Les paralysies pottiques sont souvent améliorées par le redressement. Les appareils de contention doivent être portés très longtemps après la réduction, sans quoi la gibbosité se reproduit. A l'appui de ce dire le rapporteur montre des tracés très instructifs, sur lesquels on suit les courbures de la colonne vertébrale avant, pendant et après la réduction. Le plus souvent, la gibbosité se reproduit au bout d'un temps variable.

MM. Redard et Besançon (de Paris) ont pratiqué le redressement sur plus de 120 malades. Ils exercent des tractions par les bras et les jambes à l'aide d'un appareil avec vis à manivelles. La contention se fait à l'aide d'un appareil plâtré. Les bandes sont enroulées par-dessus un simple maillot; l'appareil forme un corset simple quand la gibbosité est lombaire ou dorsale inférieure; au corset s'ajoute une minerve quand la gibbosité siège plus haut sur le rachis.

A la période de début le redressement ne demande qu'une force modérée; quand la gibbosité est ankylosée, cette réduction est impossible.

Comme accidents, les auteurs ont observé des escares et un cas de paralysie qui n'a pas duré. Les contre-indications du redressement sont fournies par les abcès froids, par les déformations thoraciques, par les accidents de généralisation.

Au point de vue des résultats définitifs, le redressement se maintiendrait dans les maux de Pott soignés au début; les gibbosités volumineuses seraient diminuées et atténuées par de grandes courbures de compensation.

La consolidation au niveau du foyer tuberculeux serait obtenue dans certains cas, mais elle n'est pas constante. Sur 60 malades opérés depuis un temps suffisant et suivis, on trouve 14 résultats parfaits, 29 assez bons, 18 médiocres et 4 morts par généralisation survenue tardivement.

En somme, la méthode du redressement est excellente au début de la gibbosité.

MM. Broca et Mouchet (de Paris) ont pratiqué 46 fois le redressement. Ils ne font pas d'opération osseuse préliminaire; ils ne touchent pas aux gibbosités cervicales, ni aux gibbosités que compliquent un abcès, un état cachectique prononcé, une tuberculose pulmonaire avancée.

Les auteurs choisissent de préférence des gibbosités âgées de moins d'un an. Le sujet est endormi au chloroforme et maintenu le dos en l'air. La traction horizontale est pratiquée par des aides, sans appareil spécial; elle suffit habituellement. On peut lui combiner des pressions faites avec la main sur la gibbosité même; la réduction s'accompagne de craquements osseux très nettement perceptibles.

L'appareil plâtré est appliqué dans la position de Sayre, sous l'anesthésie chloroformique, sans bandes axillaires. La chloroformisation dans cette attitude n'a pas été suivie d'accidents sur plus de 100 cas. L'appareil plâtré porte un capuchon céphalique dans le cas de gibbosité dorsale supérieure ou cervicale; pour le mal de Pott des autres régions il suffit d'un corset, descendant au-dessous des épines iliaques, entourant en haut les épaules et enserrant le cou dans une sorte de collier. Le premier appareil est maintenu trois mois pendant lesquels le malade reste au lit. Des escares peuvent se produire au niveau de la gibbosité, le plâtre est défait, l'escare pansée et après sa guérison l'appareil plâtré est remis sous chloroforme. Le malade reste au moins un an en décubitus; puis la marche est permise, mais avec un corset.

La correction est toujours possible au début, non plus tard quand il y a ankylose. Elle n'a pas donné d'accidents aux auteurs. La paraplégie peut être améliorée par ces manœuvres peu violentes.

Les gibbosités accentuées sont réduites d'abord, mais elles se reproduisent malgré l'application soigneuse d'un appareil et le décubitus prolongé. Il est donc inutile de les redresser. Pour les gibbosités récentes, l'application du corset plâtré dans la suspension de Sayre et sous le chloroforme, tel est le traitement rationnel qui, pour être efficace, doit être précoce et prolongé.

M. Ducroquet (de Paris) attribue la consolidation au tassement et à la soudure des arcs postérieurs, dans les gibbosités bas situées sur le rachis. Ces modifications seraient visibles par la radiographie. Dans les gibbosités haut situées, ces avantages n'existent pas, aussi les résultats du traitement sont-ils moins brillants. Une grosse part est donnée à l'hygiène dans l'institution du traitement. Enfin, les corsets en celluloïd sont recommandables à cause de leur légèreté.

M. Phocas (de Lille) conclut de sa pratique que le redressement forcé du rachis doit être banni comme méthode générale de traitement. Au début du mal de Pott, le malade doit être maintenu au lit, immobilisé dans le décubitus dorsal; quand la bosse est apparente, récente, on peut tenter de la réduire, mais cet essai est dangereux.

M. Kirmisson (de Paris) donne son avis sur le traitement du mal de Pott au début. Le malade sera maintenu au repos, c'est la condition essentielle, et immobilisé, soit dans la gouttière de Bonnet que l'on articule pour favoriser les soins de propreté, soit dans un appareil plâtré qui immobilise les jambes pour forcer le patient à garder l'attitude horizontale. Il est utile d'ajouter à cela l'extension continue.

La marche n'est permise qu'après douze à dix-huit mois, en prescrivant un appareil de soutien, plâtre ou cuir moulé, qui remonte haut et descend loin du mal.

M. Calot (de Berck) a complètement abandonné, on va le voir, sa méthode de déroulement violent et brutal des gibbosités pottiques. Au début du mal de Pott, le traitement général est sévèrement institué; le foyer est traité, non par le décubitus horizontal qui réalise mal la décompression et l'immobilisation du foyer tuberculeux, mais par l'application d'un grand appareil plâtré qui prend appui, d'une part sur la ceinture pelvienne, d'autre part sur la base du crâne.

Cet appareil seul réalise l'immobilisation et produit la décompression si on a soin de l'appliquer dans la mise en extension du sujet. Bien fait, il ne provoque pas d'escares et peut rester en place six à huit mois et plus : condition excellente, car à chaque confection d'un nouvel appareil on produit de petits traumatismes dans le foyer. Cet appareil évite, au début, la formation de la gibbosité, comme le plâtre évite l'attitude vicieuse de la coxalgie. L'abcès, s'il survient, est traité par les injections.

Quand la gibbosité existe, on peut, soit en vouloir arrêter l'accroissement, soit désirer la corriger. Le grand appareil plâtré répond à la première indication si on l'applique en extension. Le malade est suspendu par la tête seule, une bande passant sous le menton, une autre sous la nuque, les orteils touchant à terre. L'appareil plâtré est alors enroulé et, une fois sec, il réalise la décompression, empêche l'ulcération compressive et s'oppose à l'accroissement de la gibbosité.

La correction de la gibbosité est possible. M. Calot estime que l'ablation des apophyses épineuses diminue les chances d'escarres et facilite le redressement; le simple poids du corps, avec ou sans chloroforme, selon les cas, suffit à corriger la gibbosité. Le patient est soutenu par les bandes mentonnière et sous-occipitale, on ajoute quelquefois des poids à ses jambes, mais il n'y a pas de manœuvres violentes, comme dans la première et la deuxième manière

de M. Calot. Le corset contentif doit être maintenu très longtemps. M. Calot montre des photographies qui attestent l'excellence du procédé de Sayre heureusement modifié, surtout par l'importance donnée à la bonne confection du corset.

Les vieilles gibbosités, dit M. Calot, qui sont ankylosées, doivent être respectées.

La paralysie, à la période de gibbosité constituée, guérit souvent par la suspension. Si elle persiste, on peut briser les soudures interlamaires au ciseau, mais sans ouvrir le foyer tuberculeux.

Conclusion : on peut guérir le mal de Pott, au début, sans gibbosité ; on peut empêcher la gibbosité de s'accroître et même l'atténuer, quand elle n'est pas soudée : après soudure des vertèbres malades, il faut respecter la gibbosité.

M. Villemin (de Paris) cite un cas dans lequel la suspension de Sayre s'accompagna de mort. A l'autopsie on trouva un épanchement de pus tuberculeux dans la plèvre droite avec refoulement du poumon. Dans quelques cas la simple suspension de Sayre peut donc devenir dangereuse.

M. Chipault (de Paris) traite le mal de Pott au début par le grand appareil plâtré. La gibbosité réductible est réduite par la simple suspension par les pieds, avec ou sans chloroforme, avec ligature des apophyses. Les gibbosités ankylosées sont respectées. La paraplégie est traitée par l'ouverture du foyer pour remédier à la gêne de la circulation médullaire.

M. Piéchaud (de Bordeaux) constate que cette séance est la condamnation de la réduction violente des gibbosités pottiques. Il s'élève contre l'usage des appareils plâtrés et de la gouttière de Bonnet, au nom de l'hygiène. Le repos sur un lit dur, avec un corset souple immobilisant le malade, les soins de propreté étant faciles, une extension légère pouvant être pratiquée, voilà les indications essentielles du traitement du mal de Pott.

TROISIÈME QUESTION

Appendicite.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DANS L'APPENDICITE. — M. Roux (de Lausanne) commence par indiquer le traitement de l'appendicite, lorsque le chirurgien est appelé à la soigner dès le début. Diète absolue pour les premières heures et tant que durent les vomissements. Calmer la soif par quelques gouttes de liquide sur la langue, par quelques injections sous-cutanées de sérum. Applications prudentes de glace. Administration d'opium par voie rectale pour immobiliser l'intestin et calmer les douleurs du début par une injection de morphine.

Le plus important est de savoir ce qu'il faut *ne pas faire*. On proscrira d'un manière absolue les purgatifs pendant la crise et même pendant la convalescence ; on les remplacera par de petits lavements qui ne devront jamais dépasser l'ampoule rectale. On évitera de transporter le malade où que ce soit.

Quelles sont les indications d'opérer? Diminuer de 75 p. 100 les cas d'appendicite aiguë en opérant « à froid » les malades ayant eu une première crise d'appendicite dûment constatée ou une colique appendiculaire très nette.

Une crise aiguë éclate, le diagnostic d'appendicite est nettement posé. Dans les vingt-quatre à trente-six heures après le début du mal, délai dans lequel le chirurgien est rarement consulté, l'opération n'est guère plus dangereuse que l'excision « à froid » d'après M. Roux ; à plus forte raison cette opération peut-elle être pratiquée à un moment plus rapproché du début de la crise.

Passé ce moment, trente-six à quarante-huit heures après le début, dans une appendicite de gravité moyenne, on fait courir de graves dangers au malade en l'opérant. Du quatrième au cinquième jour la localisation se fait ; on doit l'abandonner à la résorption spontanée et attendre l'opération à froid. Une abondante sécrétion urinaire permet d'espérer la résolution.

Mais il peut être indiqué d'intervenir au cours même de la crise aiguë : quand la fièvre persiste avec douleur, avec augmentation de l'exsudat, avec pouls rapide et facies désagréable ; quand la fièvre prend le type hectique ; quand apparaissent des frissons et la dissociation de la température et du pouls (pouls rapide avec courbe thermique fléchissante) ; quand le malade *fait mauvaise impression*, indication aussi indéfinissable que précise pour le chirurgien qui a vu beaucoup d'appendicites.

L'ouverture de l'abcès est le but immédiat. L'appendice n'est enlevé que s'il se présente complaisamment ; on n'ira pas, pour le chercher, rompre les adhérences qui enkystent le foyer. Si c'est nécessaire, on l'enlèvera plus tard « à froid ».

M. Jalaguier (de Paris), rapporteur. Tout appendice iléocæcal malade doit être réséqué. Il faut pratiquer l'opération « à froid », c'est-à-dire lorsque les phénomènes d'infection générale ont disparu et que les lésions locales ont perdu leur virulence. Pendant la crise aiguë tous les efforts doivent tendre à refroidir l'appendicite ; quand le refroidissement est complet, au bout de quatre, six, huit semaines et plus, l'ablation de l'appendice constitue une intervention peu grave, infiniment moins grave que l'intervention « à chaud ».

Il est des chirurgiens qui opèrent dès que le diagnostic d'appendicite est posé ; pratique mauvaise, car une crise aiguë se termine d'habitude par la résolution, lorsqu'on la traite au début par l'immobilité, la diète absolue, la glace sur le ventre, l'opium et, dans les cas infectants, par les injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Les manœuvres opératoires risquent de troubler cette évolution favorable en contrariant les forces de l'organisme qui lutte pour cantonner et limiter les agents infectieux. Aussi, perçoit-on la formation d'un épais gâteau dans la fosse iliaque droite, il convient de persévérer dans l'expectation, car le foyer s'enkyste et se limite.

Dans les cas légers l'intervention est quelquefois suivie de guérison ; guérison qu'aurait aussi procurée le traitement médical, sans exposer aussi gravement la vie du sujet. Car on voit parfois, dans ces cas en apparence légers, l'opération la mieux conduite s'accompagner d'incidents formidables par suppression des fonctions hépatiques et rénales. C'est que la crise d'appendicite n'est souvent que l'une des manifestations d'une infection générale.

Dans les cas graves l'intervention hâtive augmente le collapsus. Elle présente un autre danger, c'est de faire opérer des malades atteints d'affections qui simulent l'appendicite, après un diagnostic précipité et incertain, coliques hépatiques et néphrétiques, fièvre typhoïde, entérite muco-membraneuse, etc.

Il est des cas, peu nombreux, qui réclament l'intervention immédiate. La surveillance attentive des malades, l'analyse minutieuse des phénomènes cliniques, permettent de les discerner. L'indication d'opérer est fournie par la persistance des vomissements, après un traitement médical d'épreuve suffisamment prolongé ; par la dissociation de la température et du pouls, par l'hypothermie, par le mauvais état général du sujet. Les péritonites généralisés ou à grands enkystements, les collections suppurées circonscrites dont la résorption ne se fait pas, appellent l'intervention rapide.

Dans la forme diffuse septique de la péritonite et dans certains cas d'appendicite sans péritonite s'accompagnant d'infection générale grave, l'intervention est presque toujours suivie de mort, tandis que les injections massives de sérum peuvent guérir le malade.

L'opération pour crise aiguë consiste seulement dans le

drainage, sans recherche laborieuse de l'appendice. Le siège de l'incision est déterminé par la situation des collections purulentes qu'il faut atteindre et évacuer en évitant ou protégeant le péritoine sain.

On ne peut non plus éviter l'intervention « à chaud » quand le refroidissement complet ne peut être réalisé : appendicites qui, les accidents aigus une fois calmés, n'arrivent pas à la résolution parfaite et se compliquent, soit de recrudescences se montrant à intervalles variables, soit d'accidents d'infection subaiguë.

L'intervention « à froid » est formellement indiquée après une seule crise d'appendicite aiguë ; de même dans l'appendicite à rechutes et dans l'appendicite chronique.

Les indications thérapeutiques dans l'appendicite pendant la grossesse entrent dans la loi commune. On ne doit intervenir à chaud que contraint et forcé. L'intervention à froid reste la condition idéale ; elle n'est nullement incompatible avec la vie du fœtus.

M. Reynier (de Paris) appuie les conclusions de MM. Roux et Jalaguier. Il cite des exemples cliniques prouvant que l'intervention à la période aiguë donne le plus souvent des déboires ; qu'elle est, de plus, inutile, car les appendicites aiguës, bien soignées, tendent à la résolution. Il faut donc tout mettre en œuvre pour refroidir l'appendicite et opérer à froid. L'application de larges vessies de glace sur le ventre joue un rôle capital dans le traitement. Elles doivent couvrir tout le ventre et non pas seulement la fosse iliaque droite, comme on le voit le plus souvent.

M. Duret (de Lille) adopte pleinement les conclusions des rapporteurs. Il y a cependant danger à ne jamais intervenir dans la période aiguë, et l'abstention systématique, à cette époque, serait aussi désastreuse que la pratique inverse, que l'intervention à outrance. Par une opération faite à temps on évitera des complications, telles qu'abcès du foie, pleurésies purulentes, abcès enkystés du péritoine à distance, etc.

COMMUNICATIONS DIVERSES

28 CAS DE LITHIASE VÉSICALE CHEZ L'ENFANT, TRAITÉS PAR LA TAILLE HYPOGASTRIQUE ET LA SUTURE TOTALE DE LA VESSIE, par M. MICHAILOWSKY (de Sophia). — Sur ces 28 malades il y avait 22 enfants. Les calculs étaient tous primitifs et de composition urique ou oxalique. La lithotritie paraît à l'auteur le procédé de choix ; il n'a pu la pratiquer, faute d'un outillage suffisant. La cystotomie a été suivie de suture totale de la vessie, tantôt à un seul plan, tantôt à deux plans. La suture a été hermétique dans 23 cas ; 4 fois il y a eu une fistulette guérissant en moins d'un mois. Il y a eu 2 morts, 1 par anurie, deux jours après l'opération, 1 par péritonite circonscrite, cinq jours après. L'emploi du ballon de Petersen est inutile chez l'enfant.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU REDRESSEMENT FORCÉ SUCCESSIF DANS LA SCOLIOSE, par M. MENCIÈRES (de Reims). — L'examen radiographique montre que le maximum des lésions siège et persiste fort longtemps dans les disques seuls, qui sont plus hauts du côté convexe, atrophiés du côté concave. Les redressements forcés, progressifs et successifs (tous les trois ou quatre mois) donnent les meilleurs résultats, si on s'adresse aux cas récents. Dans les cas anciens on ne modifie que les courbures de compensation. Le redressement dans les cas récents se fait au niveau des disques, qui augmentent d'un côté et diminuent de l'autre.

La TARSECTOMIE LARGE par ablation de tous les os du tarse, une partie du calcaneum exceptée, constitue, d'après M. Championnière, le traitement de choix des pieds bots congénitaux et paralytiques. Il y a longtemps que le chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris soutient cette doctrine. Les faits lui donnent absolument raison et condamnent les résections osseuses plus ou moins économiques et systématisées.

SUR UN TRAITEMENT DES SUPPURATIONS EN GÉNÉRAL ET D'ORIGINE TUBERCULEUSE EN PARTICULIER, par M. COUDRAY (de Paris). — La méthode est basée sur la pulvérisation dans les plaies de vapeurs de chlorure d'éthyle tenant en suspension de la poudre d'iodoforme, dans la proportion de 5 p. 100, à l'aide d'un appareil spécial. L'iodoforme se dépose en poudre très fine dans tous les diverticules de la plaie qui s'améliore rapidement.

LA TUBERCULOSE EXTERNE AU BORD DE LA MER, par M. MÉNARD (de Berck). — L'air de la mer n'a pas d'action spécifique sur la tuberculose. Il jouit d'une action oxydante très énergique qui provoque une suractivité respiratoire et digestive intense. Il faut même, au début d'une cure par l'air marin, modérer l'usage de la mer. L'air marin active les fonctions physiologiques et fortifie l'organisme.

Il ne semble pas y avoir augmentation du volume des articulations au début du séjour à la mer ; les ganglions, au contraire, augmentent à l'arrivée, puis diminuent.

Au bout de quelque temps de séjour, les malades doivent vivre le plus longtemps possible sur la plage. Ceux qui sont confinés dans une chambre ou un dortoir jouissent d'une santé incomparablement moins florissante que ceux qu'on promène au bord de la mer ; cela est surtout manifeste pour les tuberculoses ouvertes, coxalgie et mal de Pott fistuleux.

Des conditions hygiéniques meilleures chez ses malades ont poussé M. Ménard à adopter une pratique différente de celle des chirurgiens de la ville. Prenant pour type la coxalgie, M. Ménard n'intervient pas en l'absence d'abcès ; l'abcès fermé est traité toujours par les ponctions et les injections modificatrices ; si un abcès reste longtemps rebelle, M. Ménard pratique la résection aseptique avec suture immédiate et complète ; en cas de fistule septique, avec fièvre, il fait la résection de la hanche, assez tôt pour ne pas laisser le sujet s'affaiblir.

LA CURE MARINE DES TUBERCULOSES OSSEUSES ET ARTICULAIRES, par M. LEROUX (de Paris). — La conclusion de ce travail est que le traitement des tuberculoses chirurgicales dans les sanatoria marins donne d'excellents résultats, à la condition d'y envoyer les enfants dès le début de leur affection sans attendre la période de suppuration ou de cachexie, et d'y prévoir un séjour prolongé. Sur 95 enfants sortis *guéris* des sanatoria et retrouvés en l'espace de dix ans, 70 sont restés guéris, 14 ont rechuté, 11 sont morts.

PRÉSENTATION D'UN ENFANT OFFRANT UNE ABSENCE CONGÉNITALE DES DEUX TIBIAS, par M. LAUNOIS (de Paris). — L'enfant a trois ans. Il est hypospade. La radiographie montre que les tibias font entièrement défaut. Les péronés sont bien développés. Les jambes sont repliées en dedans des cuisses et l'enfant marche sur les condyles fémoraux.

GREFFES MUSCULAIRES ET TRANSPLANTATIONS TENDINEUSES DANS LES DÉFORMATIONS DU PIED BOT PARALYTIQUE, par M. PEREIRE. — Il faut distinguer préalablement, par l'étude des réactions électriques, les muscles sains des muscles malades. L'opération consiste à greffer les tendons des muscles paralysés sur ceux des muscles sains. Les résultats de l'opération sont durables ; les déformations s'améliorent. Les fonctions sont recouvrées assez parfaitement.

CHIRURGIE URINAIRE

Par **M. Léon IMBERT**, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

PREMIÈRE QUESTION

Des opérations conservatrices dans les rétentions rénales.

(Rapports de MM. Küster, Fenger et Bazy.)

Peut-être eût-il été préférable de poser avec plus de précision les termes de la question et d'envisager uniquement soit les rétentions aseptiques, soit les rétentions septiques; la discussion s'est trouvée en effet quelque peu confuse à certains moments. Elle s'est du reste engagée dès le début sur la classification des distensions rénales. L'un des rapporteurs, M. Küster (de Marbourg), range sous la dénomination générale de « rein sacciforme » toutes les rétentions *primitives* produites par des entraves à l'écoulement de l'urine, sans égard au contenu. Il y a là un abus de langage évident. Ainsi qu'Albarran est venu le dire, en réponse au rapporteur, nous avons depuis longtemps en France l'habitude de distinguer les distensions septiques et aseptiques; cette distinction est pleinement justifiée à tous les points de vue: clinique, anatomo-pathologique, étiologique et thérapeutique; il n'y a assurément aucune raison pour l'abandonner.

Toute rétention rénale trouve sa raison d'être dans un obstacle au cours de l'urine. L'obstacle peut siéger dans la poche rénale elle-même: il existe alors des cloisons intérieures sur lesquelles Fenger a attiré l'attention et dont l'existence nécessite l'ouverture du rein. Mais les obstacles les plus importants siègent dans l'uretère; il faut mettre de côté, en effet, les lésions de la vessie et de l'urètre qui provoquent des rétentions doubles et donnent lieu à des indications opératoires différentes. L'uretère peut être: inséré trop haut dans le bassinet dilaté, inséré obliquement dans la poche avec formation d'une valvule, rétréci coudé ou oblitéré par un calcul. Les coudures siègent presque toujours à l'extrémité supérieure de l'uretère; les rétrécissements peuvent occuper toute la longueur du conduit, mais atteignent d'ordinaire soit sa partie supérieure, soit sa partie inférieure; les calculs occupent habituellement le même siège. A ces diverses causes correspondent, indépendamment de la notion d'infection, deux formes cliniques distinctes: rétentions rémittentes ou intermittentes dues généralement aux coudures ou aux calculs, rétentions continues dues à des rétrécissements. Il faut reconnaître cependant que, dans la plupart des cas, l'obstacle, quel qu'il soit, siège dans les environs du bassinet, à la partie supérieure de l'uretère.

Ces causes multiples étant connues, il n'est pas toujours facile de les déterminer cliniquement; sans doute on rattachera une rétention intermittente aseptique à une coudure; une colique néphrétique fera penser à une obstruction par calcul; mais dans la plupart des cas on restera dans le doute, sinon en ce qui concerne la nature, du moins sur le siège de l'obstruction; or c'est là une notion très importante au point de vue opératoire. Le cathétérisme cystoscopique des uretères rendra ici de grands services; en outre, il facilitera notablement les manœuvres opératoires; il y a donc lieu de ne pas l'oublier dans ces cas.

Les opérations conservatrices que l'on peut pratiquer en cas de rétentions sont multiples.

La plus simple de toutes est assurément le *cathétérisme uretéral;* il est à craindre malheureusement qu'il ne donne pas de bons résultats dans les pyonéphroses; il peut cependant être utilisé lorsque l'opération n'est pas urgente; il permet alors de drainer et laver le bassinet et de transformer une pyonéphrose en uropyonéphrose. Dans les rétentions aseptiques, je ne connais guère, en dehors d'un cas de Casper, qu'une observation que j'ai communiquée avec mon maître Schwartz à la Société de chirurgie en 1898; une volumineuse hydronéphrose fut complètement guérie par le cathétérisme; la guérison persistait encore six mois après.

En dehors du cathétérisme, l'intervention peut porter soit sur le rein pour modifier la poche, soit sur l'uretère pour lever l'obstacle. Cependant, en raison de l'incertitude fréquente du diagnostic et surtout de la possibilité de ces brides intra-rénales dont a parlé Fenger, il me semble préférable d'ouvrir systématiquement le rein dans tous les cas. Le contenu de la poche évacué, on pourra alors recourir à diverses opérations plastiques dont le résultat sera de diminuer plus ou moins le volume du bassinet.

Lorsque l'uretère est inséré très haut sur le bassinet, il forme un éperon avec ou sans formation valvulaire. La *section de cet éperon* sera indiquée à la condition qu'elle ne laisse pas une poche en déclivité au-dessous d'elle, et que l'obstacle soit bien dû à l'insertion vicieuse et non à un rétrécissement situé au-dessous.

Le *capitonnage de la poche rénale* (Israël, Albarran) peut être utilisé comme manœuvre complémentaire lorsqu'on aura affaire à une poche mince.

La *résection partielle du rein* doit assurément être évitée le plus possible, comme le fait remarquer Bazy dans son rapport; il n'est pas indifférent, en effet, de supprimer une portion du rein même malade. Cependant l'on peut se trouver amené à la pratiquer pour supprimer la partie déclive de la poche, surtout lorsque, par une des opérations que nous mentionnerons plus loin, on établit une communication nouvelle entre le bassinet et l'uretère: il est alors du plus haut intérêt que le nouvel orifice se trouve en parfaite déclivité.

L'intervention peut aussi avoir pour but de lever ou de tourner l'obstacle urétéral. Les *urétéro-pyélo-néostomies* rentrent dans cette dernière catégorie: elles consistent à aboucher le bassinet dilaté avec un segment d'uretère situé au-dessous du rétrécissement, soit qu'on résèque le segment intermédiaire, soit que l'on fasse une simple anastomose, analogue aux entéro-anastomoses. Lorsque l'obstacle est bien situé, on peut aboucher l'uretère dilaté dans la vessie *urétéro-cysto-néostomie* le principe de cette opération est en somme très semblable à celui de la précédente; elle peut se faire du reste soit primitivement, lorsqu'il s'agit d'une rétention aseptique ou peu infectée, soit secondairement dans les pyonéphroses. Il faut citer encore la *résection du rétrécissement*, qui ne paraît pas avoir été pratiquée bien souvent, et son incision simple. Enfin en dehors de ces interventions les rétrécissements sont justiciables parfois de la dilatation par le cathétérisme uretéral, je ne parle pas de l'extirpation pure et simple d'un calcul arrêté dans l'uretère, ou de la néphropexie qui, en redressant la coudure, peut mettre fin à des crises d'hydronéphrose.

Telles sont brièvement présentées les ressources de la chirurgie conservatrice en matière de rétention rénale. Elles s'adressent soit à l'obstacle pour le supprimer; soit à la poche pour la rétrécir, cette dernière opération ne pouvant être que le complément de la première. Il ne faut pas oublier en outre que bien des pyonéphroses simplement néphrotomisées, guérissent après une période fistuleuse plus ou moins longue et que le cathétérisme uretéral, en favorisant dans

ces cas le drainage vésical de la poche, abrège souvent, d'une façon très notable, la durée de la guérison. Même après une intervention, la sonde uretérale protège les sutures contre le contact de l'urine et favorise la guérison.

Les indications des diverses opérations que nous avons indiquées ne se posent pas encore avec une parfaite précision. On paraît s'accorder jusqu'à présent à intervenir par la voie abominale en cas de lésions aseptiques et par la voie lombaire pour les lésions septiques. En outre, les opérations conservatrices ne peuvent se discuter, ainsi que le fait remarquer Bazy, que lorsque le rein paraît susceptible de rendre encore quelques services : l'indication est précise dans les cas d'hydronéphrose simple ; elle est moins nette dans le cas d'hydronéphrose infectée ; elle est absolue dans le cas de rein unique, quel que soit du reste l'état de ce rein.

Ces interventions doivent être précoces, pour ne pas donner à la suppuration le temps de détruire le rein : il est juste cependant de faire remarquer que la simple néphrotomie améliore les conditions de vitalité du rein et diminue par conséquent la virulence des agents infectieux ; elle permet au chirurgien de choisir le moment favorable à l'intervention. Aussi paraît-on s'accorder à pratiquer les opérations plastiques primitivement en cas d'hydronéphrose aseptique et secondairement en cas de pyonéphrose. Quant au choix de l'opération en elle-même, il est subordonné, bien entendu, à la nature de l'obstacle.

Il serait intéressant d'avoir des statistiques : les résultats ne sont malheureusement pas encore nombreux. Sur 7 cas, dont le cadre de ce compte rendu ne permet pas de donner le détail, Fenger a eu 5 guérisons et 2 récidives qui ont nécessité plus tard la néphrectomie. Les résultats opératoires de Bazy, dont les plus anciens datent de sept ans, sont aussi particulièrement favorables. Albarran, sur 8 cas, a eu 6 succès complets, 1 récidive et 1 mort : il s'agissait d'un cas particulièrement grave. Legueu a opéré 2 cas avec 2 guérisons. On voit donc que, en dépit du petit nombre d'observations, les résultats de ces opérations conservatrices sont très encourageants : ils ouvrent à la chirurgie urinaire une voie intéressante.

DEUXIÈME QUESTION

De la valeur de l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses urinaires.

Trois rapports ont été lus par MM. Saxtorph, Hogge et Pousson. Les orateurs ont eu l'heureuse idée de se partager la besogne et d'envisager successivement la tuberculose rénale, vésicale et urétro-génitale.

M. Saxtorph a étudié la question des interventions sur les vessies tuberculeuses. L'infection bacillaire peut atteindre la vessie par une double voie : les micro-organismes peuvent, après avoir infecté primitivement le rein, descendre le long de l'uretère pour arriver à la vessie ; ou bien l'infection sanguine se localise d'abord dans la prostate, la vésicule séminale, le testicule, l'épididyme, pour atteindre ensuite la vessie par continuité ou contiguité. Jamais ou presque jamais, la vessie ne se trouve être le siège d'une infection hématogène primitive. Les conséquences de cette notion, un peu absolue, sont importantes : elles conduisent, en effet le rapporteur à n'admettre d'opérations que celles qui visent le foyer primitif, soit génital, soit rénal.

Lorsqu'on peut ainsi intervenir par la néphrectomie ou par des exérèses portant sur les organes génitaux, on a des chances de voir la cystite tuberculeuse s'améliorer spontanément : dans tous les cas, une seconde intervention : taille hypogastrique et fistulisation, curetage, cautérisation, peut offrir des chances sérieuses de guérison. Lorsque, au contraire, le foyer primitif ne peut être enlevé, l'intervention ne pourra être que palliative, soit que l'on ouvre la vessie pour la mettre au repos, soit qu'on en pratique le nettoyage plus ou moins complet, soit enfin que l'on se borne au traitement local par les instillations.

Il est bien certain en effet que l'infection vésicale est fréquemment secondaire et ne peut être guéri qu'au prix d'une opération préliminaire grave telle qu'une néphrectomie : Albarran le fait remarquer depuis longtemps et ce point est actuellement hors de discussion. Mais lorsque, pour une raison ou pour une autre, on est obligé de s'en tenir à une intervention vésicale, y a-t-il quelques chances de guérison?

La question ainsi posée est trop vague et l'on pourra la discuter longtemps encore, tant que les documents précis feront défaut. D'une façon générale cependant, on peut dire que les interventions sur la vessie n'ont pas paru rallier la majorité du Congrès ; en dépit des résultats de Loumeau, la plupart des orateurs ont préconisé l'abstention et Carlier, jadis interventionniste, a paru exprimer l'opinion générale en disant que, si l'on devait opérer les reins tuberculeux, on devait se garder d'intervenir sur la vessie autrement que par des opérations palliatives.

Puisque la tuberculose vésicale est souvent secondaire à une tuberculose génitale, il est intéressant de savoir quels sont les résultats des opérations dirigées contre cette dernière : cette question a fait l'objet d'un intéressant rapport présenté par M. Hogge. Je laisserai de côté le traitement de l'urétrite postérieure, des lésions tuberculeuses de l'urètre antérieur, des ulcérations de la verge, de la cowpérite tuberculeuse, qui n'ont rien de bien spécial. Pour la tuberculose de la prostate, du déférent, des vésicules, de l'épididyme ou du testicule, l'indication opératoire est formelle et admise par tous quand il s'agit d'abcès ou de fistule : dans ces cas, l'intervention sanglante a sûrement une valeur curative plus grande et fait courir moins de risques aux malades que le traitement purement médical. Mais faut-il intervenir dans les autres stades, ainsi que certains chirurgiens conseillent de le faire pour les phases initiales de la tuberculose épididymo-testiculaire, alors qu'on se trouve en présence de formes froides, chroniques, mono ou pauci-nodulaires, et *a fortiori* dans les formes massives. Et si l'on opère dans ces conditions, où doit-on s'arrêter? Faudra-t-il se limiter à une castration partielle ou totale, ou bien extirpera-t-on le déférent ou bien enfin remontera-t-on jusqu'à la prostate et aux vésicules séminales. Toutes ces questions ne peuvent avoir encore de réponses. Et comme, d'autre part, de leur solution dépend celle de l'intervention dans la tuberculose vésicale, on voit que cette dernière question n'est pas encore près d'être résolue.

M. Pousson a lu un remarquable rapport sur la valeur de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale. Ici, les faits sont mieux connus, plus précis, et il est plus facile de se faire une opinion, ce qui tient à la localisation souvent exacte de la tuberculose dans un rein, sans participation des organes environnants ; l'infection rénale est en effet souvent primitive. En extirpant le rein on a donc des chances de supprimer le principal et quelquefois le seul foyer d'infection.

En matière de tuberculose rénale, la néphrotomie ne peut être qu'un procédé de nécessité ; la néphrectomie partielle doit être rejetée comme insuffisante ; la néphrectomie totale est l'opération de choix : elle doit être primitive quand c'est possible et se faire par la voie lombaire, qui donne une mortalité moins considérable. La statistique de M. Pousson porte sur le total considérable de 600 observations ; elle indique une mortalité de 21 p. 100 qui tombe à 11,68 p. 100 lorsqu'on n'envisage que les cas récents ; les résultats immédiats sont encourageants. Il en est de même des résultats éloignés. Si la néphrotomie ne donne que 24 survivants au bout d'un an sur 63 opérés, la néphrectomie en a donné 293 sur 335. Et les résultats sont plus brillants encore dans les interventions précoces, à la période de douleur et d'hématurie : 10 gué-

risons sur 10 cas. Il est donc utile de faire le diagnostic de bonne heure. En outre il est nécessaire, avant d'opérer, de connaître l'état de l'autre rein. Or le diagnostic précoce, la détermination de l'état du rein opposé ne peuvent se faire que par le cathétérisme uretéral que MM. Albarran et Casper sont venus défendre encore une fois : il faut ajouter du reste qu'une néphrite légère du rein non tuberculeux ne doit pas être considérée comme une contre-indication. Enfin au point de vue opératoire, M. Albarran ne pratique pas l'extirpation systématique de l'uretère parce qu'elle aggrave l'acte opératoire, parce qu'elle est presque toujours incomplète et parce que l'uretère laissé en place n'a jamais donné de fistules dans les cas qu'il a observés.

A côté de la statistique globale de M. Pousson, il est intéressant de donner les chiffres particuliers de quelques chirurgiens : Loumeau a obtenu 5 guérisons sur 5 néphrectomies ; dans deux cas, l'opération fit disparaître une cystite concomitante ; 2 néphrotomies lui ont donné 2 morts ; il serait injuste cependant de considérer cette dernière opération comme plus grave que l'extirpation ; il faut reconnaître en effet qu'on l'applique souvent aux cas désespérés. M. Albarran, sur 29 néphrectomies a eu 28 guérisons et une mort, soit une mortalité de 3 1/2 p. 100. Nicolich sur 6 néphrectomies a obtenu 5 guérisons contre un décès.

En somme, la discussion a prouvé que la majorité des chirurgiens est de plus en plus disposée à l'intervention radicale pratiquée aussi précocement que possible.

TROISIÈME QUESTION

Résultats éloignés des traitements opératoires dans l'hypertrophie de la prostate.

Cette question a été l'objet des deux rapports de MM. von Frisch et Legueu. On tend depuis quelques années à intervenir de plus en plus directement sur la prostate. Après la castration nous avons assisté à une renaissance de la prostatectomie. Cependant, avant d'aller plus loin, il est bon, je crois, d'affirmer avec Chevalier que les opérations dites radicales ne peuvent être que des procédés d'exception et que, dans la grande majorité des cas, le cathétérisme raisonné demeure le traitement de choix.

On peut intervenir dans l'hypertrophie prostatique : 1° par la cystostomie, 2° par des opérations portant sur le testicule et le cordon, 3° par des opérations intéressant la prostate.

De la cystostomie, il a été peu question : elle demeure un bon moyen de drainage; au contraire, elle ne fait que substituer une infirmité à une autre, lorsqu'on la tente pour remédier aux difficultés de la miction; c'est l'opinion de Legueu, Pousson, Loumeau, etc.

Les interventions portant sur le testicule ou sur le cordon prêtent à des considérations plus intéressantes.

La castration double a paru au début donner de bons résultats; il semble cependant qu'elle ait quelque peu perdu de la faveur des chirurgiens. Legueu, tout en reconnaissant l'amélioration fonctionnelle qu'elle donne, pense qu'il ne s'agit pas d'une véritable guérison et que des résultats aussi favorables peuvent être obtenus par d'autres traitements. Carlier pense aussi que la castration n'est qu'un moyen d'arrêt et non de guérison de la maladie. C'est aussi à cette conclusion qu'arrive Hogge. Cependant Hamonic, Loumeau se félicitent des opérations qu'ils ont pratiquées. En somme, il existe actuellement une tendance marquée des chirurgiens à intervenir plus directement par la prostatectomie, lorsqu'ils se décident à une opération.

A côté de la castration, se placent de nombreuses interventions qui en sont plus ou moins les dérivées : ce sont les vasectomies, les angio-neurectomies, les sections des canaux déférents. Leur principal avantage est de conserver le testicule. Malheureusement, les résultats obtenus sont loin de valoir ceux que donne la castration; ces opérations ne sont jamais curatrices, dit Pousson, et ne sont pas supérieures à la sonde à demeure. Carlier, qui a pratiqué 6 fois l'angioneurectomie ou plutôt la section complète de tous les éléments du cordon, n'en a obtenu que 2 fois des résultats favorables. Nicolich (de Trieste) a apporté à ce sujet une importante statistique de 35 cas de vasectomie : il n'a obtenu que 5 guérisons, soit 14 p. 100. Bien que ce chirurgien soit partisan de la vasectomie, on voit que ses résultats ne sont guère plus favorables que ceux qui ont été obtenus en France. Hogge, sur 3 vasectomies doubles, n'a obtenu que des améliorations passagères. Il faut ajouter cependant que Harisson, qui a pratiqué, dit-il, plus de 100 vasectomies chez des vieillards de plus de soixante ans, s'en est souvent félicité. Chez quelques-uns, dit-il, survient un peu d'amélioration, chez d'autres beaucoup; mais en somme chez la grande majorité même, il y avait amélioration durable.

Les interventions portant directement sur la prostate peuvent se diviser en deux catégories : intervention sanglante et incision galvano-caustique de Baltini.

Cette dernière opération a été peu pratiquée en France. Il faut reconnaître qu'on a signalé de nombreuses récidives et que ces manœuvres aveugles dans le fond d'un canal ne nous séduisent guère. Il ne faut peut-être pas cependant en dire trop de mal, car les chirurgiens étrangers ont eu recours assez souvent à cette opération. Nicolich a présenté une statistique de 29 cas avec 22 guérisons, 2 malades non améliorés et 2 morts; l'opération est surtout indiquée pour lui chez les malades qui sont obligés de se sonder régulièrement; elle permet d'éviter l'infection; même lorsque celle-ci s'est produite, l'opération peut être très utile. Frank sur 7 cas eut 6 succès satisfaisants. Freudenberg a opéré 86 fois sur 69 malades. Il a eu 50 p. 100 de guérisons, 26 p. 100 d'améliorations, 13 p. 100 d'insuccès, 11 p. 100 de morts. M. Giordano a employé le diviseur galvanique chez 15 malades : il a eu 3 améliorations, 3 résultats nuls et 9 guérisons; parmi les malades guéris, quelques-uns ont eu des récidives qui ont nécessité le cathétérisme répété; chez deux d'entre eux, il a même été nécessaire de recommencer l'opération. Tous ces résultats ne sont pas très encourageants. Ils expliquent que la section galvanique ait rencontré en France un accueil peu empressé.

Il n'en est pas de même de la prostatectomie, qui a été pratiquée assez fréquemment. Elle peut être soit partielle lorsqu'il existe une hypertrophie limitée de l'organe, soit totale dans le cas contraire. Les résultats sont souvent satisfaisants; cependant, il ne faut pas oublier, ainsi que le fait remarquer le rapporteur M. von Frisch, que les conditions mécaniques de l'obstruction sont variables suivant les cas et que l'intervention ne permet pas toujours de les supprimer toutes. Pousson a pratiqué 20 prostatectomies avec 5 morts chez des malades très âgés et profondément infectés, 6 guérisons complètes, 2 guérisons incomplètes; dans tous les autres cas, il a obtenu la cessation de la cystite et des accidents infectieux. Giordano a pratiqué 3 opérations avec une guérison, une amélioration et un résultat nul. M. Loumeau, sur 3 prostatectomies partielles, a toujours obtenu une plus grande puissance du jet urinaire et une moindre fréquence des crises de rétention; il associe volontiers à l'excision partielle l'ignipuncture profonde de la glande. M. Desnos est intervenu 29 fois avec 17 améliorations ou guérisons, 7 états stationnaires, 3 décès.

Tel est le bilan opératoire apporté au Congrès; il ne permet pas encore assurément des conclusions précises; il semble bien cependant, ainsi que l'a dit Carlier, que la prostatectomie est l'opération de l'avenir, au moins dans les cas où la vessie a conservé en partie sa contractilité.

QUATRIÈME QUESTION

Résultats éloignés des opérations sanglantes dans les rétrécissements de l'urètre.

Cette question a été l'objet de rapports de la part de MM. Harrison, Heresco et Albarran. Ainsi que nous le savons depuis longtemps, il y a lieu, au point de vue des résultats éloignés des opérations sanglantes, de distinguer soigneusement les rétrécissements inflammatoires et ceux qui sont dus à un traumatisme. Parmi les premiers même, il y a des divisions à faire.

Pour les rétrécissements inflammatoires non compliqués, toutes les méthodes peuvent être employées. L'électrolyse a donné de bons résultats à un certain nombre d'auteurs. L'urétrotomie interne ne peut guère être considérée que comme le premier temps de la dilatation progressive. Les chirurgiens qui ont pris part à la discussion ont marqué même une certaine tendance à abandonner l'incision interne. La récidive est aussi bien à craindre, dit Albarran, après la dilatation progressive qu'après l'urétrotomie interne. Noguès ne lui trouve que deux indications : les accidents infectieux et les difficultés de la dilatation; mais ce dernier cas est absolument exceptionnel. Sur 132 cas d'urétrotomie qu'il a réunis dans le service de M. Guyon, 68 qui avaient continué à se dilater sont restés guéris, 64 qui ont abandonné tout traitement ont récidivé. Janet n'a fait l'urétrotomie interne que trois fois; ses trois malades ont promptement récidivé. Legueu recourt presque toujours à la dilatation. Il est certain, en effet, que la dilatation donne d'excellents résultats et même des résultats parfaitement durables, à la condition qu'on la fasse avec méthode et qu'on la prolonge assez longtemps. L'urétrotomie externe ne donne guère de meilleurs résultats; elle nécessite la dilatation consécutive.

Lorsqu'il s'agit de rétrécissements inflammatoires compliqués de tumeur et de fistule urineuse, la dilatation progressive et l'urétrotomie interne échouent. Il faut recourir à l'urétrotomie externe et surtout à la résection, qui donne souvent de bons succès.

Enfin, dans les rétrécissements traumatiques, le meilleur mode de traitement est aussi la résection.

En somme, conclut Heresco, aucune des méthodes sanglantes actuellement connues contre les rétrécissements de l'urètre ne peut donner une guérison définitive, hormis la résection de l'urètre dans certains cas déterminés.

En dehors des quatre grandes questions mises à l'ordre du jour, le Congrès nous a fourni encore bien des communications intéressantes. Ne pouvant les analyser toutes, je me bornerai à résumer les plus importantes.

REIN

L'étude du *point de congélation du sang et des urines* est venue prendre place depuis quelque temps à côté de l'épreuve du bleu de méthylène. Le point normal de congélation du sang est — 0°56 d'après les recherches de Koranyi. Il résulte de ces recherches et de celles que Kümmel a rapportées au Congrès que, tant que l'élimination rénale est suffisante, le point de congélation du sang est compris entre — 0°55 et — 0°57. Il y aura donc lieu de s'abstenir d'opérer lorsque ces limites seront dépassées.

Pour l'urine, le point de congélation varie entre — 0°9 et — 2 degrés; sa détermination peut présenter un certain intérêt, surtout lorsqu'on peut la faire comparativement des deux côtés par le cathétérisme urétéral.

Tous ces résultats sont intéressants sans doute : il est à craindre cependant qu'on ne leur attribue une importance excessive si l'on veut en faire la base du déterminisme opératoire; la recherche du point de congélation ne peut en effet être vraiment utile que lorsqu'elle se fait comparativement des deux côtés; elle devient alors un auxiliaire de l'analyse chimique qui demeure la principale source d'indications.

Le *cathétérisme des uretères* a été l'objet de deux communications de MM. Casper et Albarran; j'ai déjà dit plus haut quelles ressources il offrait dans les fistules rénales, soit à titre préventif, soit à titre curatif. J'ajouterai seulement que Casper l'a combiné avec l'épreuve de la phloridzine; l'élimination du glucose fournit des données intéressantes et l'auteur croit y trouver la réaction la plus délicate pour apprécier l'état de la fonction rénale. C'est encore une recherche à mettre à côté de la cryoscopie et de l'élimination du bleu; on pourrait assurément prolonger beaucoup la liste en recherchant le mode d'élimination de toutes les substances qui passent par les urines, depuis l'iodure de potassium jusqu'à la créosote.

M. Escat (de Marseille) a rapporté une très curieuse observation de *néphronévrose vasomotrice et sécrétoire.* Il s'agit d'une jeune fille qui fut néphrotomisée une première fois pour une anurie calculeuse à forme hystérique qui avait duré plus d'un mois sans urémie. Un mois après l'opération, l'anurie se reproduisit et s'accompagna de vomissements; on fit cesser les accidents par une simple chloroformisation; puis, nouvelle récidive avec expulsion quotidienne et bi-quotidienne de calculs de carbonate de chaux; une seconde néphrotomie fit encore cesser les accidents; on maintint le rein ouvert pendant trois mois; la malade est actuellement bien portante trois mois après la cicatrisation de la plaie. Dans l'intervalle, elle avait eu des accès de polyurie avec urines graisseuses analogues à du lait.

M. Pousson a rappelé l'importance du *réflexe réno-rénal.* Il pense qu'il peut se produire à la longue une néphrite sympathique, comme il existe une ophtalmie sympathique; les interventions précoces auraient donc pour résultat, bien souvent, non seulement de supprimer le rein malade, mais encore de mettre à l'abri le rein sain.

Enfin MM. Michon et Pasteau ont communiqué le résultat de leurs recherches sur les *petites rétentions rénales dans le rein mobile;* elles varient de 7 à 40 centimètres cubes et mettent le rein en état d'infériorité sécrétoire. Leur diagnostic ne peut être fait ni par l'augmentation de volume du rein, ni par le degré de mobilité de l'organe, ni par la douleur, mais seulement par le cathétérisme uretéral; on peut même obtenir leur guérison par ce procédé, ainsi que les auteurs l'ont observé dans 2 cas; mais si le cathétérisme est insuffisant, il faut avoir recours à la néphrorraphie qui a été suivie de succès dans 3 cas. Le point intéressant de ces recherches, c'est que l'existence d'une petite rétention doit être dorénavant considérée comme une indication de la néphropexie.

Je me borne à signaler en terminant les communications de d'Antona et de Guillet (*néphrotomie pour tumeurs malignes*), de Nanu (*néphrotomie dans l'anurie du cancer de l'utérus*), de Mankiewicz (*opération sur un rein quand l'autre rein est malade ou manque totalement*), de Reynès (*hématurie néoplasique pseudo essentielle*), de Trekaki (*le rein mobile chez les Arabes*).

VESSIE

Une bonne partie de la quatrième séance a été consacrée à l'étude du *meilleur mode de fermeture de la vessie.* La discussion a montré que les chirurgiens ont de la tendance à revenir aux sutures simples. J'ai rapporté le résultat de mes expériences sur la réparation spontanée des plaies de la vessie : il en résulte que, chez l'animal, la vessie incisée sur une longueur de 1 à 2 centimètres se cicatrise spontanément par ses propres moyens et qu'elle est redevenue étanche au bout de quarante-huit heures environ — il s'agit bien entendu de plaies intrapéritonéales. Ces résultats

montrent bien la tendance à la cicatrisation des vessies non infectées.

Au reste, la plupart des chirurgiens recommandent la réunion totale de la vessie après la taille. La suture totale, dit Carlier, ne reconnaît d'autres contre-indications que l'altération trop profonde de la vessie ou de l'urètre; elle demande à être complétée par le drainage de la cavité de Retzius, afin d'éviter l'infiltration au cas où l'un des points viendrait à céder. M. Michaïlowsky a pratiqué 28 fois la taille hypogastrique avec suture totale; il a eu 2 morts (anurie et infection). M. Delagrammatica défend aussi la suture totale. Incidemment s'est greffée à ce sujet une petite discussion sur la sonde à demeure. M. Nicolich ayant dit qu'il la considérait comme dangereuse, M. Legueu est venu défendre la vieille doctrine et déclarer qu'il considérait la sonde à demeure, non certes comme toujours nécessaire, mais comme souvent utile. A noter encore que la plupart des orateurs ont déclaré que la suture réussit beaucoup mieux chez l'enfant que chez l'adulte.

Les *calculs de la vessie* ont donné lieu à plusieurs communications dans la même séance. M. Chevalier a rapporté un cas dans lequel les concrétions incrustaient la muqueuse et nécessitèrent le curetage : M. Suarez de Mendoza, 2 cas de calculs enkystés; M. Reynès, un cas d'extraction d'épingles à cheveux à l'aide de l'examen cystoscopique. M. Pavone une observation de calcul vésical développé autour d'une épingle à cheveux; M. Sepp, une observation de calcul vésical développé autour de fils de soie placés sur la vessie pendant une laparotomie. M. Hache a recommandé la boutonnière périnéale pour l'extraction de calculs chez l'enfant. Enfin, nous avons eu quelques considérations ethnologiques sur la lithiase urinaire. M. Trekaki nous a rappelé qu'elle était très fréquente en Egypte (10 p. 100 environ des indigènes hospitalisés) : il attribue ce fait à la consommation d'eau du Nil, très chargée en sels, et à la présence d'œufs de bilharzia dans l'appareil urinaire. M. Preindsberger a étudié la lithiase en Bosnie : il a reconnu qu'elle y était 4 à 5 fois plus fréquente qu'en Bohême et qu'on la rencontrait plutôt chez les chrétiens que chez les mahométans. Enfin, M. Kallionzis nous apprend, contrairement à l'opinion commune, que les calculs sont fréquents en Grèce, ce qui serait dû, d'après lui, à la diète végétale exclusive et surtout à l'abus sans limites de la tomate fraîche.

M. Pasteau communique le résultat de ses nouvelles recherches sur les *propagations ganglionnaires dans les néoplasmes vésicaux*, il en résulte que l'on doit toujours craindre l'adénopathie en cas de cancer infiltré.

M. Motz examinant des *prostates de maladies non prostatiques* a trouvé 13 fois sur 16 une prolifération épithéliale anormale.

MM. Janet, Hogge et Nanu ont repris la question de la *bactériurie* et de son traitement. Contre les bactériuries rebelles, Janet et Hogge se sont bien trouvés de l'emploi de l'urotropine à la dose de 0 gr. 25 à 1 gramme par jour. Nous avons là en effet un précieux moyen de désinfection de l'appareil urinaire; par son emploi, même à faible dose, les urines s'éclaircissent et demeurent claires aussi longtemps que le malade continue le traitement; mais le trouble reparaît dès qu'on l'interrompt. En outre, l'urotropine présente sur le salol l'avantage d'être parfaitement toléré.

MM. Albarran et Cottet exposent la suite de leurs recherches sur les *infections urinaires déterminées par des microbes anaérobies*. L'espace nous manque pour analyser les intéressants résultats qu'ils ont obtenus. Leurs conclusions générales sont les suivantes :

1° Les microbes anaérobies peuvent déterminer, seuls ou associés aux aérobies, des infections urinaires bénignes.

2° Ces organismes jouent un rôle prépondérant ou exclusif dans presque toutes, sinon dans toutes les infections graves diffuses, à tendances gangréneuses.

3° Les anaérobies peuvent être, aussi bien que les aérobies, les agents de l'infection générale.

Je signalerai en terminant une intéressante communication de M. Denis Courtade sur les *troubles vésicaux d'origine neurasthénique et leur traitement par l'électricité* un travail de M. Guisy sur les *névropathies et psychopathies urinaires*, des recherches expérimentales de M. Bruni, sur la *toxicité de l'urine et son immunisation*, un travail de M. Goldberg sur le *traitement de la neurasthénie urinaire*, des communications de MM. Le Clerc-Dandoy (*nouveau procédé de drainage vésical après la taille sus-pubienne*), Loumeau (*fistules vésico-vaginales traitées par le dédoublement*), Young (*cystite due au bacille typhique*), Escat (*leucoplasie vésicale primitive hémorragique*).

URÈTRE

M. Legueu rapporte deux cas de *cathétérisme rétrograde pour rupture de l'urètre*; il s'agissait de rupture de l'urètre postérieur : un malade mourut quelques jours après l'opération, qui ne doit pas être considérée comme responsable de la mort; l'autre guérit par première intention. L'auteur oppose ce résultat à ce qui serait arrivé si, renonçant à trouver le bout postérieur de l'urètre, il s'était contenté de bourrer la plaie périnéale comme certains le proposent.

M. Perkouski rapporte un cas de *blennorragie chronique dans un urètre surnuméraire*; le malade fut guéri par l'incision du canal anormal.

M. Janet fait une communication sur le *traitement de la blennorragie chez la femme*; l'infection peut porter sur l'urètre, les glandes de Skene, les glandes de Bartholin, le vagin ou le col utérin; tous ces foyers doivent être désinfectés. Janet lave l'urètre au moyen d'une canule à jet récurrent avec une solution de permanganate de 0,50 à 1 p. 1 000; les glandes de Skene sont vidées par pression et lavées au moyen d'une seringue munie d'une fine canule mousse, avec la solution de permanganate à 1 p. 300; les glandes de Bartholin sont traitées par les mêmes procédés; le vagin est lavé au permanganate à 0,50 p. 1 000 et le col est badigeonné avec un tampon également imbibé de permanganate à 1 p. 100.

M. Pasteau s'est occupé du traitement des *névralgies urétrales*. Il peut persister après l'urétrite chronique, surtout chez la femme, des douleurs urétrales qui revêtent parfois le caractère névralgique. La cause première étant l'urétrite, il faut chercher à employer un agent antiseptique; comme la douleur est l'élément principal, il faut anesthésier le canal, et comme il existe ordinairement de la contracture du sphincter, il faut dilater.

L'auteur a employé dans ces cas, avec succès, un béniqué cannelé et muni d'un canal central, de façon à pouvoir faire des instillations sur dilatation, comme on fait l'urétrotomie interne sur dilatation dans certains cas. Il injecte soit de l'huile gaïacolée à 5 p. 100, soit de l'huile gomenolée à 10 ou 20 p. 100. Il faut joindre du reste, à ce traitement local, le traitement général, l'hydrothérapie, etc.

MM. Frank et Freudenberg ont fait des communications sur les lésions blennorragiques de la prostate, M. Dorst sur la phagocytose.

OPHTALMOLOGIE

Par **M. TERRIEN**, chef de la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Rapport sur la valeur comparée de l'énucléation et des opérations proposées pour la remplacer. — M. Pfluger (de Berne) formule ainsi les indications de l'*énucléation* : elle est *commandée* dans les cas de tumeurs malignes du globe, de l'orbite, les cas d'ophtalmie sympathique déclarée et de phtisie douloureuse. Elle est indiquée, en concurrence avec d'autres opérations, dans les cas d'irritation sympathique, et de traumatismes graves du globe, ou dans tous les cas de panophtalmie où l'on peut supposer et craindre l'exfoliation nécrotique de la sclérotique.

L'*éviscération* au contraire est indiquée dans les panophtalmies récentes, la majorité des cas de blessures perforantes et certains cas de staphylomes de la cornée. Les glaucomes absolus et les leucomes totaux de la cornée demeurent justiciables de la neurectomie. Enfin l'abscission de la cornée sera réservée aux staphylomes de la cornée.

Les conclusions de M. de Schweinitz sont à peu près identiques. Mais suivant lui, il n'y a pas d'opération qui puisse parfaitement remplacer l'énucléation et, par suite, on doit continuer à pratiquer cette opération dans plusieurs, sinon dans la majorité des cas.

M. Swanzy, après avoir passé en revue dans son rapport l'énucléation, l'éviscération, l'opération de Mules, l'amputation du segment antérieur se rallie aux conclusions précédentes. La neurotomie et la névrotomie optico-ciliaires doivent être rejetées.

Pour Snellen, l'énucléation du globe oculaire est l'opération classique qui, dans nombre de cas, restera toujours inévitable ; les limites de son application sont amplifiées par l'exactitude et la sûreté de son exécution. Mais celle-ci doit être très soigneusement faite et surtout la prothèse doit être améliorée. Pour cela, M. Snellen a fait construire par les frères Müller (de Wiesbade) des yeux à double paroi. Ces yeux à contours arrondis s'adaptent sur la conjonctive et s'appliquent beaucoup plus facilement que les anciens yeux dont les bords sont plus aigus. Outre l'avantage de bien remplir l'orbite, ces nouveaux yeux donnent aussi de meilleurs résultats sous le rapport de la mobilité. Enfin les lunettes protectrices, si elles étaient employées plus souvent, préserveraient bien des yeux de l'énucléation.

M. Abadie rapporte une observation d'ophtalmie sympatique survenue malgré l'énucléation préventive et guérie à l'aide d'injections de cyanure de mercure à 1 pour 100 (quatre gouttes à la fois) dans la cavité même du moignon. M. Darier suivit cet exemple dans un cas et eut aussi un excellent résultat.

MM. Gayet, Galezowski et Tranchart restent fidèles à l'énucléation dans la plupart des cas, car toute opération ayant pour but de conserver la moindre trace de moignon est dangereuse pour l'avenir au point de vue sympathique (Galezowski). Pour M. Gayet, l'énucléation restera une des opérations les plus bienfaisantes dont l'humanité ait jamais profité. Afin d'éviter toute chance d'infection, M. Gayet conseille de bien faire l'hémostase après l'opération : pour cela, irrigation avec l'eau glacée aussitôt après l'opération, expression de tous les caillots remplissant la cavité orbitaire et pansement très compressif. Quant à l'énucléation dans la panophtalmie, l'auteur a eu 2 cas de mort sur 300, mais il pense que dans ces cas la mort ne doit pas être rapportée à l'opération mais à une maladie intercurrente, aussi reste-t-il fidèle à l'énucléation.

M. de Lapersonne (de Lille) préconise au contraire la cautérisation ignée dans la panophtalmie. Le thermocautère est introduit dans la cavité et détruit tout le tissu purulent. Il semble que le thermocautère agisse par rayonnement sur les germes infectieux qui ont déjà dépassé la sclérotique. Dans tous les cas de panophtalmie, même les plus avancés, l'exentération ignée doit remplacer l'exentération. M. Péchin qui l'a essayé dans un cas s'en est bien trouvé.

Après l'exentération, M. Vacher (d'Orléans) cautérise la cavité avec le chlorure de zinc à 10 p. 100.

M. Rochon-Duvigneaud, lorsque la conservation de l'œil est possible, a employé avec succès dans deux cas un mode d'amputation spéciale ayant pour but d'enlever tout le segment antérieur de l'œil y compris le cristallin et le corps ciliaire par une incision passant au devant des tendons des muscles droits et respectant ces tendons. Dans les deux cas les douleurs disparurent et la prothèse fut excellente.

M. Truc fait remarquer que l'énucléation est indiquée dans l'ophtalmie sympathique et le cancer de l'œil. En dehors de ces cas, l'énucléation doit céder le pas aux opérations conservatrices.

Dans cet ordre d'idées, M. Fage (d'Amiens) rapporte de bons résultats de la résection optico-ciliaire dans le glaucome absolu M. Boucheron insiste sur les avantages de cette opération.

M. Lagrange, afin de renforcer le moignon après l'énucléation, a essayé la greffe de tissu vivant introduit soit dans la capsule de Tenon, soit dans la sclérotique évidée. Après avoir employé successivement des têtes de fémur enlevées à des lapins ou à des chiens vivants, des sphères d'os décalcifié, il a employé et des yeux vivants de lapin. Ces dernières greffes lui ont donné des résultats assez heureux.

Rapport sur les névrites optiques toxiques. — M. Uhtoff (de Breslau). Un essai de groupement des névrites toxiques d'après les caractères anatomiques et cliniques est entièrement justifié.

A. Dans le *premier groupe d'intoxications*, l'aspect clinique est celui de la névrite rétro-bulbaire partielle avec scotome central et champ visuel périphérique intact (alcool, tabac, puis sulfure de carbone, arsenic, iodoforme, datura stramonium, haschich).

B. Le *second groupe* est représenté par la *quinine*, puis l'acide salicylique, la fougère mâle et l'écorce de racine de grenadier. Les modifications consistent principalement en des altérations du système vasculaire.

C. L'intoxication par le plomb tient le milieu entre ces deux groupes. Quant aux troubles nerveux déterminés par la nitrobenzine, l'aniline, le venin des serpents et la pellagre, ils ne sont pas typiques et ne peuvent être rangés dans l'un de ces groupes.

D. Les auto-intoxications par élimination insuffisante de poisons en conséquence d'affections de certains organes ne semblent pas capables en général de déterminer des altérations du nerf optique avec troubles visuels consécutifs.

Quant à la nature des lésions, l'auteur ne pense pas que l'amblyopie toxique soit due à une inflammation primitive des cellules ganglionnaires de la rétine avec atrophie simple ascendante des fibres du nerf optique, mais ceci est possible pour les autres intoxications.

Arrivant ensuite aux névrites infectieuses, l'auteur conclut que la névrite optique infectieuse est d'une grande rareté vis-à-vis de la névrite optique toxique.

Anatomie pathologique des névrites optiques toxiques. M. Nuel. — A. *Amblyopie quinique*. La première altération est la chromolyse des cellules nerveuses de la rétine. L'anémie rétinienne joue probablement le principal rôle, mais on ne saurait exclure l'idée d'une action nocive exercée par le poison sur les cellules rétiniennes.

B. *Amblyopie filicilique*. C'est le type de l'amblyopie aiguë. Les lésions sont essentiellement parenchymateuses; les lésions interstitielles ne sont que secondaires.

C. *Amblyopie alcoolico-tabagique*. Caractérisée par une dégénérescence atrophique du faisceau des fibres maculaires, qui probablement commence à la périphérie, et remonte ensuite systématiquement à travers le nerf, le chiasma et les bandelettes optiques. Elle s'étend de plus à la rétine, où les fibres et les cellules nerveuses maculaires dégénèrent et se détruisent en majeure partie.

L'auteur ne pense pas que cette névrite ait une origine rétinienne.

Pathogénie de l'amaurose quinique. — D'après des expériences faites sur le chien, M. Druault se range à l'opinion qui fait de l'amaurose quinique une dégénérescence des cellules ganglionnaires de la rétine. Mais celle-ci est surtout le fait d'une action directe du poison et non de la vasoconstriction comme on l'admet généralement. Deux faits nouveaux démontrent qu'il ne s'agit pas d'une névrose ischémique :

1° La dégénérescence respecte le centre de la rétine et le fait ne peut s'expliquer par une disposition vasculaire.

2° Si la quinine est donnée cinq ou six jours après qu'une section du nerf optique a été faite en arrière de l'entrée de l'artère centrale, l'action du poison ne se manifeste plus d'une façon appréciable sur les cellules ganglionnaires de la rétine, quoique la vaso-constriction puisse se faire comme sur un œil non névrotomisé.

M. Sourdille a eu dans deux cas l'occasion d'observer les lésions des nerfs optiques. Les lésions portaient surtout sur les capillaires interfasciculaires, ce qui l'incline à penser qu'on ne doit pas être trop exclusif, les lésions pouvant être à la fois interstitielles et parenchymateuses.

M. Kopff rapporte l'observation d'une névrite optique bilatérale, infectieuse grave, d'origine grippale, survenue au cours d'une grippe de forme en apparence atténuée et qui a marché vers la résorption sans avoir le temps de trop comprimer et de détruire les fibres optiques sous l'influence d'un traitement qui avait surtout pour objectif l'élimination des agents toxiques et leur destruction.

M. Santos-Fernandez (de la Havane) insiste sur l'amblyopie par névrite périphérique, due aux auto-intoxications d'origine intestinale et M. Dor relate une série d'observations de névrites au cours d'oreillons. Le pronostic est généralement bénin, mais la névrite optique ourlienne, bien que rare, doit figurer dans les névrites toxiques infectieuses.

M. Rochon-Duvigneaud cite une observation d'amblyopie survenue brusquement au cours d'un carcinome gastrique.

Les papilles étaient pâles, les artères étroites, mais le sang circulait. A l'autopsie on ne trouva pas trace d'atrophie ni aucune autre altération. La pathogénie reste obscure. Ce peut être une intoxication, mais il nous paraît logique de tenir compte de l'anémie extrême des centres nerveux qui, d'ailleurs, ne suffit pas pour expliquer l'amblyopie.

M. Darier fait remarquer que souvent l'amblyopie toxique apparaît à l'occasion de troubles digestifs qui agissent comme cause occasionnelle.

M. Parinaud pense qu'il s'agit d'une lésion des neurones centraux et probablement d'une sélection du poison sur les centres nerveux. Avec ces deux données, les caractères de l'amblyopie toxique s'expliquent très facilement : localisation maculaire et dégénérescence tardive du nerf optique.

Pour M. Bloch, on néglige souvent de tenir compte de l'importance de l'amblyopie périphérique dans les névrites infectieuses. Le champ visuel est rétréci au début.

Rapport sur les centres corticaux de la vision. — M. Angelucci expose ainsi le mécanisme de la vision consciente : les impressions du monde extérieur, transformées tout d'abord dans les couches externes de la rétine en actions chimiques et en mouvements, provoquent un travail tellement associé dans toute la chaîne des neurones visuels, que la réaction d'une rétine peut en éveiller une semblable dans la rétine de l'autre côté. Ce processus provoque dans le cerveau, par l'intermédiaire des centres corticaux et sous-corticaux, d'autres processus d'association destinés à l'efficacité des fonctions sensitives et motrices de l'appareil périphérique.

La vision ne devient un phénomène conscient que par l'acquisition de nouveaux arcs de neurones. Ainsi nous voyons, en montant dans la série animale, un effort constant dans le mécanisme visuel pour atteindre ce but.

Tout d'abord un organe périphérique (rétine) réuni à un centre; puis le centre gagne en évolution et en nombre de connexions en constituant le lobe optique. Enfin la participation des hémisphères aux fonctions nerveuses transporte dans le manteau cérébral des actions plus complexes; parmi celles-ci la plus élevée consiste dans les fonctions de neurone cortical qui domine en outre la motilité oculaire suivant les lois des projections visuelles.

M. Bernheimer (de Vienne). — Abstraction faite des différentes opinions sur le mode de représentation de la macula dans l'écorce cérébrale, les auteurs ne sont pas tout à fait d'accord sur la limitation exacte de la sphère visuelle dans l'écorce cérébrale. Cependant, la plupart admettent que le lobe occipital est le siège de la sphère visuelle.

D'après l'auteur, la sphère visuelle chez le singe s'étend de la pointe du lobe occipital jusqu'à la scissure pariéto-occipitale; le gyrus angulaire n'en fait pas partie, bien qu'intérieurement uni, anatomiquement et physiquement, à la sphère visuelle.

Le point le plus important est la question du siège de la vision distincte dans le centre visuel.

La conclusion de l'auteur est qu'il n'y a certainement pas dans le corps genouillé une région circonscrite où les fibres maculaires se terminent exclusivement, mais qu'au contraire les fibres maculaires peuvent être reliées à presque toutes les parties du corps genouillé externe.

Mais comment s'établissent les communications de ces fibres maculaires avec l'écorce du lobe occipital? Pour l'auteur, l'influx lumineux qui, par les fibres maculaires, arrive dans le corps genouillé externe peut être conduit sans déperdition, ou seulement avec une déperdition minime, jusqu'à l'écorce cérébrale, même si les fibres habituelles de la radiation optique en rapport avec les terminaisons maculaires sont complètement ou partiellement détruites par un foyer morbide.

M. Henschen, rapporteur, étudie successivement les voies optiques extra-cérébrales, puis intra-cérébrales, et arrive aux conclusions suivantes :

La situation des fibres optiques est homonyme dans la rétine et dans les voies optiques frontales, et les divers quadrants de la rétine correspondent à des faisceaux qui se continuent séparés jusqu'au corps genouillé. Le ganglion genouillé interne et les tubercules quadrijumeaux postérieurs semblent n'avoir aucune signification directe pour la vision.

Quant aux voies optiques occipitales, l'auteur, en opposition avec Monakow, Sachs et d'autres, s'appuyant sur de nombreuses observations, persiste dans sa manière de voir antérieurement exprimée et localise *la macula dans la partie la plus antérieure de la scissure calcarine*.

Une lésion de la portion dorsale des voies optiques dans le corps genouillé externe, en arrière de ce ganglion ou dans l'écorce de la scissure calcarine, produit une hémianopsie en quadrant en bas, et une lésion ventrale de ces mêmes organes produit l'hémianopsie dans le quadrant supérieur.

L'analyse anatomo-clinique, basée sur tous les cas connus, suivis d'autopsie, localise donc le centre visuel dans l'écorce de la scissure calcarine et à son voisinage le plus immédiat. Toutefois, il est impossible, pour le moment, d'indiquer d'une manière exacte les limites de la surface qui reçoit immédiatement les excitations lumineuses provenant de la rétine.

M. Monakow pense, contrairement à l'opinion d'Henshen, que la projection n'est pas fixe et isolée. La preuve en est que l'ablation complète de la sphère visuelle n'entraîne pas une dégénération complète du faisceau optique. Pour lui, la théorie de M. Henschen n'est pas encore assez appuyée par les faits ses conclusions sont de pures hypothèses.

D'après les faits de cécité corticale qu'a observés M. Déjerine, il n'admet pas pour sa part qu'il y ait une représentation corticale de la vision sur la face externe de l'hémisphère. La cécité relevait, dans tous les cas observés par lui, de lésions observées à la face interne du lobe occipital.

M. Henschen. M. Berheimer prétend que toutes les fibres musculaires sont dispersées dans le corps genouillé, mais c'est une hypothèse et on ne peut le prouver.

M. Bernheimer est d'accord avec Monakow : il n'existe pas pour lui d'hémianopsie purement maculaire. D'après ses expériences, une telle hémianopsie maculaire est impossible à cause des ramifications des fibres maculaires dans le corps genouillé externe. Les cas pathologiques ne sont pas toujours décisifs parce qu'on les examine généralement trop tard et qu'il y a des altérations secondaires. L'auteur a fait des expériences en détruisant la macula chez des singes à l'aide d'une aiguille à discision et il a trouvé une dégénérescence jusque dans le ganglion et disséminée dans tout ce ganglion.

A ce propos, M. Cosmettatos communique les résultats de ses expériences sur les dégénérescences expérimentales des voies optiques du pigeon, faites sous l'inspiration de M. Panas dans son laboratoire. Ces dégénérescences produites soit par l'éviscération de l'œil, soit par la cautérisation du lobe optique, ont montré dans le premier cas la dégénérescence du nerf optique ainsi que de la bandelette du côté opposé, l'entrecroisement se faisant par fibres et en totalité. Dans le deuxième, on a trouvé une dégénérescence des fibres d'origine du nerf oculomoteur des deux côtés, ainsi que de nombreuses fibres dans les faisceaux longitudinaux postérieurs.

Rapport sur le traitement avant et après l'opération de la cataracte. — M. Schiœtz (de Christiania), rapporteur. En ce qui concerne l'opération de la cataracte, on peut considérer, à très peu d'exceptions près, le globe oculaire comme aseptique; mais il n'en est pas de même des parties voisines de l'œil : bords palpébraux, conjonctive et sac lacrymal. Il est à peu près impossible de les nettoyer d'une manière satisfaisante, tant que les cils y restent; il faut donc les arracher, arrachement qui ne produit aucune réaction et, s'il y a blépharite, l'épilation est le seul procédé pour obtenir la guérison.

Le sac conjonctival lui aussi contient toujours des bactéries, d'où nécessité d'irrigations avant l'opération, ayant pour but d'éloigner mécaniquement le plus possible les éléments nuisibles. Mais avant tout, il est nécessaire d'appliquer un *pansement-témoin*, seize à dix-huit heures avant l'opération; si le pansement est sali, celle-ci devra être retardée.

Après l'opération, l'auteur, comme le professeur Hjort, préconise la suppression de tout pansement qui a souvent une action irritante. De plus, l'absence de pansement rendrait l'infection secondaire beaucoup plus rare, surtout si le traitement avant l'opération a été fait avec soin.

M. Landolt reste partisan du pansement binoculaire avec immobilité des yeux et repos au lit à l'obscurité. Cette méthode préviendra la hernie de l'iris et elle a peu d'inconvénients à son actif.

D'après M. Valude, les reproches adressés au pansement classique ne sont pas justifiés, mais il se contente d'un pansement monoculaire et laisse ses malades dans une chambre claire. Le pansement est laissé quatre jours en place. S'il y a infection, l'auteur se contente d'arroser largement l'œil infecté, 6 fois par jour, avec une solution de sublimé au millième et conjointement on instille de l'atropine.

Les précautions à prendre avant l'opération doivent être minutieuses mais l'épilation lui semble exagérée. L'auteur, après avoir nettoyé la région, instille largement dans l'œil une solution de formol au millième et tient l'œil couvert jusqu'au lendemain sous un léger bandeau. Le formol a la propriété spéciale et précieuse d'empêcher la pullulation des spores et des microbes à naître.

M. Lagrange reste fidèle aux grands lavages avant l'opération, lavages qui agissent surtout mécaniquement, mais il repousse l'épilation, qui lui semble une méthode barbare et inutile. La suppression du pansement ne lui semble pas non plus devoir être acceptée, car le pansement est l'agent protecteur par excellence et favorise le travail de cicatrisation.

M. Mac Hardy n'approuve pas l'épilation. Il est partisan du pansement protecteur et se sert de la coque de Snellen. Souvent même il met des entraves aux mains, non pour les immobiliser, mais pour rappeler l'opéré à l'ordre. De même M. Bourgeois (de Reims) applique toujours le pansement.

M. Javal fait remarquer par expérience qu'un pansement même compressif n'immobilise pas le globe oculaire, ce à quoi M. Panas répond qu'il faut savoir faire le pansement qui alors sera immobilisateur, et M. Lagrange partage cette opinion.

MM. Kühnt et Galezowski se déclarent partisans du lavage des voies lacrymales avant l'opération.

Rapport sur l'accommodation de l'œil. — M. Hess (de Marbourg), rapporteur. On peut ramener à deux les théories sur le mécanisme de l'accommodation : l'une explique l'augmentation de courbure du cristallin par relâchement de la zonule : c'est la théorie d'Helmholtz; l'autre explique cette augmentation par une traction exercée sur la zonule. Cette dernière, émise par Mannhardt, fut reprise par Tcherning.

D'après les expériences de l'auteur, la zonule est complètement relâchée pendant l'accommodation, à l'inverse de ce qu'avance Tcherning.

Et, en effet, lorsqu'on a produit une forte contraction du muscle ciliaire par instillations d'ésérine, le cristallin tremblotte beaucoup sous l'influence de petits mouvements de l'œil.

Quant à la pression oculaire pendant l'accommodation, elle est la même en avant et en arrière du cristallin; la pression dans la chambre antérieure n'augmente pas. Enfin, l'auteur rejette l'accommodation astigmatique et corrige toute la myopie. Dans le glaucome, il est aussi inutile de prescrire des verres convexes pour supprimer tout effort.

M. Schön. A l'état d'accommodation, le noyau de l'œil, entouré de la capsule cristallinienne, des fibres antérieures de la zonule, des fibres et des parties tendineuses du muscle ciliaire et du nerf optique, est en un contact moins étroit avec la sclérotique qu'à l'état de repos, et il peut alors descendre plus aisément pendant l'accommodation.

M. Lagrange, préfère, au contraire, ne pas corriger toute la myopie et dans le glaucome il corrige soigneusement la réfraction. Il pense en outre qu'il peut exister des contractions partielles du muscle ciliaire, ce qui est aussi l'avis de M. Ostwald.

M. Guende (de Marseille) admet, d'après les observations cliniques, que la zonule est relâchée pendant l'accommodation, et M. Darier se rallie à la théorie d'Helmholtz.

M. Scherning. La forme d'équilibre du cristallin ne correspond nullement à la forme accommodative, comme l'exigerait l'hypothèse d'Helmholtz; elle se rapproche au contraire de la forme de repos. L'hypothèse d'Helmholtz semble donc inacceptable. Dans certains cas pathologiques, on peut pourtant trouver le cristallin en « état accommodatif ». C'est lorsque la zonule a été pendant la vie exposée à une traction insolite.

M. Hocquard fait à ce propos une communication sur le muscle ciliaire et le mécanisme de l'accommodation et montre de belles planches à l'appui.

En se contractant, le muscle ciliaire se ramasse d'arrière en avant, augmentant ainsi son diamètre équatorial; alors la zonule se relâche et les procès ciliaires se portent en dedans vers l'axe antéro-postérieur de l'œil.

Dans l'opération de la cataracte, le sac cristalloïdien, vidé de son contenu, s'étale et s'étire sur le corps vitré; c'est la preuve que la zonule est normalement tendue à l'état de repos de l'œil. Cette tension est due, non au corps vitré, comme le croyait Helmholtz, mais aux procès, organes érectiles qui appuient sur les cordages zonulaires comme les marteaux d'un piano sur ses cordes.

Rapport sur la réforme de la notation de l'acuité visuelle. — M. Javal (de Paris), rapporteur. Dans les tables de Snellen la grandeur varie sans aucune règle déterminée. L'auteur propose d'y substituer une progression géométrique dans la dimension des lettres. On adoptera des caractères de la forme la plus simple, et la hauteur des lettres sera de quatre fois l'épaisseur des traits. On se servira de préférence de tables transparentes. On pourrait éliminer tout arbitraire en désignant les différents degrés de l'échelle par la hauteur des lettres qui les composent.

M. Pergens présente des tableaux originaux pouvant servir de types optométriques.

M. Landolt n'est pas partisan de la progression géométrique parce que l'important est de déterminer l'acuité visuelle à une grande distance, c'est-à-dire à cinq mètres. On ne peut penser à un intervalle égal en pratique.

M. Javal répond à M. Landolt qu'il considère la notation décimale comme une erreur, car elle n'est toujours que l'expression d'une fraction, au contraire la progression géométrique part d'une théorie juste et doit servir de base aux échelles.

COMMUNICATIONS DIVERSES

De l'abrine dans les granulations conjonctivales, par MM. de Lapersonne et Painblan (de Lille). — Les conclusions de ce très intéressant travail sont les suivantes:

1° Sur la conjonctive saine du lapin, l'abrine a pour effet très rapide de produire un appel considérable de leucocytes polynucléaires ou mononucléaires volumineux, accompagné d'une énorme transsudation séro-fibrineuse et de la chute de l'épithélium conjonctival.

Sur la conjonctive granuleuse, au deuxième ou troisième jour de l'ophtalmie abrinique, on constate la fausse membrane infiltrée de leucocytes.

L'abrine en contact avec la conjonctive saine ou granuleuse exerce donc une attraction, une chimiotaxie positive vis-à-vis des leucocytes polynucléaires.

2° M. Calmette ayant réussi à immuniser des lapins contre l'abrine et à produire un sérum très anti toxique et énergiquement préventif, nous avons constaté que le sérum empêchait ou atténuait l'inflammation abrinique suivant le moment de l'application. Chez l'homme les résultats ont été analogues, du moins dans les premières heures. On peut supposer que l'abrine agit en activant la formation du tissu cellulaire qui transforme peu à peu la granulation en tissu fibreux de cicatrice. Quant à la rapide disparition du pannus kérato-conjonctival, on peut admettre qu'elle est favorisée par de véritables thromboses leucocytaires dans les fins vaisseaux de la conjonctive et de la cornée.

M. Menacho se rallie aux conclusions précédentes; comme l'a dit le professeur Panas, le jéquirity est avant tout un moyen cornéen. Pour M. Santos-Fernandez, il n'est pas spécifique des granulations et M. Kuhnt lui préfère son procédé d'expression. M. Lagrange, au contraire, préconise le brossage et M. Galezowski l'excision des culs-de-sac.

M. Ostwald a expérimenté le jéquirity sur l'œil de lapin et est parvenu à doser l'effet thérapeutique du médicament.

Traitement des abcès du sinus frontal. — M. Vieusse (de Toulouse) préfère au cathétérisme la trépanation du sinus, ou l'ablation large de la paroi du sinus, procédé encore plus facile et plus curatif. Il laisse après guérison un aspect cosmétique parfait du visage.

Bactériologie des empyèmes des sinus de la face, par MM. Stanculeanu et Baup (de Paris). — On peut cliniquement et bactériologiquement distinguer deux variétés d'empyèmes des sinus de la face : l'une à pus fétide, polymicrobien, renfermant surtout des espèces anaérobies (bacillus ramosus, serpens, perfringens, etc.) et consécutive à des infections d'origine dentaire; l'autre d'origine nasale, à mucopus non fétide, ne renfermant que des espèces aérobies banales, hôtes habituels de la cavité nasale.

Les collyres huileux en ophtalmologie. — M. Scrini rappelle les avantages des collyres huileux sur les aqueux, avantages qu'il a déjà mis en relief en 1898, avec le professeur Panas et qui sont :

Facilité de préparation; tolérance, conservation et asepsie parfaite des solutions ; facilité d'application et action plus énergique. Pas d'exfoliation de l'épithélium cornéen avec la cocaïne huileuse; l'ésérine en solution huileuse ne se transforme jamais en rubrésérine. M. Chevalier (du Mans) confirme les résultats obtenus par l'auteur.

Voies lacrymales. — M. Grand-Clément (de Lyon) préconise dans les affections des voies lacrymales le massage combiné à l'aspiration par les fosses nasales que le malade exécute lui-même plusieurs fois par jour. Ce traitement prévient l'ectasie du sac lacrymal et lui a donné de bons résultats.

M. Fage (d'Amiens) s'est bien trouvé de l'électrolyse. Le cathétérisme électrolytique dans les rétrécissements, abrège la durée de la guérison et la rend plus stable.

Il faut renouveler l'opération plusieurs fois, à six ou huit jours d'intervalle, en n'employant que des courants de 6 à 8 millampères au début, et seulement 4 à 5 milliampères après. On voit alors l'injection passer facilement par le canal nasal et la sécrétion catarrhale avoir tendance à diminuer ou à disparaître. Lagrange avait déjà signalé cette action bactéricide que nos examens bactériologiques ont confirmée.

M. Lagrange est heureux des résultats obtenus par M. Fage qui confirment ses travaux sur ce sujet. Il insiste sur la nécessité des courants faibles et sur le pouvoir bactéricide et antiseptique de l'électrolyse.

M. Menacho, qui lui aussi l'a employée, s'en est bien trouvé, mais ne lui trouve pas une grande supériorité sur les autres méthodes, ce qui est aussi l'opinion de MM. Jocqs et Grand-Clément.

CATARACTE. — M. VACHER (d'Orléans) emploie, dans l'opération de la cataracte, le procédé à pont scléro-conjonctival. Il consiste, avant de terminer la section, à cheminer sous la conjonctive et laisser une languette de conjonctive non interrompue longue de dix millimètres environ. La lentille vient sortir sous le pont conjonctival qui empêche le renversement du lambeau cornéen et s'oppose à la hernie du vitré.

M. HOCQUARD (de Besançon) communique à ce propos les résultats anatomiques qu'il a pu observer dans les plaies cornéennes après l'opération de la cataracte et montre des planches très belles d'où il résulte que la section siège toujours très en avant du tendon du muscle ciliaire.

M. TERRIEN (de Paris) présente le résumé d'une série d'observations qui démontrent la supériorité de l'extraction totale de la cataracte secondaire, opération complète et définitive, sur les autres opérations.

On n'a pas à craindre le tiraillement de la zonule comme cela résulte de ses recherches, car on ne trouve jamais de fibres zonulaires adhérentes à la capsule.

L'auteur a cherché à reproduire par la photographie la différence entre les images vues les unes à travers une membranule préalablement divisée, les autres sans membranule, et la différence est tout à l'avantage de ces dernières.

GUÉRISON DE LA MYOPIE PAR LA NASALOREXIS, RÉSULTATS TRÈS ÉLOIGNÉS. — M. ROLLAND (de Toulouse) combine à la cure d'ésérine chez les myopes l'élongation du nerf nasal qui peut être faite sans anesthésie générale et est facilement acceptée. Les résultats sont durables : les résultats éloignés prouvent que la guérison radicale des myopies dynamiques persiste, et que les myopies axiles, améliorées et rendues stationnaires par ce traitement plein d'innocuité, restent telles malgré la reprise des études, qui avant le nasalorexis imprimaient à leurs progrès, à leurs complications et à la dégradation de l'acuité visuelle, une allure désastreusement progressive.

M. MOTAIS reconnaît que la myopie chez les jeunes sujets débute toujours par un spasme; l'atropine et le repos suffisent toujours pour faire disparaître cette myopie spasmodique; on y ajoutera l'hygiène et la bonne attitude des enfants. Les opérations ne doivent intervenir qu'à titre exceptionnel.

M. BADAL, qui a pratiqué l'élongation du nerf nasal contre la myopie, n'a obtenu que de mauvais résultats.

M. SCHŒN (de Leipzig) fait remarquer que l'œil subit par le fait même de la myopie une déformation mécanique, due à ce que le cristallin occupe une place plus postérieure.

EXTIRPATION DES TUMEURS DU NERF OPTIQUE AVEC CONSERVATION DU GLOBE DE L'ŒIL, PAR LA RÉSECTION TEMPORAIRE DE LA PAROI ORBITAIRE EXTERNE, par Th. JONNESCO (de Bucarest). — Cette opération de Krönlein permet l'énucléation totale de la tumeur et la conservation du globe. M. AXENFELD dit l'avoir pratiquée trois fois avec succès et M. le professeur PANAS s'en déclare partisan, la préférant à l'opération de Lagrange, rejetée aussi par M. Kühat. M. DRANSART au contraire la préfère à celle de Krönlein.

GLAUCOME ET SYMPATHECTOMIE. — M. JONNESCO préconise la résection du ganglion cervical supérieur ou sympathique pour le traitement du glaucome, et aurait eu sur 22 opérés 20 améliorations notables et durables et 2 insuccès.

M. LAGRANGE a pratiqué l'opération chez l'animal et obtenu de l'hypotonie, mais celle-ci est passagère et disparaît deux mois après l'opération.

MM. CHIPAULT et UMBERTO BRUNI (de Rome) s'en déclarent partisans.

M. ANGELUCCI (de Palerme) fait remarquer que l'opération n'est pas applicable aux formes irritatives, aiguës ou subaiguës de glaucome.

M. PANAS, au contraire, partage l'avis de M. Lagrange. Il observa, à la suite d'une sympathectomie accidentelle, au cours de l'ablation d'un cancer, une dilatation permanente de la pupille. Il y a, d'après lui, deux innervations distinctes dans le ganglion, l'une pour l'iris et l'autre pour la vascularisation. Il est difficile de dire comment agit l'arrachement du ganglion, mais un fait est certain, c'est la mydriase consécutive.

M. ABADIE, dans le glaucome chronique, a recours tout d'abord aux myotiques et pratique l'ablation du ganglion cervical supérieur, si ceux-ci se montrent insuffisants. M. AXENFELD n'a guère eu à se louer de l'opération; l'iridectomie doit toujours être pratiquée avant d'y recourir.

M. GRAND-CLÉMENT présente ensuite une série d'observations et considérations nouvelles sur l'uvéite irienne.

DE LA DIONINE EN THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE. M. DARIER. — La dionine, outre ses propriétés analgésiques parfaites, active la circulation lymphatique, accélère la résolution et la résorption des exsudats pupillaires et facilite la dilatation de la pupille.

M. JOCQS s'est servi de solutions à 0,50 p. 100 dans un cas d'iritis chronique. D'après M. Dor fils, la dionine produit le même effet que le vésicatoire appliqué sur la peau.

M. CAMPOS (de Paris) rapporte un cas intéressant d'infection conjonctivale et cornéenne d'origine meibomienne.

M. ROHMER (de Nancy) a observé trois cas d'ANGIO-MÉGALIE SYMÉTRIQUE DES PAUPIÈRES SUPÉRIEURES.

M. PÉCHIN (de Paris) cite une observation curieuse d'atrophie optique d'origine traumatique, caractérisée par ce fait que l'amaurose survint brusquement, et qui doit être probablement rapportée à l'élongation du nerf. L'auteur rapporte le résultat d'expériences qu'il a faites et qui sont à l'appui de cette pathogénie.

RÉTINITES ET CHOROÏDITES. — M. ANTONNELLI (de Paris) apporte une nouvelle contribution à l'étude des stigmates ophtalmoscopiques de la syphilis héréditaire. M. HIRSCHBERG fait remarquer que lui-même a décrit antérieurement une rétinite d'origine congénitale syphilique chez un enfant de quelques mois.

M. GALEZOWSKI fait remarquer que les affections syphilitiques de la rétine sont fréquentes, mais il est nécessaire de les bien rechercher. Le traitement par les frictions mercurielles longtemps prolongées est le seul actif; l'iodure ici est mauvais.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. BULL présente un instrument auquel il donne le nom de « stéréoscope normal », à l'aide duquel il sera facile de mesurer l'amplitude de convergence et d'accommodation, et aussi la convergence relative.

M. GROSSMANN (de Liverpool) présente un nouvel appareil pour faciliter la recherche de la dyschromatopsie.

M. HUGO WOLFF présente le résultat d'une série d'examens obtenus avec l'ophtalmoscope électrique. L'appareil réunit plusieurs conditions : il fonctionne par l'électricité; grâce au dispositif adopté, le champ observé est beaucoup plus grand qu'avec les autres appareils et les réflexes de la cornée se trouvent supprimés.

M. REYMOND (de Turin) communique une note sur l'application directe sur l'œil de la ventouse à aspiration, de laquelle il résulte que cette application est non seulement possible mais facile.

M. OTTO NEUSTATTER (de Munich) présente une critique des différentes théories de la skiascopie.

OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

Par **M. BELLIN**, interne des hôpitaux de Paris.

M. Gellé, président du Congrès d'otologie, a ouvert la première séance en souhaitant la bienvenue aux congressistes. Le professeur Politzer a ensuite pris la parole pour prononcer l'éloge du célèbre otologiste belge Delstanche, puis l'assemblée s'est mise à ses travaux.

La question à l'ordre du jour était : DES NOTATIONS ACOUMÉTRIQUES, PROJET D'UNIFICATION. Deux importants rapports sur cette question, l'un de Schiffers (de Liège), l'autre de Hartmann (de Berlin).

D'une façon générale, à l'aide des épreuves de l'ouïe, on recherche deux choses : 1° la localisation de la lésion auriculaire; 2° la détermination de l'acuité auditive. Dans le premier cas, les épreuves n'ont pas toutes la même valeur, dans le second les difficultés sont grandes, et cela tient à deux causes principales, l'une physique, la perception des sons se faisant par deux voies : la voie solide, osseuse, et la voie aérienne, l'autre psycho-physiologique, l'oreille étant surtout destinée, de par son éducation, à la perception du langage articulé. A la sensation spéciale, s'ajoute la faculté de discernement et d'analyse, la différenciation des sonorités complexes des différents mots qui se succèdent dans une phrase émise. La difficulté pour noter simplement et sûrement ces dernières est extrême.

Après avoir passé en revue les différentes méthodes et les divers instruments employés par les auristes, le docteur Schiffers arrive aux conclusions suivantes :

1. La montre et toutes les espèces d'acoumètres sans gradation ne peuvent servir pour une notation minima fondamentale, de plus, la gradation d'intensité s'évaluant par la distance, il n'est pas possible de se servir de ce procédé pour mesurer l'audition au contact.

2. Le diapason est le meilleur instrument permettant de mesurer l'audition. La méthode optique constitue un progrès réel, probablement encore perfectionnable.

3. L'acuité auditive, mesurée à l'aide du diapason, s'exprime par une fraction, dont le numérateur représente, en secondes, le temps pendant lequel le son est perçu par l'oreille examinée, et dont le dénominateur exprime en secondes le temps de perception de l'oreille normale. Il faut toujours avoir soin d'indiquer le diapason employé.

4° L'épreuve de Weber conserve toute la valeur qui lui a été attribuée jusqu'à maintenant.

5° L'épreuve de Rinne sera modifiée dans son mode d'application en ce sens que le pied du diapason doit être présenté au-devant du tube autoscopique, pour que la comparaison entre la valeur de la perception aérienne et de la perception solidienne soit exacte.

6° L'examen par le langage articulé est d'une grande importance. Il pourra suffire d'apprécier l'audition des voyelles et des consonnes avec la voix chuchotée, en excluant les sifflantes et en employant, pour obtenir autant que possible une émission uniforme, l'air résidual de la poitrine, après quelques inspirations profondes. La notation se fera en indiquant les lettres ou les mots employés avec la voix chuchotée et la distance à laquelle ils sont répétés.

Dans son travail, M. Hartmann arrive aux mêmes conclusions.

M. Pierre Bonnier propose l'adoption d'un diapason acoumétrique étalon, le diapason de 100 vibrations complètes à la seconde, qui, par sa gravité, convient aussi bien à l'analyse de l'audition par contact qu'à celle de l'audition par l'air. Ce diapason est en dehors de tout système musical et répond, non à une tonalité esthétique, mais à une division décimale de l'unité de temps. Les épreuves cliniques ordinaires (Weber, Rinne, etc.) ne font qu'établir des rapports mal définis entre des grandeurs physiométriques mal mesurées. M. Bonnier propose qu'on les remplace par la mesure exacte des aptitudes sensorielles que l'on pourra ensuite comparer entre elles et comparer de plus à elles-mêmes d'un jour à l'autre; qu'on mesure l'audition aérienne et la solidienne en les rapportant aux mêmes unités et on poura ainsi les comparer. Dans l'épreuve de Rinne, la perception aérienne se mesurera en appliquant le pied du diapason sur le tube otoscopique. Au congrès international d'otologie de Londres en août 1899, M. Bonnier a proposé la pointure acoumétrique, c'est-à-dire l'équation de l'audition aérienne, de la paracousie prochaine (mastoïde) et de la paracousie lointaine (genou) de l'un et de l'autre côté. Le procédé de la mensuration par la méthode optique est le suivant : sur une des branches du diapason est fixée une petite tige qui fournit à l'œil une striation très nette quand on déplace transversalement le diapason mis en vibration. On laisse le diapason s'éteindre librement et on prend pour 0 acoumétrique le moment où l'œil cesse de percevoir la striation. Tel sujet cesse d'entendre le son du diapason (sur le tube, sur la mastoïde, sur le genou), N secondes avant ou après la disparition de l'image; son audition négative dans le premier cas et positive dans le second sera représentée par — N et + N. Cette formule, rapidement établie, renferme les signes de Weber, de Rinne, de Schwabach, avec leurs indications et de plus les valeurs absolues dont on pourra suivre les variations au cours de l'observation.

Une commission composée de MM. Politzer, Schiffers et Bonnier a été nommée par l'assemblée pour présenter un rapport à ce sujet au prochain congrès d'otologie.

M. Panzer a constaté dans l'OTITE MOYENNE AIGUE les lésions suivantes : La muqueuse de la caisse est épaissie, épaississement produit par des cellules rondes, qu'on trouve en abondance à la surface et jusque dans les couches profondes; cette muqueuse forme partout des bourrelets plus ou moins grands; dans la partie antérieure de la caisse, ils affectent la forme en doigt de gant. Entre les parois de l'attique et les osselets, on trouve des exsudats et des granulations. La muqueuse de l'antre mastoïdien est infiltrée de cellules rondes.

L'importante question du *traitement des otites moyennes suppurées chroniques* a fait l'objet de nombreuses communications : Pour Heiman (de Varsovie), il faut commencer le traitement des otites moyennes, purulentes chroniques, par la méthode conservatrice, excepté, bien entendu, le cas où il y a des indications directes pour l'intervention chirurgicale.

Quelles sont donc ces indications ? Il est hors de doute que là où il y a menace de complications du côté de la cavité cranienne ou d'une infection générale, et principalemeut dans les cas où ces symptômes ont déjà fait leur apparition, l'opération est absolument indiquée; elle est également indiquée dans le cholestéatome, dans la carie du temporal, ayant résisté au traitement par le conduit auditif externe, dans les cas de rétention de pus, lorsqu'il existe une infiltration douloureuse de l'apophyse mastoïde ou des fistules osseuses, des abcès par congestion; enfin, dans la tuberculose du temporal, si l'état général du malade est bon. Doit-

on, dans ces cas, pratiquer l'ouverture de l'apophyse mastoïde ou l'opération de Stacke. Cela dépend des dimensions et de la localisation du processus morbide.

L'opération est contre-indiquée dans les cas où la suppuration dépend exclusivement d'un processus morbide de la muqueuse tympanique.

M. Miot attache une grande importance au traitement humide dans les otites moyennes suppurées chroniques, il n'institue le pansement sec que lorsque l'écoulement est réduit à un léger suintement. Il attache, et avec raison, une grande importance à un séjour prolongé au bord de la mer. Au point de vue chirurgical, il insiste sur les avantages de l'ablation de la chaîne des osselets, qui permet de traiter l'attique, et à l'antre de guérir quelquefois sans autre intervention.

Dans le cas de cholestéatome, M. Miot emploie le procédé de Stacke-Kuster, modifié en ce sens, qu'il ménage la chaîne des osselets, si elle est saine et si c'est possible. En présence d'un vaste cholestéatome, il ouvre de plus les cellules par la paroi externe de l'apophyse, afin de creuser au delà des limites pathologiques.

M. Vacher fait connaître un nouveau procédé opératoire pour l'ablation des osselets et le curetage de l'attique. Cette opération se pratique habituellement, soit par le conduit auditif externe s'il est large, soit en décollant le pavillon et le conduit. Le procédé du docteur Vacher consiste à détacher et à ramener au dehors la moitié supérieure du conduit membraneux, au moyen de deux incisions horizontales, l'une postérieure, l'autre antérieure, partant du fond du conduit; elles doivent intéresser toute l'épaisseur des tissus, depuis le tympan jusqu'au pavillon. Ces incisions faites, on détache la moitié supérieure du conduit avec une spatule mousse, en ayant soin de le ménager beaucoup.

Pour pratiquer cette opération, un bon éclairage électrique est nécessaire. Cette moitié supérieure, décollée et ramenée au dehors avec une pince à griffes, puis avec une rugine mousse, on écarte en haut et en dehors ce lambeau et le périoste de manière à avoir sous les yeux plus de la moitié osseuse de l'entrée du conduit. Cette ouverture est suffisante pour l'ablation des osselets, le curetage de l'attique, après avoir fait sauter le mur de la logette avec la gouge courbe de Stacke. On peut même enlever toute la paroi supérieure du conduit, et le quart supérieur de sa paroi externe. Ce procédé lui a donné de bons résultats.

M. Raoult (de Nancy) admet deux variétés de FISTULES PARA-TYMPANALES; comme étiologie, elles reconnaissent une suppuration tympanale qui, après s'être propagée à l'antre et aux cellules mastoïdiennes, rétrocède, tandis qu'elle continue à évoluer dans ces dernières cavités. Ces ouvertures continuent à suppurer, soit par des fistules postéro-inférieures, dues à l'ouverture des cellules mastoïdiennes limitrophes inférieures qui, parfois, peuvent être seules atteintes, soit que l'antre ne participe pas à la suppuration, soit qu'il n'existe pas; ces fistules siègent ordinairement à la partie externe du conduit osseux, à une certaine distance de la membrane du tympan.

Les fistules postéro-supérieures, dues à la nécrose de la paroi inférieure de l'antre ou des cellules limitrophes supérieures, le plus souvent de ces deux ordres de cavité à la fois, sont situées contre la membrane du tympan. Il est intéressant de voir que parfois dans ces cas la guérison peut se produire spontanément en obtenant le même résultat que celui que nous cherchons par les opérations sur la mastoïde, l'antre ou l'attique.

MASTOÏDITE DE BEZOLD. — M. Moure pense que la dénomination de mastoïdite de Bezold est faite pour induire les praticiens en erreur, en ce sens que la lésion décrite par cet auteur n'existe pour ainsi dire jamais seule. D'après ses observations, les perforations de la pointe de la mastoïde étaient accompagnées tantôt d'une perforation de la table interne siégeant habituellement au niveau du sinus, plus rarement vers la partie supérieure de l'antre, ou vers le conduit auditif osseux, plus rarement encore à l'extérieur (fistule mastoïdienne).

Lorsque la mastoïdite de Bezold était bien confirmée, c'est-à-dire lorsqu'il existait une collection purulente dans le cou, les méninges baignaient toujours au milieu du pus et des fongosités; ce n'est cependant pas là une règle absolue.

M. Moure conclut d'après son expérience que s'il est bon de rechercher les complications du côté du cou pour les traiter convenablement, il ne faut pas négliger les altérations pouvant siéger dans l'intérieur de la cavité mastoïdienne, vers les méninges.

Le curetage complètement fait, l'auteur referme presque entièrement la plaie, en laissant un drain de grosseur moyenne, ce qui abrégerait la guérison que l'auteur a, dans quelques cas, obtenue en quelques semaines.

M. le professeur Guye (d'Amsterdam) donne quelques détails anatomiques concernant l'*étiologie* de la mastoïdite de Bezold, aidé de son collègue Louis Bolk, qui a examiné 420 crânes au point de vue de la persistance de la suture pétro-squameuse; il a trouvé une fois la suture ouverte sur les trois quarts de sa longueur, il a trouvé des restes évidents des deux côtés dans 7 cas, à droite seulement dans 2 cas, à gauche dans 3 cas. Enfin il a trouvé des traces de la suture, orifices des deux côtés dans 10 cas, à droite dans 4, à gauche dans 3 cas, ce qui fait un total de 7 p. 100.

L'auteur présente un fragment de mastoïde enlevé au cours de l'intervention, à un malade atteint de mastoïdite de Bezold. Dans ce fragment on voit d'un côté une cellule ouverte et à la face externe deux petits orifices vasculaires, qui laissent à peine passer un fil de brosse et sont en communication avec la cellule ouverte; c'est par ce chemin que le pus s'était frayé une voie dans le cou.

M. Molinié a étudié l'importante question des MASTOÏDITES NON OPÉRÉES; l'auteur tire de ses observations les conclusions suivantes :

1. La mastoïdite aiguë est susceptible de guérir définitivement par régression des phénomènes inflammatoires, soit spontanément, soit sous l'influence des traitements médicaux.

2. La mastoïdite peut guérir par trépanation spontanée, éventualité très rare, la fistulisation de la mastoïde après ouverture spontanée étant la règle.

3. La mastoïdite ouverte par sa face interne et dont le pus a fusé dans la gaine des vaisseaux peut guérir par ouverture spontanée de l'abcès cervical.

4. La mastoïdite fistulisée peut guérir à la longue par cutanisation du trajet fistuleux, par cicatrisation et fermeture de ce trajet.

Mais ce sont là des terminaisons rares, qui influent peu sur le pronostic sombre de la mastoïdite abandonnée à son évolution ou traitée médicalement.

M. Ménière a étudié la MASTOÏDITE CHEZ L'ENFANT; de ses recherches, il tire les conclusions suivantes :

1. La mastoïdite suite d'otite moyenne aiguë purulente est plus rare chez l'enfant (8 fois sur 1103 cas) que chez l'adulte (33 fois sur 438 cas).

2. Chez l'enfant, la mastoïdite comme complication de l'otorrhée purulente chronique se rencontre assez souvent (356 fois sur 1748 cas).

3. L'apophyse étant formée, dans les premières années, par du tissu spongieux se résorbant petit à petit, on s'explique facilement la marche lente, indolore et insidieuse des affections qui frappent les cellules mastoïdiennes.

4. Chez les jeunes sujets, la carie envahissant les cellules

de dehors en dedans, sans lésions de la caisse, n'est pas très rare (32 cas).

5. La marche de la carie mastoïdienne évoluant de l'intérieur à l'extérieur, sans douleurs et sans symptômes généraux, est un fait communément observé chez les jeunes sujets prédisposés, dont l'otorrhée n'a pas été soignée ou l'a été mal.

6. La carie suivie de nécrose et de formation de séquestres n'est pas très rare chez les enfants (34 fois sur 1748 cas). L'auteur note la facilité d'élimination de ces séquestres et l'absence de toute complication de voisinage dans le courant de la maladie.

7° Il faut signaler aussi chez les jeunes enfants la rareté des complications, abcès extra ou intra-duremériens, thrombose du sinus, etc. (0 sur 2651 cas tant aigus que chroniques.)

8. Malgré la bénignité relative des diverses complications mastoïdiennes chez un grand nombre d'enfants, il faut, lorsque des soins bien entendus, lavages méthodiques, etc., sont restés sans effet et ne modifient pas progressivement la suppuration :

A. Enlever les osselets qui sont le siège de la carie et entretiennent l'écoulement.

B. Si par cette méthode, qui donne des succès, on n'obtient pas une guérison absolue, il est urgent de trépaner l'apophyse et d'y joindre, si besoin, l'ouverture de la caisse.

Si l'auteur insiste sur la nécessité d'une méthode aussi radicale, c'est parce que l'expérience démontre que l'infection mastoïdienne se fait lentement, progressivement, sans que des symptômes nets permettent de la diagnostiquer.

M. Poli (de Gênes) attire l'attention sur le fait suivant qu'il a observé au cours de l'empyème mastoïdien : le pus peut, après avoir atteint la gouttière sigmoïdienne, se faire jour vers la surface de l'os sans déterminer de lésions graves du sinus sigmoïde.

M. Laurens a rapporté une observation curieuse d'une COMPLICATION RARE DES SUPPURATIONS OTIQUES : il s'agit d'une ostéite cranienne diffuse avec thrombo-phlébite des veines du diploé chez une vieille femme de 66 ans atteinte de mastoïdite en apparence banale. Le docteur Laurens avait achevé la trépanation de l'apophyse lorsque le pus le conduisit dans un groupe de cellules mastoïdiennes s'étendant dans l'os occipital. Dans ces cellules remplies de pus venaient s'aboucher des canaux qui durent être sculptés à la pince gouge un à un et qui représentaient les canaux du diploé. Les parois de ces tissus osseux, formés par les deux tables interne et externe du crâne, étaient atteintes d'ostéite; leur contenu était une veine se terminant en cul-de-sac ou s'anastomosant avec d'autres. Chacune contenait un caillot ou du pus. L'étendue des lésions était telle qu'il fallut disséquer la face externe du crâne, depuis le frontal jusqu'à l'occipital et du vertex à la base. Toutes les sutures crâniennes avaient été franchies par la suppuration. Le docteur Laurens insiste sur l'absence de symptômes spéciaux à cette ostéite diffuse, sur la vaste étendue des lésions, sur l'absence de phénomènes septico-pyohémiques dans cette thrombo-phlébite dont les confins étaient le sinus latéral et le sinus longitudinal supérieur.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA PYOHÉMIE OTITIQUE, par M. Dundas GRANT (Londres). — Le diagnostic de la pyohémie otitique se fait par les signes de la pyohémie en général, accompagnés d'une inflammation aiguë ou chronique de l'oreille moyenne ou de l'os environnant. Les symptômes les plus importants sont les frissons répétés, les brusques et grandes oscillations de la température, des métastases intéressant la petite ou la grande circulation. Quelques maladies ont des symptômes analogues, il faudra les éliminer : fièvre typhoïde, paludisme, rhumatisme articulaire aigu, endocardite infectieuse, tuberculose aiguë, méningite.

Il faut aussi penser que les symptômes généraux que nous avons précédemment énumérés peuvent être sous la dépendance d'un abcès du cerveau ou du cervelet, d'une méningite, etc., complications qui peuvent exister également en même temps que la pyohémie; en ce cas, les traits diagnostiques sont modifiés. Il faut encore éliminer la saprémie qui peut être accompagnée de symptômes généraux analogues. Le diagnostic de pyohémie étant posé, il reste encore à savoir si cette pyohémie s'accompagne ou non de thrombose. Lorsque ces accidents succèdent à une suppuration aiguë, et qu'il existe des métastases dans la grande circulation, on peut conclure à une pyohémie sans thrombose; s'ils succèdent à une suppuration chronique de l'oreille moyenne datant d'au moins une année, et s'accompagnant de métastases pulmonaires ou pleurales, on peut conclure à la thrombose.

Ce diagnostic est encore plus probable si la jugulaire externe est transformée en un cordon dur, douloureux, phlébite de la jugulaire. Un gonflement du contenu de l'orbite avec dilatation des veines de la rétine indique une obstruction du sinus caverneux; si la région rétro-mastoïdienne est sensible à la pression, il faut songer à l'envahissement des veines condyliennes ou vertébrales. Un diagnostic plus précis n'est exact que quand on a mis à nu le sinus sigmoïde; l'absence de fluctuation entre le sinus et la jugulaire interne indiquerait une obstruction complète. La ponction permet de voir si le contenu est purulent : la ponction négative indique une thrombose; si elle ramène du sang pur, il ne faut pas conclure à l'absence de thrombose, celle-ci pouvant n'être que pariétale. Le diagnostic étant posé, quel traitement convient-il d'instituer ? Il faut enlever le foyer infectieux primitif et, dans la mesure du possible, tous les foyers secondaires; de plus, il faut empêcher le transport de matières septiques dans la circulation, enfin soutenir l'état général du malade.

Dans les cas aigus : incision de la membrane tympanique, ouverture des cellules mastoïdiennes; les abcès métastatiques doivent être évacués à mesure qu'ils se forment. Si malgré cela les symptômes persistent, on peut être amené à lier la jugulaire, inciser, évacuer et oblitérer le sinus sigmoïde; la ligature de la jugulaire ne doit pas se faire sans qu'en même temps on fasse l'ouverture du sinus.

Dans les cas chroniques, l'opération radicale mastoïdienne doit être pratiquée sans délai, précédée ou suivie de la ligature de la jugulaire en cas de trombose. Si cette trombose a subi la désintégration purulente, il faut ouvrir largement, vider jusqu'à ce qu'on ait atteint un caillot d'aspect sain, faire suivre d'un pansement antiseptique. Si les frissons réapparaissent, il faut prolonger l'incision du sinus dans les deux sens jusqu'à ce qu'il coule librement du sang pur, puis tamponner à la gaze iodoformée.

Si la veine jugulaire est thrombosée, on doit la lier aussi bas que possible, ensuite en faire la section et tirer le bout supérieur hors de l'angle supérieur de la plaie, puis évacuer son contenu au moyen de la curette ou d'une seringue.

S'il n'y a pas thrombose, on lie le vaisseau le plus haut possible et on n'en fait pas la section. On doit éviter avec soin toute blessure involontaire du sinus, cet accident pouvant entraîner de graves conséquences.

Tout tampon dans le sinus doit s'enlever le plus vite possible, même au bout de vingt-quatre heures.

Si la pyohémie paraît être compliquée de méningite, on doit faire la ponction lombaire. S'il y a des cellules de pus dans le liquide, il est inutile d'opérer plus loin. Si, au contraire, il y a évidence de méningite séreuse, l'opération est d'autant plus nettement indiquée.

Quand il existe en même temps un abcès cérébral ou céré-

belleux, cet abcès doit être évacué par une ouverture dans le crâne, aussi loin que possible du sinus malade.

Les abcès métastatiques doivent être ouverts à mesure qu'ils se forment.

La thrombose peut se développer seulement sur la veine mastoïdienne ; c'est là un fait rare dont le docteur Laurens a rapporté une curieuse observation, cette complication survient au cours d'une otorrhée ancienne, se traduit par une douleur ou un gonflement rétro-apophysaire, par des symptômes généraux de pyhémie et entraîne comme complication la plus fréquente des abcès de la nuque. L'indication opératoire est de trépaner l'apophyse, de découvrir veine et sinus, de lier la jugulaire et de désinfecter le foyer infectieux.

M. Zaalberg (d'Amsterdam) a rapporté une curieuse observation de PYOHÉMIE OTITIQUE, sans thrombose du sinus latéral, terminée par la guérison.

MM. Stanculéanu et Baup relatent plusieurs cas d'INFECTION A POINT DE DÉPART AURICULAIRE avec ou sans thrombophlébite ; dans le premier groupe ils citent une septicémie avec hypothermie due au coli-bacille. Dans le second groupe des septicémies mortelles à streptocoques. Ils ont observé à la suite d'otites moyennes bénignes, une fois un pseudo-rhumatisme infectieux, une autre fois, de la confusion mentale.

M. Collinet (de Paris) conclut de deux observations communiquées par lui que, dans les cas de méningite d'origine otique, on doit intervenir pour essayer de supprimer la source de l'infection. Mais la dure-mère ne devra être franchie qu'en face d'une indication nette fournie par l'étendue des lésions, ou des phénomènes de localisation encéphalique. Dans les cas d'abcès encéphaliques, même sans symptômes plus nets que : tendance aux nausées, céphalalgie, douleur localisée à la pression ou à la percussion, même avec un état général bon, on devra intervenir d'urgence.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA SCLÉROSE OTIQUE. — Dans son travail, M. Siebermann (de Bâle) tire les données suivantes : L'intervention ne peut avoir de résultats favorables que, lorsqu'il s'agit de modifications succédant à l'otite suppurée, et du catarrhe à forme hypertrophique, et encore dans ce dernier cas les résultats sont incertains. La forme juvénile de la surdité progressive commence le plus souvent entre 10 et 20 ans ou entre 20 et 30. Les lésions consistent dans la formation d'un ou plusieurs foyers spongieux au sein de la substance osseuse compacte de la capsule labyrinthique ; l'une des premières lésions est la fixation de l'étrier par un véritable processus d'ossification, qui s'étend presque toujours en avant et en dedans jusqu'à l'extrémité du canal cochléaire. On peut également rencontrer des foyers isolés dans les spires du limaçon, ils déterminent des symptômes de surdité nerveuse, soit par altération physique et chimique de la lymphe et de la périlymphe, soit par compression du nerf cochléaire. Si l'on voulait traiter chirurgicalement les foyers spongieux de la capsule labyrinthique, il faudrait dès le début de la maladie, et alors qu'elle est encore peu développée, enlever une telle quantité de substance osseuse malade qu'une grande partie du limaçon tout au moins serait lésée, ouverte et détruite.

M. Ricard Botey (de Barcelone) arrive à des conclusions analogues. Pour être en droit d'essayer le traitement chirurgical, il faut que la perception cranienne de la montre soit conservée, que le Rinne soit négatif du côté malade et que la perforation du tympan améliore l'audition.

L'auteur condamne toutes les opérations pratiquées sur les osselets comme ne donnant pas de résultats durables. Etant presque acquis que la sclérose otique est une trophonévrose avec formation de substance conjonctive et osseuse, principalement dans la capsule labyrinthique, aux alentours de la fenêtre ovale, dans le canal cochléaire et même dans les spires du limaçon, les terminaisons du nerf acoustique étant plus ou moins affectées, le traitement chirurgical de l'otite sèche est d'une utilité douteuse.

M. Miot ne partage cet avis que pour les cas de panotite ; dans les surdités résultant d'insuffisance musculaire des muscles de la caisse et de la trompe, la mobilisation de la chaîne des osselets ou son extraction donne de bons résultats.

M. Malherbe (de Paris) va plus loin : il admet le traitement chirurgical de l'otite scléreuse et il appuie son opinion sur 60 cas opérés d'otite moyenne chronique sèche, par l'évidement pétro-mastoïdien.

Dans 41 cas il s'agissait de scléroses secondaires à des tubo-tympanites catarrhales ou à des suppurations de l'oreille moyenne ; les résultats correspondants ont toujours été très bons.

Les 19 autres cas se rapportaient à des scléroses primitives. Ici, les résultats ont varié suivant le degré de participation du labyrinthe. Ils ont été 2 fois très bons, 6 fois médiocres, 5 fois négligeables. Ces 5 derniers cas présentaient un degré avancé de sclérose labyrinthique ; l'amélioration fonctionnelle post-opératoire augmente pendant un certain temps, puis elle paraît se maintenir à peu près stationnaire. Parmi les malades, 5 ont été opérés successivement des deux oreilles. Les résultats ont été aussi satisfaisants d'un côté que de l'autre. La question du second évidement peut se poser dès que le malade est complètement rétabli de sa première opération. En outre, M. Malherbe apporte quelques notions nouvelles relatives à la division des otites moyennes chroniques sèches qu'il partage en deux grandes classes : 1° les tubo-tympanites interstitielles hypertrophiques, affections résultant de lésions catarrhales par propagation salpingienne ; 2° les antro-tympanites scléreuses atrophiques, qui comprennent les maladies nées dans la caisse et dans l'antre et évoluant immédiatement vers la sclérose. Il décrit encore, d'après leur étiologie : les rhino-salpingites, les pharyngo-salpingites et des cas mixtes : pharyngo-rhino-salpingites. Dans la grande classe des scléroses primitives, il décrit à côté de la tympanite scléromateuse d'emblée un type congénital de sclérose précoce et rapide à peu près spécial au sexe féminin et auquel il donne le nom de tympanite adhésive précoce. La plupart des otologistes français ne partagent pas les vues de M. Malherbe sur le résultat du traitement chirurgical de l'otite moyenne scléreuse, et la communication de M. Laurens résume leur avis :

« Quelques mots seulement au sujet des résultats que vient d'exposer notre collègue M. Malherbe.

Pour ma part, je n'ai jamais eu recours au traitement de l'otite sèche par l'évidement pétro-mastoïdien, pour cette raison que les quelques malades opérés par M. Malherbe et que j'ai eu l'occasion d'observer, ne m'ont paru avoir retiré aucun bénéfice de l'intervention. On m'objectera que l'affirmation d'un malade non guéri peut être entaché de suspicion, c'est vrai, mais je ne crois pas que l'opinion de l'entourage puisse être passible de la même critique.

J'ai donc observé, dans ma clientèle, deux malades d'une trentaine d'années, neuro-arthritiques, bourdonnants et sourds depuis une dizaine d'années, et que l'intervention n'avait aucunement améliorés. Deux autres malades se sont présentés à l'hôpital Saint-Antoine où ils ont été examinés par M. Lermoyez qui a constaté que les symptômes de l'otite sèche persistaient malgré l'évidement pétro-mastoïdien. Une femme est venue me consulter à l'hopital Bichat pour une otite scléreuse typique : ses bourdonnements et sa surdité n'avaient pas été soulagés.

Voilà donc cinq malades que j'ai vus et qui n'ont retiré de l'opération aucun bénéfice. Des confrères m'ont rapporté trois semblables résultats, mais en outre chez un

malade, l'opération avait été suivie de vertige n'existant pas antérieurement; chez un autre l'évidement avait provoqué une otorrhée. En somme cinq malades trépanés parce qu'ils étaient sourds et non améliorés.

De là à faire une critique et un procès de tendance contre la méthode, il n'y aurait qu'un pas, mais nous savons tous que les statistiques n'ont de valeur que prises en bloc, elles se composent de séries : celle-là n'a pas été favorable, voilà tout.

Cependant, de l'observation des faits, il faut tirer une conclusion qui intéresse à la fois malades et otologistes. Or le traitement de l'otite sèche a toujours été la pierre d'achoppement des auristes, la pierre philosophale qu'ils ont toujours cherchée et n'ont jamais rencontrée. Quand il sera donc scientifiquement démontré que telle méthode médicale ou chirurgicale aura guéri un sourd, le problème sera résolu. Le jour où plusieurs malades atteints d'otite scléreuse, ayant été traités sans succès par les méthodes usuelles que nous possédons, auront été guéris ou même notablement améliorés par l'évidemment, ce nouveau procédé chirurgical comptera beaucoup d'adeptes.

Il serait donc profitable, je crois, non seulement pour les spécialistes, pour les médecins, mais pour le grand public toujours avide d'une nouvelle thérapeutique, d'être définitivement fixé sur la valeur de ce traitement qui nous intéresse tous au plus haut point. Jusque-là il sera peut-être prudent d'accueillir et de propager avec la plus grande réserve cette méthode. En cas de résultats favorables, elle sera un légitime succès remporté contre la surdité, tandis qu'au contraire en cas d'insuccès, elle pourrait, avec raison, jeter sur notre spécialité un discrédit immérité. » Ce différend serait, cependant, facile à trancher, quelques malades bien observés, et vus par des otologistes compétents avant l'opération et examinés après, par les mêmes observateurs, permettraient de conclure.

Les bourdonnements d'oreille qui ne sont pas liés à l'otite scléreuse sont susceptibles de guérison; ceux qui, au contraire, sont sous la dépendance de cette affection sont souvent rebelles. MM. Cuvillier et Vassal ont souvent obtenu une sensible amélioration, à la suite de révulsions pratiquées sur l'apophyse mastoïde : teinture d'iode, frictions au baume de Fioraventi, petits vésicatoires, surtout les pointes de feu. Le bromure et l'iodure de potassium associés restent les médicaments de choix dans les bourdonnements dus à l'otite scléreuse.

M. Suarez de Mendoza considère le massage du tympan longtemps continué comme susceptible de soulager les scléreux bourdonnants.

LES CAUSES ET LE TRAITEMENT DE LA MALADIE DE MÉNIÈRE, rapport de M. MOLL (d'Arnheim). — La maladie de Ménière ou l'ensemble des symptômes de Ménière, représentant une forme clinique, consiste en vertiges liés aux bourdonnements, à une surdité ou dureté de l'oreille et aux nausées ou vomissements. Le vertige dit *ob auræ læsa*, aujourd'hui reconnu universellement, prend son origine dans une affection durable ou passagère du labyrinthe : *primaire* s'il y a une lésion intra-labyrinthique, *secondaire* s'il n'y a qu'augmentation de la tension intralabyrinthique, une compression anormale succédant à des lésions de l'oreille moyenne ou externe.

Comme la maladie de Ménière, proprement dite, se présente sous différentes formes, comme elle n'a pas toujours la même origine et comme les symptômes sont exactement les mêmes quand il s'agit d'une affection des autres parties de l'oreille, il paraît inutile de réserver l'expression : maladie de Ménière pour une seule forme. C'est un syndrome qui peut dépendre : d'une lésion de l'oreille externe, de l'oreille moyenne, de l'oreille interne, du nerf acoustique.

Le traitement devra s'adresser à la cause. Pour calmer l'hyperesthésie labyrinthique, le sulfate de quinine est le médicament de choix, administré à petites doses. Les injections hypodermiques de pilocarpine (Politzer, Luce); en cas de syphilis : l'iodure; les bromures chez les neurasthéniques. Il faut penser aux troubles réflexes liés à des lésions nasales ou pharyngiennes et traiter ces dernières.

Le syndrome de Ménière est un des symptômes importants des labyrinthites toxiques, qui disparaît souvent d'une façon absolument complète quand la cause cesse.

M. Bar (de Nice) a attiré l'attention sur la TRICOPHYTIE DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE, qui présente un pronostic bénin.

M. Grossard (de Paris) rapporte une très curieuse observation d'HÉMORRAGIES AURICULAIRES DOUBLES A RÉPÉTITION, chez une femme de soixante-trois ans, sans modification de l'audition.

M. Jacques (de Nancy) fait une intéressante communication et montre des préparations sur les TERMINAISONS NERVEUSES DANS LA MEMBRANE DU TYMPAN.

Le professeur Urbantschitsch (de Vienne), à la suite des examens faits sur des sourds-muets pour constater leur faculté d'ouïr, a trouvé que chez ces sujets, la surdité complète est très rare; il existe une absence de compréhensions.

Les EXERCICES AUDITIFS MÉTHODIQUES ont pour but : 1° le réveil de l'attention pour les impressions acoustiques; 2° la distinction par l'ouïe du sens de ce qu'ils entendent; 3° l'augmentation graduée de la sensibilité acoustique.

M. Schwendt (de Bâle) arrive aux mêmes conclusions, il ajoute que l'éducation complémentaire par l'oreille ne doit pas être faite au détriment de la faculté de lire sur les lèvres. Pour bien juger des résultats de la méthode, il est désirable que les demi-sourds, aptes à bénéficier de l'instruction complémentaire, soient, du moins à titre d'essai, complètement séparés des autres sourds-muets ainsi que l'a démontré Bézold.

MM. Marichelle et Dufo de Germane préfèrent pour les exercices la voie nue, et indiquent que le phonographe pourra être utilisé comme répétiteur. Le docteur Gellé emploie le micro-phonographe.

M. Mader (de Munich) présente un appareil : l'otomicrophone, destiné à étudier la transmission du son dans l'oreille.

M. Mahu (de Paris) a présenté un très ingénieux spéculum-dilatateur pour l'examen extemporané de l'oreille dans les cas de sténoses accidentelles du conduit.

LARYNGOLOGIE

Par **M. BELLIN**, interne des hôpitaux.

M. Moritz Schmidt étudie le DIAGNOSTIC DU CANCER LARYNGIEN. Lorsque le néoplasme naît dans les profondeurs des tissus du larynx, il donne quelquefois naissance à une prolifération de papillomes vrais sur la surface de la muqueuse; cette forme a beaucoup d'analogie avec la périchondrite. Le cancer du ventricule de Morgagni ressemble beaucoup à la périchondrite interne du cartilage thyroïde. Dans des cas très rares, le cancer commence en arrière et presque au-dessous du cartilage cricoïde et ne se trahit au début que par une paralysie du récurrent. Pour exclure la syphilis, il suffit en général de donner pendant une quinzaine de jours 3 grammes d'iodure de potassium. On peut parvenir à un diagnostic certain en enlevant un petit fragment de la tumeur et en en pratiquant l'examen microscopique. Pour Frænkel (de Berlin) cet examen est d'une importance fondamentale. Il ne suffit pas pour porter le diagnostic de trouver nombre de globes épidermiques dans les préparations,— chose suspecte, il est vrai, —il faut y voir des bourgeons épithéliaux dans les endroits où on ne devrait pas en rencontrer.

Au point de vue clinique, sir F. Semon insiste sur le défaut de mobilité de la corde malade, la congestion circonscrite au pourtour de la tumeur, la forme pointue des papillomes qui existent en même temps. M. Kraus (de Paris) reproche à l'examen microscopique de ne donner aucun renseignement sur le type clinique. M. Ruault insiste sur la longue durée de certains néoplasmes laryngiens; dans un cas en particulier, il a pu suivre le malade pendant près de huit ans; vers la période terminale, l'évolution s'accélère. M. Garel insiste, dans les cas de doute entre le cancer et la syphilis, sur la nécessité d'établir un traitement spécifique intensif, *six* grammes d'iodure, des doses inférieures restant quelquefois sans effet.

M. Escat (de Toulouse) après avoir remarqué qu'au cours de l'INTUBATION chez l'enfant, on peut être arrêté soit par l'engagement du tube dans l'intervalle intercricothyroïdien, soit par son engagement dans l'un des ventricules, conseille de pratiquer dans ces cas des manœuvres externes sur les cartilages du larynx, manœuvres qui ont pour but de rapprocher l'axe du larynx, le plus possible, de l'axe du tube.

M. Botey a étudié la PATHOGÉNIE ET LE TRAITEMENT DE LA PARESTHÉSIE LARYNGÉE; il en décrit une forme qui se traduit par une sensation de sécheresse, surtout marquée après les repas et localisée à l'épiglotte et à la région aryténoïdienne; l'application de cocaïne augmente ces symptômes, qui cèdent à des badigeonnages à la glycérine thymolée, ou à de légers effleurements de l'épiglotte et des aryténoïdes avec une pointe de galvanocautère.

M. Vacher (d'Orléans) traite de la façon suivante la LARYNGITE TUBERCULEUSE. Après pulvérisations de cocaïne, il essaye d'abord des badigeonnages intralaryngiens avec l'éther iodoformé à saturation auquel il ajoute ensuite du gaïacol, de l'eucalyptol, etc.; il fait ensuite des injections intratrachéales avec ces solutions. Les malades n'ont pas, dit-il, de spasme glottique, ils ne ressentent qu'une grande chaleur dans tout le thorax. La formule qu'il emploie est la suivante : éther iodoformé à saturation 100, gaïacol 5, eucalyptol 2, menthol 1. Il injecte progressivement de quelques gouttes jusqu'à 2 centimètres cubes.

MM. Boulay (de Paris) et Boulai (de Rennes) présentent une curieuse observation de RÉTRÉCISSEMENT LARYNGÉ traité par l'électrolyse chez un malade porteur d'une canule trachéale depuis seize ans; des séances répétées d'électrolyse intralaryngée créèrent en quelques mois un passage assez large pour permettre l'ablation de la canule sans incident.

TUBERCULOSE PRIMITIVE DU LARYNX. — M. Bernheim a observé 29 cas de tuberculose primitive et isolée du larynx. Cette affection débute par l'apparition, au niveau des aryténoïdiens, de petites granulations miliaires. Plus tard ces granulations se rompent, elles se réunissent pour former des ulcérations irrégulières, souvent profondes ou taillées à pic. Ces ulcérations peuvent évoluer vers le type végétant. Le lupus du larynx évolue lentement. L'auteur considère le traitement hygiéno-diététique comme la thérapeutique de choix.

M. Gluck (de Berlin) a pratiqué L'EXTIRPATION DU LARYNX POUR CANCER dont il présente les pièces anatomiques. Il a remplacé le larynx par un appareil composé : 1° d'une canule trachéale externe; 2° ensuite d'une canule interne qui porte une soupape, espèce de languette qui s'ouvre pendant l'inspiration, se ferme pendant l'expiration, permettant au courant d'air de passer par l'appareil phonétique. Il a obtenu de très bons résultats : un malade auquel la langue entière a été extirpée ainsi que l'épiglotte et l'os hyoïde chez lequel on a également réséqué une partie de la voûte palatine, parle à haute voix avec son appareil.

M. Courtade, dans un cas de cancer de la trachée étendu au larynx, pour lequel on avait pratiqué la trachéotomie, sans le soulager complètement, des bourgeons charnus obstruant la trachée, eut l'idée de passer par la canule une sonde en caoutchouc rouge destinée à refouler les bourgeons Grâce à cet artifice, le malade n'eut plus d'accès de dyspnée; — plus tard la canule fut complètement remplacée par la sonde, le malade vécut encore six mois ainsi.

LE TRAITEMENT PALLIATIF DU CANCER LARYNGO-TRACHÉAL doit viser à : 1° faciliter la respiration par l'emploi d'une canule appropriée; 2° combattre les hémorragies par l'usage du perchlorure de fer et de l'eau oxygénée; 3° diminuer l'abondance et la fétidité des sécrétions en ayant recours aux instillations d'huile mentholée, pulvérisations trachéales avec solution de chlorure de zinc; 4° enfin réprimer le bourgeonnement extérieur par des badigeonnages avec une solution de pyoctanine.

M. Hajek, qui a fait une remarquable étude des suppurations des sinus maxillaires et frontaux, a dans un excellent rapport étudié l'ethmoïdite purulente au point de vue anatomo-pathologique. On entend sous cette dénomination les maladies de la muqueuse et de la charpente osseuse de l'ethmoïde s'accompagnant d'un écoulement purulent, en exceptant les affections tuberculeuses, syphilitiques et traumatiques, ainsi que les processus dus aux néoplasmes. Il étudie tout d'abord les maladies de la muqueuse, qu'il divise en trois formes :

1° Inflammation catarrhale intense : dans ce cas, tantôt la surface nasale libre est seule atteinte, tantôt les orifices et les cellules du labyrinthe sont également intéressés (empyème), cette dernière forme a une tendance à la chronicité.

2° Forme chronique de l'inflammation catarrhale, caractérisée par : tuméfaction hypertrophique du revêtement muco-

périostal à l'extérieur ou à l'intérieur des cellules, ou simultanément. Formation de polypes.

3° Forme invétérée de l'inflammation chronique: production considérable de polypes sur la partie nasale du revêtement de l'ethmoïde, il se forme des épaississements en forme de coussins ainsi que des bourrelets de granulations.

Il étudie ensuite les maladies de la charpente osseuse: 1° altérations légères: irritation du périoste et plus tard ostéite condensante ou raréfiante (Hajek, Zuckerkandl); 2° altérations profondes: nécroses osseuses dans les empyèmes aigus et chroniques par pression ou par thrombophlébite et périostite du côté opposé comme cela a lieu pour le sinus frontal. Ensuite nécroses de l'ethmoïde par suite de l'extension d'une ostéite ou périostite voisine, venant du maxillaire ou de l'orbite.

M. Bosworth fait remarquer que, dans l'ethmoïdite purulente, chaque cellule intéressée constitue un petit abcès. Il y a peu de tendances à la guérison spontanée. L'indication capitale seule pratique est d'ouvrir chaque cellule, pour cela on peut se servir de la gouge, de la pince coupante, du serre-nœud, de la curette, du ciseau etc. D'après Bosworth, le meilleur moyen d'atteindre ce but est d'attaquer d'abord les cellules ethmoïdales avec le serre-nœud, puis de rompre ensuite les cloisons intercellulaires à l'aide de la fraise. Le docteur Luc fait remarquer qu'il est impossible d'atteindre la totalité du labyrinthe ethmoïdal, de plus, les suppurations de l'ethmoïde sont rarement isolées, elles accompagnent d'empyème des sinus frontaux et maxillaires. Toutes les fois qu'il constate une sinusite ethmoïdale accompagnée de sinusite frontale, il ouvre le sinus frontal et par cette voie attaque le sinus ethmoïdal de haut en bas. Cette méthode met à l'abri des accidents méningitiques.

Pour M. Mouret (de Montpellier), lorsqu'on a de la panethmoïdite, le traitement peut se résumer en trois mots: ouvrir, cureter, drainer. M. Goris (de Bruxelles), dans un cas où la suppuration persistait, a détaché le nez et fait l'extirpation de l'ethmoïde droit.

Dans le cas de fistules ethmoïdo-orbitaires, pour M. Laurens, l'opération de choix est l'opération par voie externe, il ne faut pas drainer par la voie nasale quand de ce côté il n'y a pas de lésions. La cicatrice n'est pas disgracieuse. M. Vacher rapporte un cas de guérison de sinusite fronto-ethmoïdale prise pour un kyste dermoïde de l'angle interne de l'œil. M. Jacques croit que l'action des caustiques (chlorure de zinc à 1/10) peut remplacer le curetage des cavités osseuses suppurantes pourvues de diverticules inaccessibles à la curette.

M. Luc rapporte deux cas de CATARRHE DOULOUREUX A RÉPÉTITION DU SINUS FRONTAL consécutif à la sténose du conduit fronto-nasal. Chez ses malades, à l'occasion d'un coryza, survenaient dans l'une des moitiés du front et toujours du même côté, des douleurs accompagnées de sensibilité à la pression et parfois de gonflement. Ces douleurs revenaient par crise, plusieurs jours de suite, et chaque crise cessait après l'expulsion d'une quantité variable de muco-pus. Dans le premier fait, l'étroitesse du canal naso-frontal, point de départ des accidents, paraît avoir été congénitale, l'affection d'abord catarrhale aboutit à la formation d'un empyème chronique. Dans le second cas, la stricture fronto-nasale semble avoir pris naissance à la suite de l'ouverture chirurgicale du sinus atteint d'empyème, cette opération n'ayant pas été accompagnee de l'élargissement systématique du canal fronto-nasal. Dans les deux cas, les accidents furent définitivement enrayés à la suite d'une intervention consistant, d'abord dans l'ouverture et le nettoyage du sinus, puis dans l'élargissement du canal fronto-nasal par destruction de la portion nasale du plancher du sinus et des cellules ethmoïdales les plus antérieures.

M. Taptas (de Constantinople) a pu, dans un cas de sinusite frontale chronique, compliquée de suppuration des cellules ethmoïdales et sphénoïdales, ouvrir et nettoyer toutes ces cavités en une seule intervention.

SINUSITE MAXILLAIRE. — M. Kaspariant (de Moscou) indique un procédé de palpation du sinus maxillaire permettant de faire le diagnostic de l'empyème de ce sinus, qui consiste à appuyer une sonde coudée à angle droit en avant du processus unciforme ou en arrière de ce dernier pour faire sortir le pus par goutte de l'orifice du sinus maxillaire; sa méthode endo-nasale de traitement des empyèmes maxillaires consiste à faire sauter la paroi externe de la fosse nasale, c'est un des temps de l'opération de Luc.

M. Goris (de Bruxelles) pratique la décortication de la face dans les cas de pansinusites ou dans les cas de sinusites maxillaires obstinément récidivantes.

M. Vacher expose le traitement endonasal de l'empyème des cellules ethmoïdales et frontales; il consiste en la résection du cornet moyen et inférieur, en curetages, en cautérisations, en irrigations.

LA THYROTOMIE peut être indiquée, d'après sir Félix Semon, dans les cas suivants: 1° corps étrangers du larynx (il est bien entendu que dans la plupart de ces indications il existe des méthodes suppléantes: opérations endolaryngées, dilatation, etc.); 2° blessures du larynx; 3° laryngocèle; 4° sténoses laryngées; 5° périchondrite aiguë des cartilages du larynx; 6° tuberculose et lupus du larynx; 7° sclérome du larynx; 8° néoplasmes bénins du larynx; 9° néoplasmes malins du larynx.

M. Schmiegelow (de Copenhague) expose la technique de la thyrotomie. M. Goris apporte une statistique sur les résultats immédiats et éloignés de la thyrotomie. — Sur 105 opérés, 4 succombèrent de pneumonie dans les huit jours qui suivirent l'opération, elle est donc relativement bénigne; mortalité moindre de 4 p. 100. — Dans les cas de thyrotomie pratiquée pour néoplasme on a 1 fois une survie de plus de dix ans, survie de cinq à huit ans 8 fois, de deux à cinq ans 14 fois.

Dans les cas de thyrotomie pour tuberculose, les résultats sont moins bons: sur 14 cas 3 guérisons; dans les autres cas l'intervention a semblé plutôt accélérer la marche de la maladie.

LES RHINITES SPASMODIQUES, différentes quant à leur marche et à leur étiologie, ne sont pas encore nettement différenciées, comme le montre M. Jacobson. Le rhume des foins en constitue une variété spéciale. Certaines rhinites spasmodiques reconnaissent pour cause des paralysies vaso-motrices; d'autres sont sous la dépendance d'intoxications, elles ont une marche aiguë, sont compliquées de troubles gastro-intestinaux et de manifestations cutanées, ce sont là les toxirhinites de Jacobson. L'hydrorrhée nasale étant amenée par des causes internes, peut ne point offrir de phénomènes locaux, sauf une sécrétion abondante. M. Mounier (de Paris) partage cet avis, de plus il admet deux sortes de rhinites toxiques: 1° par intoxication, 2° par auto-intoxication; il rapporte à ce sujet d'intéressantes observations.

MM. Lermoyez et Mahu ont traité avec succès de nombreux cas de rhinites spasmodiques par des applications d'air sec surchauffé sur la muqueuse à l'aide d'un appareil très ingénieux dû au docteur Mahu. Le malade est placé dans la position rhinoscopique et le courant d'air chaud (80 degrés) est dirigé sous le contrôle de la vue. Chaque séance dure deux minutes et on la répète deux à trois fois par semaine, huit à douze séances sont en général suffisantes. Cette méthode donne surtout de bons résultats dans le coryza chronique congestif, des coryzas spasmodiques dans l'hydrorrhée nasale; les troubles auriculaires, l'otalgie liées aux catarrhes du nez et du naso-pharynx cèdent rapidement.

Les nodules vocaux ont fait l'objet du rapport du professeur Chiari (de Vienne). Ces nodules arrondis ou un peu allongés siègent sur le bord libre des cordes vocales, le plus souvent à l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen, presque toujours la lésion est symétrique, si elle existe des deux côtés. Ils sont d'un blanc tirant sur le jaune ou le rose, ils sont lisses, sessiles, opaques, ils atteignent au maximum le volume d'une tête d'épingle, jamais ils ne s'ulcèrent, il n'est pas rare qu'ils disparaissent spontanément. Ils sont plus fréquents chez les chanteurs et chez les enfants, ils reconnaissent pour cause les catarrhes aigus et chroniques du larynx, le surmenage vocal, peut-être aussi une méthode de chant défectueuse. Au point de vue histologique, ils sont constitués par l'hyperplasie de l'épithélium et des couches fibreuses superficielles de la corde vocale ; pour l'auteur les glandes muqueuses ne se rencontrent que très exceptionnellement dans leur constitution.

M. Hermann Krause (de Berlin) étudie les troubles de la voix parlée et chantée dans le cas de nodules vocaux. Il signale le développement de la pachydermie qui se produit à la longue, tout d'abord au niveau des nodules, plus tard sur les points soumis aux frottements : apophyse vocale, région interaryténoïdienne. Comme traitement : repos absolu de la voix, et, si cela ne suffit pas, ablation chirurgicale.

M. Cappart (de Bruxelles) recommande le traitement opératoire des nodules vocaux par ablation, ou par destruction galvano-caustique. Pour l'ablation il faut employer des pinces très fines, il recommande celles du professeur Schmidt et celles du professeur Zurasz. Le professeur Labus a recommandé la décortication de la corde vocale. Le traitement galvano-caustique est réservé aux petits nodules.

M. Escat (de Toulouse) fait une intéressante communication sur les arthrites laryngées, qui sont souvent difficiles à diagnostiquer : l'arthrite crico-aryténoïdienne simulant la paralysie du récurrent, et l'arthrite crico-thyroïdienne, celle du laryngé externe. La première se distingue par les signes suivants : 1° dysphagie, 2° toux douloureuse, 3° tuméfaction inconstante des saillies aryténoïdiennes, 4° douleur vive à la pression derrière le bord postérieur des lames du cartilage thyroïde, 5° non-chevauchement de l'aryténoïde sain sur l'aryténoïde malade et non-entraînement de la corde vocale saine ou moins malade au delà de la ligne médiane, 6° bilatéralité fréquente.

L'arthrite crico-thyroïdienne aiguë se différencie de la paralysie du laryngé externe par les signes suivants : 1° effort vocal douloureux, même pour la voix parlée dans le registre élevé, 2° persistance pendant cet effort des contractions du muscle crico-thyroïdien, 3° douleur provoquée si l'on cherche à rapprocher le cricoïde du thyroïde, 4° douleur à la pression de l'articulation crico-thyroïdienne. Le meilleur traitement est la révulsion faite sur le cou.

M. Onodi (de Budapest) divise l'anosmie en : 1° anosmie essentielle ou vraie (relativement aux territoires olfactifs atteints ; celle-ci peut être centrale ou périphérique) ; 2° anosmie mécanique ou respiratoire ; 3° anosmie fonctionnelle.

Parmi les conditions étiologiques de l'anosmie vraie périphérique on trouve soit une inflammation du domaine olfactif périphérique, qui détermine une névrite, soit un processus atrophique du nerf olfactif — syphilis, ethmoïdite suppurée, ozène. L'anosmie d'origine centrale a été constatée chez des malades atteints de tumeurs cérébrales occupant la fosse antérieure de la base du crâne, de foyers de sclérose, d'embolies, d'hémorragies, de tabes cérébral, de paralysie progressive ; en outre, dans les lésions qui intéressent directement le bulbe et les bandelettes olfactives. Les intoxications, qu'elles soient dues à des alcaloïdes ou à des toxines, peuvent également produire l'anosmie. L'anosmie congénitale est liée au développement incomplet du bulbe, de la bandelette olfactive ou des centres corticaux. Enfin l'anosmie fonctionnelle reconnaît pour cause habituelle l'hystérie.

M. Cousteau (de Paris) a produit expérimentalement chez des lapins de l'emphysème pulmonaire, en leur oblitérant les narines ; cet emphysème se développe rapidement. A ce propos, il attire l'attention des praticiens sur l'importance qu'il faut attacher à la perméabilité des fosses nasales, étant donné la rapidité avec laquelle se produit l'emphysème pulmonaire lorsqu'un obstacle quelconque détermine une sténose nasale, même incomplète, mais durable.

M. Moure a exposé un ingénieux procédé de traitement de déviation de la cloison du nez.

M. Doyen traite les polypes naso-pharyngiens par l'extirpation rapide à la curette.

M. C. Chauveau (de Paris) a rapporté deux curieuses observations : l'une de paralysie hystérique de la corde vocale gauche avec parésie concomitante du sterno-mastoïdien et du trapèze du même côté, anesthésie du voile du palais, troubles de la déglutition ; l'autre sur un cas de leucocythémie amygdalienne.

M. Mahu a présenté une série d'excellentes pinces laryngiennes.

MM. Moura, Botey, Suarez de Mendoza, Courtade, ont présenté une série d'ingénieux instruments.

STOMATOLOGIE

Par **M. BELLIN**, interne des hôpitaux.

D'importantes et d'intéressantes questions ont été traitées au congrès de stomatologie, en voici un bref aperçu d'ensemble.

Dans son rapport sur le traitement de la pyorrhea alveolaris M. Piergili (de Rome) émet l'hypothèse qu'il s'agit là d'une affection locale plus ou moins modifiée par l'état général de l'organisme, d'où résulte la nécessité de changer le traitement selon les cas et les périodes de développement de la maladie.

Le diagnostic de pyorrhée étant posé, il faut soumettre le malade à un examen objectif complet et tenir compte de l'influence des diathèses aussi bien que des maladies déterminantes (et surtout : anémie, paralysie générale, etc.). Il faudra également rechercher les obstacles à la circulation normale du sang (vices du cœur, emphysème pulmonaire, artério-sclérose, etc.). Seulement alors on pourra entamer une cure rationnelle.

Après avoir institué le traitement général, on attaquera les causes locales. D'après M. Talbot, la pyorrhée alvéolaire est causée par une sclérose du connectif péricément, nous avons affaire à une association microbienne destructive.

D'où, traitement local :

Au début : les gencives sont hyperémiées, le péricément comprimé entre la racine et l'alvéole se nécrobiose — scarifier les gencives et enlever les fongosités s'il en existe.

Pendant la seconde période, la gencive se détache du

collet et l'épithélium va recouvrir sa surface inférieure. Il faut empêcher cet accident. Excision des parties exubérantes de la gencive, râclage de la cavité entre la racine et la gencive (Younger).

Lorsque la maladie est très avancée et le pus abondant — lavages intra-alvéolaires répétés $\left(HgCl^2 \text{ à } \frac{1}{10000}\right)$, pratiqués avec une seringue de Pravaz ; ils préparent les tissus pour le râclage.

Succès presque constant.

M. Talbot dit dans ses conclusions sur le même sujet :

La pyorrhée alvéolaire est le résultat d'une inflammation antérieure produite par des causes locales et constitutionnelles (auto-intoxication, empoisonnement médicamenteux). Il y a une infection consécutive par le pus. L'urine étant toujours acide, il faut en faire l'examen avant de commencer le traitement. Ce dernier consistera en: 1° bains *turcs*, *massage du foie*, de la peau et des nerfs de la périphérie, absorption de dix verres d'eau par jour ; 2° saignée des gencives, application de teinture d'iode tous les deux jours, trois fois par jour : massage des gencives ; 3° si l'infection persiste, application « loco dolenti » de girofles, etc.

M. Joseph Boniquet, dans sa très intéressante communication, rappelle les nombreuses manifestations syphilitiques buccales (syphilis maligne, précoce et tertiarisme retardé) ainsi que les accidents dus à la mercurialisation et aux autres intoxications; il signale l'influence des diathèses révélant un trouble permanent dans les mutations nutritives et y joint les braditrophies de Landouzy.

Par ces circonstances, s'explique la plus grande ténacité et la plus grande fréquence de certaines complications de la carie chez certains individus.

Pendant la convalescence des affections fébriles, surtout des exanthématiques, des complications très graves peuvent arriver dans la bouche, mettant en danger l'intégrité des mâchoires, voire la vie du malade.

C'est par le fait seul de la propagation des éléments pathogènes, dont la porte d'entrée est une carie dentaire ou une lésion de la muqueuse buccale, qu'on s'explique d'une manière satisfaisante les multiples lésions à distance.

C'est encore à un Italien, le Dr Giuria (de Gênes), que revient l'honneur d'avoir présenté le rapport sur l'intervention thérapeutique dans les anomalies de position et de direction des dents. En voici le résumé succinct :

A. Préliminaires. — Importance de la prophylaxie — âge où il faut intervenir — des variétés d'appareils — le moyen de redressement sera d'autant meilleur qu'il sera plus simple; suivant la nécessité, on pratique l'expansion de l'arcade dentaire, ou l'extraction d'une dent.

B. Anomalies des maxillaires donnant lieu à deux anomalies de position des dents. — 1° Prognathisme physiologique; prognathisme pathologique α, maxillaire en V; β, maxillaire contracté; γ, développement excessif du maxillaire supérieur; δ, développement insuffisant des molaires; 2° opisthognathisme; 3° progénisme, *a* simple, *b* fort; 4° orthogénisme; 5° opisthogénisme; 6° modex apertus — modéré ou prononcé.

C. Anomalies de position des seules dents : rétro et antéversion des incisives, antéversion de canines, déviations bicuspidées, rotation sur l'axe des incisives, et rotation sur l'axe des canines et des bicuspidées.

M. Giuria a présenté là un tableau d'ensemble, qui joint à l'intérêt pathologique un intérêt esthétique de premier ordre.

Le même sujet a fait l'objet d'une autre communication de M. Talbot, sur un mode plus scientifique, certes, mais moins clair et moins didactique.

Avec M. J. Ferrier, nous revenons à la pratique, et, parlant du plan incliné, cet auteur indique les conditions de bon fonctionnement de l'appareil, et spécialement le moyen de réduire la durée de son application, en modifiant l'appareil de Catelain.

Du même auteur, il faut aussi signaler une très intéressante communication sur l'odontocie et l'ostéocie, état de légèreté dentaire et osseuse ressemblant fort à une ostéomalacie locale.

Citons encore, comme se rattachant à la pathologie générale, la communication de M. William Knight sur les tumeurs bénignes de la voûte palatine et du voile du palais.

M. Claude Martin (de Lyon) lit un travail sur les MOYENS DE CORRIGER LES DÉFORMATIONS DUES AUX CICATRICES VICIEUSES PAR LES APPAREILS LOURDS OU A PRESSION CONTINUE, et formule ainsi ses conclusions :

1. Dans les résections du maxillaire inférieur, lorsque l'application immédiate d'un appareil de prothèse n'est pas possible, on peut se servir d'un appareil auto-opératoire.

2. Dans les cas où il faut enlever prématurément l'appareil post-opératoire, la rétraction cicatricielle amène de l'atrésie de la cavité buccale, de la projection de la langue en arrière et de l'asymétrie faciale.

3. On peut corriger secondairement ces déformations en faisant porter au malade des appareils lourds dont on augmente successivement le poids et le volume. Il suffit ensuite d'un appareil ordinaire. Cette méthode de correction peut s'appliquer à toutes les cicatrices vicieuses.

M. Nicolesco (de Bucarest) insiste sur le traitement et le redressement des dents par le cordonnet de soie. Il n'y a pas que M. Cruet qui le pratique, et bon nombre de stomatologistes l'emploient depuis longtemps avec succès. Dans une autre communication sur le choix des antiseptiques dans le traitement de la carie dentaire, il préconise : l'eau oxygénée, le chloroforme, l'alcool à 90°, l'iodoforme, l'oxyde de zinc, l'essence de girofle et la chaleur, et analyse ensuite les moyens d'obtenir l'asepsie dentaire.

M. Jarre (de Paris) donne le résultat de son emploi de l'acide chromique dans le traitement des maladies inflammatoires et ulcéreuses de la muqueuse buccale chez l'homme ; il faut l'employer chimiquement pur et en solution concentrée; son application doit être suivie d'un lavage immédiat, destiné à limiter son action caustique aux couches superficielles des tissus.

A citer du docteur Bouron (de Saint-Jean d'Angély) l'anesthésie par le chloroforme pour extractions dentaires multiples; le traitement des caries dentaires du troisième et quatrième degré par le trioxyméthylène de M. Testelin, communication détaillée et pratique, basée sur une étude sérieuse des propriétés thérapeutiques de ce corps; du docteur Ferrier, des recherches sur les moyens d'éviter la douleur dans la dévitalisation de la pulpe par l'acide arsénieux ; l'arsenic doit être appliqué en quantité suffisante, et bien protégé sur une pulpe largement dénudée par la carie, ou encore recouverte d'ivoire normal, ou mieux : décalcifié, mais vivant.

III. Obstétrique et gynécologie

OBSTÉTRIQUE

Par **M. PLATON**, chef de clinique d'accouchements et de gynécologie à l'École de médecine de Marseille.

Trois questions fort intéressantes avaient été mises à l'ordre du jour. Voici les deux premières : de l'étiologie des septicémies puerpérales; de la mort apparente du nouveau-né. Dans l'un et dans l'autre cas, il nous a paru que rien de bien nouveau n'avait été apporté aux débats et que la façon d'envisager ces deux questions ne devait guère se modifier après les discussions, fort intéressantes d'ailleurs, auxquelles nous avons assisté. Quant à la troisième question : de la radiographie en obstétrique, nous verrons qu'elle a suscité peu de communications.

I. Etiologie des septicémies puerpérales. — La grande discussion réside sur l'existence ou la non-existence de l'autogénèse. M. Doléris, dans un remarquable rapport, vient à ce propos indiquer quels sont les germes pathogènes ordinaires de l'infection puerpérale : le streptocoque, qui est le plus commun, le staphylocoque, producteur de métastases, le gonococcus, le bacterium coli commune. Quant au pneumocoque et au bacille de la diphtérie, ils sont très rares. Parmi les pathogènes anaérobies, il faut classer à côté du B. septique ordinaire, le B. putridus et quelques autres espèces moins déterminées. Pour cet auteur, certains saprophytes anaérobies peuvent agir comme pathogènes : pour lui, à côté de l'hétérogénèse, infection venue de l'extérieur, l'autogénèse existe au moment de l'accouchement ; pendant cette période de transformation des milieux sécrétés, facilitée par la présence d'un écoulement sanguin, des saprophytes peuvent devenir virulents et sont capables de produire l'infection puerpérale d'autant plus meurtrière qu'il existera une association bactérienne.

La clinique est tenue d'admettre la reviviscence *in situ* des pathogènes préexistants à l'état latent dans le col utérin, les trompes, le vagin et la possibilité de la généralisation d'une telle infection après l'accouchement sans nouvel apport de microbes pathogènes extérieurs.

Comment se fait cette infection ? Les voies qui peuvent être suivies sont bien connues, mais quelle est la plus fréquentée : est-ce la voie sanguine, lymphatique ou muqueuse ? Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'elle est mixte.

Les microbes agissent-ils par lésions ou par poisons sécrétés ? Il est difficile, à l'heure actuelle, de résoudre ce problème.

En résumé et comme conclusion : *les associations microbiennes sont fréquentes ; l'infection est généralement hétérogène ; l'autogénèse existe*, il existe des saprophytes capables de virulence.

La conclusion pratique est qu'on n'a pas le droit actuellement de se départir des règles antiseptiques rigoureuses *præpartum* et *post partum* et qu'il est du devoir du praticien de pratiquer rigoureusement l'antisepsie des voies vaginales, externes et internes.

Pour MM. Menge et Kronig (de Leipzig), corapporteurs, l'infection puerpérale peut être autogène ou hétérogène par reviviscence des saprophytes vivant avant l'accouchement dans le canal génital ou par l'apport, par l'air, les instruments, les mains de l'accoucheur, de bactéries pathogènes.

La fièvre puerpérale gonorrhéenne, suite d'une gonorrhée urétrale, vaginale ou cervicale, de même que les infections consécutives à des foyers préexistant à l'accouchement, ne peuvent compter comme infections autogènes parce que dans ces cas le caractère saprophytique de l'agent infectieux n'existe pas.

L'infection autogène par bactéries pathogènes ayant vécu comme saprophytes sur la peau des organes génitaux externes est rare et d'un pronostic favorable.

L'infection puerpérale autogène par bactéries ayant vécu comme saprophytes dans la cavité de l'utérus ou des trompes n'existe pas.

L'infection hétérogène est d'une très grande importance. L'air, pauvre en germes, joue un rôle très minime dans l'éclosion de la fièvre. Quand les instruments ont été stérilisés, les mains de l'accoucheur deviennent les porteurs de l'infection.

Il est difficile de déterminer le degré de virulence des bactéries, cause de la fièvre puerpérale. En général, la virulence s'abaisse quand la bactérie coupable a été obligée de vivre d'une vie saprophytique. L'hémostase insuffisante, les plaies étendues favorisent l'infection, qui peut partir du périnée, du col ou de la plaie placentaire et se propager par les voies lymphatiques ou sanguines.

M. Pestalozza (de Florence) rapporte sur la question un long et volumineux mémoire dont voici les conclusions :

La marche aseptique des suites de couches est subordonnée à l'application rigoureuse des procédés de désinfection des organes génitaux externes de la femme, des mains et des instruments de l'accoucheur.

La désinfection du vagin de la femme saine en couches est superflue et dangereuse.

En cas de doute sur l'asepsie du vagin, il faut s'abstenir autant que possible du toucher vaginal durant l'accouchement.

La désinfection vulvaire et celle des mains de l'accoucheur sont suffisantes pour prévenir l'infection pendant l'accouchement.

Une assistance antiseptique bien entendue doit comprendre : l'appréhension d'une rupture prématurée de la poche des eaux, la suture immédiate de toute plaie vulvaire, vaginale ou cervicale, l'assistance prudente à la période de la délivrance, l'exclusion de toute manœuvre d'intervention précoce.

Au cours des suites de couches, il faut s'abstenir de toute injection vaginale ou utérine, cause d'infection.

En cas d'accidents infectieux, il peut être dangereux d'avoir recours d'emblée aux injections intra-utérines capables de disséminer l'infection. Il faut avant tout rechercher la porte d'entrée de l'infection vulvaire, vaginale, cervicale, utérine ou combinée et se comporter selon les indications données par ce diagnostic.

Le principal agent de la fièvre puerpérale est le streptocoque.

M. Veit (de Leyde) ne croit pas à l'autogénèse ; il pense que les microbes pathogènes perdent leur virulence dans le vagin avant l'accouchement et la conservent sur les parties génitales externes. C'est du reste l'opinion de Döderlein de Tubingue. L'infection puerpérale est une infection hétérogène ; si elle se produit, c'est qu'il y a une faute dans la pratique et dans la désinfection des organes génitaux ex-

ternes des instruments et surtout des mains de l'accoucheur.

MM. Brindeau et Macé (de Paris), dans une intéressante communication, apportent le résultat de leurs recherches sur les lochies fétides dans 8 cas d'infection puerpérale et démontrent que cette putréfaction n'est pas due à un microbe spécifique, mais à de nombreux microorganismes aérobies ou anaérobies.

Signalons la pratique de Draghiescu (de Bucarest) qui, dans les cas d'infection puerpérale, tamponne la cavité utérine avec de la gaze iodoformée imbibée d'une solution d'acide phénique à 5 ou 10 p. 100, après une injection intra-utérine prolongée.

Pour lutter contre cette infection puerpérale, effroi des accoucheurs, M. Sedan (de Marseille) préconise l'emploi de l'aniodol. Dans un exposé très clair en collaboration avec M[lle] Mouren, la distinguée maîtresse sage-femme de l'hôpital de la Conception, cet auteur nous montre les avantages et les qualités de cet antiseptique nouveau : innocuité absolue, ne réveillant aucune intolérance de la part des malades, facilité de maniement, pas de souillures ni de taches des linges, pouvoir bactéricide supérieur aux autres antiseptiques.

Ces conclusions sont acceptées du reste par M. le professeur Pinard, qui a employé l'aniodol dans son service sur les indications du professeur Queirel (de Marseille). Il n'a eu qu'à se louer du savon à l'aniodol, qui est parfait comme désodorisant et conserve l'épiderme des mains des opérateurs. Les injections avec ce produit ont fait merveille, mais occasionnent semble-t-il — est-ce une simple coïncidence? dit M. Pinard, — une légère diarrhée aux accouchées. M. Pinard prié M. Marmoreck de faire une étude comparative entre l'aniodol et les autres antiseptiques.

II. Traitement de la mort apparente du nouveau-né. — Trois rapporteurs avaient été chargés d'étudier cette question et de la mettre au point : MM. Ribemont-Dessaignes, Schultze (d'Iéna) et Champneys (de Londres).

Les deux premiers, qui sont seuls présents, viennent naturellement défendre leur procédé : nous pouvons déjà conclure que la méthode française paraît plus prudente et plus efficace.

Après un aperçu sur les différentes formes d'asphyxie de l'enfant et de ses causes, M. Ribemont-Dessaignes aborde le côté pratique. L'asphyxie étant due à l'obstruction des voies aériennes, il est nécessaire : 1° de les désobstruer, 2° de faciliter l'entrée de l'air dans les poumons pour rétablir les fonctions cardiaques et pulmonaires. C'est dans ce but que sont pratiqués les écouvillonnages de la gorge, les frictions de toute sorte et la méthode des tractions rythmées de la langue de Laborde qui, dans les cas de mort apparente du nouveau-né, ne paraît pas donner les résultats annoncés par son auteur.

Un moyen qui paraît très pratique d'introduction de l'air dans les poumons est l'insufflation de bouche à bouche : il est dangereux, par la possibilité d'emphysème, de rupture pulmonaire.

L'insufflation doit être instrumentale.

L'appareil doit permettre d'aspirer les mucosités.

Il doit porter dans les poumons une quantité d'air en rapport avec leur capacité.

C'est dans ce but que le rapporteur a fait construire son insufflateur, si connu déjà et rentré dans la pratique courante, l'instrument de Ribemont-Dessaignes étant devenu partie intégrante de la trousse de l'accoucheur.

Le modèle de l'auteur construit sur les bases anatomiques a été déposé en 1877, il présente les qualités suivantes :

1° Son introduction facile et son maintien dans les voies respiratoires;

2° Aspiration aisée des liquides et mucosités;

3° Facilité de reconnaître s'il est dans le larynx ou l'œsophage;

4° Insufflation d'air limitée à la capacité pulmonaire.

M. Schultze étudie d'abord dans son rapport les causes et les symptômes de la mort apparente du nouveau-né. Tout cela est si classique que nous ne croyons pas devoir le reproduire. Quant au traitement, c'est le procédé de Schultze, procédé de balancement de l'enfant, qui amène le mieux la respiration et la circulation interrompues. Chacun connaît, sans les décrire, les manœuvres et les attitudes de ce procédé. Voici la conduite du professeur d'Iéna, dans les cas d'asphyxie des nouveau-nés :

I. L'enfant est rouge-bleu, le laisser en communication avec le cordon ombilical tant qu'il y a des battements, enlever les mucosités de la bouche, exciter ses réflexes cutanés. S'il n'y a aucune réaction, couper le cordon, plonger l'enfant alternativement dans de l'eau chaude et de l'eau froide.

II. L'enfant est blanc et flasque : sectionner le cordon, désobstruer la gorge, pratiquer la respiration artificielle par la méthode de balancement qui assure la sortie facile des mucosités obstruant les grosses et petites bronches. Faire 8 à 10 balancements et plonger l'enfant dans un bain chaud. En général, il se ranime. Sinon recommencer les balancements et plonger l'enfant dans l'eau chaude; s'il ne réagit pas, dans de l'eau glacée; dans ce cas, presque toujours, il revient à la vie.

Il ne faut pas abandonner un enfant en état d'asphyxie, tant qu'il ne crie pas avec continuité et bruyamment.

M. Audebert (de Toulouse), d'après les expériences de Richet sur l'action de la réfrigération sur les animaux, préconise l'application de linges froids tout en se servant de la méthode de Ribemont. Dans 12 cas de mort apparente, il n'a eu qu'à se louer de ce procédé.

M. Lepage vient naturellement défendre la méthode d'insufflation de son collaborateur, tandis que M. Rapin (de Lausanne) se montre un ardent partisan de la méthode de Schultze.

M. Wallich a fait des autopsies d'enfants venus au monde en état de mort apparente, il a toujours constaté des lésions viscérales importantes; il croit donc qu'il est de la plus grande importance de considérer l'enfant en état de mort apparente comme un blessé, comme un traumatisé du fait même de l'accouchement pénible auquel il a été soumis.

D'autres autopsies ont été pratiquées sur des petits cadavres d'enfants mort-nés qui avaient servi aux étudiants pour pratiquer la méthode de Schultze et à chaque autopsie des lésions ont été constatées et en particulier des déchirures graves des poumons qui avaient été crevés par un appel trop intense de l'air. Il faut se demander alors si, comme l'indique si justement M. Wallich, le procédé allemand n'est pas dangereux, capable d'entraîner des désordres graves. La méthode de Ribemont paraît plus rationnelle et plus sage, l'enfant en état de mort apparente ne doit pas être secoué, mais soigné avec précaution et délicatesse, pour éviter des morts subites par production de phénomènes d'inhibition.

Que penser de cette discussion à laquelle prennent part MM. Strassmann, Verrier, Demelin et Calderini? C'est M. le professeur Pinard qui en apporte la conclusion pratique : De l'avis de tous les accoucheurs, lorsqu'un enfant se présente en état de mort apparente, la première des choses à faire c'est de ranimer le centre respiratoire et le centre circulatoire. Deux procédés sont en présence : celui de Ribemont-Dessaignes et celui de Schultze. Ils ont chacun des avantages et des inconvénients, mais celui de Schultze peut être dangereux comme l'a montré M. Wallich. A l'hôpital Baudelocque on emploie le tube insufflateur tout en entou-

rant les enfants de soins spéciaux, afin d'éviter des excitations périphériques trop fortes, capables d'amener des morts subites.

III. La troisième question : de la radiographie en obstétrique, n'a pas eu les honneurs d'un rapport. Signalons cependant la communication de M. Fabre (de Lyon) sur la RADIOGAPHIE MÉTRIQUE APPLIQUÉE A LA MENSURATION DU DÉTROIT SUPÉRIEUR et déjà communiquée à la Société de chirurgie de Lyon, le 8 juin 1899. Le procédé de M. Bouchacourt nous paraît plus simple et plus pratique, il repose sur les propriétés corrélatives des figures homologiques que forment une ceinture pelvimétrique telle que les compas de Baudelocque entourant le sujet dans le plan du détroit supérieur et les images radiographiques de ces deux lignes. Citons aussi la radiographie de M. Jacob (de Marseille) d'un *cas de symphyséotomie*, qui montre une symphyse paraissant non sectionnée.

COMMUNICATIONS DIVERSES. — M. le professeur Queirel et son interne M. G. Reynaud (de Marseille) ont étudié la tension artérielle dans la grossesse, l'accouchement, les suites de couches physiologiques et pathologiques. Ces importantes recherches, comprenant 68 observations, entraînent les conclusions suivantes :

Chez la femme enceinte, la tension normale oscille entre 15 et 16 centimètres de mercure. Pendant la grossesse, jusqu'au huitième mois, pas de modification sensible, après tendance plus ou moins marquée à l'hypotension.

Pendant le travail : hypertension progressive, maximum à l'expulsion fœtale, suivie d'hypotension brusque et passagère dont le minimum se trouve à la sortie du placenta.

Pendant les suites de couches, la courbe remonte rapidement au-dessus de la normale, s'y maintient quatre ou cinq jours pour reprendre sa hauteur physiologique.

Au point de vue pathologique, il y a hypotension dans l'hydramnios, la grippe, la pneumonie lobaire, l'imminence hémorragique, l'avortement, hypertension dans l'hystérie, l'éclampsie et l'albuminurie.

M. le professeur Pinard a employé la méthode de MM. Queirel et Reynaud et il lui a été très facile, rien que par la constatation de l'hypertension, de diagnostiquer l'albuminurie probable. Dans aucun cas, il ne s'est trompé. Dans les cas d'augmentation du volume de l'utérus, il existe de l'hypotension pouvant peut-être expliquer les morts subites durant le travail et l'accouchement. Il est possible déjà de tirer des conclusions thérapeutiques de ces intéressantes recherches. M. Pinard a constaté dans certains cas, en faisant des injections de sérum à des albuminuriques, des phénomènes graves d'asphyxie. Cela se comprend facilement aujourd'hui. Il ne faut pas augmenter la tension artérielle déjà élevée. On ne doit pratiquer des injections de sérum qu'aux albuminuriques, aux éclamptiques qui ont perdu du sang.

QUELQUES ACCÈS ÉCLAMPTIQUES SANS ALBUMINURIE, par M. BOUFFE DE SAINT-BLAISE. — L'auteur du remarquable rapport sur les auto-intoxications gravidiques lu au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de 1898 apporte 3 observations démontrant la possibilité d'éclampsie sans albumine. Le rôle du rein est donc secondaire, l'analyse des urines ne suffit pas pour éviter les attaques convulsives. Le régime lacté doit être appliqué à la moindre alerte comme traitement de l'auto-intoxication et de l'hépato-toxémie gravidique.

A ce propos, M. Bar, qui a constaté aussi des accès d'éclampsie sans albuminurie, se demande s'il n'y a pas des albumines qu'il appelle acéto-solubles qui disparaissent en présence d'acide acétique et font supposer une absence d'albumine. Dans les cas où avant l'accès il n'existait pas d'albuminurie, il y avait, après les crises, une quantité considérable de déchets. Cette décharge d'albumine peut-elle faire croire à une néphrite? Elle serait trop brusque et trop passagère. Il croit plutôt et revient à la vieille théorie de Semmola, que le rein dans ces cas fonctionne d'une façon parfaite et qu'il débarrasse l'organisme de l'albumine qui est dans le sang.

M. Budin a rencontré souvent aussi des cas d'éclampsie sans albuminurie. Les femmes autopsiées présentaient des lésions hépatiques.

Pour M. Pinard, le mot éclampsie doit disparaître, car l'accès n'est qu'un symptôme. C'est le foie qui est toujours malade et nous savons fort bien aujourd'hui que dans ces cas le rein le devient secondairement. Cette maladie devrait s'appeler l'hépato toxémie. La théorie de Semmola ne vaut que comme théorie. Comment se produisent les accès? Comment agit le poison et quel est-il? Nous ne le connaissons pas. Heureusement pour les accoucheurs que, dans la majorité des cas, l'albumine dans les urines est un signe suffisant d'intoxication et qu'alors le régime lacté peut être institué : mais il faut bien que l'on sache que des femmes peuvent mourir d'éclampsie sans avoir eu de traces d'albumine dans les urines, et cela est important pour dégager la responsabilité de tout le monde. Il n'en reste pas moins nécessaire de considérer comme un devoir de rechercher systématiquement et périodiquement l'albumine dans les urines des femmes enceintes.

Signalons sur le TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE les communications de M. La Torre, dont voici la conduite : saignée, décharge ventrale, sudation, morphine. — M. Porak suppose l'éclampsie comme un symptôme d'auto-intoxication intestinale ; voici sa pratique : lavage de l'intestin (30 à 50 litres), lavage du sang (saignée et sérum), éviter les réflexes éclamptiques en particulier en n'introduisant rien dans l'estomac pendant toute la période de mal. M. Mangiagalli (de Pavie) traite l'éclampsie par l'extrait fluide de veratrum viride qui agit probablement par l'abaissement de la tension artérielle. — M. Hagopoff (de Constantinople) soumet des femmes enceintes systématiquement à un régime mixte alternatif pour éviter la production de toxines. Il consiste à prendre un jour du lait, le lendemain les aliments habituels sauf les viandes noires. — M. Stroganoff (de Saint-Pétersbourg) donne de la morphine associée au chloral, surveille la respiration et le cœur (sérum, digitale) et accélère l'accouchement.

A propos de l'OMPHALOTRIPSIE, M. Porak apporte son appareil déjà présenté à la Société d'obstétrique de Paris en 1899, mais modifié depuis et qui lui donne de très beaux résultats. — M. Martin (de Greifswald) lie le cordon à la limite de la peau et brûle au-dessus avec un fer à friser rougi. — M. Bar, qui a été le premier à employer la forcipressure, se contente d'employer une pince hémostatique qu'il laisse à demeure. — MM. Pinard et Budin considèrent tous ces instruments comme une complication de l'outillage et de la technique; du fil solide et propre, des ciseaux qui coupent et stérilisés, de la ouate antiseptique, voilà ce dont on a besoin et, à la clinique Baudelocque comme à la clinique Tarnier, ce moyen de faire, qui est du reste celui de presque tous les praticiens de province et de campagne, donne de belles statistiques.

Citons enfin pour mémoire l'intéressante communication de M. Hergott (de Nancy) sur les rapports de l'appendicite et de la grossesse.

M. Oui (de Lille) à propos d'un cas d'incision utérine donne les indications opératoires de cette complication de l'accouchement. Il a employé le procédé Doyen.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS. — Forceps à branches parallèles de M. Perret. — Ecarteur dilatateur de M. Raineri. — Serre-fines de M. Boissard. — Forceps gradué de M. Vlaïos. — Bougie métallique stérilisable de M. Knapp. — Nouveau basilyote de M. Simpson. — Forceps de M. Crouzat.

GYNÉCOLOGIE

Par **M. PLATON**, chef de clinique d'accouchements et de gynécologie, à l'École de médecine de Marseille.

PREMIÈRE QUESTION

Traitement du cancer de l'utérus, par M. Gustave Richelot (de Paris).

M. Richelot est un défenseur et un partisan résolu de l'hystérectomie vaginale qu'il considère comme une opération *rationnelle*. Toute section du col est incomplète par la persistance entre les faisceaux musculaires de cellules cancéreuses que l'on retrouve à l'examen histologique. L'extirpation totale enlève les causes de récidive immédiate ou, par la destruction des annexes et du ligament large, prévient l'envahissement à son début. Elle seule assure des succès durables.

L'hystérectomie vaginale est *bénigne* si elle est faite à temps, alors que le cancer est au début, dans cette période où le succès est presque sûr, c'est-à-dire quand on a affaire à des tumeurs bien circonscrites et à des utérus bien mobiles.

Cette opération s'est montrée *efficace* : elle a donné des survies prolongées et sans récidive. L'auteur n'a pas eu de récidive au moment où il fait paraître son rapport. Les succès de Ott, de Le Dentu, de Pozzi, de Quénu, Terrier et Hartmann sont analogues.

Il ne faut pas exagérer et dire qu'il y a guérison après trois années révolues. Il faut éviter d'employer ce mot, même en face de guérisons qui durent depuis neuf, dix ou douze ans. Mais nier les cures prolongées, c'est nier l'évidence.

L'hystérectomie abdominale peut-elle offrir les mêmes garanties? Faut-il avoir grand espoir dans les succès par la voie haute? L'auteur ne peut comprendre les chirurgiens qui, par cette voie, prétendent tout enlever et résèquent les ligaments larges, fouillent à travers les infiltrats et les parcelles néoplasiques, poursuivent même les ganglions depuis l'utérine jusqu'à l'aorte.

Que dire de l'hystérectomie abdominale comme traitement des cancers limités, circonscrits au seul utérus? La méthode abdominale vise alors ces cas où il n'y a pas de propagation cliniquement appréciable, où l'on supprime avec l'utérus malade la zone lymphatique et les ganglions correspondants. C'est alors l' « évidement du bassin ». La critique en est aisée.

C'est une prétention de croire pouvoir faire la dissection intégrale des tissus contaminés et l'auteur ne peut partager la pratique de ces chirurgiens qui parlent de dédoublement du ligament large, de raclage de ses deux feuillets, de mise à nu de l'uretère, de la destruction des dernières travées conjonctives en dépistant les cellules cancéreuses le long des artères iliaques. La poursuite de l'invasion cancéreuse à travers le petit bassin est une illusion. Du reste, cette méthode n'apporte pas de cas probants capables d'entraîner la conviction.

Le cancer, primitivement local, infecte secondairement. La théorie parasitaire n'est pas suffisante pour expliquer le rôle indéniable de l'hérédité et les relations étroites de l'arthritisme avec le cancer. Pourquoi des cancers à évolution si différentes bien qu'ayant le même siège et la même structure? Pourquoi la plus grande bénignité des cancers du corps comparée à ceux du col? Tout cela est sous la dépendance probable du « tempérament morbide ».

Quel est donc le but et quelles peuvent être les prétentions du chirurgien? Opérer pendant la période de début, avant que la moindre cellule cancéreuse ait cheminé hors de l'utérus. Cela est possible si l'acte opératoire a lieu à une période très près du début ou si la chance fait tomber sur un cancer à marche lente. On pourrait espérer la guérison radicale sans cette arrière-pensée d'une prédisposition de l'organisme qui peut ne pas être épuisée et peut reproduire un nouveau cancer à plus ou moins longue échéance.

Le véritable traitement du cancer utérin peut se résumer ainsi : prévenir l'envahissement, non le poursuivre.

Il est permis d'adopter cependant la voie haute en présence d'un envahissement discret, paraissant limité à la paroi vaginale, suffisant pour réduire l'autre méthode à l'impuissance, mais éloignant l'idée d'une réelle diffusion du cancer. On peut adopter l'hystérectomie abdominale sans la croire souveraine, car elle peut permettre d'aller un peu plus loin dans la recherche des cas heureux.

M. Richelot se sépare, en résumé, de ceux qui voient dans l'hystérectomie vaginale une opération incomplète, palliative, pour considérer l'hystérectomie abdominale comme la seule utile, logique et rationnelle. Pour lui, l'opération curative est celle qui précède l'infiltration cancéreuse, celle qui prétend la poursuivre est l'opération palliative par définition.

M. Dmitri de Ott (de Saint-Pétersbourg) partage, dans son rapport, les mêmes idées que M. Richelot a si bien exposées dans le sien. Voici, du reste, les conclusions du chirurgien russe :

Le traitement chirurgical est l'unique moyen pour lutter contre le cancer utérin. La cure radicale sera d'autant plus durable qu'elle sera plus précoce.

Il est nécessaire de faire une étude spéciale du cancer de l'utérus, car, par la destination biologique et la structure anatomique de la matrice, les conclusions tirées de l'examen du cancer de régions différentes, ne peuvent s'appliquer aux carcinomes utérins.

C'est l'extirpation totale de l'utérus qui doit être pratiquée dans le cancer d'une partie quelconque de l'organe ; les ovaires ne doivent être enlevés que lorsqu'il existe des indications spéciales.

Il ne faut pas prendre comme règle l'extirpation des ganglions rétropéritonéaux, qui n'est pas justifiée par les raisonnements théoriques ni par des faits cliniques convaincants. Elle est, d'ailleurs, beaucoup plus dangereuse.

L'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale mérite la préférence.

Le morcellement pour des cancers volumineux ou compliqués de tumeurs fibreuses est une opération de grande valeur.

Dans les cas de grossesse, il faut extirper par la voie vaginale : jusqu'au septième mois, cela est possible, car on peut diminuer le volume de l'organe par l'ablation de l'œuf, après l'ouverture des culs-de-sac et la suture des vaisseaux utérins. Si la grossesse est plus avancée, vu la viabilité de l'enfant, c'est la cœliotomie qui est l'opération de choix.

Il est préférable de ne pas fermer la plaie menant dans la cavité abdominale après l'extirpation de l'utérus, et de tamponner avec la gaze iodoformée.

Les ovaires conservés, la vie sexuelle ne se modifie pas après l'extirpation de l'utérus.

Les résultats du traitement du cancer du corps sont plus favorables que ceux du cancer du col.

L'ablation totale de l'utérus doit être pratiquée même

dans les cas très avancés; on soulage les malades, on recule la terminaison fatale; vu l'imperfection de la précision clinique des limites du néoplasme, on a parfois des guérisons.

La mortalité de l'hystérectomie vaginale ne dépasse pas 2 p. 100.

La guérison radicale (plus de six ans), dans la série des malades opérés par l'auteur, a été obtenue dans 10 p. 100 des cas.

M. Th. Cullen (de Baltimore), après avoir décrit les diverses phases de traitement du cancer utérin, depuis l'amputation du col de Schrœder jusqu'à l'extirpation des ganglions iliaques de Rumpf et de Clark en passant par l'hystérectomie de Freund perfectionnée avec le cathétérisme des uretères, selon la pratique de Pawlick et Kelly, l'auteur décrit soigneusement l'opération de Werber de Pittsburgh, dans laquelle les risques de greffe cancéreuse sont réduits au minimum. Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description détaillée de cette opération qui nous paraît compliquée, nous nous contenterons d'en indiquer les différents temps.

Lorsque le cancer est limité au col, voici ce qu'il est indiqué de faire :

1° Ablation des masses carcinomateuses saillantes;

2° Pose de bougies dans les uretères;

3° Ligature des vaisseaux ovariens et des ligaments ronds ;

4° Libération de la vessie d'avec l'utérus et les ligaments larges ;

5° Ouverture des ligaments larges. Dissection des uretères au point de pénétration dans la vessie ;

6° Ligature des utérines près de leur origine;

7° Libération de la vessie de la voûte vaginale;

8° Séparation du rectum et du vagin;

9° Ablation des ganglions du pelvis ;

10° Dissection des culs-de-sac vaginaux ;

11° Fermeture de la cavité pelvienne par une suture du péritoine vésical avec celui du rectum (un aide doit tirer fortement le col en bas pendant ce temps);

12° Fermeture de l'abdomen;

13° Section de la voûte vaginale au bistouri ou au thermo;

14° Placement d'un tampon de gaze au niveau de la partie réséquée de la voûte vaginale.

Dans les cas opérés depuis six ans au John's Hopkins Hospital, il y a eu :

61 cas de carcinomes pavimenteux du col, dont 13, soit 21 p. 100, bien portants, au 1er janvier 1900;

12 cas d'adéno-carcinomes du col, dont 2, soit 16 p. 100, bien portants, au 1er janvier 1900;

30 cas d'adéno-carcinomes du col, dont 19, soit 63 p. 100, bien portants, au 1er janvier 1900.

73 sont venues trop tard pour se faire opérer.

M. Jonnesco (de Bucarest) préconise même, dans les cas de cancers du col très limités, la castration abdominale totale suivie de la dissection minutieuse de tous les organes du petit et du grand bassin avec extirpation du vagin. Dans les cancers étendus, il se contente de la ligature des hypogastriques, des utérines en étage, des vaisseaux du ligament rond et des utéro-ovariennes. L'opération est complétée par un raclage de l'utérus.

M. Delagenière (du Mans) apporte des conclusions sur la valeur de la ligature préventive des artères hypogastriques dans l'hystérectomie abdominale totale pour cancer utérin.

MM. Faure, Sneguireff et Reynier sont partisans de l'hystérectomie abdominale totale. M. Legueu divise les cancers en trois catégories : 1° cancers étendus à toute la cavité pelvienne, ce sont les inopérables; 2° cancers propagés à la partie supérieure du vagin et à la base des ligaments larges justiciables de l'hystérectomie abdominale totale et de l'évidement du bassin; 3° cancers limités, localisés au col : hystérectomie abdominale totale qui permet de faire une opération excessive. En matière de cancer, une opération, pour être suffisante, doit être excessive. Je crois que c'est là la note à retenir des discussions soulevées à propos du traitement du cancer utérin.

DEUXIÈME QUESTION

Métrites cervicales, par S. Pozzi (de Paris).

Conclusions. — 1° L'inflammation aiguë ou chronique du col peut exister pendant longtemps isolée et sans envahir le corps de l'utérus.

2° Toutefois les lésions aiguës de la muqueuse cervicale se propagent facilement à la muqueuse du corps, et les lésions chroniques du parenchyme cervical d'origine inflammatoire (dégénérescence scléreuse et sclérokystique, partielle ou totale) réagissent promptement sur la nutrition et l'état anatomique du corps utérin tout entier.

3° L'opération de la trachélorraphie est inférieure à la résection bi-conique du col, plus ou moins modifiée selon les circonstances. Elle doit être abandonnée.

4° Il existe un grand nombre d'inflammations aiguës, subaiguës ou chroniques de la muqueuse cervicale, chez les nullipares, qui sont liées à l'étroitesse de l'orifice externe et à l'insuffisance du drainage qui en résulte. La partie la plus importante du traitement est alors de reconstituer opératoirement, d'une façon durable, un orifice suffisant au col de l'utérus.

Pour M. Dœderlein (de Tubingue), les maladies inflammatoires de l'utérus sont dues à une infection microbienne qui à travers le col monte dans les cavités génitales. Le col par sa sécrétion alcaline, joue un rôle bactéricide protecteur de l'utérus et des annexes.

Le gonocoque de Neisser et le bacille de Koch sont les agents pathogènes cervicaux, le premier avec une très grande fréquence, le second très rarement.

Tous les moyens de protection du col ne peuvent rien contre le gonocoque; quant aux infections mixtes, elles y sont invraisemblables par suite de l'impossibilité des autres germes de s'y établir.

Les infections tuberculeuse, syphilitique ou diphtéritique du col doivent être classées à part des métrites cervicales, et constituer des maladies spéciales.

La muqueuse du col est disposée aux hyperplasies et aux lésions induratives ou érosives, celle de la portion vaginale aux érosions papillaires ou folliculaires. Au point de vue anatomo-pathologique toutes ces lésions sont connues, l'étiologie a besoin de nouvelles recherches bactériologiques et cliniques.

Au point de vue clinique, dit M. Mendes de Léon (d'Amsterdam), il est difficile de séparer les lésions du col des inflammations de la muqueuse utérine. L'érosion joue dans la symptomatologie des métrites cervicales un rôle capital.

Tous les auteurs ne sont pas d'accord pour expliquer l'origine de cette érosion : pour Mayer, c'est une perte de substance, une véritable ulcération; Ruge et Veit veulent y voir une métaplaxie de l'épithélium pavimenteux ou cylindrique s'accompagnant d'une néoformation glandulaire; Fischel considère l'érosion comme un ectropion histologique congénital, et pour Doléris l'érosion est égale à l'ectropion.

Au point de vue clinique, cette question n'intéresse pas le gynécologue à moins qu'il n'y ait soupçon de néoformation maligne.

On doit distinguer *deux formes de métrites : forme bactérienne, forme non bactérienne*; dans cette dernière où l'on ne trouve ni altération du tissu musculaire de l'organe, ni induration du col, où l'on ne trouve dans le stroma que des leucocytes, la dénomination de métrite n'est pas toujours applicable.

L'étiologie des affections non infectieuses de l'endomé-

trium reconnaît l'influence préalable d'une hyperémie de longue durée passive, ou active (fatigues physiques, rhumes, bains froids aux époques menstruelles, constipation, coïtus reservatus, onanisme, *subinvolution post partum ou post abortum*, fibromyomes, *déplacements de l'utérus*).

Les inflammations infectieuses de l'utérus doivent leur origine aux bactéries de toute espèce dont la présence dans la partie inférieure du canal génital n'est plus à démontrer, en particulier le staphylocoque et le streptocoque qui, à la faveur d'une porte d'entrée (accouchement, avortement, opération), pénètrent dans la cavité utérine et y produisent des troubles pathogènes. Certaines bactéries spécifiques, gonocoque, bacille de Koch, bacille syphilitique, diphtéritique, suffisent à elles seules à provoquer l'inflammation de la muqueuse intacte.

Ces agents, combinés avec des troubles de la circulation, peuvent provoquer le syndrome métrite cervicale.

L'auteur ne croit pas à la métrite uniquement localisée au col sans lésions de la muqueuse utérine, il est du même avis que Pozzi.

Quant au traitement, il faut avoir soin de pratiquer un curetage préalable du corps, car l'indication de cet acte opératoire existe presque toujours ; il est irrationnel de conclure à l'amputation du col avant de s'être assuré de l'état de la muqueuse du corps, parce que, quand celle-ci est également atteinte, comme c'est l'ordinaire, le curetage est bien plus indiqué qu'une opération mutilante comme l'amputation du col.

M. Paul Petit, dans l'*endocervicite puerpérale aiguë*, a toujours recours au curetage immédiat. Il vaut mieux faire de l'*endocervicite blennorragique aiguë*, un *noli me tangere*, que d'exposer la malade aux cathétérismes intempestifs ou au curetage qui n'a pas de plus mauvais emploi. Après un certain amendement de la virulence, l'auteur a recours aux grandes irrigations antiseptiques qui ont marqué un si grand progrès dans le traitement de la blennorragie masculine; il se sert, à cet effet, d'une érigne porte-canules qui se fixe à demeure sur le col; la malade, étant couchée, peut se donner à volonté, à l'aide de cet instrument, une injection à la fois vaginale et intra-cervicale. Pour l'*endocervicite chronique* des vieilles femmes, ordinairement liée à l'endométrite corporéale, on se servira avec avantage, pour appliquer la solution de chlorure de zinc, d'un porte-caustique spécial composé d'une canule fermée du bout et munie d'un pas de vis qu'on garnit d'ouate. Cette canule, étant fixée sur une seringue remplie de la solution, est introduite à sec jusqu'au fond de l'utérus et c'est à ce moment seulement qu'on imbibe l'ouate en faisant jouer le piston de la seringue. Les tiges porte-ouate ordinaires s'essuient dans le col et y épuisent leur action; l'instrument proposé donne tous les avantages du badigeonnage et de l'instillation, en excluant leurs inconvénients. Chez les femmes en période d'activité sexuelle, il faut préférer, aux caustiques, l'*évidement* sanglant du col; l'auteur le pratique avec une curette spéciale qui permet d'enlever de véritables copeaux musculo-muqueux. S'il y a ectropion, c'est toujours à l'admirable opération de Schröder qu'il faut recourir; elle ne donne de dystocie que si elle est mal faite. Parmi les moyens conservateurs, la levure de bière, en applications locales, donne souvent des résultats remarquables.

COMMUNICATIONS DIVERSES. — Le professeur Sneguireff (de Moscou) préconise l'emploi en chirurgie du TENDON DE RENNE supérieur au catgut, meilleur marché et très stérilisable.

M[me] Claudine Oulesko Stroganoff (de Saint-Pétersbourg), dans un intéressant mémoire, montre le travail des villosités choriales sur la muqueuse tubaire dans les cas de grossesse extra-utérine et démontre le rôle qu'elles jouent dans la rupture de la trompe par l'infiltration de la couche musculaire et destruction de la paroi tubaire. D'après l'auteur, la rupture de la trompe gravide aurait lieu plus souvent qu'on ne l'admet habituellement.

M. Boursier (de Bordeaux) apporte une contribution à l'étude des KYSTES HYDATIQUES DU LIGAMENT LARGE.

DE L'IMPORTANCE DES LÉSIONS SECONDAIRES DES REINS EN GYNÉCOLOGIE. TUMEURS DES CAPSULES SURRÉNALES. — M. Winckell (de Munich) insiste sur l'importance des capsules surrénales dans le diagnostic. La capsule surrénale joue un rôle important dans la vie fœtale : en effet, à côté de toutes les déformations et anomalies du fœtus se rencontrent toujours des anomalies des capsules. Chez les enfants étouffés à leur naissance, l'autopsie révèle des hémorragies intracapsulaires. Dans les cas de formation incomplète du cerveau ou d'anomalies de la moelle, il y a tantôt absence, tantôt hypertrophie des deux capsules.

Les néoplasmes de ces organes sont rares dans la période fœtale. Ils ne le sont plus dans l'enfance ou la puberté. Ces néoplasmes ou hypernéphromes sont bénins ou malins chez les femmes, ils sont fréquents chez les hommes.

Symptômes : faiblesse, amaigrissement, malaises, vomissement, perte de l'appétit, constipation, diarrhée, douleur dans le dos et la région lombaire ; très peu souvent de coloration bronzée.

Le seul traitement consiste dans l'intervention chirurgicale : il faut pratiquer une incision abdominale sur la ligne médiane. L'état général du malade n'est pas influencé après l'ablation.

M. Jayle (de Paris) préconise dans les interventions gynécologiques une nouvelle position qui consiste dans la combinaison de la position ordinaire du spéculum ou de la taille et de la position dorso-sacrée déclive.

Signalons pour mémoire les deux intéressantes communications de M. La Torre (de Rome) sur la MALIGNITÉ DE LA MÔLE HYDATIFORME et sur le TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS PAR L'ÉLECTROLYSE.

M. Dmitri de Ott (de Saint-Pétersbourg) apporte les résultats de l'intervention chirurgicale dans les cas de fibromyomes rétropéritonéaux de l'utérus et démontre l'importance dans ces cas de la méthode vaginale, de la myomectomie conservatrice. Sur 79 cas, l'auteur n'a eu que 3 décès. Par la méthode vaginale on peut faire l'ablation de la tumeur tout en conservant à la femme l'intégrité de son utérus et de ses fonctions sexuelles.

Le TRAITEMENT DES FIBROMYOMES UTÉRINS est le sujet d'intéressantes communications, mais nous ne trouvons rien qui n'ait déjà été dit. M. Segond fait depuis longtemps par la voie vaginale le morcellement et l'énucléation.

Dans les cas de fibromes interstitiels, M. Gottschalk (de Berlin) fait la ligature des artères utérines. Dans les fibromes utérins petits, avec un utérus abaissable, M. Delagenière n'a qu'à se louer des ligatures des utérines par le vagin. Le pincement des utérines a donné à M. Gouilloud (de Lyon) d'heureux résultats pour des fibromes à évolution pelvienne et pour des métrites hémorragiques, rebelles au curetage.

La myomectomie abdominale, pour M. Monprofit (d'Angers), est indiquée chez les femmes qui sont encore en âge d'avoir des enfants, et lorsqu'il est possible de laisser, après ablation de tous les fibromes, un appareil utéro-ovarien en état de fonctionner normalement.

La myomectomie est contre-indiquée chez des malades trop âgées pour devenir enceintes, ou même chez les malades jeunes lorsqu'il n'est pas possible de laisser en place une matrice utile.

Dans ces cas, les autres opérations, et en particulier l'hystérectomie abdominale totale, retrouvent leurs indications. La gravité de l'opération ne paraît pas plus grande que celle des autres interventions contre les fibromes.

Le grand avantage de la myomectomie est de laisser en place un appareil utéro-ovarien en état de fonctionner, et permettant des grossesses normales, ainsi que nous l'avons observé. Il résulte de ces considérations que l'hystérectomie totale ne devra être faite chez les femmes jeunes qu'après avoir constaté l'impossibilité de conserver l'utérus.

M. Pozzi, avec sa précision et sa clarté habituelles, vient montrer les limites de la myomectomie avec conservation de l'utérus : si on opère par l'abdomen, le volume de la tumeur est une contre-indication, de même que la présence de multiples tumeurs ; la conservation des annexes est pratiquement inutile et nuisible ; il ne faut pas conserver l'utérus s'il a été ouvert au cours de l'opération. Si on opère par le vagin, l'opération est limitée aux tumeurs grosses comme le poing, celles du fond et de la face postérieure sont plus favorables ; la multiplicité des fibromes et les lésions annexielles sont encore des contre-indications à cette intervention chirurgicale.

La discussion soulevée par les communications sur les DÉPLACEMENTS UTÉRINS avec les intéressants mémoires de MM. Terrier, Fournier, Laroyenne, Spinelli, Éberlin, Czeslas Stankiewicz ne nous apprennent rien d'original. Ce sont des statistiques de méthodes et de procédés connus, ayant subi des modifications selon les habitudes et les dispositions de chaque opérateur.

— Citons le travail de M. Delagenière sur les rapports de l'appendicite et des affections utérines et annexielles. L'appendicite serait bien souvent secondaire, il faut intervenir rapidement par incision médiane, ablation des annexes et de l'appendice, drainage par une contre-ouverture dans la fosse iliaque droite s'il y a suppuration.

A signaler le procédé de cystopexie indirecte par raccourcissement de l'aponévrose ombilico-pelvienne de M. Paul Petit.

L'aponévrose dénommée *ombilico-vésicale* par Delbet et que l'auteur préfère appeler *ombilico-pelvienne*, puisqu'il a pu la suivre sur toute l'étendue du petit bassin, résulte d'une condensation du tissu cellulaire sous-péritonéal. Après avoir mis à nu et isolé la partie abdominale de cette aponévrose, que l'on y taille un lambeau, entre les deux artères ombilicales, du voisinage de l'ombilic jusqu'à la vessie qu'elle enveloppe, il suffira de tirer de bas en haut sur ce lambeau, pour soulever d'autant la vessie et la paroi vaginale antérieure. On fixe les tissus en l'état à l'aide d'anses de catgut superposées qui étreignent le lambeau perpendiculairement à sa longueur et dont les chefs s'enfilent à travers les muscles grands droits et leur gaine.

IV. Médecine publique

MÉDECINE LÉGALE

Par **M. THOINOT**, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

La section de médecine légale peu nombreuse, car la pratique de la médecine légale ne semble pas encore très répandue dans un certain nombre de pays étrangers, a traité quelques questions capitales, et nous allons résumer pour chacune d'elles les travaux des rapporteurs ou des auteurs et les résultats de la discussion à laquelle ont pu donner lieu les rapports ou les communications.

I. DE L'INFLUENCE DE LA PUTRÉFACTION SUR LA DOCIMASIE PULMONAIRE HYDROSTATIQUE. — Le rapport sur la question avait été confié à MM. les docteurs Descoust et Bordas (de Paris).

Chacun sait à quelles conclusions conduisait il y a quelques années encore, et de l'avis unanime, l'épreuve docimasique, c'est-à-dire cette épreuve qui consiste à chercher si un nouveau-né a respiré ou non en plongeant ses poumons dans l'eau : le poumon surnageait-il, c'était signe qu'il avait reçu de l'air, que l'enfant avait respiré ; gagnait-il le fond de la cuvette à eau, c'était signe que l'enfant n'avait pas respiré : le poumon vide d'air est en effet plus dense que l'eau.

Mais un facteur de fréquence singulière venait troubler les résultats : c'était la putréfaction. La putréfaction développe des bulles de gaz sous les plèvres, et le poumon soulevé par les bulles gazeuses surnageait forcément dans la cuvette, faussant ainsi radicalement la valeur de l'épreuve docimasique.

MM. Descoust et Bordas ont introduit une nouvelle donnée dans la science, et ils l'ont défendue depuis quelques années dans une série de publications. Cette donnée la voici : Les poumons d'un être (homme ou animal) nouveau-né qui n'a réellement pas respiré *ne subissent pas la putréfaction* gazeuse ; la putréfaction qu'ils subissent est surtout, seulement même, une putréfaction de *liquéfaction* ; ils tombent en *deliquium*. Et cela résulte pour eux d'une loi générale de putréfaction chez le nouveau-né qui n'a pas respiré, *qui est mort quelque temps avant son expulsion*, pour placer la question sur son vrai terrain : un tel nouveau-né se *momifie* ; il n'y a pas chez lui de véritable décomposition cadavérique, car son tube digestif ne contient pas de microbes, qui sont, on le sait, les agents de la putréfaction gazeuse. Celle-ci est au contraire la règle chez le nouveau-né qui a respiré, c'est-à-dire qui a introduit des microbes dans ses voies respiratoires et digestives, par respiration et par déglutition. Et la conclusion s'impose pour eux : la putréfaction chez le nouveau-né qui n'a pas respiré ne peut pas provoquer de phénomènes susceptibles de modifier la densité des poumons et *la putréfaction gazeuse pulmonaire est fonction de la respiration*.

Le seul cas embarrassant en l'espèce est celui bien connu où l'on trouve un poumon de nouveau-né présentant les caractères objectifs ordinaires des poumons qui n'ont pas respiré : couleur sombre, densité, etc., et sur lequel se sèment *quelques bulles, d'ailleurs discrètes*, de gaz de putréfaction. Pour MM. Descoust et Bordas, ce ne sont pas là des poumons n'ayant vraiment pas respiré, mais des poumons ayant accidentellement et très passagèrement respiré, si faible dose d'air qu'ils aient pu inspirer.

La section a écouté avec le plus grand intérêt cette remarquable communication ; quelques objections ont seulement été formulées par MM. E. Martin (de Lyon), Ziemke (de Berlin), etc., sur la trop grande rigueur de la règle posée par les rapporteurs et qui veut l'intervention *sine qua non* de la respiration pour déterminer la putréfaction gazeuse du poumon.

Comme l'a formulé souvent M. Brouardel il y a encore ici une étape à franchir, et si *scientifiquement* la notion introduite par MM. Descoust et Bordas semble devoir cesser d'être contestée, la *pratique médico-légale* peut encore rester sur la

réserve et se garder d'affirmer que tout poumon où l'on rencontre la putréfaction gazeuse est un poumon qui forcément a respiré : pareille affirmation serait à l'heure actuelle peut-être scientifique, mais dangereuse pour l'inculpée.

II. Des lésions valvulaires consécutives aux contusions des parois thoraciques. — MM. Laugier (de Paris) et Castiaux (de Lille) ont traité cette question d'une façon aussi complète qu'intéressante. Elle est de date toute récente. C'est à E. Barié que revient l'honneur de la première étude d'ensemble consacrée aux ruptures valvulaires, et, nous pouvons ajouter, de la plus complète qui ait été publiée jusqu'à ce jour. Avant cet important travail, il n'existait, épars dans la science, qu'un certain nombre de faits ou d'observations dus, à l'étranger, à Henderson, Prescott-Hewitt, Todd, Peacock, Hayden, Swiney, Foster, Burney Yeo, Weiss, Lindmann, — en France, à Legendre, Aran, Alvarenga, Peter, Leroy, et surtout Durosiez, qui avait pu réunir vingt cas de déchirure des sigmoïdes aortiques résultant d'un choc extérieur.

Dans sa thèse d'agrégation, Charles Nélaton a consacré tout un chapitre aux affections cardiaques consécutives aux ruptures valvulaires produites par le traumatisme précordial, et, d'une façon plus générale, par le traumatisme thoracique, et,il a ajouté quatre observations nouvelles et inédites, dont une, très intéressante, de Millard, aux faits déjà connus.

Postérieurement à la thèse de Nélaton, il faut citer un certain nombre d'observations dues à Hermann Biggs, Tretzel, Hecktoën, Haidenhain, Bernstein, la thèse de Gilbin, des leçons cliniques de Barié, de Jaccoud et de Potain, et les excellentes thèses de J. Dreyfus et de Ch. Dufour. La première contient une très belle observation de rupture d'une sigmoïde pulmonaire recueillie par N. Weiss; la seconde, publiée sous l'inspiration de notre collègue Descoust, est exclusivement consacrée à la rupture des sigmoïdes aortiques dont elle contient vingt-quatre observations.

Enfin MM. Laugier et Castiaux apportent une observation inédite, due aux docteurs Carrière et Leroy (de Lille), de lésions valvulaires aortiques consécutives à un écrasement de la région précordiale par une charge de planches.

On peut se demander en vertu de quel *mécanisme* des organes aussi profondément situés que les valvules peuvent être mis en cause par un traumatisme extérieur. La réponse est facile. Le choc imprimé à la cage thoracique, dont on connaît assez la flexibilité, se transmet, par l'intermédiaire de la paroi, à un appareil musculaire creux, que parcourt incessamment un liquide poussé par des contractions rythmiques, et qui est pourvu de valvules destinées à empêcher le reflux de ce liquide dans la cavité dont il vient d'être chassé, au moment où le relâchement (diastole) succède à la contraction (systole).

Il suit de là que c'est, en réalité, par le sang intra-cardiaque qu'agit le pression extérieure due au traumatisme, et ce dernier, en vertu de la loi physique de l'incompressibilité des liquides, force, en quelque sorte, le passage, en déchirant ou rompant, plus ou moins complètement, une ou plusieurs valvules.

Les lésions valvulaires ont pu être reproduites *expérimentalement*, dans des conditions qui rappellent de près le mécanisme clinique, qui sera étudié ci-dessous.

Barié, après avoir effectué la réplétion du système artériel d'un cadavre, au moyen d'une injection d'eau dans la carotide interne, et amené ainsi la distension de l'aorte dont les sigmoïdes abaissées ferment l'orifice auriculo-aortique, a frappé, avec un maillet du poids de 75 kilos, une planchette fixée sur la région sternale. Quatre fois sur sept, il a réussi à déchirer, de la sorte, une valvule sigmoïde, et, le plus souvent, celle de la cloison. Quant à Dufour, il a contusionné, également à coups de maillet, la région sternale de chiens immobilisés sur le dos, et dans chacune de ses quatre expériences, il a obtenu une ou plusieurs ruptures valvulaires aortiques.

Les différents traumatismes relevés dans les observations du mémoire de Barié et des thèses de Nélaton, Dreyfus et Dufour, réalisent toutes les conditions de choc ou de pression thoracique requises pour amener l'exagération de pression sanguine intra-cardiaque nécessaire à la production de ruptures valvulaires.

Sur les 24 malades aortiques de la thèse de Dufour, 14 étaient tombés d'une hauteur plus ou moins grande, avec choc de la poitrine contre le sol, une rampe ou des marches d'escalier, un arbre, etc.; dans 8 autres cas, comme dans celui de Carrière, il y avait eu contusion résultant d'un coup, ou du choc d'un corps pesant (coup de brancard, de timon, coup de pied de cheval, coup de tête, choc d'une bille de bois, etc.) ; dans les 2 derniers cas, enfin, il s'agissait d'un traumatisme, en quelque sorte bilatéral (tamponnement, compression entre deux banquettes de wagon).

Pour les lésions mitrales, les trois observations de Barié sont trois exemples : l'un, de pression violente, l'autre de chute, le troisième de coup. Quant aux deux faits de Potain et de Vibert, rapportés par Dreyfus, ce sont deux cas de chute.

Dans la seule observation de rupture tricuspidienne connue, il y avait eu un coup violent dans la région précordiale (Todd).

Dans l'observation de rétrécissement pulmonaire reproduite par Nélaton, le malade avait reçu un coup de pied de cheval, et dans le fait, jusqu'à présent unique, de rupture sigmoïdienne pulmonaire, dû à N. Weiss, il y avait eu chute sur la région précordiale.

Quand on étudie les observations rapportées par Barié, Ch. Nélaton, Dreyfus et Dufour, on voit que les lésions aortiques sont beaucoup plus fréquentes que les mitrales (ce qu'explique suffisamment la moindre résistance des voiles sigmoïdiens), et que, dans la mitrale, ce sont les cordages, ou les colonnes charnues, qui se rompent, et jamais la valvule elle-même. Quant aux lésions tricuspidiennes et pulmonaires, elles sont absolument rares. C'est dire que les lésions valvulaires traumatiques du cœur gauche sont la règle, et celles du cœur droit, l'exception. Au reste, voici exactement les chiffres respectifs de ces différentes lésions. Sur les 36 cas actuellement connus, 25 fois il y avait lésion valvulaire aortique, 8 fois lésion mitrale, 2 fois lésion sigmoïdienne pulmonaire et 1 fois lésion tricuspidienne.

Sur 6 autopsies de lésions aortiques relatées par Barié et Dufour, on trouva 4 fois la rupture d'une sigmoïde aortique, 2 fois la rupture de deux, et les lésions consistaient tantôt en une échancrure du bord libre, tantôt en une déchirure transversale suivant la base ou le long du bord libre, tantôt enfin en une déchirure verticale.

Il y a deux autopsies de lésions mitrales : dans l'une, rupture des quatre tendons de la valvule; dans l'autre, forte éraillure du pilier antérieur de la valvule.

L'observation de Weiss a donné une déchirure transversale de la sigmoïde pulmonaire droite ; et dans l'unique observation de lésion tricuspidienne (Todd), on trouva la rupture de tous les tendons fibreux de la valvule.

Ce qu'il y a de particulier dans la *symptomatologie* des ruptures valvulaires par traumatisme, c'est le début, car les signes établis sont ceux des lésions similaires du cœur non traumatiques.

Si un malade, qui vient d'être victime d'un choc violent de la cage thoracique, présente une douleur vive, déchirante, au niveau de la région précordiale, une dyspnée extrême, des attaques syncopales, il y a bien des chances,

même si ces accidents sont suivis d'une rémission, pour qu'il s'agisse d'une lésion valvulaire immédiate, ou, tout au moins, d'un trauma endocardique susceptible de produire une altération valvulaire consécutive.

Aussitôt après s'établissent les signes, saisissables à l'oreille, de la maladie valvulaire, signes analogues à ceux de la maladie valvulaire spontanée, avec cette différence toutefois que les souffles sont plus intenses et plus prolongés, et que le frottement, dans le courant sanguin, des lambeaux valvulaires ou des cordages rompus donne au bruit morbide une tonalité et des vibrations spéciales.

Sur les 24 aortiques dont il a rapporté les observations, Dufour a noté, 13 fois, un *début* immédiat ou postérieur, de quelques jours seulement, au traumatisme ; 1 fois, les accidents ont apparu au bout de deux mois, 1 fois, au bout de deux ans, 1 fois, au bout de quatre ans.

Dans les 3 observations de lésions mitrales citées par Barié, le début des accidents a été immédiat ou très rapide.

Le diagnostic d'insuffisance traumatique des valvules entraîne, ainsi qu'on a pu facilement s'en rendre compte par tout ce qui précède, un *pronostic grave*, que l'existence de lésions antérieures assombrira encore, bien entendu. De blessé, le sujet atteint ne tarde pas à devenir un malade, un cardiaque. Les efforts, les travaux fatigants, les longues marches lui deviennent pénibles, sinon impossibles. S'il s'agit d'un ouvrier, il en résulte, pour lui, une incapacité de travail partielle ou totale.

Les symptômes qui caractérisent l'insuffisance s'accentuent de jour en jour et aboutissent finalement à l'*asystolie* et à la mort souvent subite, s'il s'agit d'une lésion aortique.

Cette *gravité de pronostic* se marque, indépendamment de l'intensité des symptômes, par la *rapidité de la marche* : l'organe surpris brusquement résiste moins bien que dans l'insuffisance pathologique progressive.

Quelle est la durée de *survie* laissée aux malades par ces graves lésions? Variable, suivant le siège et l'étendue des déchirures, et aussi suivant l'état antérieur du cœur, c'est, toutes choses égales d'ailleurs, dans les cas de rupture des sigmoïdes aortiques, qu'elle s'est, jusqu'à présent, montrée la plus longue. Non seulement on a vu la vie des blessés se prolonger un an, deux ans, trois ans, mais dans deux observations (Barié et Durosiez) les sujets n'ont succombé qu'au bout de dix ans; dans deux autres cas (Alvarenga et Barié), les malades vivaient encore après onze et quatorze ans; mais ce sont là des faits certainement exceptionnels.

La *guérison* est naturellement tout à fait exceptionnelle : elle s'est présentée toutefois et notamment dans un cas de Leroy-Carrière.

La difficulté qui se pose à l'expert, difficulté que MM. Laugier et Castiaux ont bien mise en lumière et que M. Brouardel a rappelée, est la suivante : l'expert qui constate et le traumatisme et la lésion cardiaque est-il sûr, peut-il affirmer que cette lésion n'existait pas avant le traumatisme ?

Un hasard peut résoudre le problème : tel le cas cité par MM. Brouardel et Descoust où le traumatisé — qui présentait après son accident les signes d'une lésion valvulaire — avait été ausculté quelques jours auparavant pour une raison quelconque et trouvé indemne de toute lésion. Mais ce hasard heureux ne se produit pas souvent, et le plus souvent grand est l'embarras de l'expert placé en face d'un problème où son affirmation peut aggraver singulièrement la responsabilité de l'inculpé. La solution est affaire d'espèce et nulle règle ne peut être donnée.

M. Brouardel dans la discussion a soulevé une intéressante question que MM. Laugier et Castiaux avaient abordée aussi : celle de l'*endocardite d'origine traumatique*. Il a rappelé à ce sujet l'observation d'un célèbre homme d'Etat français qui fut frappé un jour d'un coup de feu non pénétrant dans la région précordiale. Quelques jours après il offrait des troubles de la contraction du cœur (arythmie) sans souffle mitral ou aortique. Puis on assista à l'éclosion d'une lésion mitrale, bientôt propagée à l'aorte et l'illustre malade succomba à l'asystolie.

III. Les expertises rendues nécessaires par les accidents pouvant résulter de l'usage habituel d'aliments ou de boissons dont la conservation a été assurée par des agents chimiques. — Les rapporteurs, MM. Brouardel et Pouchet, ont dès les premiers mots de leur travail posé la question sur son véritable terrain médico-légal.

Jusqu'ici, disent-ils, les poursuites exercées au sujet de l'addition de substances antiseptiques à des aliments n'ont, pour ainsi dire, jamais abouti à des condamnations et, par conséquent, à une répression efficace, parce que les tribunaux ont envisagé cette question à un point de vue particulier dont il importe de faire ressortir l'inexactitude.

Presque toujours, la répression a été nulle, parce que la question était posée catégoriquement de la façon suivante :

« Telle substance alimentaire, additionnée de tel ou tel antiseptique a-t-elle causé un dommage immédiat à la santé du consommateur ? »

Posée en ces termes, la question amène nécessairement une réponse négative, la quantité de substance antiseptique ou conservatrice ajoutée à l'aliment n'étant jamais en quantité suffisante pour d'éterminer *ipso facto* des symptômes, même légers, d'intoxication.

Tout autre serait la réponse dans le cas où il s'agirait de savoir si l'ingestion, longtemps et régulièrement continuée, d'un aliment additionné d'une substance antiseptique peut nuire à la santé de celui qui fait un usage journalier d'un semblable aliment.

Ce point de vue est pourtant le seul auquel il soit logique de se placer pour juger de la valeur indifférente ou nuisible d'un aliment.

Pour prendre un exemple saisissant : une dose de 30 à 50 centigrammes d'acétate neutre de plomb, absorbée en une seule fois, pourra produire des effets médicamenteux et utiles, alors que la même quantité, répartie à la dose de quelques milligrammes dans des aliments ingérés chaque jour, produira infailliblement des phénomènes graves de saturnisme. Une eau de boisson renfermant une fois par hasard quelques milligrammes de plomb par litre ne déterminera aucun accident chez celui qui la boira ; il n'en sera plus de même s'il est fait un usage journalier d'une pareille eau.

Les substances antiseptiques ajoutées comme conservateurs aux aliments sont principalement : le *borax*, l'*acide salicylique*, le *formol*, et nul ne saurait nier que l'usage prolongé de pareilles substances ne puisse apporter un trouble sérieux de la santé, surtout dans certaines conditions pathologiques préexistantes, chez les individus porteurs, par exemple, d'une lésion rénale.

D'autre part encore, la présence d'un *conservateur* altère singulièrement la *valeur nutritive* de l'aliment, car il est indiscutable que son action ne peut s'exercer qu'en mettant l'aliment dans l'impossibilité de subir les métamorphoses que lui font subir les agents de la putréfaction et qui sont, pour ainsi dire, les témoins de la possibilité pour ces aliments d'être utilisés comme substance nutritive, l'instabilité de la substance organique étant la condition essentielle des échanges nutritifs.

Ainsi que l'a écrit M. Pouchet dans l'article « Conservation des aliments » de l'*Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*, « toutes les fois qu'on arrive à conserver une substance alimentaire autrement qu'en la mettant mécaniquement à l'abri des germes et des ferments, on la rend plus ou moins impropre à entretenir la nutrition. »

MM. Brouardel et Pouchet terminaient leur rapport par ces mots :

« Nous pensons qu'il y aurait un grand avantage, en même temps qu'un réel intérêt pour l'hygiène publique, à faire adopter par les tribunaux cette opinion qui nous paraît absolument démontrée, que des aliments additionnés de substances antiseptiques, quelles qu'elles soient, constituent des produits de valeur nutritive amoindrie, on pourrait presque dire des aliments indigestes, et dont l'usage continué pendant un temps assez considérable ne laisse pas que d'être fort préjudiciable à la santé du consommateur.

« Il est désirable de savoir de quelle façon cette question est envisagée dans les différents pays ; et il y aurait lieu de faire à ce sujet des propositions qui seraient les bases d'un accord international. »

Le beau rapport de MM. Brouardel et Pouchet a été la base d'une discussion qui a montré combien la question juridique était difficile à poser, et combien, dans les différents pays, on envisageait la question sous des points de vue différents.

La section s'est ralliée après discussion à la formule suivante proposée par M. Bordas :

Etant donné les accidents signalés par les auteurs des différents pays résultant de l'usage habituel d'aliments ou de boissons dont la conservation a été assurée par des agents chimiques, la section émet le vœu que l'emploi de ces produits (borax, acide salicylique, formol, saccharine) soit interdit dans les matières alimentaires.

IV. De la combustion criminelle des cadavres. — Le rapporteur, M. Ogier, a traité cette question avec sa compétence et son autorité habituelles.

Parmi les moyens qui permettent de faire disparaître un cadavre, la combustion est un de ceux que les criminels choisissent le plus volontiers. — C'est pourtant une opération fort longue et fort difficile que de brûler complètement un cadavre d'adulte, au moins dans les conditions les plus souvent défectueuses où les criminels sont obligés d'opérer.

Les questions posées aux experts portent d'ordinaire sur les points suivants :

Est-il possible de brûler un cadavre à l'aide de tel ou tel appareil ? Dans quel temps cette combustion a-t-elle pu être réalisée ? — Est-il possible de faire brûler un cadavre à l'air libre, en amorçant et en entretenant la combustion à l'aide de substances combustibles ? Comment reconnaître ces substances ? etc. D'après les conditions dans lesquelles se trouve le cadavre partiellement brûlé, est-il permis d'affirmer que la combustion est le résultat d'un crime ?

Il n'est pas difficile de faire brûler complètement un fœtus ou un nouveau-né dans un appareil de chauffage ordinaire, tel qu'un poêle ou une cheminée : c'est un crime assez fréquent. L'expertise porte alors généralement sur l'examen des débris osseux que l'on retrouve dans les cendres et fragments de charbon non brûlés. Cet examen est quelquefois très simple et peut fournir des données utiles.

Il n'est pas rare de trouver dans les foyers des os calcinés provenant de débris d'animaux (poulet, lapin, mouton) qu'il importe de distinguer des débris humains.

Lorsqu'il s'agit d'un cadavre d'adulte, la combustion dans des appareils tels que : cheminée, fourneau de cuisine, poêle, brasero, etc., est une opération longue et pénible. Rarement les criminels se trouvent dans de bonnes conditions pour exécuter un pareil travail sans attirer l'attention. Cependant la combustion, ou les essais plus ou moins réussis de combustion de cadavres par de semblables procédés, sont fort nombreux.

Dans l'affaire Pel, l'accusé put faire disparaître le cadavre d'une femme adulte, par combustion dans un fourneau de cuisine d'assez petites dimensions : cette opération dura probablement plusieurs jours. Les essais des experts, MM. Brouardel et Lhote, faits avec un fourneau semblable, chauffé au charbon de bois, ont montré qu'on pouvait, en quarante heures environ, réduire en cendres friables un cadavre de soixante kilos, dépecé en morceaux.

Dans l'affaire Carrara, un cadavre, non dépecé, fut brûlé à l'aide d'un grand brasero à coke qui se trouvait placé dans une galerie d'une champignonnière, à 25 mètres de profondeur et au-dessous d'un puits d'aération recouvert par une cheminée d'appel, conditions excellentes pour assurer un bon tirage du foyer. Malgré ces circonstances exceptionnelles, la destruction du cadavre exigea plusieurs heures.

On voit que la combustion d'un cadavre d'adulte est toujours une opération compliquée et longue que les criminels réussissent rarement à mener à son terme. On ne saurait s'en étonner lorsqu'on songe à l'énorme proportion d'eau (75 à 80 p. 100) que contient le corps humain. Dans les fours crématoires les mieux installés, il faut une heure ou une heure et demie pour réduire un cadavre en cendres blanches. La plus grande partie du corps brûle très vite, en quelques minutes ; mais, après cette première phase, certains organes thoraciques laissent un charbon dont l'oxydation complète est fort lente.

Il est encore beaucoup plus difficile — nous dirions même presque impossible — de réduire en cendres un cadavre d'adulte par combustion à l'air libre après addition de liquides inflammables, tels que l'huile, le goudron, le pétrole, l'alcool. On connaît d'assez nombreuses tentatives de ce genre ; elles ne paraissent pas avoir souvent réussi.

Avec MM. Descoust et Robert, M. Ogier chercha il y a quelques années à préciser les conditions dans lesquelles peuvent brûler des cadavres arrosés de liquides combustibles. Il a pu constater la difficulté et l'extrême lenteur de l'opération. Les cadavres pourvus de leurs vêtements et couchés sur le dos, étaient arrosés d'huile, d'alcool ou de pétrole : quel que soit le liquide employé, le résultat final est à peu près le même, les différences consistant surtout dans la rapidité avec laquelle le feu se propage dans les vêtements imprégnés de liquide. Le pétrole paraît donner les résultats les plus favorables ; l'alcool brûle trop vite et peut se consumer sans laisser sur le cadavre de brûlures notables, s'il n'est pas employé en quantité suffisante. L'huile brûle trop lentement, détermine des combustions localisées de la chair et des vêtements.

Peut-on déterminer quelle substance a servi à amorcer et à entretenir la combustion ? Cette question, souvent posée aux experts, ne peut que rarement recevoir une solution précise.

S'il s'agit d'un liquide très volatil et très facilement combustible, comme l'alcool ou l'esprit de bois, il est clair que l'on ne pourra presque jamais en retrouver les traces ; tout aura disparu par la combustion. — Même observation à propos du pétrole ; cependant, ce liquide renfermant d'ordinaire des produits de volatilité faible, il n'est parfois pas impossible — en examinant, par exemple, les vêtements incomplètement brûlés — d'isoler, soit par épuisement à l'éther, soit par distillation en présence de l'eau, de petites quantités de liquide dont on peut ensuite reconnaître l'origine pétrolique (odeur, carbures inattaquables par le brome, l'acide sulfurique, etc.).

Si, enfin, la combustion a été propagée par des liquides peu volatils et difficilement combustibles, comme des huiles ou diverses matières grasses, il peut arriver que certaines parties des vêtements imprégnés échappent à la destruction : il est alors relativement facile d'isoler ces matières et d'en préciser la nature.

Et M. Ogier terminait son intéressante communication par l'examen du délicat point de chimie médico-légale suivant qu'il a cherché à résoudre avec son collaborateur M. Dié :

Les matières grasses issues du cadavre pendant la combustion jouent un certain rôle ensuite pour entretenir la combustion.

L'expert est donc parfois appelé à résoudre des problèmes tels que celui-ci : une matière grasse, trouvée auprès du cadavre, ou extraite de portions de vêtements non brûlés, provient-elle du cadavre lui-même, ou bien est-elle une huile ou une autre substance grasse versée sur le corps dans le but d'en faciliter la combustion?

Nous ne suivrons pas M. Ogier dans les intéressants détails qu'il a donnés sur ce sujet ; ils sont trop techniques, on le comprend.

V. Des délits qui peuvent résulter de la pratique du magnétisme par des personnes non diplomées. — MM. Dupré, agrégé de la Faculté, et Rocher, avocat à la cour de Paris, se sont partagé la tâche de rapporter cette belle question devant la section, et ils l'ont fait avec un plein succès. La question a vivement intéressé la section, car, comme l'a dit M. Dupré, « l'étude de l'hypnotisme est un des domaines où se rencontrent avec le plus d'intérêt commun et de profit réciproque tous ceux qui, médecins, magistrats, avocats, législateurs ou psychologues, cultivent la médecine légale. »

L'état hypnotique peut être, à l'aide de différentes manœuvres, obtenu chez un grand nombre de sujets. La provocation de l'hypnose est d'autant plus aisée à obtenir que le sujet est plus entaché d'hystérie. La grande majorité des hystériques est hypnotisable. L'hypnose peut aussi être provoquée chez des sujets qui sont ou semblent indemnes d'hystérie. En pareil cas, l'hypnotisation, en ébranlant un édifice mental peu solide, éveille souvent une prédisposition jusqu'alors latente à la névrose. L'hypnose est d'autant plus facile à obtenir qu'elle a été plus souvent provoquée. L'entraînement et l'éducation, dus à la répétition des manœuvres, les influences auto et hétéro-suggestives, exagèrent, grâce à l'inertie de la volonté et à l'obnubilation de la conscience, l'exaltation des centres automatiques, et finissent par modifier profondément la personnalité du sujet, surtout lorsqu'on envisage celui-ci dans ses rapports avec son magnétiseur. Aux mains de celui-ci, le sujet devient hyperhypnotisable, et d'une extrême malléabilité psychique.

La pratique de l'hypnotisme a sur les sujets a des conséquences que le médecin légiste doit connaître. Ces conséquences sont les unes immédiates, les autres lointaines; les unes d'ordre *médical*, les autres d'ordre *social* : il nous faut indiquer brièvement les principales.

Par sa définition même, l'état hypnotique est un *état pathologique*. En effet, le grand hypnotisme se confond, dans ses manifestations, avec les crises cataleptiques, somnambuliques ou léthargiques de l'hystérie. Le petit hypnotisme, avec ses différents degrés (états de charme, de fascination, de léthargie lucide, etc.), représente autant de variétés d'automatisme morbide.

L'hypnotisme est donc, dans l'ordre thérapeutique, assimilable à tous les agents médicamenteux ou physiques, dont le maniement délicat exige l'intervention d'un médecin éclairé sur les indications à remplir, les dangers à éviter et la méthode à suivre. Le médecin a donc seul qualité pour pratiquer l'hypnotisme, et encore ne doit-il en user que dans certaines conditions déterminées, que nous n'avons pas à rappeler ici.

Même entre les mains d'un médecin compétent, à plus forte raison entre les mains d'un ignorant, la pratique de l'hypnotisme peut comporter, dans le domaine médical, des conséquences, d'ordre pathologique, assez variées ; les unes immédiates, les autres plus éloignées, les unes bénignes et passagères, les autres sérieuses et tenaces. Ces accidents psychopathiques, imputables à la pratique inconsidérée de l'hypnotisme, sont de trois ordres : *hystérique*, *neurasthénique* et *vésanique*. Les accidents *hystériques* consistent en diverses manifestations de la névrose (attaques convulsives, paralysies et contractures, crises de somnambulisme spontané, etc.), dont l'hypnotisation a été la cause occasionnelle. Parmi les agents provocateurs de l'hystérie, l'hypnotisme figure au premier rang. Les accidents *neurasthéniques* ou *hystéro-neurasthéniques*, secondaires aux séances hypnotiques, sont très fréquents (céphalée, insomnie, asthénie neuromusculaire, aboulie, incapacité de travail mental, etc.). Les accidents *vésaniques* sont ceux qui résultent du trouble apporté par les pratiques hypnotiques dans l'équilibre instable de la mentalité des dégénérés. En exaltant l'émotivité des déséquilibrés, en éveillant les aptitudes délirantes des débiles ou des prédisposés, l'hypnotisme peut déterminer chez eux des accidents épisodiques, qui ont pour fonds commun la dégénérescence mentale et pour cause occasionnelle l'ébranlement psychique, souvent même léger, dû aux manœuvres magnétiques (états d'obsession, d'anxiété, d'aboulie, phobies, idées fixes, bouffées délirantes etc.).

Ces accidents psychopathiques se développent en raison directement proportionnelle à la répétition des pratiques, à la prédisposition nerveuse des sujets, et à la publicité des séances d'hypnotisme.

Cette première catégorie de méfaits dus à l'hypnotisme résulte de l'incompétence des hypnotiseurs non diplômés, qui, en maniant à tort et à travers un agent thérapeutique redoutable dont ils ignorent les dangers, font de la médecine un exercice illégal et périlleux, et portent à leurs clients, par imprudence et légèreté, un préjudice le plus souvent inconscient et involontaire.

Une deuxième catégorie de méfaits, dus à l'hypnotisme, résulte non plus de l'incompétence, mais de la *malhonnêteté* des hypnotiseurs : elle vise, dans le domaine social, des faits d'*ordre criminel*.

L'hypnotisme a, de tout temps, été pratiqué par des magnétiseurs plus ou moins professionnels, des guérisseurs non médecins, des charlatans exploiteurs de la crédulité publique, des amateurs de salon, des somnambules de foire ou de cabinet. Toutes ces catégories d'hypnotiseurs constituent un monde de moralité suspecte, qui exerce ses pratiques sur des sujets à mentalité faible et déséquilibrée, et peut être entraîné, par conséquent, à faire de l'hypnotisme un usage intéressé et malhonnête, et à porter à leurs clients, par calcul, un tort prémédité et criminel.

L'observation des faits démontre qu'un certain nombre d'attentats, physiques et moraux, peuvent être commis sur la personne des hypnotisés par les hypnotiseurs. Parmi tous ces méfaits, celui qui peut être considéré comme le *crime hypnotique* par excellence, est le *viol*, *l'attentat à la pudeur*.

Deux notions capitales ressortent de l'histoire du viol accompli à la faveur de l'hypnose : *la réalité* du fait, scientifiquement établie par les affaires Costellan et Lévy, pour ne point invoquer les observations douteuses; ensuite, l'extrême rareté du fait, prouvée par la pauvreté des documents médico-légaux sur la matière.

Outre les *attentats physiques*, le viol et l'attentat à la pudeur, il existe des *attentats moraux* que l'hypnotiseur malhonnête peut commettre aux dépens de l'hypnotisé, en lui extorquant des *aveux* et des *confidences*, qu'il peut ensuite exploiter. Il existe, dans la littérature de l'hypnotisme, des exemples qui établissent la possibilité de ces attentats.

Peut-on suggérer — au sens vrai, *hypnotique* du mot — un crime?

M. Dupré répond fort justement qu'il est possible de suggérer à certains sujets l'idée et l'accomplissement d'un crime (vol, incendie, assassinat). Mais plusieurs conditions sont nécessaires pour la réalisation de *l'expérience*. La pre-

mière est que le sujet ait été déjà souvent endormi, que sa suggestibilité ait été cultivée, développée et assouplie par le même hypnotiseur; la seconde, est que l'action criminelle se réduise à un simple délit (larcin, mensonge, etc.), ou à un *crime de laboratoire*. Dans les deux cas, en effet, (simple délit ou crime fictif), la résistance morale de l'hypnotisé ne se réveille pas et l'acte est commis.

Dans le cas au contraire d'une suggestion *franchement criminelle*, *l'hypnotisé résiste* : la suggestion par l'hypnotisme du crime vrai, réel, *n'est pas pas prouvée*.

Parmi les délits resultant de la pratique de l'hypnotisme par des personnes non diplômées, rentrent encore tous les faits d'*abus de confiance*, commis par les somnambules et hypnotiseurs professionnels aux dépens de leurs clients. Ces résultats ne proviennent d'ailleurs que bien indirectement de la pratique de l'hypnotisme, et sont plus imputables à la débilité mentale de la clientèle des cabinets de magnétisme, qu'à la pratique de l'hypnotisme, proprement dit. Le plus souvent, l'hypnotisme n'est pour rien dans la mise en scène de l'exploitation du client : l'hypnotisation, lorsqu'elle intervient, est pratiquée par un hypnotiseur associé, sur la somnambule dite lucide, et non sur le client, dont la naïveté crédulité est exploitée, à l'état de veille, par la complicité et pour le compte des deux compères.

M. Rocher, auquel était dévolue la *partie juridique*, a posé la question très nettement.

L'intérêt social exige impérieusement que le maniement du magnétisme soit interdit à toute personne qui ne présenterait pas les garanties indispensables de savoir et d'expérience.

Par quelles voies atteindre, et comment réprimer (réprimer c'est prévenir) les pratiques des individus de tous ordres, amateurs philanthropes ou entrepreneurs intéressés, dépourvus de titres réguliers, étrangers à l'art de guérir, et par là même capables de faire de l'hypnotisme un agent nuisible à la santé publique?

M. Rocher estime que les délits à poursuivre sont ici de trois ordres :

1° Délit d'exercice illégal de la médecine;

2° Délit d'escroquerie;

3° Délit d'imprudence.

Il croit que sous un de ces trois chefs le tribunal peut atteindre le charlatan magnétiseur.

Le rapport de MM. Dupré et Rocher a donné lieu à une brillante discussion dans laquelle sont intervenus médecins et juristes : les médecins tels que MM. Motet, Szigeti, etc., pour signaler des cas de *mort* consécutifs à la pratique de l'hypnotisme par des charlatans; les juristes pour donner leur avis sur la meilleure manière d'atteindre les irréguliers de l'hypnotisme. M[e] Demange a conseillé de déclarer hautement que l'hypnotisme était un procédé thérapeutique : quand le fait sera bien établi, la Cour suprême aura une base pour se prononcer en dernier lieu et frapper les magnétiseurs acquittés ailleurs.

La section de médecine légale, en conclusion de la discussion, a adopté le vœu suivant :

L'hypnotisme et le magnétisme sont de véritables agents thérapeutiques, dont l'emploi inconsidéré peut entraîner de graves conséquences.

La pratique en doit être réservée aux personnes pourvues du diplôme de docteur en médecine (art. 1[er] et 16 de la loi de novembre 1892).

Le XIII[e] Congrès international de médecine (section de médecine légale) émet le vœu que dans tous les pays la législation soit amendée ou étendue de manière à empêcher cet exercice illégal de la médecine, sous quelque forme et quelque titre que se déguisent les pratiques psychothérapeutiques.

VI. L'action des nouvelles poudres pyroxylées françaises sur la peau et les vêtements (M. L. Thoinot). — Il est difficile, même à son auteur, de résumer un rapport, qui a été surtout établi de façon à constituer une démonstration pour les yeux, et qui a comporté l'exécution d'un grand nombre de photographies, de cartons de tir, et de pièces diverses.

Ce qu'on peut retenir, en résumé, de ce travail, le voici :

A l'antique poudre noire se substituent aujourd'hui les poudres pyroxylées à effets puissants, donnant au tir une vitesse et une action autrefois inconnues. Quel effet vont-elles produire sur la peau, sur les vêtements? Quels caractères spéciaux les lésions qu'elles produisent vont-elles offrir au médecin expert?

Ces lésions forment un *tatouage*, comme celles de la poudre noire, mais ce tatouage massif et serré, à bout portant, disséminé d'autant plus que le tir s'éloigne, emprunte à chaque poudre pyroxylée des caractères spéciaux.

Un premier caractère — commun à toutes — c'est la lésion d'incrustation du grain de poudre : le grain est ici gros, apparent, dur; il pénètre la peau avec force, il la *hérisse*. Puis, le tatouage s'impose à l'œil par une *couleur spéciale* : la poudre J, poudre bichromatée, donne un tatouage d'un beau vert, diagnosticable en sa provenance à première vue; la poudre S un tatouage gris non moins particulier, etc.; La bourre devient, avec les poudres pyroxylées, et en raison de la force de projection, un agent offensant, qui s'incruste sur la surface de tir, dans les corps à faible distance.

Enfin, il faut tenir compte des délabrements considérables que produisent, sur les parties sous-jacentes à la peau, ces poudres à effet si puissant.

VII. Communications des membres de la section. — A côté des rapports traitant de questions mises à l'ordre du jour, la section a entendu la lecture de communications dues à ses divers membres.

Quelques-unes sont d'intérêt trop spécial pour être présentées ici : telles sont :

La *Jurisprudence médicale aux États-Unis au* XIX[e] *siècle*, par Clark Bell.

La *Chirurgie des chemins de fer aux États-Unis*, par le même.

La *Réhabilitation du témoignage des experts*, par A. Bach. (Il ne faut pas entendre le mot expert ici dans le sens français; lesdits experts ne sont aux Etats-Unis que des conseils pris et payés par chaque partie.)

La *Statistique criminelle au Mexique*, de G. Silva, travail fort intéressant, et qui montre combien la criminalité et la manière d'envisager les crimes et délits varient avec les pays.

D'autres sont d'un intérêt général et nous allons les résumer.

A. Le docteur Ollive (de Nantes) a communiqué une intéressante observation d'empoisonnement, terminée par la guérison, et dans lequel le diagnostic était à faire entre le strychnisme, le digitalisme ou l'urémie. Il s'agissait d'une erreur commise dans la préparation de pilules de sulfate de spartéine à 5 centigrammes. Le pharmacien avouait l'erreur, mais disait : c'est de la digitaline; un médecin affirmait que les symptômes étaient ceux du strychnisme, un autre médecin émettait des doutes et pensait qu'on pouvait être devant une urémie à forme convulsive.

M. Ollive étudia successivement les symptômes des empoisonnements et de l'urémie, para les objections et les réfuta, et conclut enfin à l'empoisonnement par la strychnine qui, malgré sa dose élevée, n'avait pas entraîné la mort.

B. Le docteur Corin (de Liège) a étudié d'une façon remarquable quelques points de l'histoire de la submersion :

1° Le mécanisme de la mort subite pendant la submersion;

2° Le mécanisme de la putréfaction chez les noyés;

1° Il est possible de provoquer expérimentalement la mort subite dans la submersion.

Il suffit pour cela de parésier les centres respiratoires par des doses convenables de chloral et de mettre les centres médullaires dans un certain état d'hyperexcitabilité en donnant à l'animal de la strychnine. Le chloral peut être remplacé par d'autres poisons hypnotisants; on peut aussi déprimer les centres par certains procédés (commotion, compressions cérébrales).

Au lieu d'employer de la strychnine on peut augmenter l'intensité de l'excitation (submersion dans l'eau très froide).

Les animaux ainsi préparés meurent brusquement par parésie respiratoire ou parésie cardiaque, suivie d'une baisse brusque de la pression sanguine.

Le seul signe caractéristique de cette mort subite est le manque de liquide dans les voies respiratoires. Les ecchymoses sous-pleurales et sous-muqueuses peuvent exister ou manquer suivant la manière dont s'est comportée la pression sanguine.

2° La putréfaction se produit après la submersion d'une façon spécialement rapide. Cela dépend de la manière de se comporter des poumons pendant l'agonie. A ce moment les saprophytes contenus dans le liquide de submersion arrivent dans le sang, ainsi que l'expérience suivante le démontre. On recueille aseptiquement du sang avant la submersion et pendant la dernière phase de cette dernière. Le premier reste aseptique. Dans le second se développent de nombreuses colonies bactériennes. Chez l'homme une autre circonstance hâte la putréfaction. Le sang qui reste fluide transporte les colonies au travers des tissus. C'est cette circonstance qui fait que les cadavres d'autres genres de mort rapide se putréfient aussi si rapidement.

C. M. Szigeti a rapporté le cas intéressant antérieurement publié par lui d'une femme qui s'ouvrit la gorge avec un couteau, attira son larynx en avant et l'enleva en le coupant. Elle survécut 8 heures. C'était une aliénée, ou tout au moins présentait-elle des troubles cérébraux, et M. Motet nous a rappelé à cette occasion la singulière *résistance des aliénés à des blessures énormes*.

D. Le docteur Crespin (d'Alger) nous a entretenus de la circoncision rituelle chez les Arabes et les juifs d'Algérie, de ses accidents et de la responsabilité des opérateurs, que les tribunaux frappent quelquefois.

Malgré le manuel opératoire au moins primitif, malgré l'absence de toute antisepsie, les accidents de suppuration sont rares ; quelquefois cependant celle-ci est apparue et aussi la septicémie généralisée. Ce qu'il y a le plus à redouter c'est la *syphilis* (transmise par la succion de la plaie dans la circoncision juive), la tuberculose (même transmission), la diphtérie (*id.*).

L'hémorragie locale a donné lieu quelquefois à des accidents très graves et même à la mort.

E. M. Sarda (de Montpellier) a fait une série de communications intéressantes sur les ecchymoses sous-pleurales : il a étudié *le moment de leur apparition* dans la mort par suffocation, et vu qu'elles survenaient dès le début de l'asphyxie pour augmenter en nombre à mesure que l'agonie s'avançait. Il a étudié aussi *le mécanisme de leur production*, d'ailleurs rare, *chez les noyés ;* il a montré pourquoi elles survenaient dans tels cas et étaient absentes dans tels autres. Tout dépend ici de la durée de la lutte contre l'asphyxie : celle-ci est-elle brusque, il y a ecchymoses ; est-elle lente il n'y a pas d'ecchymoses.

F. Une intéressante communication de M. le docteur Sutherland (d'Edimbourg) sur la *responsabilité des alcooliques, auteurs de crimes*, nous a valu une intervention de M. Motet, qui a développé ses idées sur ce sujet de si haute importance.

Pour M. Motet la responsabilité de l'alcoolique criminel est nulle toutes les fois que le crime ou délit appartient à la période *aiguë ou subaiguë* de la *crise délirante*.

La responsabilité est *nulle* encore quand le crime est commis par un alcoolique chronique atteint de lésions cérébrales définitives, qui compromettent l'intégrité de l'organe et son fonctionnement.

La responsabilité est *atténuée* chez les individus faibles d'intelligence, chez lesquels la tolérance pour les boissons alcooliques est diminuée par les conditions d'infériorité de leur organisation cérébrale.

Elle ne saurait alors disparaître entièrement, surtout lorsque ces individus savent qu'ils ne peuvent pas boire sans danger pour eux-mêmes.

La responsabilité existe tout entière : dans le cas d'*ivresse simple* qu'il était au pouvoir du délinquant d'éviter; lorsque l'excitation alcoolique a été *recherchée* pour se donner l'entraînement à commettre un crime ou un délit.

G. M. Etienne Martin (de Lyon), le distingué assistant du professeur Lacassagne, a entretenu la section de leurs belles recherches si connues aujourd'hui sur la docimasie hépatique.

Sans entrer dans le détail, il nous a résumé le résultat pratique de ces recherches et l'a formulé dans les conclusions suivantes :

1° La glande hépatique d'un cadavre d'homme ou d'animal *tués en pleine santé* contient du glycogène et du glucose (*docimasie positive*).

2° Pendant l'agonie causée par la maladie, le glycogène du foie disparaît progressivement et est employé par l'organisme à l'état de glucose. Le foie ne contient plus après la mort *ni glycogène, ni glucose* (*docimasie négative*).

3° Si une cause brusque, traumatisme, asphyxie, empoisonnement, mort subite, vient *tout à coup* suspendre la vie d'un *organisme malade ou en souffrance*, les résidus de glycogène que la maladie n'est pas encore arrivée à faire disparaître se transforment en glucose sur le cadavre et l'on ne trouve plus dans le foie que du glucose on des traces de glucose, c'est sans doute une réaction incomplète, mais néanmoins la docimasie est positive.

H. M. Socquet, en son nom et au nom du professeur Fournier, a rappelé l'importance de la distinction entre certaines lésions de la région génito-anale chez les jeunes sujets — lésions simulant la syphilis — et la syphilis. M. Vleminck a souligné tout l'intérêt d'un sujet connu chez nous par la thèse de Jacquet et une communication antérieure de MM. Fournier et G. Brouardel.

I. M. Ottolenghi : *Expériences faites sur le refroidissement des cadavres*, dans certains genres de morts violentes et spécialement la mort par écrasement, pendaison, suffocation, égorgement, strychnine.

Il a pris la température de la cavité abdominale et du thorax, des muscles des extrémités, du cerveau; il employait pour cela un thermomètre permettant d'apprécier un centième de degré, et prenait la température de trois en trois minutes, pendant sept à neuf heures.

Dans tout genre de mort, une demi-heure après la mort la température la plus haute était celle de la cavité abdominale, le cerveau venait ensuite, les muscles se refroidissaient plus vite.

Dans chaque genre de mort le refroidissement procède graduellement pour la cavité abdominale ; plus rapidement et sans gradation pour le cerveau et les muscles. Le cerveau se refroidit plus graduellement que les muscles et plus vivement de la troisième à la cinquième heure.

M. Ottolenghi a étudié le procédé et le degré de refroidissement sur des courbes graphiques, il a calculé le coefficient du refroidissement pendant les différentes variétés de temps.

Le cours et l'intensité du refroidissement varient essentiellement selon les conditions physiques (température du milieu, température au moment de la mort), secondairement suivant le genre de mort, la rapidité de la mort, la position du cadavre et l'hypo-tase consécutive.

MÉDECINE ET CHIRURGIE MILITAIRES

Par **M. Charles DOPTER**, médecin aide-major de première classe.

SOUS-SECTION DE CHIRURGIE D'ARMÉE

MM. Habart (Autriche) et Demosthen (Roumanie), absents, n'ayant pas fait parvenir leurs rapports, la parole est donnée à M. Bircher (Suisse) pour la lecture de son rapport sur LES RÈGLES DU TRAITEMENT IMMÉDIAT, A L'AMBULANCE ET A L'HÔPITAL DE CAMPAGNE, DES FRACTURES PAR COUPS DE FEU. Ce rapport est rempli d'intérêt : M. Bircher figure un combat sur la carte, montrant ainsi ce qui se passera réellement en temps de guerre, montrant surtout les difficultés devant lesquelles on se trouvera pour soigner les blessures par coup de feu, avec lésions osseuses. Les mouvements de la cavalerie, surprise par l'artillerie ennemie, par exemple, contribueront à augmenter ces difficultés. « Qui va soigner les nombreux blessés atteints de fractures? Ce ne sont pas le ou les médecins de la troupe à cheval, forcés de marcher de l'avant. Ce seront donc les formations sanitaires de deuxième ligne, mais au bout de combien de temps! »

Quant à l'infanterie, ce n'est pas dans ses postes de secours que seront traitées les fractures importantes, c'est à l'ambulance et le transport à cette ambulance ne sera pas possible tant que l'action durera et que la pluie de fer couvrira le terrain situé en arrière de la ligne de feu.

Les difficultés sont donc énormes pour assurer un traitement immédiat.

M. Bircher appelle ensuite l'attention sur quelques moyens d'immobilisation et de transports improvisés.

LÉSIONS PRODUITES PAR LES PROJECTILES DE CALIBRE RÉDUIT. — M. La Garde (Etats-Unis), rapporteur, fait tout d'abord l'historique des fusils de petit calibre, et expose les expériences qui ont été faites sur des objets inanimés ou sur des animaux, par les chirurgiens des différentes nations. Il étudie ensuite les blessures par les projectiles du fusil Mauser de 7 millimètres, observées pendant la campagne de Santiago, puis il donne les résultats, en partie connus actuellement, de l'expédition des Philippines. La puissance d'arrêt des projectiles, les effets explosifs, les lésions osseuses, particulièrement celles des extrémités articulaires, enfin celles des viscères, sont autant de détails qu'il expose.

Il envisage le traitement des blessures par coup de feu sur le champ de bataille, et ses indications, suivant le caractère qualitatif de la lésion; grâce à l'antisepsie, les résultats obtenus sont excellents.

Le diagnostic des lésions, récentes ou anciennes, est très facile par les rayons Rœntgen; des radiographies admirables sont présentées, montrant les blessures de différentes régions.

LÉSIONS PRODUITES CHEZ L'HOMME PAR LES PROJECTILES ACTUELS D'ARTILLERIE. — M. Nimier (Val-de-Grâce), rapporteur, étudie d'une façon très complète et très détaillée les différentes manières dont un projectile d'artillerie peut produire des lésions, et les lésions elles-mêmes; il envisage successivement les blessures par obus non éclaté, par éclats d'obus dont les lésions varient avec la masse de l'éclat; par balles d'obus; par projectiles accessoires (pierres, fragments d'armure ou d'habillement, bouton, etc.). Enfin il traite des effets vulnérants dus à l'explosion de l'obus où il constate le peu de renseignements que l'on possède sur ce point, mais où, malgré tout, les gaz agissent par une action mécanique propre, une action thermique fugace et passagère, et une action chimique.

COMMUNICATIONS DIVERSES

AMPUTATION MÉTACARPIENNE DE L'INDEX AU POINT DE VUE DE L'APTITUDE AU SERVICE ARMÉ. — M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz expose les excellents résultats produits par une opération qu'il a eu l'idée de pratiquer en maintes circonstances : l'amputation métacarpienne de l'index, opération avantageuse à tous égards. Si elle est contraire aux principes de conservation à outrance, elle évite la gêne produite par des phalanges dont les articulations sont souvent raides et douloureuses. Cette amputation se fait au niveau du tiers moyen du métacarpien. Les mouvements de la main sont très aisés consécutivement à l'opération. M. Dujardin-Beaumetz montre à l'appui des pièces moulées d'un grand intérêt.

DIAGNOSTIC DES LÉSIONS MINIMES A L'AIDE DES RAYONS X, par M. STECHOW (Allemagne). — Le diagnostic de lésions minimes est souvent d'une grande utilité, non seulement au point de vue scientifique pur, mais pour les questions militaires médico-légales : aptitude au service militaire, droit à la pension, etc. M. Stechow a appliqué à ce propos cette méthode qui lui a donné d'excellents résultats.

PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'ABDOMEN PAR LA BAÏONNETTE LEBEL. — M. Sieur (du Val-de-Grâce) étudie, d'après des faits cliniques et expérimentaux, les blessures pénétrantes abdominales produites par la baïonnette Lebel. Celle-ci peut pousser devant elle la masse intestinale; si elle la perfore, le glissement des parois de l'intestin oblitère l'ouverture, et le contenu intestinal ne fait pas issue au dehors : d'où la fréquence des guérisons spontanées chez l'homme et la gravité moyenne des lésions qui peuvent devenir très sérieuses cependant, quand les gros vaisseaux sont intéressés.

M. Moritz (Autriche) expose un nouveau mode de fabrication rapide des appareils plâtrés : le *cataplasme plâtré*.

M. Choromilas (d'Athènes) communique deux cas de lésions provoquées par les balles de petit calibre.

M. Chomatianos (d'Athènes) fait une statistique sur les blessés de la dernière guerre gréco-turque. Il attribue les succès qui ont été obtenus, plus nombreux que dans les autres campagnes, à l'emploi immédiat du pansement antiseptique et à la plus grande rapidité avec laquelle les évacuations ont été pratiquées.

M. Loison (du Val-de-Grâce) présente de nombreuses et très intéressantes radiographies effectuées au Val-de-Grâce depuis la création du laboratoire.

SOUS-SECTION D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET D'HYGIÈNE MILITAIRE

ETIOLOGIE ET PROPHYLAXIE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE EN CAMPAGNE. — M. Vincent (du Val-de-Grâce), rapporteur. — Les facteurs étiologiques de la fièvre typhoïde sont, les uns favorisants, les autres déterminants.

Parmi les causes *favorisantes*, il faut citer la densité des troupes, l'âge du soldat, son origine rurale, le surmenage, grâce auquel on voit augmenter le nombre des typhiques au fur et à mesure que la campagne se prolonge. La démoralisation, une hygiène individuelle négligée, l'insuffisance alimentaire, qualitative et quantitative ont une influence

manifeste. Mais ces causes ne peuvent susciter l'infection; elles la préparent.

Pour éclore, la fièvre typhoïde a besoin de causes *déterminantes*. Le bacille typhique en est l'agent spécifique, même pour les épidémies d'apparence spontanée, où l'*auto-infection par microbisme latent* (Kelsch, Vaillard) est absolument avérée. Le germe peut être aussi souvent apporté des garnisons par les belligérants. Mais l'élément primordial est la *contagion* : contagion directe d'homme à homme dans les stationnements, les cantonnements, les troupes assiégées; contagion indirecte par les circumfusa. Aussi le contact incessant que le soldat prend avec le sol (campements, bivouacs, creusement des tranchées) a-t-il une haute importance pour la propagation; les *poussières* sont inhalées, ou ingérées par l'intermédiaire de l'eau qui se les incorpore. Les mouches, reposant sur les matières fécales, peuvent disséminer le bacille sur les aliments, les mains, le visage, etc. Les vêtements sont une grande source de contamination.

En temps de guerre, la prophylaxie est peu aisée. Les règles de prophylaxie générale sont celles qui sont usitées en temps de paix. La prophylaxie spéciale demande : 1° l'isolement des troupes infectées; 2° l'abandon des camps et cantonnements infectés; 3° l'évacuation des typhiques, qui doit être aussi précoce que possible et se faire exclusivement par des voies indépendantes des grandes lignes d'étapes, par eau ou par terre. Elle ne peut s'accomplir que si l'isolement des typhiques, la désinfection de leurs déjections pendant le transport, la protection des canaux des voies fluviales et terrestres sont rigoureusement réalisés. Enfin, M. Vincent demande l'installation d'hôpitaux spéciaux pour les typhoïdiques.

En toutes ces circonstances, la pureté de l'eau de boisson est d'une absolue nécessité.

M. Scherjning (de Berlin), co-rapporteur, après avoir donné des vues d'ensemble sur l'agent pathogène, le mode d'infection, et le mode de propagation des épidémies, se consacre à la prévention de la fièvre typhoïde. Outre les règles connues et appliquées actuellement, il conseille, au début des opérations, des enquêtes préalables sur les foyers d'infection que les troupes pourront avoir à rencontrer sur leur passage. En territoire ennemi, les médecins militaires doivent déterminer et signaler à l'autorité militaire les lieux, les camps, etc., que les troupes devront occuper. Ainsi on pourra empêcher tout contact des troupes avec les typhiques de la population civile, rendre inaccessibles les puits, les fontaines contaminés. Il faudra éloigner les prisonniers de guerre, et s'il en est de typhoïdiques, prendre pour eux les mêmes mesures que pour ceux de ses propres troupes.

Quand la fièvre typhoïde est déclarée, isoler les malades et les évacuer dans des hôpitaux situés au delà de la zone d'opérations.

M. Raptchewski (Russie), co-rapporteur, étudie d'une façon détaillée les causes des épidémies, leur mode de propagation et établit les règles de prophylaxie contre les causes précitées : l'eau, le sol, l'habitation. Pour l'eau, il croit les filtres peu utilisables, il recommande surtout l'ébullition comme moyen de purification de l'eau.

Etiologie de la dysenterie dans les armées en campagne. M. Simonin (du Val-de-Grâce), rapporteur. — La dysenterie, compagne de la fièvre typhoïde en temps de guerre, affection microbienne, dont l'agent spécifique est encore à trouver, apparaît à l'état épidémique dès les premiers jours de la mobilisation sous l'influence de divers facteurs qui ne sont que des causes secondes.

Ce sont des *influences cosmiques* (chaleur, refroidissement, vicissitudes atmosphériques), puis des *facteurs bromatologiques* (excès, pénurie, mauvaise qualité des aliments, des boissons). Le *méphitisme de l'air* agit pour la susciter, et, une fois apparue, pour entretenir son extension. De même et surtout le *méphitisme du sol*, aidé par les souillures des hommes (urine et fèces), les eaux usées, les cadavres. Ce fait est surtout démontré dans les villes assiégées où l'agglomération des êtres vivants est un fait commun. Le surmenage (*méphitisme intérieur*) prépare un terrain favorable à la germination des agents parasitaires intestinaux. D'après ces données, il est aisé de comprendre l'évolution de l'épidémie en temps de guerre, à tous ces facteurs venant s'adjoindre le mouvement incessant des troupes et la dissémination fatale des agents de contagion.

Des faits historiques prouvent nettement le rôle de la contagion par les contacts direct et indirect (souillure du sol, de l'air, de l'eau par les selles dysentériques). Les conditions de la guerre favorisent au premier chef l'apparition et l'extension de la dysenterie.

Prophylaxie de la dysenterie dans les armées en campagne. M. Antony (du Val-de-Grâce), co-rapporteur. — Certaines conditions inévitables de la guerre : privations, surmenage, etc., échappent le plus souvent à l'intervention du chef le plus prudent. Pour y parer, le médecin militaire doit éliminer, à la visite de départ, les hommes débiles et non endurcis.

Les influences bromatologiques sont plus accessibles à nos moyens d'action. La prophylaxie à exercer doit aller à l'encontre de tous les facteurs étiologiques exposés dans le rapport de M. Simonin. C'est ainsi que l'on doit veiller à la pureté de l'eau potable ou à sa purification par les moyens actuellement en usage. Mais les corps de troupe n'ont pas le loisir, en campagne, de lutter contre le méphitisme du sol par des mesures de propreté rigoureuse; puis le service de santé peut à grand'peine, à l'aide de ses ressources, assainir les champs de bataille et désinfecter les souillures ainsi que les établissements hospitaliers. Aussi M. Antony propose-t-il d'adopter une mesure déjà expérimentée en Russie depuis 1877, et d'organiser dès le temps de paix un service d'assainissement et de désinfection qui puisse fonctionner au début même de la mobilisation.

Prophylaxie de la syphilis dans les armées. M. Ferrier (du Val-de-Grâce), rapporteur. — Il existe des statistiques bien convaincantes, des documents recueillis dans les pays où la déclaration des maladies vénériennes est obligatoire, pour prouver que la syphilis n'est pas plus fréquente chez le soldat que dans la population civile du même âge, bien au contraire.

Tous les efforts de l'armée doivent tendre à assurer la prophylaxie de cette infection, dont la mortalité est notable.

En première ligne, exercer sur les hommes une surveillance médicale; l'efficacité des visites sanitaires est hors de doute.

Des traitements périodiques doivent être institués pour tous les syphilitiques; aussi serait-il bon d'avoir dans chaque infirmerie régimentaire une liste de syphilitiques comme beaucoup de médecins militaires font une liste des hommes suspects de tuberculose. Une observation succincte de chaque malade devrait être établie. Pour compléter ces renseignements, il faut rechercher avec soin les syphilis antérieures à l'incorporation.

En deuxième lieu, agir sur l'esprit du soldat, lui faire connaître les dangers de la prostitution, réglementée ou clandestine, et, dans le cas de syphilis, les conséquences graves entraînées par l'absence ou la négligence du traitement. Ces moyens d'enseignement peuvent être réalisés par les conférences réglementaires faites par les médecins du corps aux officiers et surtout aux sous-officiers, qui par leur contact continuel avec les hommes peuvent avoir sur

eux l'influence morale cherchée. En certains pays, on distribue aux soldats des opuscules, des instructions à leur portée, leur donnant les renseignements nécessaires. Les résultats donnés par cette mesure, si elle était appliquée en France, seraient assurément très efficaces.

M. Ferrier propose la diminution des permissions de théâtre et de la nuit pour les remplacer par des permissions périodiques que les soldats pourraient passer dans leur famille. Enfin il pense que la campagne anti-alcoolique engagée dans l'armée, en portant préjudice au cabaret, qui n'est souvent qu'un foyer de prostitution clandestine, est appelée à rendre les plus grands services au point de vue vénérien.

M. Panara, co-rapporteur, outre les mesures proposées dans l'armée française, conseille d'isoler le malade à l'infirmerie ou à l'hôpital jusqu'à complète guérison; puis de surveiller la contagion par la bouche (boire aux fontaines sans verre, etc.).

M. le colonel Notter (École de Netley), co-rapporteur, établit les conclusions concordant avec celles des deux rapporteurs précédents.

Des procédés extemporanés de purification des eaux. M. Schucking, rapporteur. — Ces procédés doivent pouvoir s'effectuer dans le plus court délai, avec les moyens les plus simples pour pouvoir être utilisés en campagne, dans toutes les circonstances.

La purification peut parvenir à clarifier les eaux troubles et à détruire les germes qu'elles contiennent, ou bien elle ne produit que l'un des deux résultats. Pour les troupes en campagne, la filtration et l'adjonction d'agents chimiques doivent seules être envisagées.

Seul le filtre de Berkefeld est construit de façon à supporter le transport en temps de campagne. Mais son emploi est impraticable pour suivre les troupes, car son transport n'est possible que dans les fourgons du train. Il est à employer pour les établissements de campagne liés à leur train.

Le filtre de détachement (Schwarm-filtre) ne produit que la clarification de l'eau. Son emploi n'est indiqué qu'autant qu'on peut détruire les bactéries par un moyen simple et maniable. Le calcium hypochloreux remplit ces conditions. 8 milligrammes de chlore pour un litre détruisent les bacilles à coup sûr en trente minutes.

M. Lapasset, co-rapporteur, fait une analyse complète des procédés proposés et employés, et examine pour chacun sa valeur respective; ébullition, filtration, substances chimiques. Pour lui, la purification extemporanée de l'eau ne paraît pouvoir être obtenue qu'avec trois procédés : 1° en marche, par le procédé Lapeyrère, 2° en station, par l'ébullition avec clarification, s'il y a lieu, 3° en mer, à défaut d'eau douce, distillation.

M. Dineur (d'Anvers), co-rapporteur, conclut de ses propres expériences que l'éclectisme adapté aux circonstances du moment doit être prôné; il accorde la priorité aux procédés chimiques, mais après filtration préalable.

SOUS-SECTION D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET D'HYGIÈNE

Dysenterie dans la région de l'Est. — M. Comte. L'étude de plusieurs épidémies de dysenterie dans la région de l'Est montre que l'on doit attribuer à des germes végétant dans le sol le retour périodique de cette maladie. L'origine hydrique a été hors de cause. Nés de l'infection par des germes anciens, les premiers cas ont été suivis d'autres relevant de la contagion par les matières fécales (latrines, tinettes mobiles). Les déductions prophylactiques s'en dégagent nettement.

Role des poussières dans l'étiologie de la dysenterie dans les camps. — M. Vincent (du Val-de-Grâce) rapporte une épidémie de dysenterie développée au camp d'Hussein-Dey, où l'origine hydrique dut être écartée, l'eau ayant été reconnue bactériologiquement pure. L'épidémie serait survenue brusquement après une tempête ayant soulevé de grandes quantités de poussière, qui aurait souillé les aliments des hommes. Or, le sol de ce camp contenait assurément des germes d'une épidémie précédemment observée.

De la formule hémo-leucocytaire dans le paludisme. — M. Billet établit que la quinine favorise la leucocytose et de son travail conclut que l'étude de l'hémo-leucocytose dans le paludisme est d'une grande valeur pour le diagnostic, le pronostic et le traitement. (Voir Pathologie interne.)

M. Simon, d'Unterberger (Russie), fait une communication intéressante sur les « sanatoria chez soi ».

Contamination de la nappe souterraine par les troupes en stationnement prolongé; épidémies de fièvre typhoïde au camp d'Hussein-Dey. — M. Vincent. Des observations très nettes permettent d'affirmer que la souillure de la surface du sol peut se communiquer à la nappe souterraine, dont l'adultération est proportionnelle à la durée du séjour des troupes. Les microbes peuvent donc traverser une couche de sable de plus de quatre mètres d'épaisseur et polluer ensuite la nappe souterraine. Depuis que le camp d'Hussein-Dey a reçu une eau abondante et pure, l'épidémie a cessé.

Action des eaux sulfureuses sur la tuberculose pulmonaire. — M. Berthier. Les améliorations constatées par ce traitement à l'hôpital d'Amélie-les-Bains, portent sur l'état général, les troubles fonctionnels respiratoires, l'état local pulmonaire. La cure minérale sulfureuse semble être la médication la plus active contre l'infection tuberculeuse.

M. Berthier, dans une deuxième communication, établit les principes de la chaussure dite rationnelle, et envisage les conditions que doit remplir une bonne chaussure de guerre, il insiste sur son imperméabilisation à l'aide de la suintine, substance qu'il a eu l'occasion d'utiliser et d'expérimenter.

M. le professeur Kober (de Washington) a observé 195 épidémies de fièvre typhoïde, 99 de scarlatine, et 36 de diphtérie, propagées par la consommation du lait. D'où il préconise l'établissement de laiteries hygiéniques placées sous la surveillance médicale.

Imperméabilisation des parquets. — M. Berthier propose un nouveau mode d'imperméabilisation des parquets à l'aide d'un produit résiduel de la distillation du pétrole qu'il appelle *cire de pétrole*. Ce procédé aurait les avantages des anciens moyens, sans en avoir les inconvénients.

Traitement de la dysenterie par le bleu de méthylène. — M. Berthier obtient une amélioration rapide de la dysenterie par l'administration du bleu de méthylène en lavement. Dès le premier lavement, les effets du traitement se feraient sentir.

M. Toussaint avance de nouvelles preuves à l'appui de l'opinion déjà émise et soutenue, de l'identité du choléra nostras et du choléra indien.

M. Talayrac propose l'emploi des viandes congelées dans l'alimentation publique et dans les armées en campagne.

SOUS-SECTION DE MÉDECINE NAVALE

Les navires-hôpitaux dans les expéditions coloniales. — M. Burot, rapporteur. L'hospitalisation sur les navires est de toute nécessité dans les zones torrides où règne le paludisme. Ce procédé est préférable que de loger les malades au ras du sol sous des tentes. La principale condition de son efficacité est de n'employer les navires-hôpitaux qu'au traitement des malades, de ne l'affecter à aucun autre service militaire. De plus, pour une expédition d'assez longue durée, il sera bon de n'avoir qu'un seul hôpital flottant, pouvant recevoir en moyenne 500 malades. Des bâtiments

spéciaux de transport seraient affectés pour le rapatriement. Sur le pont, des roofs abriteraient les blessés. Dans la batterie haute seraient couchés les malades graves dans des couchettes disposées sur un seul plan; dans la batterie basse, les malades moins graves, sur des couchettes disposées sur deux plans.

M. Burot prévoit ensuite toutes les conditions d'hygiène les plus parfaites pour l'aération, la production d'eau distillée, la fabrication de la glace, l'éclairage électrique, l'aménagement et les dispositions des cuisines. En cas de présence de contagieux, il propose l'installation d'un bâtiment de faible tonnage pouvant recevoir dans des salles d'isolement les malades atteints d'affections contagieuses.

La propreté, la désinfection seront assurées par des étuves, des lessiveuses, des pulvérisateurs.

Le phagédénisme tropical. — M. Le Dantec, rapporteur. Le phagédénisme tropical est une complication des plaies, caractérisée par la présence d'une fausse membrane qui transforme une plaie simple en un ulcère envahissant. Sa nature a été envisagée de différentes façons :

Actuellement la clinique et la bactériologie s'accordent pour identifier cette affection avec la pourriture d'hôpital : toutes deux sont caractérisées par la présence d'exsudats grisâtres à la surface des plaies ; de plus le bacille décrit en 1884 dans l'ulcère phagédénique par M. Le Dantec, est absolument comparable à celui que Vincent a décrit en 1896 chez des Arabes revenant de Madagascar et que Coyon a retrouvé dans un cas de pourriture d'hôpital, né sur place à Paris.

L'habitat du microbe n'est pas l'hôpital, mais le sol humide, au même titre que le vibrion sceptique et le bacille du tétanos.

On conçoit l'importance que cette notion peut avoir pour les soins à donner aux blessés dans les expéditions coloniales.

Soins a donner aux blessés sur les navires pendant, et après le combat : Pansement des blessés. — Moyens de transport. — Premiers pansements. — Opérations d'urgence. — M. Fontan. Des conditions d'ordre matériel et moral doivent empêcher les chirurgiens de circuler au milieu des combattants pour leur porter des secours purement illusoires à la place où ils tomberaient. Le plus souvent, il faudra attendre que le feu cesse pour transporter les blessés. Avant l'arrivée des premiers soins, le combattant, d'après des conseils donnés à l'avance doit se servir du garrot, du paquet individuel de pansement, etc.

Le transport du blessé sur un navire offre de nombreuses difficultés en raison de la sinuosité des passages, des changements de niveau et de direction. Le blessé en souffre. Pour éviter ses souffrances, M. Fontan conseille l'emploi de la gouttière Auffret, immobilisant parfaitement le blessé. Réglementairement la marine possède une gouttière pour trois cents hommes d'équipage. C'est insuffisant, il en faudrait deux par passage.

Arrivé au poste, les premiers soins sont donnés; l'asepsie est de rigueur; les hémorragies sont les premiers accidents à combattre (hémostase, injections de sérum); des appareils à fracture demandent à être appliqués (gouttières et attelles en toile métallique). Les opérations d'urgence devront être pratiquées, réduites au strict nécessaire : ligatures, occlusions des cavités ouvertes, simplification des grands délabrements; ajourner la recherche des corps étrangers. Après ces soins provisoires les blessés seront évacués sur terre.

M. Fontan propose en terminant la neutralisation d'un navire-hôpital par la croix de Genève.

Chirurgie a bord en paix et en guerre. — M. Auffret étudie trois points intéressant les moyens de transport, le pansement individuel et le mobilier de bord. Comme moyen de transport des blessés, il prône la gouttière adoptée dans la marine française depuis deux ans. Elle réalise un moyen fixe, permettant d'éviter aux blessés les souffrances du transport mouvementé par les conditions architecturales du navire, coursives, échelles, trous de taupe des cuirassés, etc., évitent aussi l'aggravation des blessures.

Il insiste sur l'utilité du pansement individuel pour les troupes marines qui en sont toutes dépourvues. Il le désire vivement, à condition que ce pansement soit renouvelé au plus tôt au poste des blessés.

Enfin, M. Auffret propose de remplacer le matériel de bois, complètement insuffisant, par un matériel en métal laqué.

L'albuminurie et l'admission dans le service de la marine. — M. Pulle (Hollande) pense qu'il est prudent de ne pas admettre dans le service naval tout homme présentant de l'albumine dans l'urine, même avec un état de santé excellent. Il est difficile, en effet, de diagnostiquer par un examen aussi fatalement sommaire qu'une inspection militaire, une albuminurie pathologique ou physiologique. Il faudrait, en tout cas, attendre que l'on s'entende définitivement sur ce point actuellement en litige.

L'anémie des chauffeurs et la ventilation des navires de guerre. — M. Belli (Italie) attribue l'anémie des chauffeurs à différentes causes, dont les principales sont la température élevée et le manque de lumière. Il exclut le défaut de ventilation, ses recherches ayant démontré que le renouvellement d'air suffit amplement pour assurer l'échange gazeux pulmonaire du personnel. Les conclusions basées sur le dosage de l'hémoglobine sont très nettes.

Morbidité du personnel des machines comparées a celle des autres catégories, dans la marine italienne. — M. Filippo Rho (Italie). La prétendue insalubrité professionnelle du personnel des machines marines n'est pas confirmée par les statistiques sanitaires. Les maladies des chauffeurs (anémie, dyscrasies, maladies du tube digestif) sont relativement rares. Plus fréquentes sont les maladies infectieuses (paludisme, fièvre typhoïde, tuberculose) les maladies des yeux, les névroses et les psychoses, surtout les maladies de la peau. Les affections qui tiennent le plus haut degré de l'échelle, sont les maladies vénériennes, dépendant, sans doute, des meilleures conditions financières faites à ces travailleurs.

La tuberculose dans l'arsenal de Brest. — M. Auffret présente un travail de statistique très important sur 8000 cas de tuberculose dans un milieu ouvrier, et montre combien cette maladie est fréquente, malgré une rigoureuse sélection faite pour admettre les ouvriers à cet emploi.

M. F. Rho. *Sur l'infection contemporaine typhique et palustre.*

M. Brunet. *Un parasite à éviter en Tunisie, le Distoma hepaticum.*

SOUS-SECTION DES COLONIES

Les épidémies de peste en Extrême-Orient (MM. Simond et Yersin, rapporteurs). — La peste ne naît pas spontanément dans une région; elle n'y reparaît même pas sans y être réimportée, quand elle en a disparu pendant vingt ans. C'est ce que l'étude des anciennes épidémies a fait apprendre.

Les épidémies récentes entraînent les mêmes conclusions, on peut poser en principe :

1° Que la propagation de la peste autour d'un centre se fait en tache d'huile par extension circulaire.

2° Que le transport d'un foyer primitif à un centre éloigné peut s'effectuer rapidement, s'il existe entre ces deux points des communications directes et rapides.

3° Que la contamination des centres éloignés est exceptionnelle, s'ils ne sont pas reliés au foyer par des chemins

de fer ou des lignes de navigation. En effet, des régions voisines, mais séparées des foyers par des barrières naturelles, sont toujours protégées.

MM. Simond et Yersin rapportent ensuite en détails l'histoire des épidémies du Yunnam, de Bombay, etc., en montrant leur mode d'extension.

La vaccination, entre les mains de MM. Yersin et Carré, a pu être obtenue par des virus atténués. Mais les germes dépourvus de virulence n'ont aucune propriété immunisatrice.

Les animaux qui résistent aux bacilles pesteux faiblement virulents, sont vaccinés. L'immunité paraît parfaitement acquise au bout de quinze jours.

Le virus, qui tue 40 ou 50 p. 100 de rats, a été inoculé à des singes, qui n'ont présenté qu'un malaise passager et qui ont ultérieurement résisté au bacille virulent.

M. Yersin s'est inoculé lui-même le bacille *c* (qui tue 20 p. 100 des rats) sans autre accident qu'un peu de courbature et de fièvre.

Ces inoculations se font à la lancette comme pour le vaccin jennérien, et c'est là le principal avantage de la méthode, qui aurait ainsi plus de chance d'être acceptée que la vaccination à la seringue.

Épidémies de peste en Mésopotamie, 1875-1876. — M. Zavitzianos (de Constantinople) fait la relation de deux épidémies de peste qu'il a observées. Il remarque que certaines anciennes épidémies de peste ne se propageaient pas; aujourd'hui elles se propagent toutes. Il estime que le meilleur moyen de s'en préserver est d'observer une rigoureuse hygiène individuelle et urbaine.

Un cas de peste a Langson (Tonkin). — M. Nogué signale à Langson un cas de peste bubonique développé recemment en 1899, venant du Ynang-Li, où la peste est à l'état endémique. Il est à craindre que le nouveau chemin de fer transportant les produits de cette région ne contribue, à porter l'épidémie du côté des grandes villes du delta du Tonkin. Une surveillance étroite doit donc être établie pour arrêter le développement des cas qui pourraient apparaître.

De la contagion de la peste. — M. Cassagnou. L'étude des dernières épidémies a montré que, si la contagion d'homme à homme est peu à craindre, la contagion par les objets d'usage journalier est à redouter. Il en signale des exemples.

Bactériologie et sérothérapie de la peste. — M. Lignières (d'Alfort) confirme l'efficacité du sérum antipesteux, surtout quand il est injecté dans le système veineux. Il signale ensuite des caractères particuliers qu'il a été amené à assigner au bacille de Yersin.

Tétanos dans les pays chauds. La prophylaxie. M. Calmette, rapporteur. — Fréquents dans les zones torrides, le tétanos de ces régions provient de la souillure des plaies par les parcelles de terre ou par des digestions animales. Le tétanos des nouveau-nés, variété très fréquente, résulte de l'infection de la plaie ombilicale par les linges ou les pansements malpropres.

D'où la prophylaxie suivante :

L'emploi du sérum antitétanique, à titre préventif, devrait être généralisé dans les hôpitaux, les ambulances et les colonnes en marche, chez les blessés rentrant dans les conditions précédentes.

D'autre part, il importe de surveiller l'éducation des matrones et sages-femmes indigènes, au point de vue de leurs connaissances sur l'antisepsie, pour les soins à donner aux femmes et aux enfants nouveau-nés. Des conférences et exercices pratiques dans les régions où se trouvent des hôpitaux et des médecins devraient être institués dans ce but.

M. Marchoux appuie les conclusions de M. Calmette, et signale les erreurs fréquentes au Sénégal, confondant le tétanos et la méningite cérébro-spinale, plus curable.

Pathogénie et prophylaxie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique des pays chauds. M. Firket (de Liège) rapporteur. — Certains facteurs étiologiques, antérieurs à l'accès de fièvre hémoglobinurique, sont nécessaires pour faire naître ce dernier qui n'apparaît pas chez un sujet sain. Le principal d'entre eux est le paludisme, à cause des altérations qu'il engendre dans les divers parenchymes, et notamment les organes hématopoiétiques, et de la fragilité anormale qu'il provoque du côté des globules rouges. Au paludisme s'ajoute l'influence des conditions hygiéniques défavorables auxquelles les sujets sont soumis. Leurs effets s'accumulent avec la durée du séjour de l'individu dans le milieu défavorable. L'état de moindre résistance est créé, il suffit d'une cause occasionnelle pour produire l'accès de fièvre bilieuse hémoglobinurique. Ces causes peuvent être banales; le *froid*, le *surmenage*, une *émotion;* ce peut être aussi un *nouvel accès de fièvre palustre*, augmentant brusquement l'altération du sang. Une *intoxication*, même une auto-intoxication peut intervenir encore et particulièrement l'*intoxication quinique* incriminée en certains cas. Malgré tout, M. Firket pense que l'action de cette dernière n'est pas exclusive, comme on l'a prétendu.

La prophylaxie se confond en conséquence avec le paludisme, puisque ce dernier est le principal agent provocateur de l'accès. Eviter d'abord l'infection par l'usage préventif de la quinine, puis combattre les effets de l'infection acquise par une thérapeutique rationnelle et par tous les éléments de confort nécessaire pour faciliter la restauration de l'organisme peu résistant; la durée du séjour dans les climats dangereux demande à être abrégée. Eviter enfin les causes occasionnelles et user de quinine avec modération.

M. Clarac, co-rapporteur, voit une identité d'origine très nette entre l'accès paludéen ordinaire et l'accès de fièvre hémoglobinurique, identité prouvée par la clinique et l'anatomie pathologique. Il nie fermement toute influence nocive de la quinine.

Tel n'est pas l'avis de M. Marchoux, co-rapporteur, qui rejette cette opinion ainsi que celle qui fait de la fièvre hémoglobinurique une maladie microbienne spéciale indépendante du paludisme. Il incrimine l'intoxication quinique, mais celle-ci pour agir a besoin de l'existence préalable de lésions antérieures durables ou même seulement passagères.

Traitement de la fièvre bilieuse hémoglobinurique. — M. Gangiers a employé avec succès les injections massives de sérum artificiel et de l'ahanandémie (cassia occidentalis).

La léthargie d'Afrique. — M. Dryepondt entreprend l'étude complète de la maladie du sommeil que M. Marchoux est tenté d'attribuer au pneumocoque.

La lèpre a la Guyane. — M. Clarac étudie les modes de contagion de la lèpre d'après l'histoire pathologique de plusieurs familles lépreuses dont les premiers atteints étaient des Européens.

M. Miguel vante les bons effets de l'huile de Chaulmoogra pour l'amélioration de cette infection.

V. Sciences biologiques

ANATOMIE COMPARÉE, HISTOLOGIE ET EMBRYOLOGIE[1]

Par **M. BABONNEIX**, interne des hôpitaux.

Les sciences biologiques ont été divisées en section d'anatomie, histologie et embryologie et section de physiologie. Dans ces sections, si l'on en excepte l'anatomie, qui a été l'objet de rapports, les travaux du Congrès ont consisté exclusivement en communications qui, par la diversité de leurs sujets, se prêtent difficilement à une classification. Nous avons donc suivi l'ordre alphabétique par noms d'auteurs. (N. D. L. R.)

MITOSES DANS LES SPERMATOCYTES DE PREMIÈRE GÉNÉRATION DE LITHOBIUS FORFICATUS, par M. BOUIN. — Après les premières figures de karyokinèse, les sphères attractives s'écartent. Ces sphères restent complètement indépendantes du fuseau ; leurs irradiations disparaissent au stade de la plaque équatoriale. Finalement la chromatine se rassemble aux deux pôles, et les noyaux filles se constituent.

PREMIER DÉVELOPPEMENT DES DENTS, par M. BRANCA. — Chez certains mammifères, le germe dentaire débute par une invagination creuse qui se transforme en une lame épithéliale, le *mur plongeant*. Ce mur édifie çà et là des bourgeons adamantins, relativement indépendants du bourrelet gingival, encore incomplètement développé.

LA PRÉSPERMATOGENÈSE CHEZ LE POULET, par M. CAVALIÉ. — L'auteur distingue deux sortes de cellules : les grosses (ovules primordiaux), les petites (cellules de soutien). Les petites se multiplient par division directe. Les grosses s'hypertrophient et dégénèrent au fur et à mesure qu'elles se rapprochent du centre du canalicule séminifère.

NOTE SUR LA MÉTHODE DE GÉROTA, par MM. CUNÉO et DELAMARE. — Les auteurs montrent une série de préparations histologiques dans lesquelles les vaisseaux sanguins ou lymphatiques ont été injectés avec les masses de Gérota. L'emploi de ces masses qui s'injectent à froid peut rendre certains services aux histologistes à cause de la facilité et de la rapidité de leur préparation. Après fixation au formol, la pièce injectée peut être traitée par les méthodes habituelles. La masse ne diffuse pas. La meilleure masse est celle au bleu de Prusse en solution éthéro-térébenthinée.

MÉCANIQUE ARTICULAIRE DU POIGNET, par MM. B. CUNÉO et VEAU. — La radio-carpienne et la médio-carpienne sont des articulations trochléennes, à axe unique. L'axe de chacune d'elles, placé dans un plan horizontal, est oblique en avant et en dehors pour la médiocarpienne, en avant et en dedans pour la radio-carpienne. Le mouvement fondamental dans chaque articulation est donc un mouvement dans lequel il existe à la fois de la flexion ou de l'extension et de l'inclinaison latérale.

LES CENTRES DE PROJECTION ET D'ASSOCIATION DANS LE CERVEAU, par M. DEBIERRE. — Toutes les zones de l'écorce ne sont pas reliées par des faisceaux de fibres aux masses grises inférieures de l'axe cérébro-spinal. Aussi doit-on diviser l'écorce en deux zones distinctes : une *zone des fibres de projection* et une zone comprenant toutes les parties de l'écorce reliées par de nombreuses fibres d'association aux sphères précédentes, la *zone des fibres d'association.*

A. — *La zone des centres de projection* comprend quatre sphères sensorielles : tact et sensibilité organique, olfaction, vision, audition.

B. — *La zone des fibres d'association.* Les centres de projection sont séparés les uns des autres par des circonvolutions auxquelles n'aboutissent pas de fibres nerveuses. Ces circonvolutions sont au nombre de trois : centre d'association postérieur, moyen et antérieur. Ce sont ces centres auxquels incombe le rôle de réunir les impressions et de les comparer.

QUELQUES REMARQUES SUR LA CHROMATOLYSE DE L'ÉTAT DE FATIGUE, par M. G. DELAMARE. — La chromatolyse observée dans l'état de fatigue expérimentale, loin d'être un phénomène normal, est un phénomène pathologique dû à une auto-intoxication. Cette action chromatolysante des poisons endogènes rappelle absolument l'action des poisons exogènes. Constante dans les intoxications et dans la section de l'axône, la chromatolyse est inconstante dans les infections. Est-elle surtout en rapport avec les toxi-infections? L'auteur pense que la chromatolyse est bien l'expression d'une souffrance de la cellule nerveuse, c'est-à-dire *une véritable lésion*, d'ailleurs banale.

DÉVELOPPEMENT DES GLOBULES ROUGES DANS LA SÉRIE ANIMALE ET CHEZ L'HOMME, par M. ENGEL. — De ses recherches, l'auteur conclut que l'absence de noyau dans les globules rouges des vertébrés est l'expression d'une différenciation fonctionnelle très avancée.

CLASSIFICATION EMBRYOLOGIQUE DES ŒUFS, par M. ETERNOD. — M. Eternod distingue les œufs *holoblastiques* ou holocécithes, les œufs *pseudo-holoblastiques* ou oligolécithes, les œufs *méroblastiques*, divisés eux-mêmes en panlécithes, centrolécithes, télolécithes et métalécithes.

ARTÈRES DE L'UTÉRUS, par M. FRÉDET. — M. Frédet donne une description minutieuse des artères utérines et insiste sur la zone médiane de l'utérus, zone chirurgicalement exsangue qui fait la valeur du procédé Doyen (hémisection antérieure).

EMPLOI DE LA FORMALINE CHROMIQUE, par M. FRÉDET. — L'auteur indique les bons résultats obtenus par cette substance pour conserver, fixer et durcir les sujets destinés à la préparation des coupes macroscopiques.

LA SPECTROSCOPIE ET LA MICROSCOPIE EN ANATOMIE GÉNÉRALE, par M. HÉNOCQUE. — L'anatomie générale a tiré un profit considérable de l'introduction de l'analyse spectrale dans la science. Depuis la découverte des principes pigmentaires du sang par Hoppe-Seyler, de nombreuses recherches ont déterminé les caractères spectroscopiques de la plupart des humeurs colorées de l'organisme. La spectroscopie biologique, l'hématospectroscopie, la microspectroscopie ont déjà rendu de signalés services à l'anatomie générale, à la pathologie et à la thérapeutique.

FORMATION DE LA SUBSTANCE CORTICALE DU CERVEAU, par M. HIS. — Pour atteindre la surface des hémisphères céré-

(1) Nous sommes heureux d'adresser ici nos meilleurs remerciements à M. Pettit, docteur ès sciences, secrétaire de la section d'anatomie, dont l'extrême amabilité n'a pas peu contribué à faciliter notre tâche.

braux, les neuroblastes développés dans les couches les plus internes aux dépens des cellules germinatives émigrent à partir du troisième mois. Les cellules émigrées s'accumulent à la surface du cerveau dans des tubercules dont le pédicule est traversé par les f. émanant des cellules.

ANATOMIE COMPARÉE DU SYMPATHIQUE CERVICAL, par MM. JONNESCO et JACQUET. — Les auteurs étudient l'évolution du sympathique cervical au cours de la phylogénèse. Il n'y a guère que chez les oiseaux et chez les mammifères que le sympathique cervical est nettement délimité. Commençant, chez ces vertébrés, au G. C. S., il s'étend sur les côtés du cou et aboutit près de la cage thoracique au G. C. L. Il existe chez la plupart un N. vertébral considéré comme une racine du G. C. L.

STRUCTURE DU SYMPATHIQUE CERVICAL, par M. JONNESCO. — Le cordon du sympathique cervical se compose de *fibres* de Remak mélangées à des fibres à myéline. — Au niveau d'un ganglion, les fibres l'enveloppent et le pénètrent : les unes, terminales, vont constituer les nids péricellulaires; les autres passent sans s'arrêter. — Les *cellules* sympathiques sont somatochromes, multipolaires et pourvues d'un seul axône. Entourées d'une capsule conjonctive, tapissées à l'intérieur d'une couche endothéliale, elles possèdent chez l'homme un seul noyau. La partie achromatique, nettement fibrillaire au niveau des prolongements, est difficile à voir dans le corps même de la cellule. Les corpuscules de Nissl forment couronne à la périphérie de la cellule. Le reste du corps cellulaire est occupé par une fine poussière chromatique. Les méthodes de Benda-Heidenhain et d'Altmann permettent de constater l'existence des nids péricellulaires variés.

LES PARANUCLÉI, MÉCANISME PROBABLE DE LEUR ÉLABORATION DANS LES CELLULES PANCRÉATIQUES DE LA SALAMANDRE, par M. LAGUESSE. — Chez la salamandre, il est facile de suivre l'évolution totale de ce corps depuis leur formation par différenciation des grains de nucléine jusqu'à leur isolement quasi total du noyau, à la détermination du paranucléus adulte.

VARIATIONS DU SYSTÈME MUSCULAIRE CHEZ L'HOMME, par M. LEDOUBLE. — L'auteur insiste sur l'importance que présente pour l'anatomiste et l'anthropologue la connaissance des anomalies musculaires. Ces anomalies peuvent se diviser en *réversives*, *progressives* et *variations-monstruosités*. Il faut que l'on poursuive l'unification de la nomenclature des muscles humains et des muscles des animaux, afin de pouvoir vérifier si réellement l'ontogénèse est bien pour l'homme un résumé succinct de la phylogénèse.

A PROPOS DES VARIATIONS DU SYSTÈME OSSEUX CHEZ L'HOMME, par M. LEDOUBLE. — Les variations osseuses de l'homme peuvent être divisées en *réversives*, *progressives* et *monstruosités*.

Elles n'apparaissent pas avec le même degré de fréquence dans les divers groupes ethniques et semblent présenter une fréquence égale chez les déments et chez les sujets normaux.

LA PRÉSPERMATOGÉNÈSE; L'HERMAPHRODISME PRIMITIF DES GLANDES SEXUELLES, par M. LOISEL. — L'auteur étend le nom de préspermatogénèse à toute la période qui va de l'apparition de l'épithélium germinatif chez l'embryon à la formation des premiers spermatozoïdes chez l'adulte. Quant aux spermatogonies de deuxième ordre, ce seraient les homologues des ovules.

LE KARYOLYSUS LACERTARIUM, par M. MARCEAU. — Le karyolysus est un parasite du sang du lézard. Il existe le plus souvent sous la forme enkystée. Parfois il acquiert des dimensions considérables. Il exerce sur le noyau des hématies une action extrêmement variable.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA FÉCONDATION CHEZ LES REPTILES, par M. NICOLAS. — M. Nicolas a observé, dans des disques germinatifs d'œufs d'orvet, la présence d'une couche superficielle, protoplasmique, contenant des granulations très fines, et d'une couche profonde entièrement formée de grains vitellins volumineux. A la limite des deux couches on trouve les deux pronucléi en conjugaison.

On rencontre aussi dans le disque germinatif un grand nombre de noyaux irrégulièrement dispersés et représentant sans doute des noyaux spermatiques accessoires.

LE DÉVELOPPEMENT DES CAVITÉS CÉPHALIQUES ET LEURS RAPPORTS AVEC LA POCHE DE RATHKE CHEZ L'EMBRYON DE CANARD, par MM. NICOLAS et WEBER. — Chez le canard, au quatrième jour, une fissure persiste dans la paroi ventrale de l'intestin antérieur. Cette fissure, sus-jacente à un renflement en bouton de la paroi intestinale, se continue avec un cordon cellulaire contigu à l'extrémité supérieure de la poche de Rathke. Ce cordon aboutit à la cavité prémandibulaire.

GLANDES A VENIN DE LA SALAMANDRE TERRESTRE, par Mme PHISALIX. — Ces glandes naissent sous l'épiderme aux dépens d'une cellule mésodermique. Autour des noyaux, le protoplasma ne s'organise pas en cellule : il reste commun à tous les noyaux. Dans la glande adulte, les grains de venin se forment dans le noyau, à l'intérieur même du boyau nucléinien. Après la transformation complète de la chromatine en grains de venin, le noyau meurt.

MODIFICATIONS HISTOLOGIQUES DES CELLULES NERVEUSES DANS LA FATIGUE, par M. PUGNAT. — En fatiguant des chiens qu'il fait courir dans une roue en mouvement constant, M. Pugnat a noté les lésions des seules cellules de l'écorce; les cellules des cornes antérieures de la S. grise sont intactes. La chromatolyse n'est pas toujours un phénomène pathologique; elle peut aussi se rencontrer dans la vie normale des cellules : c'est plutôt un phénomène réactionnel.

DÉVELOPPEMENT DES GANGLIONS LYMPHATIQUES, par M. RETTERER. — M. Retterer rappelle la méthode de His, il étudie l'apparition du tissu ganglionnaire chez les embryons de cobaye et l'évolution ultérieure de ces organes chez le jeune animal et l'adulte.

PANCRÉAS DES VIPÈRES, par M. THIBAUDEAU. — L'auteur a trouvé des follicules clos, voire même des bourgeons spléniques, dans le pancréas de certaines vipères. Il conclut de ses observations que les produits de la sécrétion interne doivent passer et par la voie sanguine et par les voies lymphatiques.

L'INFLUENCE DU MILIEU SUR LES ORGANES SENSORIELS DES ANIMAUX, par M. VIRÉ. — L'étude des influences cosmiques sur les organismes vivants présente, dans les conditions ordinaires, d'extrêmes difficultés, la multiplicité des causes qui entrent habituellement en ligne déterminant des résultats complexes, d'interprétation délicate.

Le monde souterrain offre des conditions très favorables à l'observation et à l'expérimentation. Les différences que l'on constate entre la faune des cavernes et la faune lucicole relèvent en effet d'un seul facteur : l'absence dans un cas, la présence dans l'autre de vibrations lumineuses.

Les modifications que l'on note dans le premier cas sont de deux ordres : *atrophiques* et *hypertrophiques*.

Les modifications *atrophiques* portent particulièrement sur l'organe visuel et peuvent aller jusqu'à la disparition totale de cet organe.

Inversement, les organes tactiles, olfactifs et auditifs se développent dans des proportions notables.

Les modifications constatées sont parfois telles que certains naturalistes ont pu considérer les individus observés comme de véritables espèces nouvelles. En réalité, il ne s'agit là que d'une adaptation des êtres à des conditions nouvelles d'existence.

Topographie cranio-cérébrale, par M. Waldeyer. — L'auteur envisage les particularités topographiques : *a*) au point de vue de la situation d'un organe par rapport au reste du corps; *b*) au point de vue de la situation vis-à-vis du squelette; *c*) au point de vue de la situation par rapport aux organes voisins; enfin *d*) au point de vue des connexions des différentes parties de ces organes.

L'auteur expose ensuite les méthodes destinées à déterminer sur le vivant les principales scissures et sillons du cerveau; la méthode de Krönlein est la plus sûre et la plus fidèle.

Les premiers développements du cerveau antérieur des oiseaux, par M. Weber. — L'auteur montre sur des reconstructions plastiques d'extrémités céphaliques de faisans : le neuropore, les gouttières juxta-neuroporique et entéroptique, les plis dorsaux et ventraux. L'auteur voit là les traces d'une neuromérie primitive.

PHYSIOLOGIE, PHYSIQUE ET CHIMIE BIOLOGIQUES (1)

Par **M. BABONNEIX**, interne des hôpitaux de Paris.

Présence dans l'organisme d'un ferment soluble réducteur, par MM. Abelous et Gérard. — Il existe dans la plupart des organes un ferment soluble qui réduit les nitrates, décolore le bleu de méthylène et parait donner de l'aldéhyde butyrique aux dépens de l'acide butyrique. Ce ferment, qui a son maximum d'activité entre 40 et 45 degrés, est également hydrogénant; ce fait vient confirmer l'opinion de M. Gautier que certaines bases se produisent dans nos tissus à l'abri de tout germe de putréfaction, durant la vie normale.

Action du lait sur la coagulation du sang, par M. Camus. — Une première série d'expériences *in vitro* établit que le lait de vache frais écrémé n'a pas d'action anticoagulante directe, qu'il a assez souvent une faible action coagulante et que parfois son action est nulle.

Dans une deuxième série d'expériences, ce même lait a été injecté dans la veine fémorale de chiens et de lapins, à la dose de 5 centimètres cubes par kilo d'animal.

Le lait a une action anticoagulante indirecte. Les chiens ne sont pas tous également sensibles. Une première injection peut immuniser en partie contre une deuxième; l'immunité est courte. Un chien immunisé par des injections de peptone peut être, en partie au moins, immunisé contre une injection de lait. La plupart des réactions que présente habituellement l'animal, dont le sang devient incoagulable, peuvent apparaître à la suite de l'injection de lait. Toutes les fois que l'incoagulabilité complète a été observée, on a constaté une baisse de la pression sanguine. Le lait stérilisé détermine également l'incoagulabilité indirecte. Les substances du lait, insolubles dans l'alcool et redissoutes dans l'eau salée à 8 p. 1000, déterminent l'incoagubilité indirecte. L'injection de lait produit parfois chez le lapin la baisse de la pression sanguine, mais jamais l'incoagulabilité du sang.

Influence de la température sur la fatigue des nerfs moteurs de la grenouille, par M. Carvallo. — Il y a actuellement une certaine tendance à considérer l'activité du système nerveux et en particulier celle des nerfs comme étant soumise à des lois très différentes de celles qui règlent le fonctionnement des autres tissus de l'organisme. Depuis les recherches de Bernstein, Wedenski et Bowditch, on admet généralement que les nerfs ne dépensent rien ou presque rien sous l'influence de l'excitation. En interprétant ces expériences, on n'a peut-être pas tenu suffisamment compte de l'état dans lequel se trouvaient les nerfs pendant qu'ils recevaient l'excitation. De plus, si l'on tient compte du rapport fonctionnel existant entre le nerf, la plaque terminale et l'organe innervé, on peut se demander si, dans ces expériences où l'excitation ne donne lieu à aucun effet utile, la dépense chimique du nerf est la même que lorsqu'il peut mettre en activité les organes qui sont sous sa dépendance directe.

Il résulte cependant des expériences de M. Carvallo, qu'à *de basses températures* les nerfs se fatiguent plus rapidement que la plaque terminale et le muscle, et que les nerfs se comportent, vis-à-vis de l'excitation et de la température exactement comme les muscles. Les seules différences existant entre ces deux appareils sont exclusivement d'ordre quantitatif.

La communication de M. Carvallo soulève une importante discussion. MM. Wedenski et Dastre font remarquer que le mot fatigue nerveuse n'est pas compris de la même façon par tous, ce qui crée une certaine confusion. M. Dastre ajoute que la fatigue du nerf est tellement faible que l'on peut se demander si elle existe réellement, de telle sorte que la question se pose entre *peu* ou *pas*. Cette question est résolue négativement par M. Gley, pour qui le nerf est un simple conducteur physique, ne dépensant aucune somme d'énergie. M. Herzen rappelle une expérience personnelle d'une simplicité élégante. Il excite le nerf en un point donné et lorsque le muscle ne réagit plus, il pratique l'excitation sur un point du nerf plus rapproché de la plaque terminale et obtient de nouvelles contractions musculaires. Ce fait, indiquerait nettement que le nerf est réellement susceptible de se fatiguer. M. Weiss pense que cette expérience démontre surtout que le nerf se fatigue plus vite que la plaque terminale et tend ainsi à confirmer les résultats de M. Carvallo.

Sur l'action physiologique des courants a haute fréquence, par M. J. Carvallo. — Les effets produits par les courants à haute fréquence sur l'organisme varient considérablement suivant le mode d'application de ces courants. La sensibilité générale et la contractilité ne sont nullement influencées lorsqu'on applique ces courants directement sur la peau ou lorsqu'on introduit le corps de l'animal dans un solénoïde traversé par les décharges oscillantes d'un condensateur (d'Arsonval). Toutefois, d'après M. d'Arsonval, il existerait un certain nombre de phénomènes (chute de la pression sanguine) qui indiquerait que ces courants pénètrent dans les profondeurs de l'organisme. M. Carvallo a repris ces recherches pour arriver aux conclusions suivantes :

1° Si tout l'animal est introduit dans le solénoïde *sans communication directe* avec lui, il n'y a ni réaction sensitive ni motrice, ni variation de la pression sanguine.

2° Si on applique *directement* ces courants sur la peau, la

---

(1) Qu'il nous soit permis de remercier chaleureusement ici M. le docteur Gley, professeur agrégé, MM. Dhéré et Henri, de la Sorbonne, à la très gracieuse obligeance desquels nous devons de pouvoir aujourd'hui publier ces notes.

sensibilité peut être influencée (intensité du courant très forte). Consécutivement, et seulement dans ce cas, il y a réaction motrice et chute de la pression sanguine.

3° En faisant agir les courants à haute fréquence sur les nerfs isolés, il se produit les mêmes manifestations que lorsqu'on excite ces appareils par les courants ordinaires. Peut-être faut-il attribuer ces effets à ce que les courants dont s'est servi l'auteur, comme d'ailleurs tous les autres courants dont on s'est servi jusqu'ici, ne sont pas des courants *purs*.

Fonctions de l'hypophyse cérébrale, par M. de Cyon. — L'hypophyse A. préserve le cerveau de dangereux afflux de sang; B. régularise les échanges organiques du corps.

A. L'hypophyse protège le cerveau : a. *par voie mécanique* : chaque augmentation de pression dans la cavité de l'hypophyse provoque un notable renforcement et un ralentissement des contractions cardiaques. Ces contractions doivent accroître considérablement la vitesse de la circulation veineuse, surtout dans les corps thyroïdes, et dégager ainsi le cerveau du trop plein de sang; — b. *par voie chimique* : l'hypophyse produit deux substances, dont l'une excite les terminaisons des pneumogastriques, et l'autre rétrécit les artérioles cérébrales et augmente l'action des nerfs accélérateurs.

B. L'intervention de l'hypophyse dans les oxydations se manifeste par une notable augmentation des échanges organiques, d'où diminution du poids du corps (Lancereaux).

C. Le tonus des nerfs pneumogastriques est dû en grande partie à la pression qui existe dans la cavité de l'hypophyse.

D. L'hypophyse peut être mise en état d'excitation par voie réflexe en excitant les terminaisons nasales des trijumeaux.

E. Une excitation prolongée de l'hypophyse est suivie de convulsions épileptiformes et aussi de phénomènes oculaires encore assez mal connus.

Le fer dans la sécrétion gastrique, par M. Dhéré. — 1° Quelle est la teneur en fer du suc gastrique? La sécrétion gastrique des trois chiens sur lesquels ont porté les expériences contenait par litre de 0mg30 à 0mg50 de fer, ces chiffres se rapportant au suc décanté. La teneur du suc total est à peine plus élevée.

2° Quelle est la valeur de la sécrétion quotidienne de fer? Un chien de 15 kilogrammes sécrète en moyenne, pour 500 centimètres cubes de suc gastrique, 0mg20 de fer environ. On peut donc conclure par analogie, chez l'homme, à une élimination quotidienne de 1 à 2 milligrammes de fer — évaluation très inférieure aux chiffres habituellement admis.

L'électrolyse de l'hémoglobine, par MM. Dhéré et V. Henri. — Le courant électrique décompose l'hémoglobine pure en donnant lieu à de l'hématine, à des acides gras, et à d'autres corps non encore déterminés.

Propriétés physiologiques des nitriles, par M. Fiquet. — Les nitriles sont des corps toxiques et antithermiques dont l'action sur l'organisme passe par trois phases : 1° dyspnée, irrégularité respiratoire ; 2° somnolence entrecoupée de convulsions ; 3° paralysie, puis asphyxie. L'intoxication par les nitriles ressemble singulièrement à celle du coma diabétique, conclusion importante si l'on admet la formation des nitriles dans l'économie aux dépens des albuminoïdes de désassimilation.

L'arsenic normal de l'organisme, par M. A. Gautier. — Après avoir rappelé que seuls certains organes de l'économie (glande thyroïde, thymus, mamelles, peau et annexes) contiennent de l'arsenic, l'auteur passe à la partie véritablement nouvelle de sa communication. Ses recherches l'ont porté à penser qu'entre le fonctionnement des organes génitaux, celui de la glande thyroïde et les poussées de poils, ongles et cheveux, il existe un rapport certain, de nature chimique. L'arsenic et l'iode, réunis dans la thyroïde, s'éliminent, en effet, constamment par les annexes de la peau, et chaque mois, chez la femme, par le flux menstruel. Il y aurait donc, entre la *sécrétion* des substances arsenico-iodées par la glande thyroïde et leur *excrétion* par les organes que nous venons de citer, une sorte de balancement physiologique d'où résulte l'état de santé. D'habitude la plus grande partie de cet arsenic s'élimine par le flux menstruel et l'autre par la peau ; mais il peut y avoir une véritable suppléance entre ces deux voies d'excrétion. Cette théorie, que M. Gautier confirme et par ses analyses et par le rappel de nombreux faits cliniques, acquiert une importance capitale en physiologie générale. Elle montre le rôle puissant de ces nucléo-protéides, substances complexes où se combine l'action de nombreux corps simples, elle attire l'attention sur la présence et le rôle dans l'organisme des autres corps, tels que le fluor, le magnésium, le brome, pour ne citer que les plus importants.

Ferments coagulants et agglutinines des glandes génitales, par MM. Gley et Camus. — Les auteurs ont trouvé dans la prostate de certains animaux un ferment qui coagule le contenu des vésicules séminales de ces animaux. Ils ont vu ensuite que, chez le hérisson, le suc des prostates externe et interne contient une substance qui agglutinait les hématies, les globules du lait, les spermatozoïdes, et précipite, en outre, la plupart des albuminoïdes en solution. Enfin les auteurs ont trouvé dans la prostate du cobaye une substance qui agglutine les globules rouges. Ainsi les glandes génitales accessoires sécrètent des corps agglutinants et coagulants qui doivent jouer un grand rôle dans la reproduction.

Modifications dans l'absorption de l'oxyde de carbone suivant les espèces animales, par M. Gréhant. — Les animaux, placés d'emblée dans une atmosphère contenant 1 p. 100 de CO se comportent différemment suivant les espèces : l'oiseau est pris de convulsions violentes et meurt en cinq minutes; le cobaye résiste pendant 1 heure 24 minutes. Voici un tableau indiquant au bout de combien de temps meurent divers animaux dans une atmosphère contenant 1 p. 100 d'oxyde de carbone :

Coq.............	cinq minutes
Pigeon..........	cinq minutes cinquante secondes
Rat.............	dix »
Chat............	treize »
Souris blanche....	vingt »
Chien...........	vingt-deux minutes
Lapin...........	une heure sept minutes
Autre cobaye......	une heure vingt-six minutes.

M. Gréhant présente ensuite l'instrument qui lui a permis de doser exactement l'oxyde de carbone dans le sang d'un chien ayant respiré pendant une demi-heure un mélange titré d'oxyde de carbone et d'air. Le même instrument lui a fait découvrir dans le sang des traces de gaz combustible.

Tout récemment, M. Gréhant a démontré que des mélanges explosifs de grisou ou de formène et d'air engendrent de l'oxyde de carbone. L'exactitude de ce résultat a confirmé les recherches de M. Haldane qui avait signalé l'oxyde de carbone dans le sang des victimes de l'explosion de grisou de Tylorstowna.

Dosage de l'alcool dans le sang dans les cas d'alcoolisme aigu, par M. Gréhant. — L'auteur injecte dans l'estomac d'un chien des quantités déterminées d'alcool à 10°, puis il dose l'alcool du sang au moyen du bichromate de potasse.

Les résultats obtenus sont les suivants : pour 50 centimètres cubes d'alcool à 10 degrés par kilogramme d'animal, on constate que, pendant des heures, la proportion de l'alcool contenu dans le sang reste constante. Dans 100 centimètres cubes de sang, les dixièmes de centimètre cube d'alcool sont représentés à peu près par le même chiffre que les centimètres cubes d'alcool absolu injecté dans l'estomac.

Étude des phénomènes spectroscopiques de la réduction de l'hémoglobine dans le sang des animaux, par M. Hénocque. — La durée de la réduction est la même si l'on arrête le renouvellement de l'oxygène dans le sang, au moyen de la ligature de la phalange du pouce, ou bien si l'on empêche par l'apnée le phénomène de réoxygénation de l'hémoglobine dans les poumons.

L'activité de la réduction mesurée au pouce représente donc réellement l'activité des échanges respiratoires entre le sang et les tissus dans l'ensemble de l'organisme.

Nature de l'acidité de la gélatine, par M. V. Henri. — M. Dastre a montré que la gélatine purifiée par la dialyse est acide, et que cette acidité doit être attribuée à un acide spécifique. M. Henri a étudié la question par la méthode de la résistance électrique. Il conclut lui aussi que l'acidité de la gélatine dialysée doit être considérée comme une acidité propre, spécifique, et ne peut être attribuée à la présence d'acides retenus mécaniquement par la gélatine.

Contribution a l'étude de la sécrétion gastrique, par M. Herzen. — Schiff a découvert que cinq à six substances alimentaires possèdent au plus haut degré le pouvoir de charger les glandes gastriques de principes capables de se transformer en pepsine (*S. peptogènes*). Pour Pawloff, la sécrétion de suc gastrique est régie par deux facteurs différents : l'action psychique, véritable *réflexe sensoriel* (Dastre) que produisent la vue, l'odeur, etc. des aliments et le contact direct des aliments avec la paroi stomacale. Ce contact excite la muqueuse d'une façon spécifique toujours, mais variable avec les cas. Il existe 5 à 6 substances alimentaires qui sont surtout douées de la faculté de provoquer une sécrétion gastrique abondante : ce sont des substances *succogogues*.

Or il se trouve que quatre des substances peptogènes de Schiff sont aussi les substances succogogues de Pawloff ; quant aux deux autres, la dextrine et l'extrait de Liebig, elles ont été étudiées par M. Herzen, qui confirme l'action peptogène de la dextrine découverte par Schiff, et le rôle succogogue de l'extrait de Liebig admis par Pawloff. On peut, grâce à ces résultats, concilier les théories de Schiff et de Pawloff, en disant que certaines substances sont peptogènes, et succogogues à la fois, d'autres seulement peptogènes, d'autres enfin seulement succogogues.

Trois influences différentes régiraient donc le mécanisme de la sécrétion gastrique : l'une nerveuse ; l'autre provoquant l'écoulement considérable du suc stomacal par contact direct des substances succogogues ; l'autre enfin déterminant par la présence de certaines substances dans la circulation générale une action peptogénique évidente.

Role trypsinogénique de la rate, par M. Herzen. — Pour Schiff la rate préparerait les matériaux indispensables au pancréas pour préparer à son tour la trypsine. Cette explication ne peut plus être invoquée depuis la découverte du zymogène par Heidenhain. M. Herzen a pensé que la substance fournie par la rate pouvait être l'agent de la transformation du zymogène en trypsine, et confirmé par d'ingénieuses expérience cette hypothèse qui permet de concilier la théorie de Schiff et la découverte de Heidenhain.

Physiologie du sympathique cervical, par M. Jonnesco. — 1° L'*excitation du nerf* entre les G. C. S. et G. C. M. est suivie : *a.* d'une dilatation très nette de la pupille du côté correspondant, durant aussi longtemps que l'excitation, proportionnelle à l'intensité du courant employé ; *b.* de la propulsion du globe oculaire, propulsion moins marquée que le phénomène précédent ; *c.* de phénomènes vasculaires consistant en vaso-constriction (excitation forte), en vaso-dilatation *active* (excitation faible), portant sur les vaisseaux de la bouche, de la langue, et aussi sur la circulation cérébrale ; *d.* de l'accélération du rythme cardio-respiratoire.

2° Immédiatement après la *section du grand sympathique*, au même niveau, on observe : *a.* un myosis progressif, accompagné d'une diminution de l'ouverture palpébrale ; *b.* une congestion de la moitié correspondante de la face et des muqueuses de cette région ; *c.* une élévation de la température du côté de la section ; *d.* la respiration et le cœur, accélérés dans l'expérience précédente, reprennent leur rythme normal.

3° L'*arrachement du G. cervical supérieur* produit les mêmes résultats que la section du cordon, mais beaucoup plus accentués.

4° L'*excitation du R. antérieur* du sympathique au niveau du G. cervical inférieur (r. de Vieussens) produit l'accélération du cœur et de la respiration ; *l'excitation du r. postérieur* au même niveau produit l'effet inverse.

L'*excision du G. cervical inférieur* est suivie d'une augmentation considérable de l'amplitude des mouvements respiratoires.

La pilocarpine ne détermine plus aucune réaction du côté opéré, *mais à la face seulement.*

M. Jonnesco n'a pas craint, dans un certain nombre de cas, de combiner la craniectomie à la sympathectomie ; d'expériences « variationnées », il conclut que l'excitation du nerf détermine une vaso-constriction très nette (courants forts), de la vaso-dilatation dans le cas contraire, et aussi une accélération des oscillations cérébrales. Il existe d'ailleurs une relation étroite entre la circulation, la respiration et les oscillations cérébrales.

Du chlore dans l'organisme, par MM. Langlois et Richet. — 1° Le jeûne ne modifie pas l'équilibre chloré.

2° L'alimentation *avec* chlorures ne fait pas croître la quantité du chlore des tissus.

3° L'alimentation *sans* chlorures fait baisser de 10 p. 100 le chlore des tissus.

4° L'injection à doses toxiques de sucre dans le sang diminue de 25 p. 100 la quantité des chlorures.

5° L'hydrotomie post-mortem diminue de 40 p. 100 le chlore des tissus.

6° Chez les animaux non tués par hémorragie, la quantité des chlorures est supérieure de 40 p. 100 à celle des animaux tués par hémorragie.

Analyse et synthèse des voyelles, par M. Marage. — Les voyelles sont dues à une vibration laryngienne intermittente, renforcée par la cavité buccale. Si la cavité buccale fonctionne seule, on a la voyelle chuchotée ; si le larynx fonctionne seul, on a la voyelle chantée ; si les deux fonctionnent simultanément, on a la voyelle parlée.

Role des organes dans la dissociation de l'hémoglobine oxycarbonée, par M. Mislawsky. — La dissociation de l'hémoglobine oxycarbonée se produit beaucoup plus vite dans l'organisme vivant que dans le sang *in vitro* ; dans l'organisme intact, cette dissociation marche encore plus vite que dans les organes munis d'une circulation artificielle.

Formation de la cystine par dédoublement des albuminoïdes, par M. Mörner. — Des différents dosages pratiqués par M. Mörner, il résulte que la substance de la corne de bœuf contient 6,8 p. 100 de cystine ; la membrane coquillière de l'œuf, 6,04 p. 100 ; un cheveu humain, 12 p. 100.

L'albumine du sang contient plus de 1 p. 100 de cystine. La cystine prend une part importante à la constitution des quantité de soufre substances albuminoïdes; elle contient une certaine provenant de la décomposition des albuminoïdes.

Passage de l'alcool de la mère au fœtus. Dosage de l'alcool dans le sang de la mère et dans le sang du fœtus, par M. Nicloux. — Une cobaye femelle pleine a reçu en ingestion stomacale une quantité donnée d'alcool à 10 p. 100. Une heure et demie après, l'animal est sacrifié et l'on recueille le sang carotidien. On en distille 10 centimètres cubes dans le vide et l'on recueille les produits de la distillation. On ouvre ensuite l'utérus, on sacrifie le fœtus, on recueille son sang et l'on opère comme précédemment. L'alcool contenu dans les deux liquides provenant de la distillation des deux échantillons de sang est dosé par le procédé de l'auteur.

Ce procédé repose sur l'oxydation de l'alcool par le bichromate de potasse et l'acide sulfurique. Sous l'influence de l'alcol éthylique, le bichromate est réduit et passe à l'état de sulfate de sesquioxyde de chrome; un très petit excès de bichromate fait virer au vert jaune la couleur vert bleu du sel de chrome. On peut ainsi déterminer la quantité d'alcool contenu dans un liquide donné.

L'analyse des deux échantillons de sang montre que le sang du fœtus contient des proportions considérables d'alcool et explique les phénomènes cliniques désignés sous le nom d'hérédité alcoolique. Cet alcoolisme particulier de l'embryon, dès sa conception et pendant toute son évolution, peut être désigné sous le nom d'*alcoolisme congénital*.

Nouvelles recherches chimiques sur la glande thyroïde, par M. Oswald. — Il existe dans le corps thyroïde deux corps protéiques : l'un, iodé, possède les propriétés générales des globulines; l'autre est une nucléo-albumine.

Le corps iodé (*thyroglobuline*) représente le principe actif du corps thyroïde. Il possède une composition assez constante dans toute la série des vertébrés.

Le radical iodé de la thyroglobuline peut être isolé de la substance mère sans perdre ses propriétés actives. Il n'est pas identique à la thyroïdine, laquelle présente une composition variable et ne contient qu'une faible partie de l'iode total de la thyroglobuline. Il diffère aussi du radical iodé isolé des corps protéiques dans lesquels l'iode a été introduit *in vitro*, au moyen de nos procédés de laboratoire.

La thyroglobuline appartient au groupe des matières protéiques iodées. Elle diffère des corps protéiques iodés obtenus artificiellement par deux caractères principaux : *a.* elle renferme moins d'iode que ces derniers; *b.* l'iode y est fixé, dans l'intérieur de la molécule, à un radical différent de celui des corps protéiques iodés.

Les auto-intoxications par surfatigue des tissus nerveux et musculaires; leur traitement par l'organo-thérapie, par M. Pœhl. — L'excès de fatigue des tissus nerveux et musculaires provoque des auto-intoxications, par suite de l'acidification des tissus, avec abaissement de l'oxydation intra-organique.

De pareils troubles dans la métamorphose physiologique ont été constatés chez des cyclistes venant de terminer une grande course, chez des étudiants en train de préparer des examens, chez des patients affectés de neurasthénie, d'hystérie, etc.

Les préparations organo-thérapeutiques ont la vertu de rehausser l'oxydation intra-organique et de détruire par oxydation l'acide lactique qui se produit par effet de la surfatigue; fait, lesdites préparations détruisent ainsi le principe élémentaire des auto-intoxications.

Automatisme, période réfractaire et inhibition chez les insectes, par Mlle Pompilian. — Pour résoudre l'important problème de l'automatisme des cellules nerveuses, Mlle Pompilian a étudié des organes pouvant facilement être isolés des éléments nerveux et présentant des mouvements automatiques, tels que les pattes des insectes. Ces mouvements, qui disparaissent quand on détruit les ganglions nerveux, indiquent en effet que l'*activité du système nerveux est automatique*. L'excitation électrique du deuxième segment thoracique du *dytiscus marginalis* détermine, du côté des mouvements des pattes, les phénomènes suivants :

1° Après une excitation, on observe entre le mouvement provoqué et les contractions spontanées qui suivent une période de repos plus grande que celle qui existe entre les mouvements spontanés (*repos compensateur*).

2° Excitant un ganglion nerveux par des excitations d'intensité moyenne, on observe toutes les deux, trois ou quatre excitations, de grandes contractions; les réponses qui correspondent aux autres excitations sont toutes petites ou nulles (*période réfractaire*).

3° Des excitations faibles, qui, isolément, ne provoquent pas de réponse, déterminent, si elles sont fréquentes, l'*inhibition* des mouvements spontanés. Les excitations sont-elles moins fréquentes, on n'observe qu'un ralentissement de ces mouvements, sont-elles plus fréquentes, on obtient un tétanos.

Les explications de ces phénomènes semblent être les suivantes :

1° L'excitation détermine la transformation en énergie nerveuse d'une partie de l'énergie potentielle. Pour que l'énergie potentielle augmente jusqu'au niveau où sa transformation en énergie nerveuse se produit spontanément, il lui faudra un temps d'autant plus long qu'elle aura été plus diminuée par l'excitation. De là le *repos compensateur*.

2° Pendant quelques secondes, il y a, dans les centres nerveux, des moments de production d'énergie. Les excitations qui coïncident avec ces moments provoquent des réponses plus grandes que les réponses provoquées par les excitations qui ont eu lieu dans leur intervalle. La période intermédiaire est dite *période réfractaire*.

3° Par des excitations fréquentes et faibles, l'énergie potentielle est forcée à se dépenser en petites quantités d'énergie nerveuse; elle n'a pas le temps d'arriver au niveau de charge où a lieu spontanément sa transformation en grande quantité d'énergie nerveuse capable de provoquer de grands mouvements. De là l'*inhibition* des mouvements spontanés.

Influence du nombre des périodes sur les effets mortels des courants alternatifs, par MM. Prévost et Batelli. — Le nombre des périodes modifie les effets physiologiques produits : *Sur le cœur*, les courants de 150 p. paraissent exiger la tension la plus faible pour occasionner la paralysie du cœur. Les courants à périodicité très faible exigent une tension plus élevée, à l'inverse des courants à périodicité très élevée.

Sur les centres nerveux, ce sont aussi les courants de 150 p. qui, à égalité de tension, produisent les troubles les plus considérables.

La respiration se rétablit toujours au bout de 30 à 45 secondes, si le cœur n'est pas paralysé, quel que soit le nombre des périodes et quel que soit le voltage.

Sur un role particulier de la salive et des hydrates de carbone dans la nutrition, par M. Vaudin. — I. La dissolution des éléments minéraux insolubles contenus dans les aliments s'effectue parallèlement à l'hydrolysation des matières hydrocarbonées sous la seule influence de la diastase salivaire.

II. La dissolution des sels terreux s'effectue dans un milieu rendu faiblement acide par HCl. Si la proportion de cet acide s'accroît trop, il entrave l'action de la diastase salivaire et la dissolution des sels terreux diminue. La théorie consistant à admettre la dissolution des phosphates et carbonates terreux dans l'estomac à la faveur de l'acide chlorhydrique est donc erronée.

III. Lorsque la mastication et l'insalivation sont suffisantes, le rôle complémentaire du suc pancréatique est peu important.

IV. Les matières minérales peuvent être dissoutes presque en totalité pendant l'action de la salive sur les aliments. Les matières sucrées produites en même temps servent au transport des sels minéraux insolubles dans l'eau.

Sécrétion interne du rein, par M. Vitzu. — 1. Le rein possède une véritable sécrétion interne.

2. Le sang veineux rénal et surtout le sérum du sang émulgent sont plus riches en produits de sécrétion interne que le sang normal.

3. Les sécrétions internes des reins peuvent supprimer pour un temps plus ou moins long les phénomènes de l'urémie expérimentale avancée : les animaux urémiques auxquels on injecte de ces substances présentent une survie beaucoup plus longue que les animaux témoins.

Nature intime de l'action des poisons sur les nerfs, par M. E. Wedenski. — La doctrine qui considère l'excitabilité et la conductibilité du nerf comme essentiellement différentes l'une de l'autre s'appuie avant tout sur le fait que certains poisons produisent une diminution de l'excitabilité du nerf sans changer du tout la transmission nerveuse.

Les expériences de l'auteur démontrent que cette thèse n'est point juste; elle est établie par l'application au nerf des excitations *minimum*. Mais les excitations minimum sont les *dernières* qui cessent d'être conduites dans la partie altérée du nerf. Au moment où leur transmission y est encore possible, la conduction des impulsions *fortes* est déjà totalement suspendue dans la partie empoisonnée du nerf.

Ce résultat est constaté par le téléphone, le galvanomètre et le muscle. Tous trois manifestent un parallélisme parfait, ce qui fait rejeter l'assertion d'après laquelle, par l'action des poisons, l'excitabilité du nerf pourrait être abolie, sa propriété de donner les courants d'action lui étant conservée.

La question la plus importante est de savoir comment il faut interpréter cet état original du nerf qui transmet les impulsions faibles et ne le fait pas par rapport à des impulsions fortes. Pour M. Wedenski, ce doit être un état d'excitation particulier, avec lequel ont affaire aussi bien les irritations appliquées immédiatement à la partie altérée du nerf, que les impulsions arrivant des autres points non altérés du nerf. Cette conclusion découle des deux faits suivants : *a*) le rythme des excitations tétaniques éprouve une transformation pendant leur passage dans le trajet altéré du nerf; *b*) plus tard, lorsque la transmission des impulsions fortes est suspendue dans ce trajet, ces impulsions y produisent des phénomènes d'inhibition par rapport aux effets de l'irritation appliquée immédiatement à cette partie du nerf.

PRATIQUE MÉDICALE

Le perchlorure de fer dans le traitement de la chlorose.

L'utilité de la médication martiale dans le traitement de la chlorose n'est plus discutée aujourd'hui. Les recherches contemporaines et surtout celles de M. Hayem ont, en effet, montré que les lésions des hématies et des hématoblastes, leur diminution de nombre et leur faible vitalité caractérisaient essentiellement cette affection, si bien que l'on a pu dire que « la difficulté qu'ont les hématoblastes à se transformer en hématies, la malformation de celles-ci et la tendance qu'elles ont à péricliter, commandent et dominent l'histoire de la chlorose » (Gilbert, *in Traité de méd.*, t. II). Aussi a-t-on depuis longtemps préconisé l'emploi des préparations de fer pour tâcher de rendre à l'organisme une partie du fer que lui enlève cette déglobulisation rapide.

Toutes les médications ont été employées dans ce but : à côté d'avantages incontestables, la plupart des sels ferreux présentent malheureusement des inconvénients qui tiennent à leurs caractères chimiques ou à leurs propriétés physiologiques. Les uns sont extrêmement instables, très altérables à l'air qui tend à les transformer en composés ferriques; d'autres sont trop avides d'eau pour pouvoir être conservés longtemps. D'autres, enfin, provoquent des désordres digestifs plus ou moins intenses et surtout de la constipation, du pyrosis.

C'est un fait bien connu des thérapeutes que, dans certaines conditions données (susceptibilité médicamenteuse, usage prolongé, etc.), le fer a pu donner lieu à des phénomènes d'intoxication graves, parfois même mortels, et remarquables par leur analogie avec l'empoisonnement par l'arsenic. Aussi le praticien est-il souvent perplexe lorsqu'il a à prescrire le fer à une chlorotique. C'est à ce titre que les Dragées Carbonnel au perchlorure de fer méritent toute son attention. Leur grand pouvoir astringent et antihémostatique, leur stabilité les distinguent des préparations similaires. Leur emploi se trouve tout indiqué dans la chlorose, en particulier dans certains cas où la tendance aux hémorragies (chlorose ménorragique de Trousseau) impose une médication martiale énergique, à action rapide et sûre.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 95. — JEUDI 23 AOUT 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 23 AOUT 1900. — N° 95.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — HÉMORRAGIES NÉVROPATHIQUES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES (HÉMATURIES), par M. LANCEREAUX, membre de l'Académie de médecine. — APPLICATION A L'HOMME DE LA RÉGÉNÉRATION DE L'AIR CONFINÉ AU MOYEN DU BIOXYDE DE SODIUM, par MM. A. DESGREZ, agrégé, et V. BALTHAZARD, interne des hôpitaux. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — MÉDECINE PRATIQUE. I. Action du salicylate de soude sur la nutrition et en particulier sur la sécrétion biliaire; II. Action des purgatifs sur la nutrition; — L'eau chloroformée dans la fièvre [...]leux; — Un bon moyen de se préserver des piqûres de moustiques. — VARIÉTÉS. La rue de l'École-de-Médecine et la Faculté. — A TRAVERS LES CONGRÈS — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

HÉMORRAGIES NÉVROPATHIQUES

DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES [HÉMATURIES] (1)

Par M. LANCEREAUX, membre de l'Académie de médecine.

Si on s'en tenait aux communications faites au Congrès d'urologie tenu à Paris en 1899, il n'y aurait pas lieu de créer une classe d'hématuries essentielles; voici, en effet, les propres paroles des rapporteurs, MM. Malherbe et Legueu : « Toutes les hématuries sont symptomatiques et relèvent d'une cause générale toxique ou infectieuse ou d'une affection locale, *il n'y a donc pas d'hématurie essentielle.* »

Telle n'est pas notre manière de voir; aussi, allons-nous chercher à démontrer qu'il existe, en réalité, une classe d'hématuries indépendantes de tout désordre anatomique de l'appareil urinaire, et entièrement subordonnée à un trouble du système nerveux, régulateur de cet appareil. A cet effet, nous nous appuierons sur des observations multiples, les unes empruntées aux auteurs, les autres personnelles.

Fr. Hoffmann (2) rapporte qu'il a vu survenir des hémorragies critiques, tout à fait exemptes de danger, chez des sujets pléthoriques encore jeunes ou chez des hommes avancés en âge, par suite de la suppression ou de la cessation d'un flux hémorroïdal ou après l'omission de saignées habituelles. Latour (*Traité des hémorragies*, Orléans, 1815) cite plusieurs cas d'hématurie où l'écoulement de sang ne peut être attribué à une lésion rénale; l'un est du médecin van Hur, dont la nièce s'étant mise dans une colère excessive, rendit sans incommodité, pendant quatorze jours, des urines noires, et cette hémorragie se reproduisit tous les quinze jours pendant cinq mois; un autre, personnel à l'auteur, est celui d'une femme extrêmement jalouse et excitable qui, chaque fois que son mari, homme des plus libertins, rentrait à la maison, se mettait dans une violente colère à laquelle succédait une sorte de syncope nerveuse accompagnée de l'émission d'urines noires; un troisième est celui d'une religieuse dont les règles étaient supprimées, et qui, tous les mois, pissait beaucoup de sang (Numa).

Monneret (1) a observé huit cas d'hémorragies remplaçant les règles supprimées chez des femmes en proie à tous les symptômes de l'hystérie ou de la chlorose. Les organes qui avaient fourni le sang : l'intestin, l'estomac, la membrane buccale, et les voies urinaires, conservaient leur structure normale.

Mais c'est surtout à la suite de la suppression des hémorroïdes que se produisent des hématuries. Arétée et Cœlius Aurelianus dans l'antiquité, plus près de nous, Quarin et d'autres auteurs ont observé de ces faits. Nous avons eu l'occasion d'en voir plusieurs, dont deux chez des rhumatisants chroniques. L'un se rapporte à un homme de soixante-cinq ans qui, à la suite d'un flux hémorroïdaire, fut pris d'une hématurie dont la durée fut de plusieurs semaines, sans aucune altération de sa santé et sans que l'examen le plus sérieux des organes urinaires, pratiqué par un spécialiste, pût révéler le moindre désordre anatomique. L'autre concerne le frère d'un de nos grands peintres qui, sujet à des épistaxis en sa jeunesse, hémorroïdaire dans l'âge adulte, se trouve atteint à soixante-huit ans, à deux reprises différentes, d'une hématurie abondante qui dura environ une huitaine de jours, remplaçant en quelque sorte les hémorroïdes absentes, car elle ne modifia en quoi que ce soit la santé générale.

Appelé un jour auprès d'une femme souffrant depuis près d'une année d'une hématurie intermittente que n'expliquait aucun désordre matériel, j'eus le plaisir de voir cesser définitivement cette hémorragie à la suite de l'emploi de la quinine à la dose quotidienne de 1 gramme pendant huit jours. Un de nos malades, âgé d'une soixantaine d'années, était atteint depuis plus de six mois d'une hématurie qui, revenant tous les douze ou quinze jours et durant chaque fois plusieurs jours, avait fini par l'anémier et le faire maigrir. Un professeur auquel il fut conduit par un médecin d'eaux, après l'avoir examiné, lui tint ce langage : « Votre rein droit est altéré, je vous engage à le faire enlever au plus vite. » Toutefois, avant de prendre une pareille décision, ce malade désira avoir mon avis. L'examen le plus sérieux ne m'ayant pas permis de constater un désordre quelconque, soit des

(1) Communication à l'Académie de médecine.
(2) F. HOFFMANN. *Med. rat. Syst.*, p. 11, chap. V, § VIII.

(1) MONNERET. *Pathologie générale*, t. II, p. 468, Paris 1857.

reins, soit des voies urinaires, je fus amené, en tenant compte de l'état névropathique du malade (impressionnable, hypocondriaque, sujet aux poussées articulaires), et de l'intermittence des accidents, à soupçonner l'existence d'une hématurie névropathique, et je conseillai l'emploi de la quinine à la dose de 1gr 25 et à 1gr 50 chaque soir au moment du repas. Six jours plus tard, l'hématurie avait disparu, et, ayant reparu au bout d'un mois, le même traitement ne tarda pas à la faire cesser de nouveau. A partir de ce moment, l'embonpoint revint et la santé générale se rétablit, à tel point que, depuis plus de six ans, elle est demeurée parfaite.

Un jeune étudiant, aujourd'hui notre confrère, nerveux et rhumatisant, atteint d'une hématurie datant de plusieurs années et qui l'inquiétait beaucoup, fut soumis par nous, il y a une vingtaine d'années, à l'emploi de la quinine Il ne tarda pas à voir cesser ses hémorragies et, depuis, il s'est toujours bien porté.

Une jeune femme de trente-cinq ans, hystérique, se mit, à la suite d'une très vive discussion avec son mari, dans une violente colère et tomba dans une crise convulsive qui dura près de trois heures, après quoi, éprouvant le besoin d'uriner, elle s'aperçut que les urines, toujours claires jusque-là, avaient une teinte rouge noirâtre et renfermaient du sang, puis cet état persistant, elle fut admise dans notre service à l'hôpital de la Pitié (1). Les urines, de teinte rouge brunâtre, recueillies par le cathétérisme, renfermaient en abondance des globules sanguins et donnaient un précipité albumineux considérable par l'action de la chaleur et de l'acide nitrique; cependant la santé générale n'était nullement altérée et l'exploration la plus attentive des organes urinaires ne permettait de découvrir aucun désordre.

Ces différents faits, dont le nombre est très incomplet, suffisent à mettre en lumière l'existence d'hématuries névropathiques; aussi, le praticien, lorsqu'il se trouve en présence d'une de ces hémorragies, doit songer tout d'abord à la possibilité d'une origine vaso-motrice et ne recourir à une intervention chirurgicale qu'après avoir épuisé les moyens médicamenteux.

Les causes de ces hématuries ne diffèrent pas de celles des hémorragies névropathiques en général, en ce sens qu'elles succèdent aux violentes émotions, à la colère, au refroidissement, etc. Plus fréquentes peut-être chez l'homme que chez la femme, elles se montrent aux différentes époques de la vie, de préférence chez les individus avancés en âge, les hémorroïdaires surtout, comme si elles venaient, dans certaines circonstances, remplacer le flux anal; par contre, elles sont relativement rares dans le jeune âge, qui est l'âge des épistaxis et des hémoptysies.

Ces accidents, presque toujours annoncés par des douleurs gravatives dans les régions des lombes, de l'hypogastre et de la base de la vessie, et liés à des congestions préparatoires qui, parfois, cessent sans que l'hémorragie survienne, peuvent se renouveler après sa manifestation, et l'accompagnent presque toujours. Les urines, troubles, brunâtres ou rouges, sont colorées par le sang extravasé en plus ou moins grande quantité, et cette coloration disparaît parfois momentanément pour se manifester à nouveau plus tard. L'examen microscopique y découvre des globules sanguins, diversement altérés, tandis que la chaleur et l'acide nitrique y déterminent un précipité albumineux, souvent abondant. Passagères, ces hémorragies ne sont suivies d'aucun trouble de la santé générale, mais leur répétition commune détermine de la pâleur des téguments, de l'anémie, de la faiblesse, et même un léger degré d'amaigrissement. Ces phénomènes, toutefois, sont plus rares et moins accentués, dans les hématuries par troubles vaso-moteurs que dans toute autre hémorragie.

La marche des hématuries névropathiques est essentiellement intermittente, quelquefois périodique; leur durée varie depuis quelques jours jusqu'à plusieurs semaines ou même à plusieurs mois. Leur terminaison est rarement fatale; néanmoins leur guérison peut se faire longtemps attendre, en dehors d'une médication très appropriée.

Le diagnostic de l'hématurie est chose facile; l'examen des urines suffit à cette tâche, à la condition de pratiquer le cathétérisme chez la femme, de façon à ne pas prendre le sang menstruel pour du sang vésical.

Le siège et la nature de cet accident sont plus difficiles à déterminer. Les éléments propres à fixer la source de l'hématurie sont la douleur qui, si le rein est affecté, occupe la région des lombes et du flanc au lieu de l'hypogastre, lorsque c'est la vessie.

Mais, dans ce dernier cas, il existe des besoins fréquents d'uriner, et de la douleur que l'on ne rencontre pas avec l'hématurie d'origine rénale. Le mélange intime du sang avec l'urine, l'absence de caillots, sont des signes qui permettent, sinon d'affirmer, au moins de soupçonner l'existence d'une hématurie névropathique. L'intermittence et, à plus forte raison, la périodicité de cette hémorragie, les phénomènes douloureux qui la précèdent ou l'accompagnent plaident dans le même sens, comme aussi l'absence de tout indice d'une lésion matérielle des reins ou des voies urinaires. Une enquête approfondie ne devra pas moins être faite pour s'assurer que l'hémorragie n'est pas la manifestation d'un désordre matériel encore à son début.

Le pronostic des hématuries névropathiques, toujours moins redoutable que celui des hématuries liées à des lésions organiques, est, en réalité, assez peu grave, étant donné la guérison habituelle de ces accidents lorsque des rechutes incessantes ne viennent pas prolonger leur existence.

Le traitement de ces hémorragies repose sur la connaissance de leurs conditions pathogéniques, leur origine névropathique exige nécessairement l'emploi des opiacées et des astringents; mais il nous faut reconnaître que le sulfate de quinine, à l'usage duquel nous avons été amené par le rapprochement que nous avons fait des fluxions sanguines avec les poussées articulaires, est l'agent qui nous a le mieux réussi. Administré à la dose de 80 centigrammes à 1gr50, ce médicament a presque toujours arrêté les hématuries véritablement névropathiques, le plus souvent dans l'espace de quelques jours. C'est donc là un médicament qui ne doit pas être négligé en pareille circonstance. Les applications froides sur le siège du mal, le repos le plus absolu, trouvent encore leur indication; et lorsque le malade sera sorti de sa crise, il ne faudra pas oublier la possibilité d'une récidive et, pour la prévenir, lui recommander une cure hydrothérapique et d'autres moyens préventifs.

Les douches, en modifiant l'état du système nerveux, rendent de réels services; elles sont utiles, en tout cas, pour combattre la faiblesse et l'anémie consécutives aux hémorragies prolongées. Les grands lavements froids sont d'ail-

(1) E. Lancereaux, *Leçons sur les hémorragies névropathiques.*

leurs efficaces, et dans certains cas aussi l'application de sangsues à l'anus.

L'appareil génital de la femme, non moins que l'appareil urinaire, est sujet aux hémorragies névropathiques, du moins aux deux extrêmes de la vie utérine : à savoir au moment de la puberté ou peu après, et à l'époque de la ménopause.

Souvent, par exemple, des jeunes filles sont prises de ménorragies ou même de métrorragies, sans autre cause qu'une frayeur, une fatigue, une vive émotion, etc., et sans qu'il soit possible de rattacher ces accidents à un désordre matériel. Ces mêmes phénomènes sont également communs à l'époque de la ménopause et surviennent alors dans des conditions assez semblables.

En somme, il existe dans les organes urinaires des deux sexes, et dans les organes génitaux chez la femme, indépendamment des hémorragies dépendantes d'un trouble de l'innervation. Relativement fréquentes chez les névropathes, ces hémorragies, survenant en général, à la suite de fatigue et de vives émotions, fournissent au praticien des indications spéciales qui consistent, après avoir modéré le flux sanguin, à s'adresser au système nerveux. C'est alors que la quinine, dont l'une des propriétés essentielles est de favoriser la contraction des petits vaisseaux, devient utile, comme aussi l'hydrothérapie, ce grand modificateur du système nerveux.

APPLICATION A L'HOMME

DE LA RÉGÉNÉRATION DE L'AIR CONFINÉ AU MOYEN DU BIOXYDE DE SODIUM (1)

Par MM. A. Desgrez, agrégé, et V. Balthazard, interne des hôpitaux.

Nous avons présenté à l'Académie, l'année dernière, une méthode de régénération de l'air confiné, basée sur la décomposition du bioxyde de sodium par l'eau à froid. Nous rappelons que, dans cette décomposition, l'oxygène produit remplace celui qui a été utilisé par la respiration, tandis que la soude formée simultanément fixe l'acide carbonique de l'air expiré. Le milieu réagissant, étant doué de propriétés oxydantes énergiques, détruit les toxines contenues dans les gaz de la respiration.

Nous avoins utilisé cette réaction pour obtenir la survie d'animaux placés dans des espaces confinés très restreints alors que, dans ces mêmes milieux, les animaux témoins succombaient rapidement, en l'absence de toute régénération.

Depuis, nous avons étendu à l'homme la démonstration précédente. C'est le résultat de ces nouvelles recherches que nous avons l'honneur de présenter à l'Académie.

Nos premières expériences sur l'homme ont été faites à l'aide d'un appareil assez volumineux que nous nous sommes efforcés de simplifier pour le rendre portatif. Le modèle que nous présentons s'adaptant sur le dos de la personne en expérience et ne pesant d'ailleurs que 12 kilos, nous pensons avoir résolu le problème que nous nous étions proposé.

Notre appareil se compose essentiellement de trois parties :

1° Un distributeur chargé d'assurer la chute régulière du bioxyde de sodium dans l'eau. C'est une boîte prismatique en acier, divisée en compartiments par dix tablettes horizontales superposées. Un mouvement d'horlogerie déclanche, à intervalles de temps égaux, chacune de ces tablettes chargées de bioxyde de sodium.

2° Une boîte cubique, également en acier, contenant de l'eau, est placée sous l'appareil précédent. Au fur et à mesure que les tablettes prennent la position verticale, elles déversent leur bioxyde dans l'eau de cette boîte; l'oxygène et la soude produits concourent alors simultanément, chacun pour sa part, à la régénération de l'atmosphère initiale.

3° Un petit ventilateur, mis en mouvement par un moteur électrique actionné par des accumulateurs. Ce ventilateur détermine la circulation continuelle de l'air dans l'appareil et l'espace clos où se trouve le sujet.

L'air se trouvant légèrement échauffé dans sa régénération même, nous le faisons passer, à sa sortie du milieu réagissant, dans un réfrigérant qui le ramène à la température initiale. Toutes les pièces précédentes, réunies entre elles, sont enfermées dans une boîte en aluminium, appliquée sur la boîte par des vis à bascule, avec une rondelle en caoutchouc interposée.

Pour apprécier sur l'homme, comme nous l'avions fait sur le cobaye, l'efficacité de la méthode et le bon fonctionnement de notre appareil, nous avons fait construire par Petit une veste scaphandre hermétique. C'est l'adaptation de notre régénérateur à cette veste que nous plaçons sous les yeux de l'Académie, et que nous croyons applicable, dès à présent, dans toutes les circonstances où l'homme devra pénétrer dans une atmosphère irrespirable.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(21 Aout 1900)

Les auditeurs se font de plus en plus rares, les séances deviennent de plus en plus courtes, cela sent les vacances prochaines; encore une séance, et l'Académie, comme tout le monde, prendra son mois de repos.

Nous avons entendu aujourd'hui une communication importante : c'est un travail de M. Lancereaux sur les **hémorragies névropathiques des organes génito-urinaires (hématuries)** que nous publions plus haut.

M. Zambaco a confirmé l'opinion soutenue par M. Lancereaux, en citant à son tour plusieurs cas analogues, dans lesquels il s'agissait bien nettement d'hémorragies névropathiques.

La parole a été donnée à M. Suarez de Mendoza (de Paris) pour la lecture d'une note sur les **avantages de l'emploi de la suture de la cornée dans l'opération de la cataracte, que l'opération soit simple ou compliquée de rupture de la hialoïde ou d'hémorragie expulsive.**

On sait que dans l'opération de la cataracte, à côté des *succès vrais*, c'est-à-dire des cas où les malades peuvent être considérés comme complètement guéris, on peut observer un grand nombre d'autres cas, où les malades, tout en voyant clair, quittent le chirurgien avec un enclavement, pincement, ou accolement irien, une soudure pupillaire, une grosse perte de vitré, etc. Chez de tels malades, l'irido-choroïdite suppurative, le glaucome, le décollement de la rétine peuvent réduire à néant, en quelques heures, les brillants succès trop vite enregistrés.

Dans une communication faite il y a dix ans à l'Académie de médecine et à la Société d'ophtalmologie, M. Suarez de Mendoza a fait connaître son procédé de suture de la cor-

née, qu'il avait imaginé dans le but de prévenir ces accidents.

L'auteur, à propos de quelques faits nouveaux, revient sur son procédé (qui sur 113 cas lui a donné 113 succès immédiats, dont deux, par suite d'accidents, sont devenus insuccès tardifs) et insiste longuement sur quatre observations, où, d'après lui, l'utilité, voire même la nécessité de la suture est démontrée d'une façon péremptoire.

Dans le premier cas, concernant une malade hantée par l'idée de la cécité, et soulevant à chaque instant son pansement pour contrôler la vision de l'œil opéré, l'insuccès sans la suture aurait été certain, car l'ouverture répétée de l'œil aurait amené celle de la plaie, et partant l'enclavement irien.

Dans le deuxième cas, où il s'agissait d'une malade âgée de quatre-vingt-douze ans, très indocile et très turbulente, n'acceptant pas le séjour au lit, voulant soulever chaque fois le pansement pour contrôler les résultats acquis, et qui avait déjà perdu l'œil droit précédemment opéré par un confrère, par suite de l'ouverture intempestive de l'œil et de la plaie, le résultat définitif aurait été sûrement compromis sans la suture.

Dans le troisième cas, la malade (qui intéressait particulièrement l'auteur, car il s'agissait de sa mère) était atteinte de myopie de quatorze dioptries et de liquéfaction du corps vitré. Le pronostic s'aggravait en outre, par des contractions spasmodiques de l'orbiculaire et par ce fait, qu'après l'extraction du cristallin, le champ pupillaire se trouva obstrué par une capsule opaque. Sans la suture, il aurait été impossible de mener l'opération à bonne fin, car il aurait fallu laisser la capsule en place, et exposer ainsi la malade aux conséquences désastreuses de la soudure pupillaire, à moins de pratiquer une iridectomie, que l'auteur appréhendait également par suite de violentes contractions des muscles dans la région innervée par le trijumeau.

Grâce à la suture de la cornée qui réduisit la large plaie à une plaie d'iridectomie, il fut possible à l'auteur d'achever l'opération sans avoir à déplorer aucun accident, et d'obtenir un résultat définitif, absolument satisfaisant.

Enfin, dans un quatrième cas, le malade après une opération très bien conduite et absolument réussie, eut, sept heures après l'intervention une hémorragie expulsive du corps vitré, complication la plus redoutable et la plus difficile à prévoir. Grâce à la suture, l'énucléation ou la longue suppuration de l'œil fut évitée et la résorption du caillot se fit sans réaction inflammatoire et partant sans souffrance.

L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de prix par M. Laveran.

MÉDECINE PRATIQUE

I. Action du salicylate de soude sur la nutrition et en particulier sur la sécrétion biliaire. — II. Action des purgatifs sur la nutrition.

M. Henri Moreigne (1) a expérimenté sur lui-même, en se mettant en état d'*équilibre nutritif*, c'est-à-dire en adoptant un régime alimentaire simple, parfaitement réglé, commençant l'expérience le troisième jour. Exercice corporel le même, autant que possible.

(1) *Archiv. méd. expérim.*, mai et juillet, et *Lyon méd.*

I. Sur un organisme normal, le *salicylate de soude* agit : 1° en diminuant légèrement le quantum de l'urine ; 2° et 3° en augmentant la matière colorante et l'acidité ; 4° en augmentant l'acide urique de plus de 50 p. 100 ; 5° l'invariabilité du soufre complètement oxydé prouve que les oxydations intraorganiques ne subissent pas d'action retardante ; 6° l'intensité — le degré de perfection — des phénomènes de régression (d'hydrolyse) des protéiques n'est pas diminuée ; 7° les variations de l'azote uréique, de l'azote total sont très faibles ; 8° sécrétion biliaire (eau et matériaux solides) augmentée ; 9° acide phosphorique augmenté ; 10° matières fixes de l'urine augmentées sans compter l'acide salicylique ; 11° bien que les matières fixes soient plus abondamment éliminées, l'acide salicylique n'est pas un désassimilateur aussi puissant qu'on le croit ; 12° et 13° l'action désassimilatrice du salicylate de soude vient de son action sur la fonction biliaire qu'il suractive, et cependant il ne diminue ni les phénomènes d'oxydation, ni l'hydrolyse intraorganique ; 14° il suractive l'organe principal de la réaction défensive qu'est le foie, il suractive la fonction biliaire, la bile en devient plus antifermentescible ; il suractive le foie comme destructeur des poisons.

II. Expérience encore faite par l'auteur sur lui-même après s'être mis en état d'*équilibre nutritif;* le purgatif choisi a été l'association de 0,25 d'aloës et de 0,02 de podophyllin ; effet purgatif appréciable la deuxième partie de la journée. L'action produite se traduit par une suractivité générale dans les phénomènes de désassimilation, par l'augmentation des oxydations, par l'augmentation en valeur absolue des matières organiques urinaires. Si les matières minérales de l'urine diminuent, c'est qu'il y a une élimination activée de matières minérales par l'intestin. L'expérimentation justifie les nombreuses applications thérapeutiques du purgatif.

L'eau chloroformée dans la fièvre typhoïde (1).

M. Sivertjeff a employé l'eau chloroformée chez 25 typhiques. Tout typhique entrant à l'hôpital, dès que le diagnostic a été nettement établi, reçut de l'eau chloroformée à 1 p. 100 (une cuillerée à soupe toutes les heures ou toutes les deux heures, jour et nuit) jusqu'au moment où la température fut revenue à la normale. Aucun autre traitement, pas de médicaments, pas de bains, ni de frictions. Ce n'est que dans des cas exceptionnels, qu'on a appliqué de la glace sur la tête, et qu'on a donné des lavements.

Sous l'influence de l'eau chloroformée, la maladie évolue relativement très bien. L'appétit reste intact chez la majorité des malades, la langue reste humide et se recouvre à peine d'une légère couche blanchâtre. Il n'y a pas eu de météorisme, ni de douleurs abdominales.

Les fonctions intestinales s'accomplissent plus ou moins régulièrement, il n'y a pas de perforation ni d'hémorragie intestinale, ni de diarrhée abondante. Les malades se sentent bien, dorment bien, le délire n'est observé que rarement et seulement au point culminant de la maladie, ou bien, avant la mort. La céphalée ne se produit que fort rarement.

La durée moyenne de la période fébrile est de dix-huit jours. Sur 28 maladies, 25 (88 p. 100) ont guéri, 3 sont morts.

Un bon moyen de se préserver des piqûres de moustiques.

Il consiste à se laver les mains et le visage, en protégeant les yeux, avec de la liqueur de Van Swieten.

(1) *Journ. de méd. de Paris*, 19 août 1900.

VARIÉTÉS

La rue de l'École-de-Médecine et la Faculté.

Par M. Beluze (de Paris).

Introduction. — Au XIV[e] siècle, la Faculté était encore nomade. Elle se réunissait, soit dans une église, soit chez le doyen. L'enseignement se donnait un peu partout : rue du Fouarre, rue de la Bûcherie, rue du Clos-Bruneau, au domicile particulier des maîtres (1). La rue de l'École-de-Médecine, par conséquent, ne portait pas son nom actuel. Elle s'appelait rue des *Frères-Mineurs* ou des *Cordèles*, en raison du grand couvent de l'Observance de Saint-François, dont les moines étaient dits Cordeliers, et qui occupait alors tout l'emplacement où s'élèvent aujourd'hui l'École pratique et le musée Dupuytren.

Quant au terrain actuellement couvert par la Faculté même, il était fort morcelé (2). On y voyait, outre de nombreuses maisons particulières, une partie de l'hôtel de Reims vers le boulevard Saint-Germain, les Prémontrés sur la rue Hautefeuille. Il s'y fonda, de plus, en 1332, le collège de Bourgogne, dont il nous faut dire avant tout quelques mots : car c'est sa place même qu'occupa originairement l'École de médecine lorsqu'elle vint se fixer là en un temps où elle ne songeait pas encore à envahir, comme elle l'a fait depuis, toutes les propriétés avoisinantes.

Jeanne de Bourgogne, veuve de Philippe le Long, roi de France, ayant prescrit par testament la fondation d'un collège pour vingt pauvres écoliers du comté de Bourgogne, ce fut dans un immeuble sis en face des Cordeliers que cet établissement fut installé. Il était exactement à l'endroit où se trouve maintenant la cour d'honneur de l'École de médecine (3).

On y enseignait la philosophie et ce fut une sage précaution, car la dotation était maigre et ne pouvait offrir à chacun des boursiers, pour sa nourriture et son entretien, que trois sous par semaine. Tout en s'ornant l'esprit et le cœur de la pure doctrine scolastique, on y façonnait donc surtout son estomac à l'abstinence.

Bien qu'à diverses reprises on eût augmenté chichement la pension hebdomadaire, qu'on eût réduit de moitié le nombre des élèves; que le collège louât des logements à des étrangers; bien qu'en un mot, on se fût efforcé de toutes manières d'accroître les ressources et de réduire les charges, ce pitoyable établissement se mourait littéralement d'inanition, tout comme ses habitants, quand on l'incorpora, en 1763, à l'Université. Ses boursiers faméliques et crasseux, réunis à leurs pareils de vingt-cinq autres fondations similaires également réduites à l'indigence, trouvèrent asile dans les vastes locaux de Louis-le-Grand (4) d'où, l'année précédente, les Jésuites avaient été expulsés.

Veufs de leurs pensionnaires par suite de cette réforme, les antiques bâtiments du collège de Bourgogne vaquèrent durant les six années suivantes.

I

La rue des Cordeliers. — Non loin de l'établissement ainsi déserté, un peu plus haut dans la même rue existait alors l'église de Saint-Cosme et de Saint-Damien (5). Elle était située au coin de la rue de la Harpe, devenue depuis boulevard Saint-Michel. Supprimée en tant qu'édifice réservé au culte à partir de 1790, elle servit ensuite d'atelier à un menuisier (1) et n'a disparu totalement qu'en 1836, lors de l'achèvement de la rue Racine.

(1) H. Montanier. Faculté de médecine de Paris, in *Dict. encycl. des sc. méd.*

(2) Les détails topographiques sont empruntés à la *Topographie historique du vieux Paris*, de Berty et Tisserand, 1887.

(3) Relativement au collège de Bourgogne, consulter : Berty et Tisserand. Loc. cit.; — Piganiol de la Force. *Description historique de Paris*, 1765; — Jaillot. *Recherches sur Paris*, 1774; — Dulaure. *Histoire de Paris;* — Lefeuve. *Les anciennes maisons de Paris*, 1873.

(4) Victor Chauvin. *Histoire des lycées et collèges de Paris*, 1866.

(5) Frédéric Locke. *Dictionnaire de l'ancien Paris;* — J.-A. Dulaure. *Nouvelle description des curiosités de Paris*, 1785.

Elle avait été construite en 1210. Les saints martyrs auxquels elle était vouée (2) passaient, selon la légende, pour avoir miraculeusement rendu la santé à l'empereur Justinien frappé d'une maladie grave. Ce fait avait consacré leur réputation comme guérisseurs et ils avaient joui, à ce titre, d'une renommée universelle dans toute l'étendue de l'empire byzantin. Cette renommée était parvenue de là jusqu'en Occident et, quand Jean Pitard, successivement chirurgien des rois saint Louis, Philippe le Hardi et Philippe le Bel, fonda la confrérie des chirurgiens-barbiers, c'est sous l'invocation de saint Cosme et de saint Damien qu'il la plaça.

Beaucoup plus tard, ce fut encore à l'abri de l'église dédiée à son patron que la confrérie de Saint-Cosme vint se fixer. En 1561, elle obtint, pour y donner des consultations gratuites, un petit bâtiment (3) contigu à l'église paroissiale, avec entrée sur la rue des Cordeliers. Le premier lundi de chaque mois, les chirurgiens de *robe longue* y accueillaient par charité les malades pauvres et y faisaient gratis les pansements nécessaires. C'était la *maison de Saint-Cosme* que l'École de médecine tenait alors jalousement en tutelle, mais qui, avec le temps, au prix de luttes patientes et sans trêve, parvint cependant à s'affranchir.

Jusqu'à la fin du règne du grand roi, l'avantage, dans ce duel féroce, était resté en somme aux médecins. Ceux-ci, en 1656, avaient obtenu un édit unissant à nouveau la barberie à la chirurgie, qui se trouvaient séparées l'une de l'autre depuis 1436 (4). Cette suppression des chirurgiens de robe longue, qu'on rejetait ainsi malignement dans la corporation des barbiers-perruquiers tenant boutique, était un moyen de les avilir, ainsi que leur profession, et d'assurer à l'École de médecine sa prééminence avec le monopole de l'enseignement officiel et de la collation des grades universitaires.

Magré les protestations, les haines sans scrupules de leurs oppresseurs, les chirurgiens pourtant n'en avaient pas moins commencé, un peu plus tard, à faire des démonstrations d'anatomie dans la maison de Saint-Cosme (5). En 1691 même, ils y firent édifier l'amphithéâtre qui existe encore aujourd'hui, et où se trouve maintenant une école de dessin (n[os] 5 et 7). C'est pour cet *amphithéâtre de Saint-Cosme* que Santeuil avait fait le distique émigré depuis à la Faculté de médecine :

> Ad cœdes hominum prisca amphitheatra patebant;
> Ut longum discant vivere nostra patent.

Tant que Louis XIV vécut, l'influence de Fagon, son premier médecin, naturellement dévoué à l'Alma Mater, resta prédominante en haut lieu et les chirurgiens en furent réduits à empiéter sourdement, mais sans pour cela perdre courage; sur les prérogatives de la Faculté. Dès qu'il disparut, au contraire, et qu'avec son malade Fagon perdit son autorité, la maison de Saint-Cosme devint ouvertement l'*école de chirurgie* (1716). Le régent volontiers laissait faire et n'était rien moins que le défenseur des vieilles traditions.

Quelques années plus tard, l'avènement de François de la Peyronie comme premier chirurgien du roi (1719) change davantage encore la face des choses et inaugure une ère

(1) Dulaure. *Histoire de Paris.*

(2) Alfred Maury. *La magie et l'astrologie dans l'antiquité et au moyen âge*, 1860.

(3) Antony Béraud et P. Dufey. *Dictionnaire historique de Paris*, 1832.

(4) Boyer. Histoire de la chirurgie, in *Dict. encycl. des sc. méd.*

(5) *Le Voyageur fidèle ou le Guide des étrangers dans la ville de Paris*, 1716.

nouvelle. C'était un homme habile et entreprenant que La Peyronie (1); il sut rapidement se faire bien venir du prince et de ses maîtresses (2). D'autre part, Chirac et son gendre, Chicoyneau, successivement premiers médecins du roi et qui seuls eussent pu contrebalancer cette influence pour l'empêcher de devenir toute-puissante, étaient de la Faculté de Montpellier; ils n'avaient par conséquent qu'une tendresse des plus médiocres pour la Faculté de Paris et se souciaient assez peu de ses intérêts.

Grâce à cet ensemble de circonstances favorables, dès septembre 1724, le *Collège de chirurgie* est officiellement reconnu (3). Le roi y nomme cinq démonstrateurs auxquels La Peyronie en adjoint un sixième à ses propres frais. La Faculté de chirurgie s'acquérait ainsi sa place au soleil et bientôt le nombre initial de ses démonstrateurs était doublé.

Ce n'était là, d'ailleurs, qu'une première étape. Le 12 décembre 1731, La Peyronie fonde l'*Académie de chirurgie*, dont le siège est l'amphithéâtre de Saint-Cosme. Le 23 avril 1743, une déclaration royale casse l'*édit d'union* de 1656, rétablit la corporation des chirurgiens de robe longue, la sépare de celle des barbiers et la rehausse surtout en exigeant le grade préalable de maître ès arts pour tous les élèves de la Faculté de chirurgie. Le 4 juillet 1750, enfin, l'*école pratique de chirurgie* est organisée. La Peyronie était mort trois ans avant cette consécration suprême de sa victoire; mais il avait néanmoins assez vécu pour voir la Faculté de médecine dépouillée d'une part de ses anciennes prérogatives tyranniques et les chirurgiens soustraits à son enseignement suranné comme à son contrôle. Il avait donc atteint son but : par lui la chirurgie était affranchie, autonome et à peu près l'égale de la médecine dans la hiérarchie universitaire.

(*A suivre.*)

A TRAVERS LES CONGRÈS

Le XIIe Congrès international d'anthropologie et d'archéologie préhistoriques a tenu sa première séance au palais des Congrès, le 20 août, à deux heures de l'après-midi, sous la présidence de M. Alexandre Bertrand (de l'Institut). A ses côtés siégeaient M. Albert Gaudry (du Muséum), M. Hamy (de l'Institut), et M. R. Verneau, secrétaire général.

Le IVe Congrès international de psychologie a ouvert ses portes le 20 août, au palais des Congrès. Il a décidé de créer un Institut international des sciences psychiques. Le conseil international d'organisation comprend : MM. d'Arsonval, Bouchard, Duclaux, Marey, Th. Ribot et Sully-Prudhomme.

Le IIe Congrès international d'hypnotisme expérimental et thérapeutique, qui s'est tenu à Paris du 12 au 16 août, a remporté un grand et légitime succès, grâce au dévouement du secrétaire général, M. Bérillon.

Outre des séances très chargées, qui se sont tenues sous la présidence de M. Jules Voisin, le professeur Raymond étant président d'honneur, de nombreuses visites ont été faites dans des établissements scientifiques et hospitaliers, en particulier à l'Institut psycho-physiologique.

Le *Congrès international des sourds-muets* a émis les vœux suivants :

« 1° Que, dans les écoles existantes, des cours supérieurs soient créés pour l'instruction secondaire, et qu'une sélection soit faite, pour y placer les enfants particulièrement doués.

2° Considérant l'incontestable supériorité de la parole sur les signes pour rendre le sourd-muet à la société et lui donner une plus parfaite connaissance de la langue ;

Le Congrès déclare maintenir les conclusions du Congrès de Milan.

Il émet le vœu :

Que les instituteurs et professeurs de sourds-muets portent leurs efforts vers l'établissement des livres scolaires et du matériel didactique nécessaires à l'enseignement des sourds-muets;

Que les livres et le matériel ainsi formés dans une école puissent être acquis à prix de revient par les autres écoles;

3° Que les pouvoirs publics des différents pays prennent les mesures nécessaires et fournissent les ressources suffisantes pour assurer, dès l'âge de scolarité, l'instruction primaire et professionnelle de tous les sourds-muets ;

4° Que, par tous les moyens d'investigation, l'état du sourd-muet (et en particulier la surdité psychique) soit constaté à son entrée à l'institution;

5° De voir donner, en dehors des cours ordinaires, des exercices spéciaux à ceux qui ont conservé un certain degré d'audition;

6° Que des ateliers d'apprentissage professionnel et un patronage pour le placement des anciens élèves soient annexés à chaque établissement;

7° Que la bienfaisance privée et les pouvoirs publics encouragent sous toutes les formes l'établissement des ateliers professionnels et des patronages de placement destinés aux sourds-muets ;

8° Que la science médicale et la pédagogie, les médecins et les instituteurs, se prêtent un mutuel appui pour continuer l'étude des perfectionnements dont peut être susceptible l'éducation physique, intellectuelle et professionnelle des sourds-muets. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — Parmi les nouvelles promotions nous sommes heureux de relever la nomination de M. Émile Rivière, qui collabora longtemps à la *Gazette des hôpitaux*, au grade de chevalier de la Légion d'honneur. Nous lui adressons nos meilleures félicitations.

Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Gariel, professeur à la Faculté de médecine; M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie (maison Charrière); M. Moissan, membre de l'Institut.

Au grade d'officier : MM. les docteurs de Lacaze-Duthiers, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des sciences; Paul Berger, professeur à la Faculté de médecine; Doubre; André-Justin (Martin), membre du Comité consultatif d'hygiène de France ; Chamberland, chef de service à l'Institut Pasteur; Puijoly de Meyjounissas (de Brantôme).

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Maygrier, Reynier, Hartmann, Marie, Merklen, Toupet, médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris ; Desnos, Jouin, Blanc (B.-A.), Trapenard, Dantagnan, Peton, Hustin, Laurens, de la Garde (Alban), Pierret, professeur à la Faculté de Lyon; Signard, Veyrat, Léon Petit, Cheize, Peyrusson, Eury.

De Lapersonne, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Lille.

Bergonié, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Beurnier, chirurgien des hôpitaux; R. Blondel, secrétaire général du Congrès de la presse médicale; A. Chauffard, agrégé, médecin des hôpitaux, secrétaire général du XIIIe Congrès international de médecine ; H.-R. Dandieu, F. Frébault, Jamin, président du syndicat des médecins de la Seine ; Legrain, président de l'Union française antialcoolique ; Millon, Springer, Thibierge, médecin des hôpitaux, secrétaire général du Congrès international de dermatologie et syphiligraphie de 1900; Weiss, agrégé,

(1) *Mémoires du duc de Saint-Simon.*

(2) *Journal de E.-J.-F. Barbier*, publié par A. de la Villegille, 1849 (à la date d'août 1744).

(3) Boyer. Loc. cit.

ingénieur des ponts et chaussées; M. de Nicolas du Plantier, médecin de deuxième classe des colonies.

Monument élevé à la mémoire de Jules Rochard. — Dimanche a eu lieu, à Saint-Brieuc, l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Jules Rochard, ancien inspecteur du service de santé de la marine et ancien président de l'Académie de médecine.

L'affluence était considérable. Des discours ont été prononcés par MM. Cunéo, inspecteur général du service de santé de la marine, représentant le ministre, le baron Nielly, secrétaire du comité du monument, Servain, au nom de la ville de Saint-Brieuc, Monod, au nom de l'Académie de médecine.

Une pièce de vers a été dite par M. Aubert.

Dans un prochain numéro, nous rappellerons ce que fut Jules Rochard.

Hôpital Necker. — M. Louis Rénon, médecin des hôpitaux, a commencé une série de conférences cliniques, le mardi 21 août, à dix heures du matin, salle Delpech; il les continuera les mardis suivants, à la même heure, pendant la période des vacances.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 32e semaine, 847 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (974) et à la moyenne ordinaire des semaines d'août (907). L'état sanitaire est donc très satisfaisant, quoique la diarrhée des jeunes enfants soit encore très fréquente. Les maladies de l'appareil respiratoire sont remarquablement rares.

La fièvre typhoïde a causé 16 décès, au lieu de 26 pendant la semaine précédente; la rougeole 18 au lieu de 22; la scarlatine 5; la coqueluche 7; la diphtérie seulement 2. La variole a causé 2 décès.

La diarrhée infantile a causé 124 décès de 0 à 1 an au lieu de 180 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 132. Ainsi, il y a une très notable diminution, mais le chiffre reste encore très élevé. La période de forte mortalité infantile par diarrhée durera probablement pendant plusieurs semaines encore. Les familles feront donc bien de se conformer à l'avis affiché par le Conseil d'hygiène et de salubrité, c'est-à-dire de veiller avec soin à la pureté et à la parfaite propreté du lait donné aux enfants.

Il y a eu, en outre, 21 décès par diarrhée de 1 à 5 ans, et 13 au-dessus de cet âge.

En outre, 20 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 47 décès, au lieu de 46 pendant la semaine précédente et au lieu de 64, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre, remarquablement faible, se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (au lieu de la moyenne 7); bronchite chronique, 10 (au lieu de la moyenne 14); broncho-pneumonie, 13 (au lieu de la moyenne 22); pneumonie, 18 (au lieu de la moyenne 21).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 29 décès, dont 19 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 167 décès (au lieu de la moyenne 165); la méningite tuberculeuse 14 décès; la méningite simple 24; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 18 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral 51 décès; les maladies organiques du cœur 34; le cancer a fait périr 42 personnes; enfin 25 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 96. — SAMEDI 25 AOUT 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 25 AOUT 1900. — N° 96.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Dès maintenant, notre n° 94 (130 pages), spécialement consacré au XIIIe Congrès international de médecine de 1900, — numéro servi gratuitement à nos abonnés, — se trouve en vente, dans nos bureaux et chez les principaux libraires de France et de l'Étranger, au prix de 3 *francs.*

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Des indications et de la pratique de la balnéation dans les pyrexies en général, par M. le docteur Odilon MARTIN, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon. — Jules ROCHARD. Discours prononcé le dimanche 19 août 1900, à Saint-Brieuc, par M. Ch. MONOD. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Des indications et de la pratique de la balnéation dans les pyrexies en général.

Par M. Odilon MARTIN, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon.

La balnéation, dans ses formes multiples, est devenue aujourd'hui un mode de traitement des plus précieux. Son emploi est généralisé à toutes les pyrexies; mais l'action que l'on cherche à obtenir par la balnéation n'est pas une action unique; l'effort thérapeutique qui doit aboutir finalement à la guérison peut être réalisé par des moyens hydrothérapiques différents. A l'état pathologique comme à l'état physiologique, l'eau en applications externes produit des *phénomènes réactionnels variables* avec la *température*, la *pression*, la *durée* et le *mode d'application*; mais en plus, il faut tenir compte de l'*aptitude à réagir*, laquelle est fonction surtout du degré d'intoxication, de l'état des forces, de l'état du système nerveux; c'est dire que l'on ne saurait résumer par une formule unique l'intervention hydrothérapique dans les pyrexies, et que l'on doit toujours avoir présentes à l'esprit les ressources variées qu'offre la balnéation afin de pouvoir l'adapter plus parfaitement aux nécessités du moment et en tirer le meilleur parti.

Il est donc indispensable de passer en revue les *effets déterminés sur l'organisme par le bain dans ses divers emplois thérapeutiques*; d'autre part, d'étudier l'*allure générale des maladies infectieuses et pyrétiques*, à l'effet de dégager les *indications* principales.

Rapprochant alors les uns des autres les résultats auxquels nous aurons été conduit, nous pourrons établir d'une façon précise la *valeur clinique des méthodes de balnéation* dans les pyrexies, et en *formuler la pratique*. Enfin nous terminerons en examinant rapidement les cas cliniques qui peuvent donner lieu à des *indications particulières*.

I

Action générale de la balnéation sur l'organisme. — Nous avons décrit, dans une publication antérieure (1), les phénomènes déterminés sur l'organisme par les différentes méthodes de balnéation; voici les points essentiels de cette étude.

D'une manière générale, les procédés hydrothérapiques déterminent des actions variables avec la durée de l'application, la température et la pression de l'eau. Nous n'avons pas à nous occuper ici de ce dernier facteur, puisque nous n'envisageons pour le moment que le bain, c'est-à-dire un agent hydrothérapique dont la pression est négligeable. La durée de l'application prêtant à des considérations très différentes selon la température, c'est à cette dernière que nous nous adresserons pour demander la classification nécessaire à toute étude méthodique : et nous envisagerons successivement les *phénomènes déterminés par l'immersion dans l'eau froide* et ceux que développe l'*immersion dans l'eau chaude*; puis, sortant du domaine physiologique pour nous placer sur le terrain de la clinique, nous étudierons les différents bains thérapeutiques, en les ramenant à quatre groupes : le *bain froid*, dont le type est le bain à 18 degrés; le *bain frais* ou *tiède*, c'est-à-dire celui dont la température est entre 28 et 32 degrés; le *bain chaud graduellement refroidi*; et enfin le *bain chaud*, à 38 ou 40 degrés. Ces quatre modes de balnéation sont dérivés de l'action physiologique de l'eau froide et de l'eau chaude en applications externes, le bain tiède et le bain refroidi n'étant que des variantes des autres procédés.

PHÉNOMÈNES PRODUITS PAR L'IMMERSION DANS L'EAU FROIDE. — 1° *Effets contemporains de la période d'immersion.* — Dès le début de l'immersion dans l'eau froide se produit le refroidissement et l'anémie de la peau : celle-ci tend à se mettre en équilibre de température avec le corps froid qui l'enveloppe; mais le refroidissement n'atteint pas les parties sous-jacentes en raison de leur mauvaise conductibilité. Il se manifeste un antagonisme vraiment remarquable entre la chaleur centrale et la *température* périphérique : pendant le bain froid, les capillaires sous-cutanés sont énergiquement contractés; le système vaso-moteur, impressionné par voie réflexe, oppose, par cette constriction énergique, une barrière à la déperdition de chaleur. Mais en même temps, les organes internes se congestionnent par une vaso-dilatation

(1) Cf. O. MARTIN. *Thérapeutique clinique de la fièvre typhoïde*, p. 50 et suiv., Paris, Masson et Gauthier-Villars, édit.; — ROMME. Les indications du bain chaud dans la fièvre typhoïde, *Presse méd.*, 21 juillet 1900.

considérable qui n'est pas uniquement compensatrice de la constriction périphérique, mais répond, en outre, à des troubles de la thermogénèse.

La contraction des vaisseaux cutanés entraîne une augmentation de la vitesse et de la pression de l'ondée sanguine; la vaso-dilatation centrale est insuffisante à compenser ces phénomènes sphygmiques : par contre, elle peut déterminer la céphalalgie, l'albuminurie et même l'hématurie.

L'action du bain froid sur le cœur se traduit, outre l'accélération des battements, par leur irrégularité : parfois même, au début, le cœur subit un état tétanique passager qui fait disparaître un instant la pulsation de l'artère. La respiration devient irrégulière et saccadée, surtout pendant les premières minutes.

Malgré la mise en jeu des mécanismes physiologiques destinés à maintenir la température du corps, celle-ci est toujours abaissée dans une certaine mesure, mais non immédiatement. Cet abaissement thermique est moins sensible au centre qu'à la périphérie ; il n'est bien marqué dans les régions centrales, qu'au cours d'infections graves, où le système nerveux, qui préside à la lutte contre le froid, n'a plus son intégrité; enfin, la température fléchira d'autant plus que l'immersion aura été plus prolongée et l'eau plus froide.

Les frictions exercées pendant le bain augmentent la déperdition de chaleur en annihilant la vaso-constriction.

2° *Phénomènes consécutifs à la période d'immersion.* — Ces effets secondaires constituent l' *action thérapeutique réelle*, celle que l'on cherche à obtenir : ils diffèrent de ceux que nous avons notés pendant l'immersion.

A la constriction périphérique a succédé la vaso-dilatation ; le pouls diminue de vitesse ; un peu plus tard, la tension artérielle s'abaisse elle aussi, mais reste prête à remonter à la moindre impression de froid. On constate encore une chute momentanée de la température centrale. Sur le système nerveux, le bain froid détermine une action sténique.

Enfin, fait important, les combustions sont augmentées par l'effet de la lutte contre le froid; en outre, il y a accroissement de la diurèse et des sécrétions intestinales.

Plus tard, la température centrale se relève : cette contre-réaction est la règle chez les fébricitants.

On comprend donc, par l'examen de leurs effets physiologiques, que les immersions dans l'eau froide ne peuvent être utilisées que sous les formes les plus douces et avec une grande prudence chez les malades dont le cœur et les vaisseaux sont le siège de lésions ou de dégénérescence, et chez ceux dont le système nerveux, trop déprimé, ne pourrait modérer la déperdition de calorique (vieillards, jeunes enfants, anémiques, neurasthéniques).

Phénomènes produits par l'immersion dans l'eau chaude. — 1° *Effets contemporains de la période d'immersion.* — Le mécanisme physiologique de la réaction suscitée par l'immersion dans l'eau chaude est différent de celui que nous avons observé avec l'eau froide.

Tout d'abord, on constate bien une vaso-constriction réflexe sur toute la surface cutanée; mais cette constriction est passagère, et bientôt lui succède une vaso-dilatation intense qui persistera pendant toute la durée de l'immersion.

Dès le début de cette phase de dilatation vasculaire, on peut observer la mise en jeu de l'appareil sudoral et, parallèlement, l'augmentation de la perspiration pulmonaire. En même temps, le réseau vasculaire profond qui, tout au début, a passé par une très courte période de dilatation, devient ensuite le siège d'une vive constriction qui se traduit par une augmentation de la pression sanguine.

Enfin, le cœur est ralenti : ses battements deviennent plus amples et plus énergiques.

2° *Effets consécutifs à l'immersion.* — Contrairement à ce qui se passe pour les bains froids, les phénomènes qui suivent l'application d'un bain chaud ne sont pas inverses de ceux observés au cours de l'immersion.

La vaso-dilatation externe et l'anémie des organes profonds persistent un certain temps, puis s'atténuent progressivement pour laisser place à l'état initial.

De même, le relèvement de la tension sanguine et l'amélioration des contractions cardiaques se maintiennent pendant plusieurs heures : enfin, les mouvements respiratoires restent plus amples, assurant ainsi une hématose plus parfaite : si l'on ajoute que le bain chaud détermine sur le système nerveux une action sédative marquée et que la transpiration cutanée reste très active pendant uue heure ou deux, on se rendre compte que tout concourt à l'augmentation des oxydations; le chiffre de l'urée est accru au détriment des produits incomplètement comburés : le bain chaud tend donc à exercer une action très favorable sur la nutrition et l'état général de l'organisme.

II

Les différentes méthodes balnéothérapiques. — Balnéation froide (bains de 15 à 24 degrés). — Le bain froid constitue le principal élément de la méthode de Brand, qui l'employait dans la *fièvre typhoïde*; mais son usage n'a pas tardé à trouver d'autres applications (1) : dans le *typhus*, le *rhumatisme cérébral*, les *fièvres éruptives*, la *pneumonie*, etc. La température de 18 degrés est la plus ordinairement choisie; la prescription la plus usuelle est de *donner toutes les trois heures, jour et nuit, un bain d'un quart d'heure si la température rectale du malade atteint* 39 *degrés*. La température du malade est prise au sortir du bain et deux heures et demie après : si elle atteint à ce moment 38 degrés dans l'aisselle, on donne un nouveau bain. En fait, le bain est seulement d'une durée moyenne de douze à treize minutes : pour préciser, il est terminé lorsque le malade est depuis une ou deux minutes en proie à un frisson général. Il est alors retiré de l'eau, et porté sur son lit dans un drap sec ; sur les membres inférieurs on met une couverture de laine, aux pieds une boule d'eau chaude, et on laisse frissonner le patient pendant un temps qui varie de quelques minutes à une demi-heure. Finalement, une détente s'opère, le malade se sent mieux : on le couvre alors plus chaudement.

Cette méthode rigoureuse est appliquée dans les diverses pyrexies avec quelques variantes : par exemple, les bains ne sont que de dix minutes, la température des premiers bains pourra être plus élevée; nous retrouverons ces pratiques atténuées de la balnéation froide en parlant des bains tièdes.

Les avantages de la balnéation froide sont surtout de provoquer une *diurèse* assez copieuse, et, d'une manière plus générale, de *stimuler l'élimination des produits toxiques*. C'est surtout par là qu'elle est rationelle dans les infections. Le coefficient urotoxique augmente sous son influence, l'absorption de l'oxygène et l'élimination de l'acide carbonique sont accrues. En outre, le bain froid *détermine une action tonique et stimulante générale* sur les forces, sur le cœur, sur la circulation, et enfin exerce une *influence favorable sur le système nerveux* dans les états d'ataxie, et surtout de dépression et d'adynamie.

Nous verrons que l'action diurétique et l'élimination des toxines n'ont rien de spécial au bain froid, pas plus que l'action favorable sur l'appareil respiratoire. L'action sédative

(1) Cf. Robin. *Traité de thérapeutique appliquée*, 1897; — Grasset. *Leçons de clinique médicale*, 3e série, 1898.

dans les formes ataxiques est à retenir; mais c'est encore plus souvent l'action tonique et sthénique qui justifiera l'emploi des bains froids.

Leurs inconvénients ne doivent pas être laissés dans l'ombre : d'une part, ces bains sont excessivement pénibles pour la majorité des malades; de plus, ils ont pour effet de congestionner énergiquement les viscères et les organes centraux. Par conséquent, ils favorisent sur ces points la stase sanguine et l'inflammation, ce qui peut être un danger, par exemple dans les cas de fièvre typhoïde, de néphrite aiguë, de pneumonie centrale. De même, le relèvement subit de la tension sanguine peut ne pas être sans inconvénient lorsque l'action du froid est trop intense.

Les avantages, dans les cas habituels, peuvent être obtenus avec une pratique moins brutale; souvent, d'ailleurs, ils sont inférieurs à ceux que l'on retire en soumettant la malade aux bains chauds : on prévoit donc que les cas où la balnéation froide doit être appliquée dans toute sa rigueur sont, en somme, les moins nombreux.

Balnéation tiède (de 28 à 33 degrés). — Le type de ces bains est le bain à 30 degrés. Ils se rapprochent du bain froid en ce que « même à 30 ou 32 degrés, ils sont frais pour un fébricitant; *ils ont donc les effets du bain froid, seulement avec un peu moins d'énergie, et surtout moins de brutalité* » (Grasset).

La différence entre la température périphérique et celle de l'eau est encore assez sensible pour que le bain à 30 degrés exerce une *action tonique et stimulante notable*. Il a une *action sédative plus marquée que le bain froid;* dans les formes avec symptômes ataxo-adynamiques sérieux, on peut terminer le bain par une affusion froide sur la nuque.

Les autres actions sont celles que nous avons décrites à propos du bain froid, notamment l'action *diurétique*.

Bains chauds graduellement refroidis. — Ces bains, que l'on peut appeler « bains de Bouchard », du nom de leur vulgarisateur, sont initialement tièdes ou plutôt chauds : leur température est ensuite graduellement abaissée, en général de 1 degré toutes les dix minutes. Toutefois, certains cliniciens, à l'exemple de Ziemssen, refroidissent le bain dans une plus large mesure.

D'une manière générale, ces bains ont les propriétés des bains froids, sans produire le choc brutal et violent de ces derniers. Ils déterminent une *régularisation remarquable de la température :* ce n'est pas qu'ils soient dirigés contre l'élévation thermique, mais *s'ils combattent la fièvre, c'est indirectement, c'est parce qu'ils combattent efficacement les causes qui l'entretiennent*.

Ls température initiale du bain est, en général, de 2 degrés inférieure à celle du malade : soit, pour la plupart des cas, 38 degrés. Le plus souvent, on cesse le bain quand la température a été amenée à 30 degrés. Toutefois, il est préférable de ne pas dépasser une heure de durée : le malade est alors moins fatigué qu'avec des bains trop prolongés. A la fin du bain, le patient est épongé, reporté dans son lit, où on le couvre suffisamment pour que la réaction puisse se produire.

Il sera bon d'ajouter un antiseptique à l'eau du bain, du naphtolate de soude, par exemple, car une immersion d'aussi longue durée ramollit la peau, et la porte est alors plus facilement ouverte aux infections secondaires.

L'action la plus frappante des bains de Bouchard est celle qui se manifeste sur la température. Elle se rapproche, par son intensité, de l'action des bains froids, mais elle en diffère par son allure générale : *on obtient, en effet, avec le bain graduellement refroidi, un abaissement régulier et non brusque*. C'est que l'on a là une défervescence physiologique, résultante d'un état de mieux-être de l'organisme; la réfrigération purement physique n'intervient que pour une part négligeable.

Le *pouls* prend une ampleur qu'il n'avait pas auparavant : il est plus plein et se ralentit de 10 à 15 pulsations. On n'observe donc pas la brusque constriction vaso-motrice périphérique que fait naître le bain froid et qui, dans certains cas, constitue un danger.

Parallèlement, le jeu du *cœur* est amélioré.

L'*action sédative* du bain de Bouchard est très marquée : la *période d'immersion est pour les malades une période de repos*. Le malade respire largement et tranquillement; enfin, on n'a, à aucun moment, le reflux considérable de sang dans les viscères, qui est un des inconvénients du bain froid.

Évidemment, le bain de Bouchard a une action sthénique moins prononcée que le bain froid : mais il faut remarquer que l'action sthénique n'est possible que pour des systèmes nerveux robustes, et, par suite, dans beaucoup de cas d'infections aiguës, une stimulation énergique est impraticable. Si donc on tient compte de l'état des forces du malade, du degré de déchéance de son système nerveux, on reconnaîtra que, dans la majorité des cas, l'*action sthénique* du bain graduellement refroidi est *suffisante* — surtout si on la seconde par d'autres médications.

L'*action diurétique et sudorifique* de ces bains est supérieure à celle des bains froids; après le bain, les malades entrent généralement en sueur, et la toxicité urinaire est très accrue.

Ces bains ont été employés d'abord par le professeur Bouchard dans la *fièvre typhoïde;* puis, de même que pour les bains froids, leur action a été utilisée pour combattre les autres pyrexies; notamment dans la *scarlatine* et les *fièvres éruptives*.

Dans la *scarlatine*, c'est surtout Ziemssen qui les a conseillés; leur usage, dans cette maladie, devrait toujours être substitué à tous les autres moyens de traitement par l'eau froide, lotions ou bains, qui sont un danger dans une infection compliquée si fréquemment de néphrite et avec lesquels, en outre, l'absence de réaction est toujours à craindre. Mais si la néphrite est déclarée, on devra substituer le bain chaud au bain de Bouchard.

Dans les autres *fièvres éruptives*, le bain graduellement refroidi remplace de plus en plus le bain froid, et cela se comprend d'autant mieux que les malades sont, en général, des enfants, qui supportent très mal l'eau froide.

Les bains chauds progressivement refroidis rendront encore de très grands services dans les formes graves de la la *coqueluche*, avec désordres du côté du système nerveux; de même, dans les *formes nerveuses de l'influenza*, et enfin dans les formes sérieuses de l'*érysipèle*, où Roger les a employés avec succès.

Balnéation chaude. — Avec le bain chaud, nous introduisons, dans la thérapeutique hydrothérapique, un nouvel élément, et non des moindres : l'*action antiphlogistique, contre-inflammatoire*, exercée sur les régions profondes. Il y a dans ces deux méthodes de balnéation, chaude et froide, un fonds d'action commun et des propriétés spéciales appartenant en propre à chacune des méthodes. Pour le bain froid, c'est l'action réfrigérante et stimulante : pour le bain chaud, c'est l'action révulsive et favorable au travail du cœur.

D'une manière générale, le bain chaud peut être employé dans tous les cas où le bain froid est contre-indiqué par l'état du cœur. Pendant le bain, on assure la réfrigération de la tête à l'aide de compresses ou de lotions froides fréquemment renouvelées.

Le bain à 39 degrés, d'une durée de huit à dix minutes, présente des *effets diurétiques et sédatifs très accentués, et rapides dans leur apparition;* c'est par ces bains que l'on obtient

la *diurèse la plus abondante et le maximum d'élimination des produits toxiques;* et le bain chaud est si favorable à cette décharge urinaire que l'urine, redevenue promptement abondante sous son influence, reste normale par la suite, et, le lendemain, la *décharge toxique continue.* Il a l'avantage de pouvoir être employé dans tous les cas où le *rein* est gravement touché, où il y a albuminurie, hématurie ou anurie : bien plus, il constitue un moyen de traitement de premier ordre dans ces cas de *néphrites infectieuses* si sévères; sous son influence, les lésions rénales tendent à s'amender, et c'est par l'intermédiaire d'un certain degré de *restitutio ad integrum* que le cours de l'urine se rétablit.

Les *sécrétions intestinales*, de même, sont puissamment sollicitées, et c'est surtout dans le choléra que l'on apprécie cette action bienfaisante.

La *sueur* est abondamment sécrétée, pendant une heure ou deux, venant en aide à l'urination pour l'élimination des déchets et combattant l'état de sécheresse de la peau dans le choléra.

Les *battements du cœur* deviennent plus énergiques, le *pouls* disparu renaît; de petit qu'il était il devient ample.

Le bain chaud combat le *refroidissement périphérique du choléra* et rend la *respiration* plus libre et plus large. Son *action sédative* s'étend à tous les troubles nerveux, insomnie, hoquet, crampes; enfin, il atténue considérablement l'intensité des troubles digestifs et des douleurs épigastriques. Ses *effets révulsifs et antiphlogistiques* rendent les plus grands services dans les *congestions et inflammations intenses des viscères abdominaux ou thoraciques :* outre les reins, dont nous avons déjà parlé, les poumons, dans les cas de *broncho-pneumonie*, de *bronchite capillaire*, de *pneumonie* et de *congestions* diverses, d'ordre typhique, par exemple, et le tube digestif, dans les cas de *fièvre typhoïde* et de *grippe à forme gastro-intestinale*, retireront les plus grands bénéfices de cette large révulsion.

III

Pathogénie et thérapeutique clinique générale des pyrexies : rôle de la balnéation. — Nous venons d'étudier les actions physiologiques du bain chaud et du bain froid, après quoi nous avons passé en revue les déductions thérapeutiques que permettent de tirer les effets généraux des différents modes de balnéation.

Il nous reste maintenant à nous porter sur le terrain strictement clinique et à préciser les *indications de la balnéation aux différentes phases du cycle infectieux :* quels sont les éléments morbides des maladies pyrétiques, quels sont les épisodes de la lutte contre l'infection à propos desquels nous aurons à intervenir?

Le premier phénomène qui nous frappe est l'état de la *température* : est-ce là une source d'indication?

Il semble qu'il n'est plus nécessaire d'insister sur l'inopportunité d'une médication orientée uniquement contre l'hyper ou l'hypothermie : l'ascension du thermomètre n'est qu'une conséquence, une résultante des phénomènes dont l'organisme est le siège, mais l'hyperthermie n'est rien par elle-même. C'est plus haut qu'il faut chercher la cause de l'état de souffrance de l'organisme; dans la hiérarchie d'actes et d'influences morbides subordonnés les uns aux autres, qui dérivent de l'association des causes constituantes de la maladie, — hiérarchie dont les derniers degrés représentent les symptômes, — l'hyperthermie est peut-être l'ultime échelon : vouloir s'attaquer uniquement à elle, c'est se donner une fausse sécurité, car le cycle pathogénique dont elle est l'aboutissant n'en subsistera pas moins.

C'est donc aussi près que possible du sommet de cette hiérarchie de causes et d'effets morbides qu'il faut viser.

L'intervention *antipyrétique* n'est pas mieux justifiée, ainsi que l'a établi Robin. L'hyperpyrexie n'est pas fonction d'une augmentation des oxydations organiques : les phénomènes intimes de la nutrition sont complexes, et, avant les oxydations, il y a des phénomènes d'hydratation et de dédoublement qui prennent une grande part dans la production de chaleur vitale. Or, dans les infections fébriles graves, les actes d'oxydation sont relativement diminués, tandis que les actes primitifs de la désintégration organique, hydratations et dédoublements, sont accrus. Il se trouve donc que, au cours des pyrexies, à des désintégrations augmentées correspondent des oxydations diminuées; et comme les émonctoires sont insuffisants, tous les déchets incomplètement comburés s'accumulent dans l'organisme, ajoutant à l'intoxication par les poisons microbiens une intoxication par leucomaïnes qui aggrave d'autant l'état du malade.

Il est donc de toute nécessité de *chercher à accroître les oxydations* au lieu de vouloir les restreindre : ce sera bien un acte thérapeutique utile, puisqu'il aura pour effet de diminuer la proportion des déchets toxiques incomplètement brûlés qui stagnent dans l'organisme et paraissent être la cause de l'état typhoïde que peuvent revêtir toutes les infections aiguës.

On est d'autant plus autorisé à *pousser aux oxydations* que les produits auxquels elles donnent naissance sont, non seulement *moins toxiques*, mais encore *plus solubles* et *plus facilement éliminables*.

Il est superflu d'insister sur la nécessité de *favoriser les éliminations par les différents émonctoires :* cette action thérapeutique est complexe, elle comprend à la fois les indications de pousser aux *urines*, aux *sécrétions intestinales* et à la *transpiration* cutanée; en second lieu, de maintenir l'intégrité et la *perméabilité des appareils d'excrétion*, les reins surtout; en troisième lieu, l'indication de veiller à ce que l'ondée sanguine ait une tension suffisante, et par suite, de veiller au *libre fonctionnement du cœur;* enfin, un degré de plus, et nous trouvons l'indication d'assurer l'intégrité des *fonctions nerveuses* qui sont la base de toutes les autres.

Tel est le programme à peu près complet de la thérapeutique générale des pyrexies. Pour le remplir, la balnéation, sous ses formes variées, offre de grandes ressources.

D'une part, le *bain froid* sera indiqué plus spécialement lorsqu'il y aura lieu de *stimuler le système nerveux*. Nous avons précédemment signalé ses contre-indications, nous n'avons pas à en reparler.

Le *bain tiède ou frais*, que l'on peut considérer comme un bain froid dont l'énergie, et surtout les inconvénients, sont atténués, trouvera un plus large emploi : c'est dans les formes adynamiques et asthéniques, des pyrexies, lorsqu'il y a tendance au sommeil ou aux syncopes, c'est encore dans la forme cérébrale du rhumatisme que l'on aura recours à cette méthode, en terminant, au besoin, par une affusion froide.

Le *bain de Bouchard* sera très avantageusement prescrit dans la généralité des cas de dothiénentérie; son *action sédative prononcée* le rend très utile dans les cas d'excitation nerveuse, d'éréthisme musculaire, de délire et d'insomnie.

Enfin, le *bain chaud* sera le mode de traitement balnéothérapique des *infections graves*, lorsqu'il y aura des *phénomènes d'intoxication très marqués.* Comme il a le maximum d'action sur les émonctoires, on devra l'employer lorsque les fonctions d'élimination sont gravement compromises et lorsqu'il est nécessaire de désintoxiquer rapidement le malade. En outre, son action *révulsive* et décongestionnante le fera souvent indiquer d'une façon spéciale.

Il est nécessaire de donner quelques détails sur le rôle que joue le bain chaud dans la thérapeutique du choléra, de la fièvre typhoïde, des infections pulmonaires aiguës et des fièvres éruptives. Aucune étude d'ensemble n'a encore

été faite sur ce point, l'emploi du bain chaud étant d'origine relativement récente dans la thérapeutique des pyrexies.

Dans le *choléra* (1), les bains sont donnés à 39, 40, 42 degrés même; quelques auteurs, Barié entre autres, augmentent l'effet du bain en le sinapisant ou en pratiquant des frictions sous l'eau.

La durée moyenne est de dix à vingt minutes; quelques cliniciens vont même jusqu'à une demi-heure. Bien entendu — ceci ne saurait être trop répété — pendant toute la durée du bain, on maintient des compresses froides ou glacées sur la tête et le visage du patient; en outre, on lui fait avaler de petits morceaux de glace qui contribuent à arrêter les vomissements.

Au sortir du bain, le malade est rapidement essuyé et porté dans un lit chauffé.

L'action bienfaisante du bain est attestée par ses effets sur le trépied symptomatique de la période algide; refroidissement et cyanose, microsphygmie ou paresse cardiaque, anurie ou oligurie.

Vis-à-vis de la température, le bain chaud détermine une action régulatrice; la température centrale est abaissée dans les cas d'algidité sus-normale et relevée dans les cas d'algidité sous-normale, tandis que la température périphérique, toujours en hypothermie, est constamment relevée de 0°5 à 1 degré; ainsi donc, le bain chaud tend à rétablir l'équilibre thermique dans les cas où il est rompu pendant la période algide; l'action qu'il exerce n'est donc pas un phénomène purement physique, dû à la transmission de la chaleur de l'eau, ce qui serait inconciliable avec l'abaissement de la température centrale dans certains cas : mais c'est un phénomène beaucoup plus complexe, d'ordre physiologique, une action vitale qui fait que l'organisme réagit contre les influences morbides qui ont perturbé la répartition de sa chaleur propre.

Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître l'effet bienfaisant de la balnéation chaude sur l'appareil circulatoire; Lesage à l'hôpital Saint-Antoine, Barié à l'hôpital Tenon, Marcellin à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier ont toujours observé l'amélioration de l'état du cœur et du pouls.

L'action sur les sécrétions est plus remarquable encore : le cours de l'urine est rétabli; de plus, le bain met un terme à la rétention des matières fécales qui fait donner à certaines formes le nom de « choléra sec ». Enfin, nous avons déjà noté l'effet sédatif qu'il exerce sur les troubles digestifs et nerveux.

La physiologie thérapeutique du bain chaud dans le choléra demande quelques développements : le premier effet de l'eau chaude est de dilater les vaisseaux périphériques, et de faire cesser le spasme vasculaire; il en résulte un plus grand apport de sang à la périphérie, d'où soulagement du travail du cœur et relèvement du pouls. Parallèlement, les oxydations sont activées; les éliminations de déchets commencent au niveau des différents émonctoires, marquant le début de la désintoxication de l'organisme. Le système nerveux récupère une partie de sa vitalité perdue, et en particulier les centres de la thermogénèse, qui sont, dès lors, dans des conditions meilleures pour agir « physiologiquement ».

Puis, par un cycle heureux, une fois le premier résultat obtenu, les différents appareils exercent les uns sur les autres des actions favorables, qui tendent à continuer l'amélioration amorcée par le bain : par exemple, la plus grande absorption d'oxygène, la destruction et la partielle élimination des toxines réagissent utilement sur le fonctionnement du muscle cardiaque et du système nerveux; une première élimination de poisons constitue une désintoxication appréciable de tout l'organisme, à laquelle participe le rein, ce

(1) Cf. Lesage. *Le choléra*, Paris, 1893. — Hayem. *Traitement du choléra*, Paris, 1893, — Marcellin. Th. de Montpellier, 1896.

qui amènera une perméabilité plus satisfaisante du filtre rénal; et la diurèse, qui avait commencé à s'établir grâce à la diminution de la congestion et de l'œdème rénal qui comprimait les tubes contournés et droits, se continuera plus abondante à la faveur de l'augmentation de pression dans les glomérules et de la restauration des cellules épithéliales.

Dans la *fièvre typhoïde* le bain chaud rendra de très grands services pour des considérations à peu près analogues; il sera surtout un moyen préventif et thérapeutique des complications urémiques; de plus, il exercera une action antiphlogistique éminemment utile contre les lésions intestinales; enfin, il rendra de grands services contre les complications respiratoires [Bosc (1)].

Ceci nous amène à parler des effets du bain chaud dans les *phlegmasies aiguës de l'appareil respiratoire*.

Renaut [de Lyon (2)] et Lemoine [de Lille (3)] ont mis en évidence l'utilité des bains chauds dans ces maladies, et ont précisé leurs indications; ils doivent être prescrits, dit Lemoine, toutes les fois qu'il existe des phénomènes d'ordre congestif au voisinage des bronches ou dans le parenchyme pulmonaire, et qu'ils reconnaissent comme cause soit une des nombreuses variétés de bronchites, soit la bronchopneumonie, soit une pneumonie. On aura toujours avantage à augmenter l'effet révulsif du bain en le sinapisant. Le bain à 30 degrés de dix minutes de durée, donné de trois à six fois au cours de la journée suivant la gravité du cas, est plus couramment employé; les enfants surtout ne peuvent supporter une plus longue durée.

Outre les effets généraux sur lesquels nous nous sommes déjà longuement étendu, le bain chaud agit plus spécialement ici en se comportant comme le meilleur et le plus efficace des révulsifs : à la simple inspection, on voit toute la surface cutanée se congestionner; à l'auscultation, on constate que, sous l'influence du bain, les râles deviennent plus gros, plus nombreux, ce qui fait penser que la révulsion, dans ce cas, agit en fluidifiant les mucosités et en décomprimant les lobules pulmonaires qui deviennent ainsi plus perméables à l'air. Les formes simples de bronchites capillaires et de bronchopneumonies, traitées au début, peuvent être enrayées presque constamment avec trois bains par vingt-quatre heures, surtout si l'on commence la journée par un bain sinapisé.

Ajoutons que, pour le professeur Renaut, la balnéation chaude exercerait, par l'intermédiaire de son action sur les centres nerveux, une influence défavorable à la germination incessante des bactéries contaminant la muqueuse bronchique : et c'est peut-être là une action générale qu'il importerait de mettre en lumière, consistant à provoquer des réactions nerveuses qui modifient le terrain et le rendent impropre à l'infection.

Il nous restera peu à dire sur le rôle du bain chaud dans la thérapeutique des *fièvres éruptives*, les phénomènes généraux qu'il détermine ne donnent lieu à aucune considération nouvelle. Le bain chaud développe son action utile par les mêmes procédés de physiologie pathologique que dans les autres pyrexies; notons seulement qu'il diminue le plus souvent la durée, et surtout la gravité de la période d'invasion. En tous cas, il fait apparaître très vite l'exanthème et prévient, dans la plupart des cas, les complications.

Dans la *scarlatine* et dans la *rougeole* notamment, nous avons, avec divers auteurs, toujours constaté la grande valeur thérapeutique de la balnéation chaude. Elle devrait toujours être employée comme moyen prophylactique de la néphrite scarlatine.

Il ne nous reste plus à mentionner qu'une pyrexie dans

(1) Cf. O. Martin. *Thérap. clinique de la fièvre typhoïde*, Paris 1899.
(2) Cf. *Bull. méd.*, 1896, et Acad. de méd., 1896.
(3) Communication au Cong. de méd. de Nancy, 1896.

laquelle le traitement par le bain chaud est unanimement admis, c'est la *néphrite parenchymateuse aiguë*. Après tout ce que nous avons dit des néphrites survenant au cours d'autres pyrexies, il ne nous reste rien à ajouter pour la néphrite aiguë primitive.

Tel est le tableau des ressources qu'offre la balnéation dans le traitement des pyrexies. Il est cependant des cas où l'on ne pourra y recourir : on devra alors la remplacer par d'autres pratiques hydrothérapiques, douées certainement d'une action curative beaucoup moindre, les lotions, les enveloppements mouillés, les affusions.

JULES ROCHARD

Discours prononcé le dimanche 19 août 1900, à Saint-Brieuc, par M. Charles Monod, membre de l'Académie de médecine, à l'occasion de l'inauguration de la statue de Jules Rochard.

Messieurs,

C'est au nom de l'Académie de médecine que je viens, pris un peu à l'improviste, rendre à mon tour hommage à Jules Rochard, ancien président de notre Compagnie et l'un de ses membres les plus fidèles et les plus écoutés...

La première fois que je vis J. Rochard, c'était il y a bien des années. J'avais déjà barbe au menton mais elle n'était pas blanche ! Je venais d'être nommé chirurgien des hôpitaux de Paris; or si j'étais assez fier du titre, je sentais bien que j'avais encore à faire pour montrer que j'en étais digne. Aussi ne fus-je pas peu étonné en apprenant que celui qui aurait pu être mon maître, me conviait à donner mon avis dans un cas difficile de pratique chirurgicale, chez l'enfant d'un ami commun que je puis bien nommer puisqu'il est mort, l'amiral Lespès, alors au ministère de la Marine. Je fus, dès l'abord, touché de l'excellent et cordial accueil que me fit Rochard; puis, à la fois, de la sagacité de ses vues et de la modestie du praticien attendant de son jeune confrère la confirmation d'un diagnostic aussi clairement exposé que solidement établi. Tout de suite je fus conquis.

Aussi bien étais-je prévenu en faveur de Rochard. Si j'étais pour la première fois en sa présence, je le connaissais déjà, de la façon dont on connaît les hommes qui par leur plume se font de loin des disciples et des admirateurs ignorés.

J'avais lu son *Histoire de la chirurgie*, ce livre merveilleux où, avec une science, une clarté et une verve vraiment incomparables, remontant jusqu'aux origines de notre art, il le montrait sortant des ténèbres de l'empirisme, progressant peu à peu, pour arriver enfin à l'éclatante lumière, qui, à la faveur de l'antisepsie, ou plus simplement de la propreté chirurgicale, brille aujourd'hui à tous les yeux.

Obligé moi-même, pour l'un de mes concours, à un travail parallèle au sien, j'avais pendant de longues heures vécu en sa communion, j'avais lu et dévoré ces pages où les connaissances les plus étendues se cachent sous un langage prestigieux, et je n'avais pas manqué, en empruntant beaucoup à l'auteur, de lui dire mon admiration pour sa belle œuvre.

Il me remercia en quelques mots qui me touchèrent.

Je connaissais donc Rochard, comme l'on dit, de réputation. Le rencontrer dans les conditions que je rappelais tout à l'heure fut pour moi un beau jour. Imaginez le jeune collégien, petit artisan de vers, qui aperçoit pour la première fois son poète préféré, un Musset, un Lamartine, un Victor Hugo.

Je ne perdis pas depuis lors une occasion de voir et d'entendre Jules Rochard. Car s'il était le merveilleux écrivain que je viens de dire, il ne maniait pas moins bien la parole.

J'ai eu le privilège de connaître dans notre profession deux hommes — je ne parle que des morts — Trélat et Rochard, qui furent des maîtres dans l'art de bien dire. J'en appelle au souvenir de mes contemporains. Ne se faisait-on pas une fête d'aller aux réunions, séances académiques, congrès scientifiques, voire même banquets confraternels, où l'on savait que l'un ou l'autre prendrait la parole?

J'ai dit ailleurs l'impression que faisait Trélat. Rochard, moins disert peut-être, mais plus entraînant, vous emportait aussitôt par la chaleur de l'expression, l'ardeur des convictions, et un je ne sais quoi de sympathique qui suspendait les auditeurs à ses lèvres, les forçant aux applaudissements, dont tous ses discours et jusqu'aux moindres allocutions étaient couverts. Je me suis laissé dire que sa parole était longuement préparée — mais qu'importe ! elle semblait couler de source, et bouleversait les cœurs. N'est-ce pas là la véritable éloquence?

Une des dernières fois que je vis Jules Rochard, ce fut à l'Académie. Il avait été victime du stupide attentat que vous connaissez bien. Pendant sa longue convalescence qu'avaient précédée des jours douloureux où l'on craignit pour sa vie, il put voir aux nombreux témoignages de sympathie qui affluèrent de toutes parts, combien il était aimé. De retour parmi nous guéri — mais conservant dans le côté la balle qui l'avait frappé — sa première apparition dans l'enceinte académique fut saluée de longs applaudissements. Lorsque le silence se fit, Rochard se leva pour remercier. Il le fit en deux mots pleins de spirituelle bonhomie affirmant à ses collègues qu'il ne gardait de l'incident qu'un peu de plomb dans le corps et beaucoup de reconnaissance dans le cœur.

J'ai presque fini, Messieurs, j'en ai dit assez au moins pour vous montrer que ce n'est pas sans raison que j'ai eu pour votre grand compatriote, amitié, estime et admiration.

Praticien sagace, savant éminent, ne se contentant pas des données scientifiques actuelles, mais allant chercher dans l'histoire des enseignements et des exemples, homme affectueux et bon, écrivain de race, orateur hors ligne..., joignez à ces qualités, rarement réunies, toute la vie de travail, de charité et de gloire qui vous a été retracée, et vous trouverez bien naturel l'hommage solennel qui lui est aujourd'hui rendu.

On parle parfois en souriant de la *statuomanie* contemporaine !

Si l'on n'élevait jamais de statues qu'à des hommes comme Rochard, ce mot dédaigneux n'eût pas été inventé.

Remercions, bien au contraire, ceux qui ont eu l'idée de lui ériger le beau monument que nous inaugurons en ce jour.

Celui que nous glorifions fait honneur à la France, honneur à sa chère Bretagne, à Saint-Brieuc, sa ville natale.

Grâce à l'habile artiste qui a su si bien réaliser notre rêve, Jules Rochard n'est pas mort tout entier. Ce bronze vit. Il nous crie, au nom de celui qui n'est plus — à nous et à nos enfants — ces trois mots qui résument la vie et la carrière de notre collègue : Travail, Science et Patrie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de province. — *Rouen.* — Un concours pour la nomination à cinq places d'interne en médecine, dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le lundi 5 novembre 1900. Les épreuves commenceront à quatre heures à l'Hospice-Général, salle des séances.

La commission administrative des hospices se réserve le droit d'augmenter le nombre des places mises au concours, si de nouvelles vacances se produisaient avant le 16 octobre 1900. Dans ce cas les candidats en seraient avisés par voie d'affiches apposées dans les hôpitaux.

Exposition universelle. — Le jury de l'Exposition a accordé, au docteur J.-A. Fort, une mention honorable pour l'invention de ses instruments d'électrolyse linéaire.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 33e semaine, 949 décès, au lieu de la moyenne 907.

La fièvre typhoïde a causé 29 décès; la rougeole 6, au lieu de 18; la coqueluche 8; la diphtérie seulement 1. La variole a causé 3 décès. Il n'y a pas eu de décès par scarlatine.

La diarrhée infantile a causé 109 décès de 0 à 1 an, au lieu de 124 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 132.

Il y a eu, en outre, 18 décès par diarrhée de 1 à 5 ans, et 10 audessus de cet âge.

En outre, 23 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 66 décès, au lieu de 47 pendant la semaine précédente et au lieu de 64, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 2 décès (au lieu de la moyenne 7); bronchite chronique, 14 (chiffre identique à la moyenne); broncho-pneumonie, 25 (au lieu de la moyenne 22); pneumonie, 25 (au lieu de la moyenne 21).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 24 décès, dont 15 sont dus à la congestion pulmonaire. On a attribué 2 décès à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 164 décès (au lieu de la moyenne 165); la méningite tuberculeuse 19 décès; la méningite simple 16; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 34 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral 53 décès; les maladies organiques du cœur 57; le cancer a fait périr 51 personnes; enfin 39 vieillards sont morts de débilité sénile.

Les causes de décès. — Une commission internationale, composée des délégués officiels de presque toutes les nations d'Europe et d'Amérique, vient de se réunir à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Brouardel, pour établir une nomenclature internationale des causes de décès. Le but poursuivi par cette commission est de rendre comparables entre elles les statistiques nosologiques des différents pays.

La nomenclature adoptée est celle que M. Jacques Bertillon a rédigée pour la ville de Paris. Tous les délégués (moins un) ont pris l'engagement écrit de la recommander à leurs pays respectifs, pour qu'elle soit en usage à partir du 1er janvier 1901. Il est dès à présent acquis que la nomenclature française sera la seule usitée dans les deux Amériques et dans un grand nombre de pays européens.

M. Jacques Bertillon a été chargé de centraliser les statistiques ainsi recueillies.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gazagne (de Remoulins); Louis de Litardière (de Lussac).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau.* — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de la Société des voyages économiques, une excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau pour le *dimanche 26 août 1900.*

Départ de Paris, 8 h. matin; retour, 9 h. 57 soir. Prix (tous frais compris): 1re classe, **20** fr.; 2e classe, **17f50**; 3e classe, **15** fr.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence des « Voyages économiques », 10, rue Auber et, 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Pneumococcie aigue généralisée a début péritonéal, trente-six heures après l'accouchement, par M. Lop, ex-chef de clinique d'accouchements à l'École de médecine de Marseille, médaille d'or de l'Académie de médecine, et Mme Bonus, sage-femme de première classe. — Le traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli; résultats éloignés. — Médecine pratique. Traitement de l'eczéma séborréique; — Traitement de l'hémoptysie. — Variétés. La rue de l'École-de-Médecine et la Faculté, par M. Beluze. — Chronique et nouvelles scientifiques.

PNEUMOCOCCIE AIGUE GÉNÉRALISÉE

A DÉBUT PÉRITONÉAL, 36 HEURES APRÈS L'ACCOUCHEMENT (1)

Par M. Lop,
Ex-chef de clinique d'accouchements à l'Ecole de médecine de Marseille, médaille d'or de l'Académie de médecine,
et Mme Bonus,
Sage-femme de première classe.

L'observation que nous rapportons pourra paraître par son titre uniquement médicale, mais il nous a semblé que, survenant si inopinément chez une accouchée de la veille, elle serait intéressante à communiquer à des accoucheurs, car si l'histoire clinique de cette malade s'est terminée médicalement, pendant les premiers jours elle est restée uniquement obstétricale et par conséquent ne peut que gagner en intérêt à figurer dans une séance de la Société d'obstétrique.

Une observation comme la nôtre ne pouvait pas se passer du contrôle de la bactériologie et c'est grâce à elle, comme on le verra dans la discussion du diagnostic, que nous avons pu arriver à déterminer la nature des accidents observés et à porter un pronostic moins réservé que nous ne l'avions fait au début, quand nous n'envisagions que l'hypothèse, très rationnelle, d'une septicémie streptococcique.

I

Observation (recueillie par Mme Bonus). — « Secondipare, âgée de vingt-huit ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants; la mère a eu sept grossesses normales.

Antécédents personnels. — Elle n'a jamais eu une forte constitution; réglée à dix-sept ans, elle a eu de l'anémie très prononcée jusqu'en 1897, époque de son mariage.

Premier accouchement. — 15 mai 1899.

La grossesse n'avait pas été bonne. Les vomissements avaient duré jusque vers la fin du septième mois. Pas d'appétit, insomnies. Vers la fin du huitième mois, je la soumis au régime lacté à cause de la présence d'une petite quantité d'albumine; elle avait aussi de l'œdème des membres inférieurs et de la bouffissure de la face.

L'accouchement, quoique très laborieux, se termina sans intervention.

Les suites de couches furent physiologiques. La femme n'a pu nourrir à cause de la conformation des mamelons. Le retour des règles eut lieu au début de juillet.

Deuxième accouchement. — La deuxième grossesse a totalement différé de la première. La femme a toujours eu un excellent appétit, pas de vomissements, pas d'albumine, mais constipation opiniâtre, selles rares et glaireuses.

Début du travail, 1er avril 1900 à une heure du matin.

Je suis appelée à deux heures du matin; je constatai une présentation du sommet OIDP; les douleurs se succédaient à des intervalles assez réguliers, mais elles étaient très courtes. L'effacement du col n'était pas terminé.

A cinq heures, la dilatation du col est de 2 centimètres, les contractions utérines sont plus rapprochées.

A sept heures, dilatation de 4 centimètres, la tête est en transverse. A dix heures, la rotation de la tête était terminée. Quelques minutes après, dilatation complète et rupture des membranes.

A dix heures et demie, expulsion du fœtus. La délivrance spontanée eut lieu vingt minutes après, je la fis suivre d'une injection vaginale de 4 litres d'eau bouillie titrant 0,50 p. 1000 de bichlorure de mercure. Je quittai la femme à une heure de l'après-midi. A cinq heures du soir, je fis ma visite. La température est de 37°5; la femme est dans un bien-être relatif, quelques tranchées utérines l'empêchent seules de se reposer.

Je donne moi-même l'injection (toujours au bichlorure) et je marque un cachet d'antipyrine de 0gr50 pour calmer les tranchées.

Le lendemain jeudi je vois la femme à huit heures du matin. La température est de 36°9, les tranchées sont calmées, les pertes sont régulières, la femme demande à manger.

Le soir à cinq heures, je trouve ma malade moins bien que le matin, elle avait de la fatigue générale, une douleur sous le sein droit. La température était de 38°5, la malade n'avait pas de frissons.

Je prescris des applications d'essence de térébenthine sur le côté, deux cachets de sulfate de quinine de 0gr25 centigrammes chacun.

(1) Communication faite à la Société d'obstét. de Paris, juillet 1900.

N'étant pas rassurée sur l'état de la malade, je revins à neuf heures du soir; elle venait d'avoir un frisson; la température de 38°5 est à ce moment de 39°9; je la trouvai haletante et très oppressée. Les pertes sont normales et sans odeur. Je me propose de faire appeler le docteur à la première heure.

Le lendemain matin à sept heures, la température est de 38 degrés, la dyspnée est très intense, la partie inférieure du thorax et la partie supérieure de l'abdomen sont très douloureuses, l'hypogastre est ballonné. Les pertes sont toujours sans odeur. J'administre plusieurs lavements pour débarrasser l'intestin. Je n'y parviens pas.

Le docteur Lop est appelé le 3 au soir. »

II

N'ayant pu me rendre à l'appel de Mme Bonus, le soir même, je n'ai vu la malade que le 4 au matin et dans l'état suivant :

Le facies grippé, pâle; se plaignant de l'abdomen qu'à travers les draps on voit distendu; découverte, la paroi abdominale apparaît luisante, presque rouge, la palpation la plus légère réveille de très vives douleurs; soif ardente, hoquets persistants, vomissements plus abondants mais nettement porracés, dysurie douloureuse.

Les culs-de-sac et l'utérus sont intacts, la perte n'exhale aucune odeur.

L'intestin est vide, les irrigations, pratiquées quelques instants avant ma visite par Mme Bonus, ont amené une exonération abondante. La présence d'une douleur sous le sein droit attire mon attention du côté du poumon, mais l'auscultation la plus minutieuse ne fait rien découvrir, tant à droite qu'à gauche, il en sera ainsi jusqu'au début de la convalescence du syndrome péritonéal. Le pouls est petit, misérable et les bruits du cœur sont mal frappés. Température, 38°6.

En présence de ce tableau clinique, le diagnostic de péritonite suraiguë s'impose, mais quelle en est la cause?

L'utérus ne me paraît pas être en cause, mais néanmoins et sur le désir exprimé par Mme Bonus, je pratique sans aucune difficulté le toucher intra-utérin. Cette exploration me rassure absolument, car je n'amène aucun débris placentaire, une copieuse injection intra-utérine de sublimé ressort tout à fait limpide.

Traitement. — Glace, *intus et extra*, opium à petites doses et injections vaginales de 4 litres matin et soir de sublimé à 25 p. 1000.

Les 5, 6 et 7 même état, mais avec une légère détente dans la soirée du 7. Déjà les vomissements ont cessé la veille au matin.

Le 8, les phénomènes abdominaux continuent à s'amender, mais l'état général est si précaire (syncopes fréquentes) que je fais injecter, matin et soir, 300 grammes de sérum; sous son action bienfaisante les forces se relèvent un peu et l'alimentation mieux tolérée peut être augmentée comme quantité.

9, 10 et 11 avril : l'amélioration se continue très franchement. Durant toute cette symptomatologie péritonéale, l'utérus est resté silencieux, la perte insignifiante est constamment demeurée *inodore*.

Le 12, au matin, la malade se plaint d'avoir souffert toute la nuit du poignet gauche.

L'examen de cette région ne révèle rien de bien particulier, si ce n'est un peu de douleur à la pression; je fais passer quelques couches de teinture d'iode et envelopper le membre dans de l'ouate; le soir la douleur est allée en s'exagérant, il y a eu des frissons et de la fièvre; le lendemain, 13, je trouve de l'empâtement et de la rougeur au niveau de l'articulation du poignet, la main est très œdématiée et tout mouvement arrache des cris à la malade qui est pourtant très courageuse. Je retourne le soir et, après avoir pris les précautions d'usage, j'incise l'articulation; il en sort aussitôt 25 à 30 grammes de pus verdâtre épais, très homogène et sans odeur. Je prélève aseptiquement un échantillon de ce pus pour l'examen bactériologique.

Grands lavages, drainage et pansement sec à plat. Le lendemain matin, chute de la température, la nuit a été bonne, je renouvelle le pansement qui n'est presque pas souillé. Le deuxième pansement est changé le dix-huitième jour, la plaie opératoire est fermée, la peau a repris sa coloration normale et l'œdème a disparu, mais il existe de la raideur articulaire et les mouvements provoqués sont douloureux.

Mobilisation journalière pendant cinq jours, puis massage et douches sulfureuses chaudes *loco dolenti*.

L'état général est excellent, l'alimentation solide est possible.

Le 24, nouvelle élévation de température, frissons et apparition de douleurs au niveau de l'angle externe gauche de la mâchoire. Le 25 au matin, *parotidite intense*, la malade a déliré toute la nuit, la déglutition est pénible, il existe en outre de la contraction des masséters.

26, l'empâtement a augmenté, mais il n'existe pas de points fluctuants, j'attends pour intervenir encore vingt-quatre heures.

27, la température est tombée à 37°8, les douleurs sont moins vives. 28, l'empâtement a diminué, les 29, 30 et jours suivants la résolution se fait lentement mais franchement; le 2 mai la parotidite est guérie, mais déjà le 30 au matin, alors que les forces et l'appétit revenaient, j'avais remarqué qu'une légère dyspnée se montrait au moindre effort fait par la malade. L'auscultation ne fait cependant rien entendre.

Le 30, dans la nuit, point de côté violent à gauche, frissons, crachats rouillés (*pneumonie lobaire*).

Cette pneumonie dura dix jours et, en se terminant heureusement, clôt la série des accidents multiples qui ont assiégé cette malade près de quarante jours. Aujourd'hui, 8 juin, la guérison s'est maintenue et ma cliente va pouvoir s'en aller dans la montagne.

III

Quelle a été la nature de cette infection survenue ainsi dans un *post-partum* aussi aseptique que possible et en dehors de toutes manifestations génitales?

Tout à fait au début, j'hésitais à admettre la *septicémie puerpérale*, la présence de Mme Bonus au chevet de cette femme était pour moi une garantie; d'ailleurs ma collaboratrice pensait aussi comme moi à la septicémie, bien qu'elle n'en eût aucun cas dans sa clientèle d'alors, mais opérant dans un milieu aisé, mais sale (l'accouchement avait eu lieu dans une pièce voisine d'un atelier de chaussures vieilles), et la femme, se tenant relativement propre, y était demeurée jusqu'au début du travail.

Mais cette *péritonite septicémique*, ne s'accompagnant pas de symptômes utérins et avec des lochies absolument ino-

dores et un utérus vide et bien rétracté, me paraissait anormale.

Quant à l'*infection péritonéale* consécutive à la coprostase des accouchées, si bien décrite par M. le professeur Budin, j'y avais songé tout à fait au début, quand Mme Bonus m'eut renseigné sur le fonctionnement défectueux de l'intestin (constipation habituelle, colite *muco-membraneuse*), mais les évacuants administrés de bonne heure n'ayant pas, comme c'est l'habitude, abaissé la fièvre, malgré l'exonération dont ils avaient été suivis, j'abandonnai cette hypothèse.

L'apparition de l'arthrite suppurée, les caractères du pus furent pour moi un trait de lumière, je songeai à l'*infection pneumococcique* : l'examen bactériologique prouva cette fois que j'étais dans le vrai, la parotidite et la pneumonie confirmèrent à leur tour par leur signature clinique le diagnostic bactériologique qui, à la grande rigueur, aurait pu se passer de ce contrôle.

Examen bactériologique. — 1° A. *Pus provenant de l'arthrite du poignet.* — B. *Échantillon du liquide vaginal.*

Tous les deux donnent à l'examen direct :

Diplocoques en capsules à forme *lanceolée* prenant le Gram.

Pneumocoque : pas d'autres *formes microbiennes.*

Ensemencement : colonies peu nombreuses à l'aspect de gouttes de rosée.

Diplocoques lancéolés prenant le Gram. Pneumocoque. On est en présence de *cultures pures de pneumocoque.*

2° *Du liquide séreux pris par une ponction capillaire au niveau de la parotide et de la salive prise avant la pneumonie* donnent les mêmes résultats tant au microscope que par les cultures.

Cette observation est intéressante par ses nombreuses manifestations cliniques, l'époque de leur apparition et leur nature microbienne. Le pneumocoque a primitivement frappé le péritoine où, contrairement à ce que l'on observe chez l'enfant, la péritonite est restée purement séreuse; c'est certainement à la faveur de l'infection péritonéale que s'est faite l'infection totale de l'économie dont les étapes périphériques ont été le poignet et la parotide et enfin le poumon. Jusqu'à aujourd'hui, exception faite pour la péritonite *suppurée à pneumocoques* et la *méningite* de même nature, les accidents analogues à ceux de ma malade succèdent toujours à une pneumonie. Ici, c'est le contraire. Faute de temps, je n'ai pu faire des recherches bibliographiques très étendues, mais les quelques notes parcourues jusqu'à ce jour m'autorisent à croire que, si notre observation n'est pas unique, du moins jusqu'à ce jour, — et cependant les méfaits du pneumocoque sont bien connus, — aucune semblable n'est consignée dans la littérature médicale de ces deux dernières années.

LE TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS

PAR LA MÉTHODE D'APOSTOLI. — RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

M. Laquerrière, après avoir été pendant cinq années assistant à la clinique d'Apostoli, vient d'exposer dans une étude très complète (1) la méthode de son maître, le rôle qu'elle devait jouer dans la thérapeutique du fibrome, ses indications, ses contre-indications, ses résultats immédiats.

(1) Th. de Paris, 1900.

Mais ce qui fait surtout l'originalité de ce travail, c'es que Laquerrière a recherché les malades soignées par Apostoli avant 1884, en a retrouvé un certain nombre et a pu ainsi voir quels étaient les résultats éloignés du traitement électrique quinze ans après son application.

L'outillage électrique dont il s'est servi est simple : il a usé d'une source quelconque de courant continu (pile, accumulateur), d'un galvanomètre gradué à 250 milliampères, d'une électrode indifférente en terre glaise (électrode d'Apostoli), d'une électrode intra-utérine en platine ou en charbon.

Le manuel opératoire est le suivant : après avoir pris toutes les précautions antiseptiques et aseptiques désirables, on place l'électrode en terre glaise sur l'abdomen, on introduit l'hystéromètre en platine dans l'utérus, on débite ensuite graduellement le courant sans jamais dépasser 20 milliampères à la première séance, si on craint l'existence d'une inflammation péri-utérine, et 50 milliampères dans tous les autres cas. La durée de la séance est de cinq minutes. On diminue lentement l'intensité du courant jusqu'au zéro. La malade après la séance doit demeurer couchée environ trois quarts d'heure au minimum, après quoi elle peut vaquer à ses occupations ordinaires.

S'il n'y a eu avec cette intensité très minime aucune réaction fébrile ou douloureuse, on augmente dans les séances ultérieures l'intensité, on peut aller jusqu'à 80, 100, 150, et exceptionnnellement 300 milliampères.

Le nombre des séances est en moyenne de vingt à trente. Le pôle abdominal est un pôle indifférent, le pôle intra-utérin, pôle actif, est le plus souvent le pôle positif qui répond à la plupart des indications du fibrome. Le pôle négatif plus difficile à manier, non antiseptique, congestionnant, répond à certains cas spéciaux.

L'hémorragie serait arrêtée par la galvanocaustique positive 80 à 90 fois p. 100. Les *douleurs menstruelles* ou *intermenstruelles* s'atténueraient ou disparaîtraient dans 70 p. 100 des cas. L'*état général* ne tarde pas à se relever, la *constipation*, les *troubles urinaires* disparaîtraient aussi.

Quelle est la place due à la méthode d'Apostoli dans la thérapeutique du fibrome? Comme l'a dit Apostoli lui-même, sa méthode, loin d'avoir la prétention de détrôner la chirurgie, n'aspire qu'au rang d'auxiliaire utile. Il est des fibromes qu'on ne doit pas opérer : ceux qui donnent lieu à quelques symptômes insignifiants et aussi ceux où l'état du malade est trop précaire pour permettre une intervention. A côté de ces deux variétés, on doit aussi pratiquer le traitement électrique avant d'intervenir, toutes les fois que les fibromes ne présentent pas un développement trop rapide. Il est contre-indiqué d'employer la méthode d'Apostoli dans les cas de *sphacèle des masses polypeuses*, quand il existe des *collections péri-utérines*, une tendance à la *dégénérescence cancéreuse.* En toute autre circonstance, bien maniée, elle sera sans danger aucun.

Une des plus graves objections qu'on ait faite à la méthode, c'est qu'elle avait seulement des résultats momentanés : Laquerrière consacre un très long chapitre, appuyé sur un grand nombre d'observations, à la réfutation de cette opinion. La plupart des médecins électriciens admettent que les résultats des galvanocaustiques sont particulièrement durables et qu'il est rare de voir des récidives se produire. Pour Apostoli, 10 à 20 p. 100 de ses malades, presque toutes des femmes jeunes, auraient eu besoin d'une cure complémentaire ultérieure de quelques séances.

M. Laquerrière a repris les observations des malades qui

ont servi à M. Courlet pour sa thèse (*Traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus*, 1884), et qui avaient été traitées par la méthode d'Apostoli.

Les unes observées plusieurs années après la cessation de tout traitement, ont été ensuite perdues de vue.

D'autres ont été revues par l'auteur douze et quinze ans après.

Les unes, jusqu'à la ménopause qui s'est produite plusieurs années après, n'ont vu réapparaître ni douleurs ni hémorragies.

Le volume du fibrome qui, dans un grand nombre de cas, avait diminué pendant le traitement, a diminué encore dans la suite.

D'autres, qui n'avaient pas atteint la ménopause, avaient conservé intégralement tous les bénéfices acquis onze et même quinze ans après le traitement.

Comme on le voit, la persistance des résultats est la règle la plus générale, aussi ne saurait-on admettre l'opinion assez répandue que le traitement électrique doit être laissé de côté chez les femmes jeunes, et n'est qu'un palliatif destiné à faire franchir aux malades les derniers mois qui les séparent d'une ménopause prochaine.

LOUIS DELHERM,
Interne des hôpitaux.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'eczéma séborréique (1).

M. L. Bulkley, professeur de dermatologie et de syphiligraphie à la Post-graduate medical School de New-York, obtient dans l'eczéma séborréique d'excellents résultats par l'emploi de liniments et pommades dans lesquels la résorcine est l'agent principal et dont la composition varie suivant le siège et certaines particularités de l'affection.

S'il s'agit d'un eczéma séborréique du cuir chevelu, notre confrère prescrit le plus souvent la solution ci-dessous formulée :

Résorcine médicinale	8 gr.
Alcool rectifié	12 —
Glycérine	15 —
Eau distillée de roses	90 —

Mêlez. Usage externe.

Matin et soir on applique cette solution sur les parties atteintes, puis on frotte avec le bout des doigts afin que le liquide pénètre bien jusque dans la racine des cheveux.

Après cinq jours de ce traitement, on savonne la tête avec une solution dont voici la formule :

Savon vert	60 gr.
Alcool rectifié	30 —

Mêlez. Usage externe.

On enlève ensuite le savon au moyen d'un lavage à l'eau tiède, on sèche soigneusement les cheveux avec des serviettes chaudes et on continue l'usage du liniment résorciné qu'on applique deux fois par jour pendant sept jours consécutifs; puis on fait un second lavage avec la solution alcoolique de savon, après lequel il suffit généralement d'une seule application du liniment, faite au moment du coucher, pour que l'affection du cuir chevelu ne se reproduise plus.

Dans certains cas qui, d'ailleurs, ne sont pas fréquents, la résorcine n'est pas bien supportée. On fait alors alterner l'usage de ce médicament avec celui des pommades au précipité blanc, au tannin ou à l'acide phénique.

Le même liniment résorciné peut aussi être employé pour le traitement de l'eczéma séborréique des parties glabres. Cependant des pommades à base de cold-cream ou de vaseline et contenant de 4 à 5 p. 100 de résorcine sont souvent préférables dans ce cas.

Lorsque l'affection résiste à la résorcine seule, M. Bulkley y associe le soufre, comme dans la formule suivante :

Résorcine médicinale	1gr20
Soufre précipité	} āā 2 gr.
Oxyde de zinc	}
Cold-cream	30 —

Mêlez. Usage externe.

Dans les cas où la surface eczémateuse est enflammée et suintante, notre confrère se sert avec avantage d'un mélange dont voici la formule :

Résorcine médicinale	4 gr.
Acide pihénique	3 —
Calamine pulvérisée	4 —
Oxyde de zinc	8 —
Glycérine	12 —
Eau de chaux	15 —
Eau distillée de roses	90 —

Mêlez. Usage externe.

Enfin, dans certains cas invétérés d'eczéma séborréique avec épaississement de la peau, on peut se voir obligé de recourir aux pommades de goudron ou d'huile de cade dans le but de provoquer l'absorption des épanchements de lymphe plastique.

(1) *Gaz. hebd.*, 19 août 1900.

Traitement de l'hémoptysie (1).

Le professeur Senator (de Berlin) traite de la façon suivante les hémoptysies. Il préconise le repos absolu, la diète lactée, la décoction de gélatine (15 à 20 parties pour 200 eau), la morphine. Si le cœur est accéléré, digitale, vessie de glace sur la région cardiaque. Il préfère aux préparations de seigle la stypticine en solution au 10e : une seringue de Pravaz.

VARIÉTÉS

La rue de l'École-de-Médecine et la Faculté (2).

Par M. Beluze (de Paris).

La Faculté et l'Académie ainsi constituées de haute lutte étaient, nous l'avons vu, logées jusque-là au plus près de l'église Saint-Cosme. Mais ces nouveaux établissements, répondant à un besoin réel d'une part, et, de l'autre, ayant été généreusement dotés (3) par leur fondateur, se développèrent sans tarder. Devant leur expansion rapide et l'affluence des élèves, il fallut bientôt songer à les agrandir.

En conséquence, le 7 décembre 1768, un arrêt du conseil autorise l'Académie de chirurgie à acquérir le collège de Bourgogne avec les quatre maisons qui en dépendent. Des lettres-patentes du 25 novembre suivant confirment cette acquisition faite au nom du roi. Sans délai l'architecte Gondouin se met à l'œuvre : il rase tous les antiques bâtiments encombrant le terrain qui lui est livré. Le collège lui-même, la maison du Chauldron, celle du Hâvre-de-Grâce disparaissent pour faire place à l'édifice dont se contenta l'École de médecine jusqu'au percement du boulevard

(1) *Berlin. klin. Wochens.*, n° 16, 1900.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 1079.

(3) « Le sieur Poisson, père de Mme Pompadour, a été anobli et il a acheté à l'Académie de chirurgie la terre de Marigny... qui avait été laissée à l'Académie par le testament de son fondateur, M. La Peyronie. Cette terre valait au moins 200000 livres... Elle a été érigée en marquisat en faveur du sieur Poisson. » (*Journ. de E.-J.-F. Barbier*, t. IV, p. 26.)

Saint-Germain et aux constructions progressivement entreprises depuis lors. C'est de cette époque que datent et la cour d'honneur dont on a conservé les façades, et les salles du musée Orfila qui subsistent au-dessus du péristyle. Dans l'aile gauche (1) se trouvaient logées l'école pratique, les archives, la chambre du conseil et enfin la salle des séances où l'Académie se réunissait tous les jeudis.

Le 14 décembre 1774, Louis XVI posa la première pierre du grand amphithéâtre que les récents remaniements ont épargné. On peut voir au musée Carnavalet une petite aquarelle de Saint-Aubin commémorant cette cérémonie. Il existait autrefois, face à l'hémicycle, trois grandes fresques célébrant les bienfaits de la chirurgie et illustrant les inscriptions suivantes :

Ils tiennent des dieux les principes qu'ils nous ont transmis ;

La munificence du monarque hâte leurs progrès et récompense leur zèle ;

Ils étanchent le sang consacré à la défense de la Patrie.

Ces compositions étaient de Gibelin. Il y a quelques années, un commencement d'incendie les a partiellement détruites, et elles ont alors été remplacées par celle qu'on y voit aujourd'hui.

Quant à l'aile droite où nous avons connu le petit amphithéâtre au rez-de-chaussée et l'ancienne bibliothèque au premier étage, elle ne fut construite qu'ensuite et terminée en 1786 seulement : elle contenait un hôpital (2) qui représentait le service chirurgical modèle de l'époque.

En décembre 1774, en effet, le roi fait à l'Académie une rente annuelle de 7000 livres pour l'entretien de six lits destinés à des indigents, hommes ou femmes, attaqués de maladies chirurgicales graves et *extraordinaires*, dont le traitement long et dispendieux ne pourrait être suivi dans les autres hôpitaux.

Puis il achète, en 1782, la maison Poisson (3), contiguë de ce côté à l'ancien collège de Bourgogne ; et, avant même qu'elle ne soit aménagée en vue d'agrandir l'hospice, de nouvelles lettres-patentes du 5 juin 1783 fondent six lits de plus auxquels est affecté, comme aux premiers, un revenu de 7000 livres.

Dix nouveaux lits, pour l'entretien desquels La Martinière, premier chirurgien du roi, affecta 10000 francs de rente, ayant été encore ajoutés plus tard, c'était donc, au total, un service chirurgical de vingt-deux lits qui se trouvait ainsi organisé. Il était administré par les membres de l'Académie de chirurgie. Le personnel destiné à le desservir se composait d'un économe, d'une cuisinière, d'une infirmière et d'un infirmier, d'une lingère, d'un portier, d'un secrétaire de bureau, et enfin d'un élève en chirurgie qui était, pour toute rétribution, nourri, chauffé, éclairé et logé. Le carabin, sous Louis XVI, n'était guère plus favorisé que ne l'avaient été jadis ses prédécesseurs en ces lieux, les boursiers de la reine Jeanne de Bourgogne.

On eût dit, d'ailleurs, qu'un mauvais sort poursuivait les établissements qui se succédaient à cette place. Comme le vieux collège, l'hospice Saint-Cosme connut, lui aussi, les jours de détresse.

En 1793 et 1794, il n'a plus en caisse que des assignats démonétisés, il réclame vainement des subsides à la commission des secours publics, qui se fait tirer l'oreille parce que la journée du malade y est trop dispendieuse et y revient à 4 livres 10 sous, alors qu'à l'hospice Sulpice, par exemple, le malade ne coûte que 30 sols par jour. En ce temps-là on se souciait plutôt de maintenir l'égalité que de favoriser les études cliniques.

D'ailleurs, tout ce qui avait attiré ci-devant l'attention royale était alors suspect. C'est à ce titre que l'Académie de chirurgie et l'École de médecine elle-même étaient totalement abolies depuis 1792. Les révolutions affectent volontiers de faire table rase : cela leur permet d'afficher l'illusion coquette qu'elles sont le commencement de tout et que le monde naît avec elles.

Paris et la France vécurent donc sans écoles de médecine jusqu'en 1795 ; et force est bien de reconnaître qu'ils n'en moururent pas. En tous cas, la Convention jugea qu'il n'en pouvait toujours être ainsi, et un décret du 4 floréal an III créa une *École de santé* (1).

Mais avant d'en venir à cette réorganisation de l'enseignement médical sur les lieux même où elle s'était préparée, il nous faut assister à un intermède dont le héros est Jean-Paul Murat, docteur en médecine de l'Université écossaise de Saint-Andrews, ancien médecin des gardes du corps du comte d'Artois, qui, ayant abandonné pour la politique l'exercice de sa profession, eut, antérieurement à l'École de médecine, l'avantage de donner un instant son nom à la rue des Cordeliers.

II

La rue Marat. — C'est une maison voisine de la Faculté qui fut le théâtre de la mort tragique du médecin-tribun ; c'est le couvent des Franciscains qui fut celui de son triomphe posthume, comme il l'avait été déjà d'une partie de ses exploits de sans-culotte.

Le couvent des Cordeliers occupait tout l'emplacement où se trouvent de nos jours le musée Dupuytren et l'École pratique, cette lourde masse de laboratoires, presque complètement encadrée par les rues de l'École-de-Médecine, Antoine-Dubois, Monsieur-le-Prince et Racine. Il était établi là depuis l'an 1230 (2) et sa vaste enceinte, englobant la rue Racine qui n'était pas encore tracée, s'étendait alors jusqu'aux limites du Paris de Philippe-Auguste, dont les remparts suivaient la rue Monsieur-le-Prince (3).

Le musée Dupuytren est la seule partie qui subsiste des vieux bâtiments conventuels. Construit à la fin du XV[e] siècle, c'était le réfectoire des moines. On y admirait jadis une énorme marmite et un gargantuesque gril monté sur quatre roues et capable de recevoir toute « une mannequinée de harengs » (4).

Le reste du grand couvent de l'Observance, jardins, bibliothèque, cloître, église ; tout a disparu de fond en comble. L'église, bâtie par Louis IX et ornée d'un portail surmonté de la statue — ressemblante, dit-on —, du saint roi, se trouva au XVIII[e] siècle en bordure de la rue Antoine Dubois, lorsque celle-ci fut ouverte sous le nom de rue de l'Observance (5). Brûlée par l'imprudence d'un moine en 1580, elle avait été reconstruite plus vaste entre 1602 et 1606, grâce aux libéralités du roi Henri III et de la famille de Thou.

Le cloître aussi avait été partiellement détruit lors du même incendie ; et il avait été, de son côté, complètement réédifié en 1683. Depuis cette époque, son promenoir voûté entourait un jardin central décoré d'une fontaine et donnait accès à plus de 100 cellules propres et claires, ce qui suffisait à lui constituer une indéniable originalité.

(1) J.-A. Dulaure. *Nouvelle description des curiosités de Paris*, 1785.

(2) Ce qui concerne l'hôpital Saint-Cosme est emprunté au *Rapport des commissaires des hôpitaux à la Commission des secours publics* (13 brumaire, an III, publié par Tuestey, in *L'Assistance publique à Paris pendant la Révolution*, 1895.

(3) Lefeure. Loc. cit.

(1) H. Montanier. Loc. cit. — E. de la Bédollière. *Histoire du nouveau Paris*.

(2) Fernand Bournon. Rectifications et additions à : Lebeuf. *Histoire de la ville et du diocèse de Paris*, 1883.

(3) H. Géraud. *Paris sous Philippe le Bel*.

(4) J.-A. Dulaure. *Nouvelle description des curiosités de Paris*, 1785.

(5) Germain Brice. *Description nouvelle de la ville de Paris*, 1706.

A la Révolution, les 60 religieux (1) favorisés qui l'habitaient avaient été expulsés. Leur couvent, qui n'avait point manqué déjà de vicissitudes antérieures, devint chef-lieu du district des Cordeliers et, comme tel, en éprouva davantage encore. En effet, c'est successivement dans son église et son réfectoire que se réunit le célèbre club des Cordeliers, témoin des hauts faits de Marat.

Danton, un autre encore de ses membres fameux, qui habitait un peu plus loin, dans le passage du Commerce, pénétrait, en sortant de chez lui, dans la cour d'une maison contiguë à l'aile droite de l'Académie de chirurgie, vis-à-vis par conséquent l'entrée de la rue de l'Observance. Cette maison, ancien hôtel de Cahors, jouissait à cette époque de l'insigne honneur d'abriter Marat. D'en bas, Danton le hélait sans façon de sa voix puissante; et tous deux, de compagnie, n'avaient qu'à traverser la rue pour gagner le club dont ils étaient les leaders.

Peu après, l'assassinat de Marat dans ce logis mit tout le quartier en deuil et causa plus de vacarme aux environs, que n'en avait jamais occasionné l'ami du peuple durant sa vie d'énergumène. Ce fut une inimaginable explosion de regrets, un luxe débordant d'enthousiasme. On donne le nom de la victime à la rue des Cordeliers, qui le garda jusqu'au 9 thermidor; son corps est exposé sur un lit triomphal dans l'église du couvent ornée de drapeaux tricolores; ses obsèques, réglées par David, le grand organisateur des pompes funèbres et autres, sont une pure apothéose; il est inhumé dans le jardin des Cordeliers; son cœur, enfermé dans une urne précieuse, est suspendu à la voûte de la salle des séances du club et il en devient l'idole. En septembre 1794 enfin, nouvelle et suprême cérémonie à sa gloire : sa dépouille est transportée au Panthéon (2).

C'est l'unique médecin auquel pareille bonne fortune arriva jamais; encore fût-ce pour quelques mois seulement et la médecine, à dire vrai, n'y fut-elle pour rien.

III

La rue de l'École-de-Médecine. — Ces saturnales une fois closes, on eut ensuite le loisir de s'occuper de l'*École de santé*. Si le titre était nouveau, la chose ne l'était pas moins; car on y trouvait réunies, pour la première fois, les deux sœurs jusque-là irréconciliables, médecine et chirurgie, qui vinrent de concert et en bon accord, apparent au moins, prendre possession de l'ancien logis spécialement construit par Louis XV et Louis XVI pour la fondation de La Peyronie. Les haines d'autrefois, comme les traditions, avaient été balayées par la tourmente.

En 1808 enfin, lors de la réorganisation de l'Université, les Facultés de médecine furent établies et celle de Paris conserva pour siège définitif les bâtiments de Gondouin, dont elle occupe encore la place, mais dont elle ne laisse plus subsister aujourd'hui que la façade, le musée Orfila, la cour et le grand amphithéâtre.

Ainsi se trouvait achevée, au début de ce siècle, l'œuvre depuis si longtemps en cours de rénovation médicale. La Peyronie avait vigoureusement sapé l'édifice vermoulu de l'ancienne médecine; la Révolution, de sa rude main, acheva de le jeter bas. Les vieilles méthodes purement spéculatives de l'enseignement traditionnel, l'éternel commentaire sans fin, ressassé des maîtres antiques, avaient largement, trop largement fait leur temps : il n'y avait plus rien à en tirer d'utile, et l'École officielle entra enfin résolument dans la voie féconde de l'enseignement pratique et de l'observation personnelle.

L'abandon des anciennes facultés, leur transfert dans la rue et le bâtiment même qui avaient été le berceau des idées nouvelles, est comme le symbole de la rupture avec les errements du passé; et ce sont les pavillons de dissection, les cliniques hospitalières que nous allons voir pendant soixante-dix ans se multiplier dans ce foyer rajeuni et vivifié en attendant que, par suite d'une orientation nouvelle de la science, ils cèdent à leur tour la place aux laboratoires de recherches qui leur succèdent à l'heure présente.

L'École de médecine avait occupé l'ancienne Académie de chirurgie tout entière, sans en excepter même l'aile autrefois réservée à l'hospice Saint-Cosme. Il fallut en conséquence trouver un autre emplacement pour y installer l'hôpital destiné à l'enseignement clinique. Le couvent des Cordeliers était tout proche; il était vacant aussi depuis que les reliques éphémères de Jean-Paul Marat étaient éparpillées au vent ou jetées à la voirie. Il remplissait donc justement les conditions requises, et l'on aménagea une partie de son cloître et de son église en salles hospitalières, qui prirent le nom de *Cliniques de perfectionnement.*

Longtemps l'établissement ainsi constitué ne fonctionna qu'avec irrégularité et ne fut ouvert que par intermittences. C'est le 1er décembre 1834 seulement, que l'*hôpital des Cliniques*, remanié et reconstruit, fut enfin inauguré vraiment et appelé à donner un enseignement continu (1). Il comprenait 152 lits divisés à l'origine en trois services : médecine, chirurgie et accouchements; mais c'est à l'obstétrique qu'il resta ensuite exclusivement réservé, les cliniques médicales et chirurgicales ayant été dispersées dans les hôpitaux.

(*A suivre.*)

(1) Fernand Bournon. Loc. cit.

(2) Dr Aug. Cabanès. *Marat inconnu*, 1891.

(1) Félix et Louis Lazare. *Dictionnaire des rues et des monuments de Paris*, 1855.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — M. le médecin-inspecteur Marvaud est nommé directeur du service de santé du 7e corps.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Hédie, du cadre de Toulon, est désigné pour aller servir aux batteries d'artillerie actuellement en formation à Toulon pour être expédiées en Indo-Chine.

M. Leclerc, médecin auxiliaire des colonies, vient d'être promu au grade de médecin de deuxième classe.

M. Aurégan, médecin de deuxième classe de la marine, vient d'être promu au grade de médecin de première classe, en remplacement de M. le docteur Touren, retraité.

M. le docteur Touren, médecin de première classe de la marine, vient d'être nommé dans la réserve de l'armée de mer, au grade de médecin de première classe.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés officiers d'Académie :

MM. les docteurs Viaud (d'Agon); Ficatier (de Bar-le-Duc); Coutances (de Clermont-Ferrand); Veyret (de Courpière); Gazeau, médecin principal de la marine; Huet, médecin-inspecteur des écoles de Paris.

Le conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, réuni en séance extraordinaire, a décidé d'ouvrir une souscription pour offrir un souvenir à son président, le docteur Jamin, à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur.

Ce souvenir lui sera remis à un banquet qui aura lieu en novembre prochain.

Adresser les souscriptions au docteur Philippeau, trésorier du Syndicat, 8 bis, rue de Châteaudun, Paris.

La grève des internes de Marseille. — Par suite du refus des internes et des externes des hôpitaux de reprendre leur service et de leur décision de continuer la grève, la commission administrative des hospices a pourvu à leur remplacement, et a nommé quatre médecins chargés d'assurer les services de garde

aux appointements de 300 francs et le logement, jusqu'au 1er janvier prochain.

Sanatoria populaires pour tuberculeux. — Les *Petites Affiches* annoncent la formation d'une société ayant pour but l'établissement de sanatoria populaires pour les tuberculeux; le siège social est à Paris, 2, rue Antoine-Dubois. Les statuts ont été déposés par un groupe de médecins qui ont conçu le projet de cette œuvre; ces médecins sont : MM. le professeur Potain, membre de l'Institut; Louis Landouzy, membre de l'Académie de médecine; Henri Rendu, membre de l'Académie de médecine; Léon Faisans, médecin de l'hôpital de la Pitié; Pierre Merklen, médecin de l'hôpital Laënnec; Maurice Letulle, professeur agrégé, médecin à l'hôpital Boucicaut; Paul Le Gendre, médecin à l'hôpital Tenon; Édouard Brissaud, médecin de l'hôpital Saint-Antoine; Henri Barth, médecin de l'hôpital Necker; Lucien Dreyfus-Brisac, médecin de l'hôpital Lariboisière: Ernest Besnier, membre de l'Académie de médecine; Laurent Amodru, député de Seine-et-Oise; Félix Terrier, membre de l'Académie de médecine; Georges Thibierge, médecin des hôpitaux; Gilbert Sersiron, Eugène Terrien. Le fonds social est fixé à 300 000 francs et divisé en trois mille actions de 100 francs. Parmi les premiers administrateurs qui viennent d'être nommés, figurent le prince d'Arenberg, M. Paul Mirabaud et le comte Camille de Montalivet.

L'enseignement de l'hygiène. — Sur la proposition de Mme le docteur Edwards-Pilliet et à la suite d'un vote émis par le IIe Congrès officiel des œuvres et institutions féminines, une Société de propagande pour l'enseignement de l'hygiène aux femmes vient de se fonder.

Sous le patronage d'un comité d'honneur, composé des plus hautes personnalités de la médecine, de l'enseignement et de la presse, cette société est dirigée Mme Béquel (de Vienne) et composée de Mmes les docteurs Edwards-Pilliet, Héléna Gaboriau, Tourangin des Brissards, Goutchoroff, Landais; de Mmes Siegfried, Louise Debor, Roubinowich, Legrain, Dussaud, et des docteurs Legrain, Pecker et A. Gaboriau.

La Société se propose le but suivant :

Que l'étude de l'hygiène de la famille et de l'enfant fasse partie obligatoire de tous les programmes de l'enseignement féminin, tant de l'enseignement primaire que de l'enseignement secondaire;

Que les candidates à tous les examens soient toujours interrogées sur l'hygiène, d'après le programme spécial qui sera adopté pour chacun de ces examens ;

Que dans les cours d'adultes pour les jeunes filles, une place importante soit réservée à l'enseignement de l'hygiène de la famille et de l'enfant ;

Que des conférences d'hygiène pratique, destinées aux femmes à partir de dix-huit ans, soient organisées dans toutes les villes et les campagnes, par les sociétés et ligues de l'enseignement existant déjà, et par des sociétés nouvelles qui pourront être créées à cet effet;

Que des crèches-écoles soient créées dans le but de faire des professeurs et d'instruire les jeunes filles sur les notions élémentaires indispensables de l'hygiène de l'enfant.

La Société se propose d'inaugurer pendant les vacances des conférences avec attractions, dans diverses localités des environs de Paris.

L'administration quarantenaire d'Égypte fait savoir qu'elle dispose d'une place de médecin-adjoint auprès de l'office de Suez.

Les médecins qui désireraient concourir à ce poste devront être pourvus d'un diplôme régulier. Ils seront choisis, de préférence, parmi ceux ayant fait des études spéciales pratiques de bactériologie et d'épidémiologie.

Le traitement est fixé à L. E. 26 par mois (673 fr. 92 c.).

Les demandes des candidats devront être adressées à la présidence du conseil quarantenaire à Alexandrie, jusqu'au 6 octobre 1900.

Ces demandes devront contenir : 1° copie du diplôme de docteur en médecine, délivré par une Université ou par l'État; 2° copie de certificats d'études pratiques de bactériologie; 3° copie de pièces pouvant justifier de connaissances spéciales en épidémiologie; 4° un certificat médical de bonne constitution; 5° un engagement formel de se rendre en Égypte, en cas de nomination, dans le courant du mois qui suivra la notification officielle.

Toutes les copies devront être légalisées.

Les candidats sont prévenus que leur démission ne pourra être acceptée que si elle est adressée au président du conseil trois mois à l'avance. (*Bull. de la chambre de commerce française d'Alexandrie.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Feillet (de Yffiniac) et Le Mercier (du Havre).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — KYSTE PARA-OVARIEN AVEC ÉTALEMENT DE L'OVAIRE (1 *fig.*). par M. F. CARREZ, interne des hôpitaux de Lyon. — LA CHAMBRE D'HÔTEL AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE, par M. Gustave RIVES, architecte du Touring-Club de France. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — VARIÉTÉS. La rue de l'École-de-Médecine et la Faculté (*fin*), par M. BELUZE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

KYSTE PARA-OVARIEN AVEC ÉTALEMENT DE L'OVAIRE

Par M. F. CARREZ, interne des hôpitaux de Lyon.

Nous avons observé dans le service de M. le professeur Poncet, dont nous avons l'honneur d'être l'interne, un cas de kyste du ligament large avec étalement de l'ovaire. C'est en raison de cette particularité que nous avons jugé intéressant de signaler ce cas, relaté dans l'observation qui suit :

M. M..., jeune fille de vingt-cinq ans. Comme antécédents héréditaires, on note que sa mère eut à subir, à l'âge de quarante et un ans, une opération pour une tumeur abdominale, suivie de guérison rapide et complète. Personnellement, cette jeune fille a toujours eu une excellente santé, sa menstruation a été régulière, à partir de l'âge de treize ans.

Signalons cependant une chlorose à l'âge de seize ans, qui persista plus ou moins accentuée pendant plusieurs années.

Jamais aucun symptôme n'avait attiré son attention du côté de son abdomen, lorsqu'il y a trois semaines elle s'aperçut par ses vêtements que son ventre avait beaucoup augmenté de volume.

Elle ne ressentait aucune douleur; cependant il y a quelques mois elle avait souffert un peu au niveau de la partie inférieure de l'abdomen, du côté gauche.

Depuis huit jours des douleurs ont apparu, localisées à droite de l'ombilic, assez intenses pour gêner les mouvements.

A l'entrée, le ventre est nettement distendu par une tumeur qui. siégeant à la région ombilicale, fait une voussure marquée à ce niveau, surtout quand la malade est debout.

Cette tumeur, facile à délimiter à la palpation, remonte à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic, plonge en bas dans le bassin, et latéralement remplit l'hypocondre droit, tout en dépassant notablement la ligne médiane. La matité qu'on trouve à son niveau contraste avec la sonorité des flancs; elle est nettement fluctuante.

Les fosses iliaques sont libres, le foie est normal.

Pas de troubles de la miction.

Au toucher, on trouve le col normal d'une nullipare, l'utérus mobile, les culs-de-sac vaginaux souples et dépressibles.

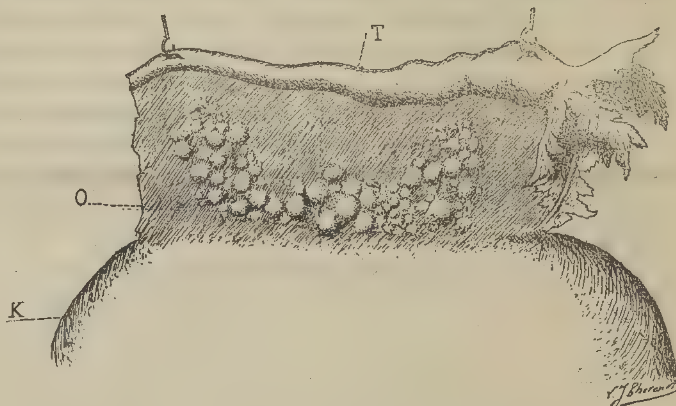
L'état général est bon, la malade n'a pas maigri.

Intervention le 4 mai 1900.

Incision médiane sous-ombilicale, de 6 centimètres environ; de suite après l'ouverture du péritoine, on tombe sur la poche fluctuante qu'on ponctionne, donnant issue à 3 litres environ d'un liquide séreux, puis la poche, entourée par le ligament large, dont les deux feuillets se sont dédoublés pour la recevoir, est énucléée prudemment, manœuvre qui se fait d'ailleurs facilement, en raison de l'absence complète d'adhérences; on met une ligature sur le pédicule vasculaire qui se rend à la tumeur et on suture les feuillets du péritoine. On ferme l'abdomen par une suture en un seul plan.

Les suites opératoires furent simples, la malade sortit guérie le 23 mai.

L'examen de la pièce montra une vaste poche à la surface de laquelle était accolée la trompe allongée, mais saine, et au-dessous de la trompe, on voyait, à travers le feuillet transparent du mésovarium, de petits kystes constituant la masse ovarienne scléro-kystique aplatie et disséminée sur la paroi de la tumeur, comme le montre la figure ci-jointe.



T, trompe; — O, ovaire étalé; — K, kyste.

Nous avions donc affaire à cette variété de kyste, connue sous le nom de kyste paraovarien hyalin, suivant la dénomination de Pozzi.

A l'examen des deux faces de la poche, on ne trouvait rien qui pût faire soupçonner une origine embryonnaire, comme dans le cas de persistance du canal de Gärtner (Souligoux, 1894).

Le point le plus intéressant était l'étalement de l'ovaire, réduit à une simple nappe appliquée à la partie supéro-externe de la tumeur.

Quelle est la cause de cet étalement? C'est là une question difficile à résoudre; on ne peut invoquer un mécanisme de compression, d'autant que, dans notre cas, la tumeur était peu volumineuse. Un autre cas d'étalement de l'ovaire (cas de Souligoux, rapporté dans la thèse de Girerd) a trait lui aussi à une petite tumeur, du volume des deux poings environ. Cet étalement semblerait donc se produire de préférence dans les kystes de moyen et même de petit volume. D'ailleurs on comprendrait difficilement, en invoquant ce mécanisme, qu'une tumeur, refoulant l'ovaire et l'écrasant en quelque sorte contre les parois du bassin, n'amenât pas des accidents graves de compression du côté de l'uretère et des vaisseaux iliaques, au détroit supérieur, et du côté du rectum quand la tumeur plonge dans le petit bassin.

Peut-être faut-il invoquer des tiraillements exercés sur le mésovarium dans le développement de la tumeur.

C'est en tout cas un mécanisme mal élucidé, et qui semble bien secondaire à l'évolution du kyste, car les cas d'ovaire étalé non pathologique sont des exceptions dans la science.

LA CHAMBRE D'HOTEL

AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE (1)

Par M. Gustave Rives,
Architecte du Touring-Club de France.

Les nouveaux moyens de locomotion mécanique, tels que la bicyclette et l'automobile, ont bouleversé nos façons de nous déplacer; grâce à eux, les voyageurs et touristes se répandent dans les localités délaissées depuis l'apparition des chemins de fer : cet exode vers les campagnes est précieux, et il est du devoir de tous de l'encourager et de le faciliter.

Le cyclisme et l'automobilisme permettent, en effet, au citadin anémié par le travail cérébral, de pouvoir agréablement et facilement se retremper dans l'air salubre; puis c'est aussi la vie qui pénètre dans toutes les artères de notre pays; c'est l'éducation, l'esprit vif et alerte des villes qui se répand jusque dans la chaumière la plus humble; enfin, et ceci n'est pas à dédaigner, le passage de tous ces voyageurs crée un mouvement commercial, inconnu depuis la suppression de la diligence. Que Dieu nous garde de vouloir introduire ici une note politique; pourtant, ne semble-t-il pas que c'est là du bon et du vrai socialisme : tout ce mouvement de voyageurs et de touristes n'aura-t-il pas pour résultat de procurer le bien-être aux déshérités des campagnes dont on s'occupe si peu?

Il y a, malheureusement, une ombre à ce tableau : la plupart des villes ou villages, surtout ceux éloignés des stations de chemins de fer, se sont enlisés dans une pénible routine, et les hôtels ou auberges qui ont pu résister à la disette de voyageurs sont trop souvent installés et meublés dans des conditions vraiment déplorables au point de vue de l'hygiène. Qui de nous n'a pas éprouvé les affres du cauchemar en pensant à la visite à faire dans le local où la marâtre nature nous force à rejeter les scories de notre alimentation! Qui de nous n'a pas été péniblement choqué par le contraste frappant qui existe entre nos superbes routes, encadrées de paysages frais et riants, et la chambre d'hôtel aux tentures fanées et poussiéreuses, encombrée de meubles inutiles, de tapis usés, la plupart du temps achetés à l'encan dans quelques ventes après décès, triste logis que le touriste étranger doit trouver bien peu digne de l'esprit novateur et des goûts délicats du « Français »!!

Frappés de cette situation, nos hygiénistes, à l'esprit toujours en éveil, pensent qu'il est temps de porter remède et de déraciner l'esprit rétrograde de nos bons campagnards!

De son côté, une puissante société de touristes, le « Touring-Club de France », a pris délibérément en mains le drapeau des revendications de ses adhérents et, avec le concours de ses nombreux correspondants, cette société organise en ce moment une levée de boucliers contre « l'hôtel mal tenu »!!! De plus le Touring-Club de France n'a pas hésité à ouvrir sa bourse qui est royalement garnie, grâce à ses 80000 membres, et c'est un peu partout qu'il répand et les bonnes paroles et les primes d'encouragement.

Le Touring-Club de France, désireux en outre de présenter un exemple conforme au desideratum des touristes, a créé un type de chambre hygiénique qui est exposée dans la section d'hygiène de l'Exposition de 1900, et où nous trouverons l'application de toutes les observations que nous résumons ci-après.

Nous n'envisagerons pas les dispositions adoptées dans les hôtels où l'on a recours aux architectes dont la compétence sait joindre l'hygiène au confort et au luxe; nous nous occuperons seulement de la chambre d'hôtel de la petite localité, ou de l'auberge, élevée suivant les habitudes du pays, la plupart du temps sans étude. Nous prétendons que les bienfaits de l'hygiène peuvent se répandre sans pousser ceux qui en appliqueront les principes à aucune dépense excessive, en ayant seulement le courage de sacrifier l'esprit de routine qui fait que de père en fils l'hôtelier conserve son logis mal disposé, incommode, insalubre et hésite à transformer des pièces où la dépense d'un faux luxe dépasse celle qu'entraîneraient des dispositions raisonnées de propreté et de confort.

Lorsque les emplacements permettront de joindre à la chambre une petite pièce bien aérée pouvant servir de cabinet de toilette, on aura augmenté le confort de la chambre hygiénique. Nous en parlerons donc aussi.

CHAMBRE HYGIÉNIQUE

Orientation. — Nous ne nous étendrons pas sur cette très intéressante question qui est d'une assez grande importance lorsqu'il s'agit d'édifier un hôtel, mais qu'il est difficile de généraliser, car elle varie suivant les climats; pourtant nous tenons à faire remarquer qu'à notre avis, il faut, autant que possible, exposer les pièces de telle sorte que le bienfaisant soleil puisse y pénétrer; c'est un rude combattant contre l'humidité et c'est aussi l'enrichissement du logis le plus modeste.

Dimensions. — Les dimensions de la pièce sont d'un grand intérêt. Il est, en effet, indispensable de fournir au voyageur un cube d'air respirable suffisant : il nous paraît désirable qu'en aucun cas les dimensions ci-après ne soient diminuées : nous conseillons comme minimum de surface $3^m \times 5^m = 15$ mètres carrés. Quant à la hauteur, nous voudrions qu'elle ne fût pas inférieure à 3 mètres, soit 45 mètres cubes.

---

(1) Il a été beaucoup parlé, dans la presse politique et dans la presse scientifique, de la chambre d'hôtel modèle exposée au pavillon de l'hygiène à l'Exposition, par les soins du Touring-Club de France. Nous avons pensé qu'elle ne pouvait être mieux décrite que par son auteur, aussi nous publions aujourd'hui le remarquable rapport que M. Rives lui a consacré au dernier Congrès d'hygiène.

Ventilation. — La fenêtre et la cheminée jouent un grand rôle au point de vue de la salubrité; aussi croyons-nous devoir insister sur les quelques observations suivantes :

LA FENÊTRE. — La lumière venant d'en haut, plus la hauteur de la fenêtre sera grande et plus la zone projetée par les rayons lumineux s'étendra dans la pièce; de plus, les gaz et l'air vicié s'échapperont d'autant plus facilement.

Si la fenêtre a suffisamment de hauteur, nous conseillons l'emploi des impostes ouvrantes, qui permettent de ventiler la pièce sans ouvrir la fenêtre et évitent ainsi les courants d'air.

Nous proscrivons les jalousies et stores extérieurs; nous conseillons les volets ou persiennes qui, ouverts, dégagent complètement le vide; les jalousies, au contraire, obstruent la partie supérieure et sont, de plus, exposées à une pourriture rapide en conservant l'humidité dans leur surface enroulée.

Les fenêtres à deux vantaux, fermant à « noix » et à « gueule de loup », interceptent bien l'air, avantage très appréciable en hiver; il n'en est pas de même des châssis à un seul vantail où l'air passe facilement dans la feuillure de battement.

LA CHEMINÉE. — C'est un excellent ventilateur supplémentaire; en effet, en hiver, la chaleur du foyer forme, dans le conduit de fumée, une colonne d'aspiration. En été, la cheminée établit un courant d'air avec la fenêtre. Il est nécessaire de pouvoir obstruer l'orifice par un tablier mobile afin de préserver la pièce des rafales de vent qui peuvent s'introduire dans le conduit de fumée. Lors de la construction, ne pas oublier le petit conduit d'air appelé « ventouse », amenant l'air de l'extérieur; il alimente le foyer, active l'appel et évite souvent le manque de tirage et la fumée.

Nous rappelons que le feu de bois bien sec est un excellent chauffage et qu'il faut ramoner le conduit de fumée au moins deux fois par an.

La cheminée sera en marbre et, bien entendu, de la plus grande simplicité comme mouluration, tant au point de vue économique que pour éviter les nids à poussière; par exemple le Louis XVI simple nous conviendrait.

Comme marbre, nous préférons le marbre clair; les taches y sont plus apparentes et obligent à un nettoyage plus fréquent; au contraire, sur les marbres foncés, les taches se confondent avec le ton et n'attirent pas l'attention.

Le foyer sera en marbre sans compartiments, l'âtre en fonte afin d'éviter le carrelage qui se brise et devient un réceptacle de poussière.

Nous préférons aussi les rétrécis en fonte, un peu plus coûteux que ceux en faïence, mais durant plus longtemps. Ceux en plâtre présentent de graves inconvénients et exigent un entretien qui, à la longue, finit par être onéreux.

PLAFOND. — Il faut éviter toute mouluration qui peut arrêter la poussière; aussi la chambre hygiénique n'aura pas de corniche sous plafond; une gorge unie évitera l'angle formé par le plafond et les parois verticales; bien entendu, pas de décoration en carton-pâte, rosaces ou autres; nous éviterons aussi le piton et la suspension qui a tant d'attrait pour les insectes.

SOL. — Nous pensons que le sol le plus sain et le meilleur est encore le parquet sans encaustique, lavé régulièrement; un des inconvénients du parquet est la poussière qui s'introduit dans les joints. Les lames de parquet devront être resserrées lorque le travail du bois aura fait ouvrir les joints.

Sous le parquet, nous avons employé (et cela à notre entière satisfaction) la lambourde scellée à bain de bitume; dans ces conditions, l'auget, réceptacle de poussière provenant des scellements de lambourdes dont le plâtre se désagrège, est supprimé et l'on a une protection contre l'humidité pouvant traverser le plancher. Cela peut être compliqué et dispendieux dans les campagnes, aussi n'est-ce là qu'une simple remarque.

Dans certaines contrées du Midi (notamment sur le littoral méditerranéen), le sol se fait (par économie!) en carrelages de marbre; malheureusement, la froideur de ce sol oblige à le recouvrir de tapis; nous conseillons, dans ce cas, la carpette (tapis mobile), pouvant être facilement enlevée pour le nettoyage et le lavage du sol.

DÉCORATION EN BOIS. — Ce que l'on appelle « la décoration » en termes de menuiserie, c'est la mouluration qui entoure les portes et les fenêtres (chambranles), les cimaises, les plinthes, etc. Cette décoration est indispensable dans une certaine mesure; elle est destinée à recouvrir les joints qui s'ouvrent par suite du travail des bois entre les murs en plâtre et les bâtis et les huisseries en bois, la poussière se met dans l'interstice et le lavage ne pénètre pas; mais si, à notre avis, cette mesure est utile, nous proscrivons la mouluration compliquée où l'éponge ne peut pénétrer; nous conseillons, sur les joints en question, des baguettes ou des champs unis. Pas de moulure au-dessus de la plinthe, qui sera unie elle aussi. Les fenêtres et les portes seront également sans moulures.

Autant que possible nous conseillons la porte à un vantail clôturant mieux que la porte à deux vantaux.

MURS. — *Étoffe*. — Sur les murs, nous écarterons tout d'abord l'étoffe dont nous ne voulons pas entendre parler; c'est, en effet, le meilleur réceptable de la poussière et de tous les animalcules.

Papier. — Si se priver de la luxuriante végétation que représentent avec plus ou moins de goût les papiers de tenture est au-dessus des forces du propriétaire, nous recommandons le papier glacé où la poussière séjourne moins facilement que sur les grains du papier ordinaire et qui peut supporter le lavage dans une certaine mesure; mais nous tenons à faire remarquer les très graves inconvénients du papier.

Nul n'ignore la façon de coller le papier de tenture : sur l'envers du côté décoratif (!) on étale une couche de colle plus ou moins putréfiée; l'adhérence avec le mur est fatalement imparfaite, de là de nombreuses cavités où se réunissent les petites bêtes que tout le monde connaît. Le changement de papier ne remédie pas à cet inconvénient. Il y a lieu d'ajouter que si le mur n'est pas parfaitement sec, le papier se pourrit rapidement et se décolle.

Notre grande objection contre le papier, en dehors de ce que nous venons d'exposer, est l'impossibilité de laver les murs, ce que nous voudrions voir faire au moins une fois tous les quinze jours; nous reconnaissons bien volontiers que l'aspect du mur sans étoffe ni papier est moins « meublant »; mais combien l'hygiène serait plus grande en supprimant ce *faux luxe*.

Peinture. — Peinture à la chaux. Dans les auberges où la peinture à l'huile est une dépense trop élevée, la peinture à la chaux est économique. Elle a aussi ses inconvénients : ses petites aspérités retiennent la poussière, mais nous la

préférons de beaucoup au papier. La peinture à la chaux doit être renouvelée au moins une fois l'an.

Notre préférence va surtout à la peinture à l'huile et surtout aux peintures nouvelles vernissées qui s'emploient actuellement un peu partout : nous voulons parler de la peinture à base de gomme dure, telle que le « Ripolin » et autres peintures similaires.

Ces peintures résistent aux influences atmosphériques, au nettoyage, à l'action des sulfures, à l'essence de térébenthine, aux désinfectants usuels, à l'eau de mer et, quand elles sont bien employées, elles restent inattaquables aux acides étendus d'eau; elles se nettoyent, du reste, très facilement à l'eau chaude et au savon; aussi en préconisons-nous l'emploi.

Ces peintures présentent quelques inconvénients que nous allons passer en revue :

1° La difficulté de l'emploi.

Nous ferons remarquer à ce sujet qu'elles sont répandues maintenant un peu partout et qu'il est bien peu de petites villes ne possédant pas un entrepreneur capable d'exécuter un bon travail avec elles.

2° Son prix.

La dépense est évidemment supérieure à celle du papier; mais il faut considérer que l'entretien en est bien moins coûteux, ces peintures pouvant durer très longtemps, alors que le papier a besoin d'être renouvelé fréquemment.

3° Il reste le côté peu décoratif d'un ton uniforme!

Nous devons considérer qu'il s'agit, en principe, d'une chambre dont le but est surtout d'assurer au voyageur la propreté. Le côté peu décoratif ne peut donc pas être pris en grande considération; pourtant il est facile de donner à cette chambre un bon aspect. En haut du mur on peut faire exécuter un galon assez large, du même ton que le mur, mais plus « soutenu », en camaïeu; soit encore, ce qui n'entraîne pas une grande dépense, faire exécuter au pochoir, dans la partie supérieure du mur, une petite bande décorative, ce que peut faire le plus ordinaire des peintres. Dans la partie basse on peut, au moyen d'un champ posé horizontalement à $0^{m}60$ du sol, simuler un petit lambris qui sera d'un autre ton que celui de la pièce, et au-dessus de ce champ, formant cimaise, un gros galon semblable à celui dont il est parlé ci-dessus, sous plafond.

En principe, nous préférons les tons clairs; nous avons toujours remarqué qu'il est plus facile d'entretenir une pièce claire qu'une pièce foncée; on prend plus de précautions devant le ton clair et les taches s'y voient plus facilement. Enfin (et cela vaut la peine qu'on s'y arrête), les tons clairs sont gais et la gaieté ne fait-elle pas partie du confort?

Les plus grandes précautions sont à prendre pour s'assurer qu'un mur est sec, avant d'y appliquer la peinture. Certaines peintures s'emploient avec assez de succès contre l'humidité, tel le candelot, etc.

Voilà la description de notre piéce terminée comme gros œuvre; il est facile de remarquer que la désinfection d'une pièce de ce genre sera facile et efficace, rien ne s'opposant à ce que le désinfectant puisse être appliqué jusqu'aux plus *petits recoins* de la chambre : *tout est lavable!*

Quant au simple nettoyage, l'eau et le savon auront rapidement fait disparaître la poussière et les taches sur les plafonds, les murs, la décoration, le sol, la cheminée, etc. En un clin d'œil, sans grands frais, la toilette sera complète si les fonds, sous la peinture, ont été bien exécutés.

CABINET DE TOILETTE ET WATER-CLOSET

Au point de vue du gros œuvre, tout ce qui a été dit pour la chambre hygiénique peut s'appliquer au cabinet de toilette et au water-closet.

Les fenêtres monteront jusqu'au plafond; l'appui sera à un mètre du sol pour le cabinet de toilette; pour le water-closet à $1^{m}50$. Dans ces deux pièces nous serions désireux de voir la partie supérieure des fenêtres munies de châssis à persiennes, ouvrant à soufflet intérieur et permettant ainsi la ventilation sans grand courant d'air, ces châssis munis de crémaillères destinées à en régler l'ouverture.

Nous supposons le tuyau de chute en fonte, il faut éviter de le laisser apparent; il forme, avec les murs, des angles où s'accumule la poussière; nous conseillons donc de le « chemiser». Afin d'éviter des fuites nous opérons comme suit et nous nous en trouvons bien : nous entourons le tuyau et les colliers par un grillage de fer galvanisé que nous fixons au mur; nous remplissons en ciment de façon à passer sur le point le plus saillant avec au moins 2 centimètres de charge; nous évitons les encoignures en nous retournant sur les murs perpendiculairement; la surface du ciment est crépie pour faciliter l'adhérence et nous faisons un enduit en plâtre pour recevoir la peinture.

Il faut bien s'assurer que l'enveloppe formée par le fil de fer galvanisé et le ciment, traverse sans interruption les épaisseurs du mur et le plancher.

Pour les water-closets nous supposons que l'eau existe à profusion; impossible, en effet, d'avoir un appareil de ce genre, salubre, si l'eau n'est pas disposée pour alimenter largement la chasse.

Nous recommandons d'étudier avec le plus grand soin la plomberie d'alimentation qui doit être simple de contours, autant que possible apparente et détachée du mur par ses colliers. Le branchement alimentant le réservoir sera muni d'un robinet d'arrêt permettant le barrage en cas de fuite de l'appareil.

Les tuyaux d'alimentation seront enfermés dans des fourreaux en fer ou en fonte dans la traversée des murs ou planchers.

En ce qui concerne l'appareil lui-même, nous nous sommes toujours bien trouvé du grès vernissé, solide et économique. Nous désirons cet appareil d'une seule pièce (cuvette et siphon) afin d'éviter le joint difficile à réparer. Le tampon de dégorgement du siphon sera placé de façon à pouvoir être facilement visité.

Nous préférons l'appareil avec abattant afin d'éviter l'enveloppe de bois dans l'intérieur de laquelle s'amasse souvent l'humidité provenant d'une fuite que l'on voit trop tard; l'abattant sera à ressort de façon à être relevé entre les visites.

Nous n'osons pas conseil'er l'appareil à la turque, peu commode et peu décoratif, mais si facile à nettoyer!

Le réservoir de chasse devra être choisi avec le plus grand soin afin d'éviter les fuites et les réparations; nous nous empressons d'ajouter que depuis l'introduction à Paris du tout à l'égout, ces appareils ont été perfectionnés et que le choix de ceux qui donnent satisfaction est facile.

Le réservoir de chasse doit être posé le plus haut possible tout en réservant la place nécessaire pour la visite du mécanisme. Les constructeurs ont étudié différents réservoirs de chasse qui peuvent répondre à des cas particuliers. Par exemple, pour les endroits où la gelée est à craindre, il y a

des réservoirs incongelables. Dans les localités où l'eau est très chère et où il y a intérêt à modérer la chasse, il peut être très utile d'employer le réservoir à deux débits, permettant la grande et la petite chasse suivant le but de la visite, etc., etc.

Une petite remarque au sujet du sol : il ne faut pas oublier d'exiger que l'orifice du tuyau de chute sur lequel doit être fixée l'extrémité du siphon soit bien entouré par le sol afin que le nettoyage puisse se faire d'une façon parfaite.

L'orsqu'il est impossible de se procurer l'eau nécessaire à la chasse, l'appareil à tourbe peut être employé efficacement : la matière désodorisée sera envoyée dans une fosse qui se transformera ainsi en un récipient d'engrais précieux !

Mobilier. — *Tentures*. — Bien entendu nous écartons d'une façon absolue tout ce qui est tenture décorative. Aux fenêtres nous supprimerons bien volontiers les rideaux, nous contentant des volets ou persiennes pour combattre le soleil; de petits rideaux de vitrage en étamine facile à laver s'arrêteront à hauteur d'homme, laissant ainsi libre le surplus de la fenêtre et l'intérieur égayé par la vue du ciel; si cette simplicité paraît exagérée, nous conseillons les rideaux blancs lavés souvent, posés avec anneaux sur bâtons.

Au lit, pas de rideaux et, bien entendu, pas de portières aux portes. Nous proscrivons, d'une façon absolue, le tapis cloué; près du lit seulement, nous admettons la carpette mobile.

Lit. — Il sera en fer peint; le sommier sera métallique à tendeur; nous serions heureux de voir disparaître le vieux sommier en bois recouvert en toile et à ressorts, où la poussière et la vermine luttent d'importance et dont la désinfection est si difficile.

Pour la chambre à deux lits, le paravent peut être indispensable; il sera en bois peint ou verni et en tissu lavable.

Meubles divers. — La table de nuit sera ouverte, si possible, et en métal; en métal également la monture du bidet dont la cuvette sera en grès vernissé ou en faïence; le bidet ou le seau hygiénique pourront être placés sous la table de toilette, laquelle sera composée d'une sorte de table avec tiroir, une tringle entourera le meuble et recevra les rideaux caoutchoutés qui dissimuleront les accessoires indispensables : le dessus de la toilette sera en marbre recevant la garniture complète. L'armoire à glace sera à « l'anglaise ». Le fauteuil Voltaire et les deux chaises seront en bois courbé et cannés.

Le cabinet de toilette contiendra un tub pouvant s'accrocher au mur, un grand broc, une grande cuvette. On évitera les planches formant étagères, quelle que soit leur utilité, car c'est presque toujours un réceptacle de poussière que l'œil visite rarement. Si des porte-manteaux sont nécessaires, ils seront en fer peint et fixés solidement au mur par des scellements ou des trous tamponnés.

Dans le water-closet, le papier indispensable, soit dans la boîte qui le distribue automatiquement, soit en rouleau : éviter les journaux ou papiers forts qui obstruent l'orifice. Un appareil désinfectant sera un luxe appréciable.

Telles nous paraissent être, dans leurs grandes lignes, les conditions générales d'une chambre hygiénique et de ses indispensables adjuvants.

Nous terminerons ce rapport en espérant que, grâce aux patriotiques efforts de nos hygiénistes, les chambres d'hôtel se transformeront et que, dans toute l'étendue de son territoire, notre chère France sera aussi agréable qu'elle est belle à visiter.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(28 Aout 1900)

M. Lancereaux a fait une nouvelle communication sur les **hémorragies chez les névropathiques.** Il s'agit, cette fois, d'hémorragies pulmonaires. Nous y reviendrons.

Signalons un rapport de M. Grancher sur un travail de M. Mourre (de Bordeaux) relatif à la **difficulté d'ablation de la canule après la trachéotomie.**

M. Mourre a constaté que cette difficulté d'ablation de la canule se produit quand la trachéotomie est faite très haute, c'est-à-dire sinon dans l'espace crico-thyroïdien, au moins sur le cartilage cricoïde. En effet, si ce cartilage a été sectionné, il peut survenir d'abord, par suite de l'écartement des deux branches de son anneau, une immobilisation partielle au début, puis définitive, des articulations crico-aryténoïdiennes, car ces deux aryténoïdes se trouvent alors rapprochés l'un de l'autre et à peu près accolés par le fait du déplacement de leurs surfaces articulaires. D'un autre côté, chez l'enfant, le cricoïde est si près de la région sous-glottique, que la présence de la canule ne tarde pas à amener une inflammation de la muqueuse adjacente, quelquefois même une véritable périchondrite.

Comme conclusion : il faut toujours prendre le temps de rechercher comme point de repère la partie inférieure du thyroïde, ou mieux encore, l'anneau cricoïdien, de manière à faire porter l'incision sur le premier et même de préférence sur le deuxième anneau de la trachée, mais jamais sur le cartilage cricoïde.

Lorsque cette lésion s'est produite, il importe de laisser la canule à demeure le moins longtemps possible.

Lorsque cette précaution n'a pu être prise et qu'il sera survenu des phénomènes de sténose, la première indication sera de remettre la canule dans la trachée, c'est-à-dire de faire la trachéotomie au-dessous du point primitivement ouvert, puis d'attendre que les choses reviennent en l'état, par le fait même de la disparition du corps étranger cricoïdien. Mais lorsque la canule aura déterminé autour d'elle la véritable périchondrite, la trachéotomie basse ne sera plus suffisante, c'est à la dilatation laryngée, ou tubage, etc., peut-être même à la laryngofissure (thyrotomie médiane) qu'il faudra recourir, afin d'enlever les tissus infiltrés qui gênent la respiration.

Enfin, M. Vallin appelle l'attention sur le fait suivant : Ayant voulu regonfler un de ces petits ballons qui servent de jouets aux enfants, il constata, non sans surprise, que le gaz qui s'en échappait répandait une odeur fortement alliacée, rappelant celle de l'arséniure d'hydrogène. Le jouet suspect de renfermer des traces de ces vapeurs toxiques fut naturellement prohibé, mais pouvait-on conclure d'une observation isolée au général? M. Vallin, en tout cas, se souvient parfaitement d'avoir eu à donner ses soins à des soldats qui étaient tombés malades après avoir été réquisitionnés pour la manœuvre de lancement de véritables ballons. Et il se demande si l'hydrogène qui sert à gonfler ces aérostats ne contient pas, lui aussi, parfois des impuretés.

M. Bouchardat tient à rassurer M. Vallin. Le gonflement des ballons se fait d'ordinaire au gaz d'éclairage, et les vapeurs étrangères qu'il pourrait contenir, et qui se trahiraient immanquablement par leur odeur, seraient, à la rigueur, du phosphore d'hydrogène et surtout de l'acétylène. Si danger il y a, il serait ainsi sensiblement moindre que ne le croit M. Vallin.

VARIÉTÉS

La rue de l'École-de-Médecine et la Faculté (1).

Par M. Beluze (de Paris).

Vers la même époque (1835) fut organisé aussi le musée pathologique auquel Dupuytren légua ses collections et son nom. Lui seul, au milieu de tant de ruines, a conservé intact son local originel, échappant jusqu'ici aux atteintes du progrès, grâce à sa situation un peu écartée qui l'a mis en dehors de la zone fatalement vouée à la destruction.

Entre ce vieil édifice et les cliniques, on avait enfin installé plus tard les sept pavillons de dissection qui existaient encore il y a une vingtaine d'années et où Sappey avait, on peut dire, parachevé l'étude de l'anatomie descriptive. On les avait réparés, assainis non sans besoin à diverses reprises; on ne pouvait les agrandir faute de place en sorte que, malgré tous les replâtrages, ils étaient devenus de plus en plus insuffisants. Car le nombre des étudiants allait croissant toujours.

Mais, indépendamment de cette insuffisance des anciens locaux par le fait de la diffusion sans cesse grandissante de l'enseignement, d'autres causes encore exigeaient impérieusement la reconstruction de l'École pratique sur un plan plus moderne. Une révolution, en effet, était survenue qui transformait les sciences médicales et, encore une fois, imprimait à leur activité un puissant changement de direction. Les progrès de la méthode expérimentale maniée par Claude Bernard, l'avènement de la doctrine microbienne sous l'impulsion de Pasteur, modifiaient profondément presque toutes les branches de la médecine. Grâce aux nouveaux modes d'investigation qui leur étaient fournis, la physiologie, la pathologie, la thérapeutique et l'hygiène voyaient s'ouvrir devant elles une brillante carrière encore inexplorée et, du même coup, les anciens programmes d'enseignement se trouvaient bouleversés de fond en comble.

Aussi ce fut alors le formidable branle-bas auquel nous assistons depuis vingt ans. École pratique et ses pavillons trop restreints, Clinique et ses vieilles salles peu soucieuses de la moderne asepsie disparaissent sous la poussée violente des besoins nouveaux. De 1880 à 1889 s'élèvent, sur leur emplacement, les constructions actuelles intégralement consacrées aujourd'hui à la seule École pratique. La Clinique, elle, avec Pajot, dut être transportée rue d'Assas où elle fut inaugurée le 4 mai 1881. Il fallait nécessairement l'exproprier afin de trouver de la place pour le nombre sans cesse accru des élèves comme aussi pour la multiplication considérable des laboratoires destinés tant aux travaux pratiques des étudiants qu'aux recherches des maîtres: chimie, physique, anatomie normale et pathologique, histologie, parasitologie, physiologie, pathologie expérimentale et générale, etc... Tout cela, en effet, se trouve actuellement réuni dans l'ancien enclos du couvent des Cordeliers, qui n'est pas trop vaste pour loger tant de choses et tant de gens.

Ses annexes prenant pareille extension, la Faculté même, c'est bien naturel, ne pouvait rester dans un galetas. Les salles d'examen d'autrefois, disposées le long d'un corridor étranglé, étaient vieilles, exiguës, misérables; le secrétariat était trop à l'étroit; la salle du conseil manquait d'envergure; le petit amphithéâtre, où le père Bouchardat fit son cours d'hygiène patriarcal, était sombre et naturellement bruyant; il invitait au tumulte autant qu'il m'en souvienne. En somme, c'est bien certain, tous ces divers reliquats d'un autre âge eussent fait vraiment trop pitoyable mine en face de ces vastes et somptueux laboratoires, largement desservis et abondamment éclairés. La plus élémentaire pudeur exigeait qu'ils disparussent. Ainsi ont-ils fait. Un palais en entraîne un autre.

C'est le percement du boulevard Saint-Germain, il y a vingt-cinq ans, qui a ouvert de ce côté l'ère durable des démolitions et des décombres, des échafaudages et des bâtisses, qui sont seulement en train de se terminer. Jusqu'à cette époque, l'École de médecine, restée modestement confinée dans les locaux presque séculaires que lui avait légués l'Académie de chirurgie, laissait subsister en paix auprès d'elle la grande et triste demeure où avait succombé Marat, et, au delà, l'élégante tourelle qui faisait le coin de la rue Larrey et qui s'était appelée jadis la maison de l'image Saint-Leu (1). L'une et l'autre, maintenant, ont disparu: les bureaux du moderne secrétariat, agrandis comme il convient, en tiennent la place.

Ce sont ensuite les appartements du doyen à l'angle du boulevard Saint-Germain et de la rue Larrey; celle-ci est maintenant supprimée au profit du terre-plain qui donne asile à la mélancolique statue de Paul Broca.

Entre le grand amphithéâtre et la rue du Jardinet se trouvait un large emplacement autrefois occupé par l'hôtel des archevêques de Reims. Aujourd'hui, c'est là que passent les tramways et que se dressent dans leur raideur glaciale la nouvelle bibliothèque et la façade du boulevard Saint-Germain. Du dehors c'est très vaste, sinon très beau comme aspect. Intérieurement, la grande galerie qui règne au rez-de-chaussée et dont les socles sont encore inoccupés est tout à fait monumentale. Elle ouvre par une de ses extrémités dans la salle des thèses dont les dimensions sont imposantes et qui est abondamment ornée de portraits et de bustes. Parmi ces portraits il en est deux d'ancêtres qui se trouvent fort dépaysés dans ce milieu trop moderne. Ils sont comme perdus et honteux dans les immenses panneaux qu'ils meublent à peine et où ils ont tendance, semble-t-il, à se tenir généralement de travers. Ne vaudrait-il pas mieux réserver ces places à des œuvres plus jeunes, qu'on voit toujours, si haut accrochées qu'elles soient, et qui seraient encadrées luxueusement, ou du moins à l'unisson du milieu. On pourrait peut-être trouver autre part quelque coin plus intime, moins élevé de plafond, moins grandiose d'allures où les vieux d'autrefois se sentiraient un peu chez eux et où leur antique simplicité ne susciterait pas de comparaisons désobligeantes.

Du côté de la rue Hautefeuille, ancienne futaie verdoyante où les Cordeliers venaient jouer à la paume (2), ce sont, paraît-il, des laboratoires qui seront installés. Les bâtiments du prieuré et du collège des Prémontrés avaient subsisté là jusqu'aux empiètements actuels. Vendus comme bien national au moment de la Révolution, ils avaient été achetés en partie par Panckoucke qui y avait installé son encyclopédie (3). C'est aussi dans les combles du même vieux collège que Courbet logea son atelier révolutionnaire pendant la période la plus militante de sa vie, au temps du cénacle de la pension Laveur. Il était concurremment le plus notable habitué du café de la *Rotonde* (4) qu'on voyait encore il y a trente ans à l'encoignure des deux rues de l'Ecole-de-Médecine et Hautefeuille. Ce café auquel la disposition des lieux avait valu son nom, n'était autre chose que l'abside de l'église Sainte-Anne, chapelle des Prémontrés. Jusqu'à la fin ses dorures, tout enfumées qu'elles fussent, rappelèrent une origine moins profane et une affectation bien différente de celle où son étrange destin l'avait fait échouer (5).

En 1897, longtemps après la disparition de cette abside ainsi transformée, lorsqu'on creusa en cet endroit pour éta-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 1094.

(1) Berty et Tisseramd. Loc. cit.

(2) J. de Marlès. *Paris ancien et moderne*, 1838.

(3) Fernand Bournon. Loc. cit.

(4) Auguste Lepage. *Les cafés artistiques et littéraires de Paris*, 1882

(5) Lefeuve. Loc. cit.

blir les fondations des bâtiments actuels, on découvrit la crypte de l'ancienne église qui avait autrefois servi de sépulture pour les religieux. On y trouva huit squelettes et des débris de cercueils en bois avec des inscriptions fort incomplètes, mais permettant néanmoins de faire remonter ces inhumations aux XVI[e] et XVII[e] siècles.

Un peu plus tard, au cours de travaux analogues poursuivis du même côté, mais en se rapprochant davantage de l'ancienne Faculté, au long par conséquent de cette fastueuse salle des pas-perdus qui va constituer le côté gauche de la cour, on découvrit l'orifice d'un puisard remontant à une époque beaucoup plus lointaine; car c'était un vestige des étuves de Pierre Sarrazin qui fumaient là au XII[e] siècle avant la venue des Prémontrés et avaient disparu, dès 1252, acquises par ceux-ci afin d'installer leur collège (1).

Ces antiques souvenirs du passé sont effacés aujourd'hui, ensevelis sous une débauche de constructions titanesques bien faites pour donner au visiteur étonné une haute idée à la fois de la pauvreté lamentable et trop réelle de notre architecture et des ressources probablement inépuisables de nos budgets. Telle qu'elle est devenue, la Faculté borde actuellement avec ses annexes plus d'une moitié de la rue qui porte son nom et ne le mérita jamais mieux, si l'on s'en tient du moins aux apparences.

On le voit, depuis des siècles, l'histoire topographique de la rue de l'Ecole-de-Médecine se mêle, en somme, intimement pour une bonne part à l'histoire de l'enseignement médical lui-même. Elle a constitué d'abord un centre de réaction contre la vieille école et sa somnolence incurable, donnant asile à des salles de dissection et à un service chirurgical consacré aux études cliniques; tout cela en un temps où pareilles choses étaient nouvelles et où les nouveautés étaient généralementfort mal reçues. Son amphithéâtre et son hospice Saint-Cosme avaient préludé à la révolution médicale qui coïncida avec le début de ce siècle, et c'est très justement qu'elle devint, depuis, le centre officiel de l'enseignement rénové dont elle avait pris l'initiative.

De nos jours, le mouvement qu'elle a inauguré ou tout au moins préparé semble toucher à son terme et avoir achevé le cycle complet de son évolution. Si le XIX[e] siècle a été celui de la chirurgie et de la clinique, le XX[e] promet d'être celui des vaccins et et de la sérothérapie. Déjà une école s'est élevée, sinon opposée, au moins étrangère à l'enseignement officiel. Comme toutes les institutions jeunes et indépendantes, celle-ci a l'ardeur, la belle confiance qu'inspirent les premiers succès. N'est-ce pas à elle que l'avenir est réservé? La rue Dutot n'éclipsera-t-elle pas, quelque jour, la rue de l'Ecole-de-Médecine, comme celle-ci, depuis cent cinquante ans, a fait oublier les rues de la Bûcherie et Saint-Jean-de-Beauvais?

(1) BERTY et TISSERAND. Loc. cit.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Congrès international des Œuvres d'assistance en temps de guerre. — Ce Congrès, présidé par M. Mézières, s'est ouvert le lundi 20 courant, à deux heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

La loi sur la déclaration des maladies contagieuses et le syndicat médical de Lille. — Le Syndicat médical de Lille vient de voter la protestation suivante :

Le Syndicat médical de Lille et de la région proteste contre la violation du secret professionnel qui est imposé aux médecins par l'article 15 de la loi du 1[er] décembre 1892;

Invite les pouvoirs publics à poursuivre la suppression dudit article et son remplacement par une loi sur l'hygiène publique;

Approuve le principe de la nécessité de la déclaration des maladies contagieuses et épidémiques, à la condition que celle-ci soit imposée aux malades, c'est-à-dire aux parents ou, à défaut de ceux-ci, au logeur;

Se déclare prêt, sur ces bases, à seconder de tous ses efforts les mesures prises par l'Administration dans l'intérêt de la santé publique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 99. — SAMEDI 1er SEPTEMBRE 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 1er SEPTEMBRE 1900. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE.......... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Essai sur la valeur hygiénique de la crèche, par M. E. BELUZE (de Paris). — A TRAVERS LES CONGRÈS. Vœux émis par le Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Essai sur la valeur hygiénique de la crèche.

Par M. E. BELUZE (de Paris).

La crèche dont nous voulons parler est non pas la crèche hospitalière où la mère et l'enfant se trouvent réunis, mais au contraire la crèche urbaine, à laquelle l'ouvrière, pendant les heures de travail que sa condition lui impose, confie son enfant, trop jeune encore pour fréquenter l'asile.

Si l'on voulait porter un jugement d'ensemble sur les établissements de cette nature, il faudrait les étudier successivement au point de vue moral, au point de vue social, au point de vue de l'hygiène. Leurs avantages moraux et sociaux, soit dit sans en méconnaître la haute valeur, n'intéressent que secondairement le médecin et échappent à sa compétence spéciale. Ce n'est donc pas ici le lieu d'en parler, et nous les considérerons comme suffisamment démontrés par le développement progressif de l'œuvre et l'essor prodigieux qu'elle a pris en ces derniers temps. Nous entendons nous borner à étudier exclusivement son action sur la santé des enfants qu'elle accueille et expose ainsi, dès le plus bas âge, à tous les dangers de la vie en commun. C'est là, d'ailleurs, le point faible de la crèche ; c'est de cet unique côté qu'elle est vulnérable; c'est sous ce rapport seulement que l'opinion, favorable à tous autres égards, qu'on en doit avoir, comporte quelques restrictions nécessaires.

Leur fondateur, Firmin Marbeau, très sûrement et dès l'origine, avait mis le doigt sur la plaie. A ses yeux, une des différences primordiales qui assurait à sa création une supériorité réelle sur la vieille et meurtrière *garderie*, était précisément l'intervention, et l'intervention efficace, quotidienne du médecin. Pour lui, une surveillance médicale assidue était la condition *sine qua non* du fonctionnement de la crèche tel qu'il l'avait compris : car il entendait qu'avant tout le service rendu à la mère ne portât pas préjudice à l'enfant. Il voulait même obtenir davantage encore et comptait que sa fondation, non contente de rester l'œuvre d'assistance par le travail, qu'elle était essentiellement, deviendrait, par surcroît, une œuvre véritable de protection de l'enfance, en favorisant le développement normal de sa jeune clientèle, grâce à des soins bien dirigés et à un séjour dans un milieu plus salubre, que ne le sont d'ordinaire les logements ouvriers.

Les espérances conçues par ce grand homme de bien sont-elles toutes susceptibles de se réaliser en pratique? Devons-nous, au contraire, constater une faillite partielle de la crèche? Faut-il même la réprouver comme dangereuse à la santé publique? Telle est la question que nous nous proposons d'examiner.

Malgré l'intérêt évident que sa solution présente, malgré les cinquante-cinq ans révolus depuis l'ouverture de la première crèche, c'est un problème qui n'est pas encore bien nettement résolu ; car, récemment encore, nous entendions un maître, dont le nom et la parole jouissent d'une juste autorité, conclure à la suppression pure et simple d'une institution qu'il considère comme éminemment nuisible ; et cependant, d'autres médecins, au contraire, vont tenant cette même institution pour le salut de l'enfance ouvrière, ni plus ni moins.

Si l'on s'en rapportait aveuglément au dire des mères, c'est la première opinion qu'on aurait bientôt fait d'adopter. Car, à les croire, la responsabilité de tout accident, quel qu'il soit, survenu à leur enfant, incombe invariablement à un tiers. Selon les circonstances, elles accusent tantôt l'hôpital, tantôt l'école, tantôt la crèche, tantôt les grands-parents ou les voisins, toujours quelque autre, jamais elles-mêmes. C'est là un axiome que le médecin doit sans cesse avoir présent à l'esprit quand une mère lui déduit les causes des maladies de son enfant. Aussi est-il, en tous les cas, indispensable ou de récuser radicalement les racontars de cette source, ou, tout au moins, de les contrôler soigneusement avant de les tenir pour acceptables et d'en tirer une conclusion.

Il n'est pas moins légitime, d'autre part, de rester en garde contre les affirmations catégoriques de ceux qui ne voient que les beaux côtés de la crèche. Inconsciemment ceux-là n'enregistrent que les heureux résultats acquis : le reste passe entièrement inaperçu à leurs yeux éblouis. L'effet immanquable, quoique paradoxal en apparence, de cet optimisme évidemment outré est de mettre plutôt en défiance les esprits indépendants et de susciter aussi parfois des contradictions également tendancieuses.

Comme d'habitude, entre ces deux excès est la vérité qu'on devine : la crèche, ainsi que toute œuvre humaine, n'est pas irréprochable ; le bien qu'elle fait n'est pas exempt

de mélange. M. Napias, dans ses remarquables études, MM. R. Blache et E. Deschamps, lors des récents Congrès (assistance publique et bienfaisance privée; hygiène et démographie), sont d'accord sur ce point et l'ont montré clairement en se préoccupant, au nom de l'hygiène, de la réglementation, de l'installation, du fonctionnement des établissements de cette espèce. Mais quelque chose encore pourtant reste un peu obscur à la base de ces divers travaux et risque de laisser subsister certains malentendus. Faut-il, en effet, regarder la crèche comme un mal inévitable que l'hygiéniste n'accepte qu'à son corps défendant et pour en circonscrire les dangers? Faut-il, au contraire, avec F. Marbeau, lui reconnaître une efficacité positive dans la lutte engagée contre la mortalité infantile? En d'autres termes, celui qui a pour unique souci la santé publique, doit-il subir la crèche ou en favoriser la propagation? c'est le problème fondamental, mais laissé jusqu'ici dans l'ombre, que nous allons aborder sans détour avec des faits et avec des chiffres, d'où nous essaierons de dégager la solution qui s'impose.

I

Comment juger la valeur hygiénique de la crèche? — Pour réussir, comment allons-nous procéder?

Le moyen le plus simple à coup sûr et qui vient tout d'abord à l'esprit serait de dresser la statistique de mortalité de la crèche et de la rapprocher de la statistique correspondante recueillie dans le même temps en ville. Malheureusement ces deux espèces de statistiques sont essentiellement incomparables entre elles et leur rapprochement conduirait à une erreur forcée.

En effet, la population des crèches, dans les grandes villes au moins, est assez nomade. Les enfants disparaissent fréquemment, soit pour cause de maladie, soit même sans autre motif que celui de convenance personnelle à la mère; et, d'ordinaire, jamais plus dans la suite les parents ne prennent la peine d'en apporter de nouvelles. Si l'on en fait demander à domicile, c'est une fois, pour s'assurer que l'enfant est bien portant, ou jusqu'au terme de la maladie, s'il est sorti malade de la crèche. Bref, sauf exceptions rares, on est généralement dans l'impossibilité de suivre longtemps et de façon précise les enfants après leur départ. Étant donné, de plus, que ces enfants ont fait à la crèche des séjours d'une durée parfois très courte, et qu'ils sont soustraits, par conséquent, très vite à l'observation, un nombre appréciable de décès nous échappent nécessairement chaque année de la sorte. D'où résulte entre les deux séries de renseignements, selon qu'ils concernent les uns la crèche, les autres la ville, une inégalité fatale qui s'oppose à tout rapprochement légitime de chiffres recueillis en des conditions aussi disparates.

Ce point de comparaison faisant défaut, nous nous trouvons inévitablement amenés, pour apprécier la valeur hygiénique de la crèche, à recourir à des procédés plus complexes. Ils consistent à analyser sa morbidité et sa mortalité telle qu'on peut la connaître; à examiner aussi les résultats alimentaires qu'on y obtient afin d'évaluer le plus exactement possible, d'après ces documents divers, l'influence favorable en certains cas, fâcheuse en d'autres, qu'elle est capable d'exercer sur la vie et la santé des enfants dont elle a la garde.

Une semblable étude, on le conçoit, ne peut porter sur la généralité des crèches où l'on n'en trouverait pas les éléments. Ces éléments, en effet, tout intéressants qu'ils soient, ne sont en rien indispensables à la marche normale et au bon fonctionnement de l'œuvre; ce qui explique pourquoi on ne les rencontre pas habituellement réunis.

Ayant été à même de les recueillir au jour le jour depuis six ans, à la crèche Sainte-Philomène, située en plein Paris (IVe arrondissement), nous pouvons, pour cette période, dresser en quelque sorte le bilan sanitaire et hygiénique de l'établissement que nous dirigeons. D'un autre côté, grâce à l'obligeance de nos confrères et amis MM. Bouquet, Gauchas et Paul Richard, qui ont bien voulu nous communiquer les relevés de morbidité et de mortalité concernant les crèches Fénelon-Charles (XIVe arrondissement); de la rue Gauthey (XVIIe arrondissement); municipale du Ier arrondissement, rue de l'Arbre-Sec; nous avons pu étudier de la sorte des documents qui nous ont permis de contrôler et de corroborer ceux qui nous sont personnels; ce qui nous autorise à être plus affirmatifs et à généraliser d'autant la portée de quelques-unes de nos conclusions.

Pour être complet, il faut mentionner encore que nous avons eu entre les mains et compulsé les registres médicaux de notre propre crèche pour toute la période remontant jusqu'à 1873; ainsi que ceux des crèches: municipale du IVe arrondissement et Fourcade (XVe arrondissement) depuis leur fondation (1887 et 1895). Les renseignements que nous y avons trouvés concernant la morbidité, infiniment moins sûrs que les précédents, ne sont pourtant pas dénués d'intérêt, en ce sens qu'ils se trouvent concorder avec eux sur les points essentiels.

La réunion de ces documents divers et de valeur assez inégale, nous ne l'oublions pas, représentent les résultats de l'observation suivie pendant cinquante-cinq années d'une crèche moyenne de 34 à 35 lits (1).

Sur ces données, et en tenant compte de la sûreté d'information très variable qu'il convient de leur attribuer, nous allons essayer de dégager l'opinion que l'on doit se faire de la crèche au point de vue sanitaire et médical, c'est-à-dire de déterminer dans quelle équitable mesure il faut ajouter foi au mal comme au bien qui s'en dit.

II

Morbidité. — Quand on examine les tableaux de morbidité que nous venons d'énumérer, on constate d'abord que, malgré le jeune âge des enfants reçus à la crèche (ils y sont uniformément admis entre l'âge de quinze jours et celui de trois ans dans celles sur qui nous possédons des renseignements); on constate, disons-nous, que, variole, syphilis et teignes (favus, tricophytie, pelade) exceptées, toutes les maladies contagieuses y figurent; c'est-à-dire que la crèche n'est par elle-même à l'abri d'aucune sorte d'épidémie et qu'il est urgent de s'y tenir en garde de façon absolument générale contre leur envahissement toujours possible. C'est une notion élémentaire, mais cependant utile à répéter et à ne jamais perdre de vue.

Cela ne veut pas dire que toutes les maladies contagieuses y soient également menaçantes et redoutables; on remar-

(1) 20 années de fonctt d'une crèche de	40 lits	} Sainte-Philomène.
6	—	35 —	}
13	—	25 —	: Munic. du IVe arrt.
5	—	50 —	: Fourcade.
5	—	20 —	: Crèche, rue Gauthey.
4	—	35 —	: Fénelon-Charles.
2	—	30 —	: Munic. du Ier arrt.

que entre elles au contraire, sous ce double rapport, des différences extrêmement accentuées.

C'est ainsi que la *fièvre typhoïde* s'y montre exceptionnellement; nous n'en voyons signalés que deux cas: un en 1877; l'autre en 1898.

La *scarlatine* est fort rare aussi; nous ne la trouvons que 8 fois : 5 avant 1893; 3 depuis.

Cette même année 1893 marque aussi une diminution considérable dans le nombre des *diphtéries*; nous en relevons 16 cas avant et 3 cas seulement après. Mais il est à noter, pour la scarlatine comme pour la diphtérie, que les cas s'en trouvent très épars dans les tableaux, c'est-à-dire qu'ils sont restés isolés sans devenir le point de départ d'épidémies.

Avec les *oreillons* nous entrons dans la série des maladies dont la crèche favorise certainement la diffusion. Nous en avons constaté nous-même un cas de contagion bien net; et l'apparition simultanée de quatre autre cas que nous trouvons rapportée rend très probable, sinon absolument sûre, l'infection de ces quatre petits malades à la crèche même par le fait d'un camarade dont la maladie, antérieurement, sera passée inaperçue.

La *rubéole*, qui était jusqu'à ces derniers temps restée une rareté, semble avoir quelque tendance à se répandre. Après n'en avoir vu pendant longtemps que quelques cas fort rares et toujours isolés, nous avons constaté, cette année même, 7 cas de contagion.

A l'inverse, la *varicelle* diminue plutôt de fréquence. Il en a été constaté le total respectable de 263 cas dans les divers relevés que nous avons sous les yeux. Mais, si nous en suivons le cours à la crèche Sainte-Philomène, par exemple, qui nous offre la plus longue période d'observations continues, nous la voyons, entre 1877 et 1889, figurer chaque année au tableau et parfois même avec des chiffres assez élevés (21, 22); de 1890 à 1893, nous en avons noté nous-même : 10, 11, 21 et 12 cas. En 1894 et 1895, elle disparaît complètement; 1 cas seulement en 1896; aucun en 1897; et enfin 6 pour chacune des deux dernières années 1898 et 1899. En somme de 1894 à 1900 nous n'avons vu que 13 cas de varicelle, parmi lesquels 6 ont été contractés en ville et 7 à la crèche même. Heureusement, si cette affection est assez commune, elle se montre insignifiante par sa gravité et, pas plus que la rubéole, elle ne mérite de nous arrêter davantage.

Il en est de même encore pour la *stomatite aphtheuse* dont nous trouvons relatée une épidémie ayant atteint 5 enfants; ainsi que pour les accidents autrement fréquents d'*eczéma* et d'*impétigo*. Durant ces dix dernières années nous en relevons 61 cas à notre crèche dont 27 importés de la ville et 34 consécutifs à des inoculations intérieures.

Les *ophtalmies* (conjonctivites catarrhales et strumeuses) se montrent fort nombreuses aussi. Mais, s'il en est parfois que la négligence des mères laisse durer trop longtemps, nous les avons toujours vues se terminer sans accidents sérieux. De 1894 à 1900, nous en avons observé à Sainte-Philomène 68, toutes bénignes et se répartissant en 35 apportées par les enfants de leur domicile et 33 résultant de contagions à la crèche même.

Nous arrivons maintenant à une série d'affections transmissibles autrement graves et qui, soit par elles-mêmes, soit par leurs complications fréquentes, menacent sérieusement la vie des enfants qu'elles atteignent. Celles-ci par conséquent sont capables d'alourdir sensiblement la statistique de mortalité de la crèche et nous devons leur accorder une attention spéciale parce qu'elles sont de nature à exercer une influence de premier ordre sur le degré de confiance mérité par ces établissements au point de vue sanitaire.

La *coqueluche* d'abord : nous en relevons un total de 143 cas dans l'ensemble des documents inédits que nous étudions. Puisqu'ils embrassent cinquante-cinq ans de fonctionnement d'une crèche de 35 lits environ, il faudrait donc compter, bon an mal an, de 2 à 3 cas de coqueluche dans une crèche de cette importance et dans laquelle passeront, c'est la proportion habituelle, au moins une centaine d'enfants chaque année. A première vue, étant donné le début insidieux de la maladie et la communauté de vie qui règne à la crèche, on trouvera peut-être le chiffre bien réduit. Je le crois pourtant l'expression à peu près exacte de la vérité. La puissance de contagiosité de la coqueluche est certainement beaucoup moindre au début de l'affection qu'elle ne le devient plus tard; et, dans les crèches, c'est un fait d'expérience, on se défend assez facilement de son invasion et on en est fréquemment encore quitte pour la peur. Nous en avons la preuve en examinant ce qui s'est passé à cet égard à la crèche Sainte-Philomène depuis six ans. En 1894, un enfant nous importe la coqueluche vers la fin d'août. Vingt jours plus tard nous constatons 1 cas de contagion. Et tout se borne là. En 1895, 1896 et 1897, nous en constatons 1 cas chaque année; chacun des trois reste isolé. Pour 1899, il n'en est malheureusement pas de même : un enfant nous contagionne 3 de ses camarades. Au total, en six ans et sur un chiffre de 736 enfants ayant fait plus ou moins longtemps acte de présence, nous avons eu à renvoyer 9 coquelucheux seulement, 4 fois la contagion incombe à la crèche; 5 fois la maladie avait été contractée au dehors; 3 fois les enfants atteints ont pu être renvoyés à temps pour ne pas transmettre le mal.

On ne s'en tire pas à aussi bon compte avec la *rougeole*.

Dans le même laps de temps, ce n'est pas 143 cas que nous trouvons signalés, mais bien 496, ce qui constitue une moyenne de presque 10 cas par année.

La *Revue d'hygiène et de police sanitaire* (1) a récemment publié sous le titre de : *La rougeole à la crèche*, un travail où nous donnons l'histoire de cette affection à Sainte-Philomène entre le 1er janvier 1894 et le 1er août 1899. Ce sont les chiffres qui y sont contenus que nous allons reproduire brièvement ici en les complétant seulement au moyen de ceux qui concernent les cinq derniers mois de l'année passée.

Parmi les 736 enfants venus à notre crèche en ces six ans nous avons vu se produire 57 cas de rougeole, soit une moyenne de 9,5 par an. Cette maladie est par conséquent, et de beaucoup, l'affection contagieuse prédominante dans les crèches de Paris, celle qui déjoue le plus souvent, par suite de sa contagiosité extrême et précoce, toutes les mesures de précaution qu'on puisse imaginer. C'est ainsi que, sur nos 57 enfants atteints, 24 seulement nous l'ont apportée de la ville; les 33 autres ont été contaminés à la crèche, qui doit en conséquence et très justement porter la responsabilité de ces cas de transmission intérieure. Etant donné le chiffre total de 736 enfants qui l'ont fréquentée en ce même espace de temps, notre crèche mérite donc le reproche d'avoir donné la rougeole à 4,48 p. 100 des enfants constituant sa population. Le fait est d'autant plus à déplorer que, nous

(1) Mars 1900.

l'allons voir au chapitre mortalité, la rougeole se montre excessivement sévère dans sa clientèle.

La gravité exceptionnelle qu'elle affecte en ce milieu tient pour une grosse part à ce qu'elle s'y associe de la façon la plus fâcheuse à la *tuberculose* qui, elle aussi, de son côté, y exerce de terribles ravages et très souvent y mine les enfants dès le berceau. En effet, sous ses diverses formes, nous la trouvons mentionnée 103 fois dans les relevés que nous suivons. C'est peu comparé au chiffre de 27 que nous constatons, et sans l'avoir systématiquement recherchée, pour les six dernières années de fonctionnement de notre seule crèche. Cette surabondance comparative de tuberculeux à Sainte-Philomène a-t-elle pour seule cause sa situation au centre de vieux quartiers resserrés, surpeuplés, misérables et cultivant par là plus et mieux que tous autres le bacille de Koch? C'est possible; mais il est assez vraisemblable aussi de croire que la tuberculose échappe bien souvent au médecin de crèche parce qu'elle reste en dehors de ses préoccupations dominantes et n'est pas au nombre des maladies dont il redoute la propagation au sein de l'agglomération dont il a la charge. Ainsi que le disait en effet M. Gauchas au dernier congrès de la tuberculose (1) : « Malgré la fréquence de la tuberculose à la crèche, la contamination ne semble pas y être très à craindre. » Sauf rares exceptions on n'y rencontre guère que des tuberculoses *fermées*; et les soins usuels apportés à la désinfection et à l'enlèvement immédiats des couches souillées suffisent à prémunir contre les chances de dissémination du bacille par les matières fécales qui en sont chez l'enfant le vecteur le plus commun.

Mais si l'on peut en sécurité innocenter la crèche au point de vue du danger de transmission de la tuberculose, il n'en est plus de même au point de vue des *bronchites*, *pneumonies* et *bronchopneumonies* qu'on y rencontre en nombre considérable (493 cas sur l'ensemble des 6 crèches considérées). Il est certain que le trajet biquotidien d'enfants parfois très jeunes, apportés le matin du domicile, remportés le soir, quels que soient le temps et la saison, est bien fait pour favoriser les refroidissements. Mais la responsabilité entière et constante de ces refroidissements revient-elle bien à la crèche ? n'y a-t-il pas fréquemment aussi imprudence de la mère qui, malgré les conseils, couvre insuffisamment l'enfant ou s'attarde inutilement en route? Sur ce point il nous est absolument impossible de faire un tri et de déterminer la part qui doit équitablement incomber à la crèche.

Il en est de même aussi pour la *grippe*. Dans les seuls relevés de notre crèche et de celle de la rue Gauthey et parmi les 966 enfants qui les ont fréquentées, nous la trouvons signalée 129 fois. Mais, à cause des allures capricieuses ou plutôt mal déterminées des épidémies, il nous a été impossible d'en suivre utilement la marche et de nous rendre compte, même approximativement, du nombre de cas qu'on peut imputer à la diffusion par la crèche.

Restent maintenant les affections d'ordre gastro-intestinal, qui sont très fréquentes. Durant ces six dernières années et pour les trois crèches : de la rue Gauthey, Fénelon-Charles et Sainte-Philomène, nous en trouvons mentionnés 157 cas, parmi lesquels (et nous attirons spécialement l'attention sur ce chiffre minime) 11 seulement d'entérites aiguës ou de diarrhées cholériformes. La très grande majorité est donc constituée par des troubles dyspeptiques reconnaissant généralement pour cause un écart de régime et que les soins d'ordre alimentaire suffisent le plus souvent à faire rapidement disparaître. Notre confrère Gauchas nous a dit avoir vu, dans les premiers temps d'ouverture de sa crèche, quelques cas d'entérites affectant une marche épidémique. Il n'a jamais constaté depuis de nouveaux faits de contagion. De notre côté jamais nous n'en avons observé; et l'on peut affirmer en toute assurance que la transmission des accidents gastro-intestinaux est fort rare à la crèche. C'est aussi l'opinion de M. Hagenbach-Burckhardt (de Bâle). Médecin à la fois de crèche et d'hôpital, il a pu étudier comparativement les deux milieux et résume ainsi les résultats de son expérience (1) : ayant prescrit de part et d'autre des soins identiques pour l'alimentation artificielle des enfants et la prophylaxie des entérites, bien que le cubage d'air, le nombre et l'expérience des infirmières aient été tout à l'avantage de l'hôpital, il constate pourtant que les entérites, *extrêmement contagieuses dans son service hospitalier*, ne le sont que rarement, *exceptionnellement*, *à la crèche*. Celle-ci devrait, selon lui, cette immunité : 1° à l'infection moindre des locaux inhabités la nuit; 2° à la réceptivité, moindre également, de sa clientèle mieux, sinon toujours bien portante.

Quelle qu'en soit d'ailleurs l'explication, le fait surtout nous intéresse et il est hors de doute : la crèche se défend facilement des accidents gastro-intestinaux d'ordre contagieux. Ces accidents y doivent prendre place moins au chapitre des affections transmissibles qu'à celui de l'alimentation. S'ils sont nombreux, c'est qu'incorrigibles aussi sont trop souvent les idées fausses et l'incurie des familles en matière d'alimentation infantile. La responsabilité constante, pourrait-on dire, des écarts de régime qu'on y observe remonte toujours à la mère, qui d'ailleurs n'en convient jamais. En vérité, la crèche travaille fréquemment à guérir les dyspepsies aiguës ou chroniques apportées du domicile. Souvent elle ne réussit qu'imparfaitement et c'est à regretter; mais aller plus loin et la rendre responsable de ce qu'elle est impuissante à conjurer serait évidemment inique.

III

Mortalité. — Malgré cette persuasion où nous sommes que la famille est l'origine à peu près certaine des troubles gastro-intestinaux observés, nous ne négligerons pas néanmoins l'examen des décès qui se sont produits de ce fait et n'en tiendrons la crèche quitte qu'à bon escient; car il peut malheureusement arriver qu'un manque de soin accidentel, apporté à l'alimentation artificielle toujours si délicate des nourrissons, s'y puisse produire et qu'un oubli, même momentané, suffise pour entraîner les conséquences les plus graves.

Mais, naturellement aussi, l'analyse de la morbidité faite au chapitre précédent nous ayant renseignés sur les maladies dont il faut redouter le plus la diffusion, c'est sur celles-là : rougeole, grippe, coqueluche, accidents bronchopulmonaires, que nous porterons particulièrement notre attention. Ce sont elles surtout qui nous permettront de déterminer en quelque sorte l'indice de mortalité propre à la crèche ou plutôt à notre crèche; car c'est dans son seul tableau de mortalité que nous trouverons, sur l'évolution du mal auquel les victimes succombèrent, les détails suffisants pour en reconnaître l'origine.

Parmi les 736 enfants venus à la crèche Sainte-Philomène,

(1) Gauchas. *Prophylaxie de la tuberculose dans les crèches*, 1898.

(1) *Die Krippen und ihre hygienische Bedentung*, Iéna, Fischer 1898.

de 1894 à 1900, nous avons relevé le total minime et évidemment incomplet de 79 décès.

Il est essentiel, à ce propos, de faire remarquer que ceux qui nous ont échappé se sont nécessairement produits chez des enfants partis bien portants et, cela même, assez longtemps après leur sortie. Car nous nous enquérons toujours à domicile des causes de départ de ceux qui nous quittent et, à plus forte raison, de l'évolution ultérieure des maladies que nous avions déjà constatées. Les renseignements que nous obtenons ne sont pas toujours très circonstanciés, quand nous ne pouvons les obtenir par nous-même; mais ils ne font jamais non plus complètement défaut et nous pouvons affirmer que, parmi les décès dont notre tableau de mortalité se trouve allégé par omission, décès forcément survenus longtemps après le départ des enfants, aucun ne saurait être imputable à la crèche.

Il en est de même pour 8 de ceux dont nous avons connaissance, mais dont les causes nous sont restées inconnues. Ils se sont produits de deux à six semaines après que les enfants eurent quitté la crèche. L'un d'eux avait été renvoyé quinze jours auparavant, atteint d'oreillons qu'il avait contractés chez lui. Est-ce à une complication s'y rattachant qu'il a succombé? Il nous a été impossible de savoir rien de précis. Une autre, une fillette de quarante-quatre mois, que nous gardions malgré son âge parce qu'elle était restée infirme à la suite de paralysie infantile, mourut aussi plus de deux semaines après son départ, sans que nous ayons pu rien apprendre des accidents qui l'ont emportée. Quant aux 6 restant, il nous avaient quittés en bonne santé et sans avoir présenté, durant les séjours respectifs de : un, deux, trois, trois et demi, quatre et neuf mois qu'ils avaient faits à la crèche, aucune affection de nature à inspirer la moindre inquiétude pour l'avenir.

Nous éliminerons rapidement encore 7 décès dont, manifestement, la crèche est irresponsable : 4 furent occasionnés par des convulsions, 1 par œdème pulmonaire survenu au cours d'une néphrite probablement scarlatineuse dont l'enfant était rentré porteur après une absence de six semaines. Le sixième petit malade succomba à une diphtérie survenue à l'hôpital où il était soigné pour un ecthyma qui lui avait été inoculé dans sa famille et avait motivé, deux mois auparavant, son renvoi de la crèche. Le dernier enfin, rendu à sa mère à cause d'une coqueluche qu'il avait prise au dehors, mourut deux mois et demi plus tard de complications qui se produisirent au cours de la maladie.

Un groupe dont il faut aussi nous débarrasser de suite, c'est celui des athrepsiques qui se trouvent au nombre de 10. Parmi eux, 5 étaient restés moins de quinze jours avec nous. Les autres avaient succombé moins rapidement, après des délais de trois, quatre, six, dix et dix-huit semaines. La seule chose, à leur sujet, dont on puisse incriminer la crèche, est de ne pas les avoir guéris.

De la sorte, nous avons éliminé les maladies dont, en fait, notre crèche n'a pas contribué à augmenter les ravages. Malheureusement, nous allons maintenant avoir à reconnaître un certain nombre de méfaits indiscutables, et, autant que possible, nous nous efforcerons de les chiffrer.

Les complications ou les suites de la *rougeole* figurent 18 fois (1) comme causes de décès dans notre tableau de mortalité embrassant la période de six années 1894-1899. Dans 9 de ces cas, la maladie avait comme point de départ une contagion étrangère à la crèche. Pour les 9 autres, au contraire, c'était bien à la crèche que s'était opérée la contamination, et ceux-ci méritent pleinement de figurer à sa charge.

Parmi ces 9 derniers décès, 7 reconnaissent pour cause immédiate des complications broncho-pulmonaires aiguës et à terminaison rapidement fatale; mais les deux autres qui ne se sont produits que six et quatorze semaines après le début de la maladie primitive, furent la conséquence de tuberculisations pulmonaires dont l'évolution avait été déterminée par la rougeole. C'est pour ce motif que nous les rapportons à cette affection initiale.

Ainsi allégée, la part de la tuberculose reste pourtant encore prédominante. Sur l'ensemble des 79 décès, elle a fait, pour son compte seul, 20 victimes qui ont succombé soit à des méningites, soit à des adénopathies bronchiques ou mésentériques, soit au mal de Pott (1 cas), soit à des localisations pulmonaires (2 cas distincts de ceux qui figurent ci-dessus au paragraphe rougeole). Mais, quelque forme qu'ait revêtue le mal, jamais nous n'avons trouvé dans l'observation antérieure de ces enfants, au moins durant le temps qu'ils ont passé sous notre surveillance, aucune affection capable d'avoir provoqué l'éclosion des accidents terminaux. La crèche, de ce côté, reste donc indemne.

La *bronchite capillaire*, la *pneumonie* et la *bronchopneumonie* ont emporté 6 enfants. L'un d'eux, malade dès avant son entrée et reçu sous toutes réserves, ne put être gardé à la crèche; un second, sorti bien portant, ne fut pris que huit jours plus tard; un troisième, atteint déjà à diverses reprises de bronchites antérieures, ne succomba que trois semaines après sa sortie. A l'égard de ceux-là, la crèche ne saurait être accusée d'avoir occasionné le mal. Quant aux trois autres, il en va tout autrement : rien ne nous autorise à croire qu'elle n'en doive pas être tenue pour responsable; et, bien que ce soit une responsabilité fort mitigée dont les mères peuvent revendiquer leur bonne part, dans le doute nous les ferons figurer au passif de la crèche.

En ce qui concerne la *grippe* dont les complications furent 6 fois mortelles, il est certain que 2 fois au moins la crèche resta évidemment étrangère à la contamination. Dans les 4 autres cas, au contraire nous ne pouvons répondre de rien et, bien que sans grande conviction, nous les ajouterons au dossier. Remarquons seulement, c'est justice, que les 3 décès par bronchopneumonie et les 4 par suite de grippe compliquée restent pour nous d'une origine douteuse; ils ne sont pas sûrement attribuables à la crèche; et, en les inscrivant à sa charge, nous risquons d'exagérer un peu sa part exacte de responsabilité.

Il en est de même encore au sujet d'un décès par diarrhée cholériforme que nous lui imputerons uniquement parce que nous ne pouvons démontrer son origine extérieure. Quant aux trois autres morts relevant de la même cause, on ne peut songer à l'incriminer. 2 fois les enfants sortirent en bonne santé et ne tombèrent malades que treize jours ou deux mois et demi après leur départ. Dans le dernier cas, il s'agissait d'un enfant au sein que la mère sevra en plein mois de juillet; comme, en agissant ainsi, elle allait à

(1) En se reportant à notre travail : « La rougeole à la crèche » (*Rev. d'hyg. et de police sanit.*, mars 1900), on trouvera des renseignements précis et que nous ne pouvons fournir ici sur la marche des épidémies et 15 des décès mentionnés. Les 3 que nous avons à y ajouter sont dus : l'un à une rougeole survenue à la fin de 1899 (notre précédent travail s'arrêtait en août de la même année); les deux autres à des cas qui, s'étant manifestés six semaines et deux mois après la sortie des enfants, ne pouvaient figurer parmi ceux observés à la crèche.

l'encontre de nos conseils réitérés nous lui rendîmes immédiatement le bébé qui mourut au bout de quinze jours.

Nous en avons fini avec l'énumération des 79 décès dont se compose notre relevé. De cette analyse rapide, il résulte qu'en mettant au compte de la crèche tous ceux dont nous ne sommes pas en mesure de la disculper, c'est-à-dire, en laissant très vraisemblablement à sa charge quelques-uns de plus qu'il n'y en a en réalité, nous arrivons à un total de :

9 par rougeoles compliquées;
3 — broncho-pneumonie ou pneumonie;
4 — grippes compliquées;
1 — entérite.

Soit *un maximum de* 17 *décès* dont il est permis de la croire au moins la cause occasionnelle, en six ans de temps et sur 736 enfants qu'elle a reçus durant la même période. En moyenne, donc, *chaque année la crèche Sainte-Philomène, qui assiste* 123 *enfants, coûte la vie à* 3 *d'entre eux*.

Mais en devons-nous rester là et convient-il de considérer comme une perte sèche ce déficit annuel de trois vies humaines? Non certainement; car jusqu'ici nous n'avons évalué que le passif de la crèche et il nous reste à examiner les ressources dont elle dispose pour le combler.

IV

Profits que la santé des enfants tire de la crèche. — Ces ressources sont de deux ordres : d'abord les conditions satisfaisantes d'habitat que présentent les locaux; en second lieu, l'action directrice qu'elle prend sur l'alimentation infantile.

Relativement au premier point nous serons très brefs.

On sait assez ce que sont, à Paris et dans les vieux quartiers surtout, les logements ouvriers : maisons infectes; escaliers puants; chambres malpropres, encombrées, surpeuplées; toujours sans air ni espace; parfois sans clarté; où, souvent, un tuberculeux expectore à la journée des bacilles; où se déroulent aussi, par intermittences, des scènes terrifiantes d'ivresse bestiale ou de folie alcoolique. C'est à pareil milieu que la crèche soustrait l'enfant pendant douze heures sur vingt-quatre. Elle lui donne, en échange, un peu de soleil, d'air respirable, d'espace pour jouer; de quoi combattre l'anémie et développer ses jeunes forces.

Il est clair, sans qu'il soit besoin d'insister, qu'elle exerce déjà de la sorte, et nécessairement, une influence des plus favorables à la croissance normale des enfants qui lui sont confiés. L'hygiène alimentaire, dont l'importance n'est pas moindre à coup sûr, mais dont la direction est des plus délicates et le succès moins certain, doit nous arrêter davantage. Ses résultats, bons ou mauvais, sont d'ailleurs plus rigoureusement appréciables, et nous allons pouvoir fournir la preuve précise de son utilité réelle, concernant la santé et la vie de la jeune clientèle qui est appelée à en bénéficier.

Mais, au préalable, sans vouloir pour cela entreprendre ici l'étude du rôle dévolu au médecin de crèche, il est cependant indispensable que nous indiquions, au moins d'un mot, de quelle façon très générale nous comprenons ce rôle, et que nous disions jusqu'où doit s'étendre, selon nous, pour produire des effets vraiment sérieux, la surveillance exercée sur l'alimentation des enfants. On pourra juger de la sorte à quelles conditions ont été acquis les résultats que nous exposerons ensuite.

Les enfants sont gardés douze heures à la crèche. Ils passent les douze autres dans leur famille. A la crèche leur alimentation est réglée de façon aussi minutieuse que possible : c'est essentiel, mais ce n'est pas tout; car la mère aura tôt fait de réduire à néant l'effet des soins les mieux compris, pour peu qu'elle ne s'astreigne pas à en prendre d'analogues. Donc, quand le médecin a fixé pour la journée le régime alimentaire convenable aux enfants, nourrissons ou autres; quand il a instruit ses berceuses des soins qu'il convient d'y apporter, il n'a rempli encore que la moitié de sa tâche, et la moitié la plus facile, il faut le dire. Il lui reste de plus à faire l'éducation des mères : c'est chose généralement malaisée, mais qui s'impose pourtant comme un complément indispensable si l'on veut que les enfants profitent véritablement de leur passage à la crèche et qu'ils soient en mesure d'achever ensuite sans encombre chez eux l'œuvre salutaire que celle-ci n'a pu qu'ébaucher et que, seule, elle serait impuissante à parfaire. En somme, la crèche, au point de vue alimentaire, ne peut rien de sérieusement utile si elle n'est secondée par les mères. Convaincu de cette vérité, nous nous sommes toujours efforcé de nous assurer leur collaboration, et ce sont les résultats de cette pratique que nous donnons maintenant.

On a dit, et le reproche est trop grave pour ne pas être mentionné en première ligne, que la crèche est pour les mères une école de sevrage. C'est là une formule dont il est certainement prudent de faire son profit, mais qu'il ne faudrait pas pourtant prendre trop exactement au pied de la lettre.

En six ans, 195 enfants ont été amenés à Sainte-Philomène avant d'avoir atteint l'âge de huit mois. Antérieurement à leur entrée, 59 d'entre eux étaient soumis à l'alimentation artificielle; 77 avaient bénéficié jusque-là de l'allaitement maternel intégral; 59 prenaient à la fois le sein et le biberon. Sur ces 136 mères-nourrices allaitant plus ou moins complètement leur enfant, 12 seulement les sevrèrent avant qu'ils ne fussent parvenus à l'âge de huit mois. L'une perdit son lait à la suite de la mort de son mari; une autre dut cesser d'allaiter pour cause de grossesse; la troisième, sans que le sein fût tari, sevra de propos délibéré et malgré nos conseils. Manifestement, la crèche se trouve hors de cause en ces cas-là. On peut au moins concevoir aussi des doutes sérieux sur la part d'influence qu'il convient de lui attribuer au sujet de trois sevrages motivés par des maladies des nourrices (1 fois métrorragie; 2 fois rhumatismes aigus). En revanche, pour ce qui est des 6 derniers, la crèche paraît bien y avoir aidé en effet. La lactation devint insuffisante deux, six, dix, quatorze, seize et dix-huit semaines après l'entrée des enfants pour qui l'alimentation artificielle s'imposa aux âges respectifs de trois, cinq mois (2 fois), cinq et demi, six et sept mois.

Ainsi donc, même en refusant à la crèche le bénéfice du doute, ce serait neuf sevrages prématurés dont elle serait passible en six ans et sur les 136 nourrissons qu'elle a reçus durant ce même temps. Le grief n'est pas des plus lourds et justifie d'autant moins le titre d'école de sevrage que, par ses encouragements et ses conseils, elle a persuadé à un bien plus grand nombre de nourrices, qui sans elle eussent sevré, de continuer l'allaitement.

Une fois d'ailleurs le mot ainsi réduit à sa juste valeur, il faut reconnaître qu'on en doit tenir sérieusement compte. Les mères, si on les laissait faire, se déchargeraient volontiers de leurs devoirs de nourrices au profit de la crèche et

du lait stérilisé dont on leur a, peut-être, trop copieusement fait l'éloge. Elles croient, il est pour elles commode de croire, que le sevrage est sans danger. Le médecin doit énergiquement réagir et il le peut avec succès, nous venons aussi de le montrer.

Ce premier point éclairci, revenons maintenant à notre tableau de mortalité relatif à la période 1894-1899. Nous y voyons figurer 46 décès survenus chez des enfants n'ayant pas encore atteint l'âge d'un an. Or, parmi eux, 14 seulement ont succombé à l'entérite (4) ou à l'athrepsie (10); c'est, pour l'ensemble des deux maladies, une proportion de 30 p. 100 par rapport au chiffre total (46) des décès constatés. Pendant les mêmes années, au contraire, le bulletin de statistique municipale accuse, pour Paris, 41 128 décès d'enfants de même âge, dont 15281, c'est-à-dire 37 p. 100, périrent des deux mêmes affections.

Nous sommes obligés, pour conserver un terme de comparaison, de réunir les décès par entérites et par athrepsie, puisque le relevé municipal n'en fournit pas séparément les chiffres distincts. Mais il faut aussi faire observer, en conséquence, que cet écart de 7 p. 100 en faveur de la crèche serait certainement notablement accru si nous pouvions isolément comparer le pourcentage des décès dus aux entérites seules. Ce qui nous le fait croire, c'est que bien des crèches ne prennent pas les athrepsiques; celles qui les reçoivent se trouvent hériter ainsi de quelques-uns de ceux qu'on a refusés ailleurs; et leur quote part normale se trouve ainsi surchargée : c'est le cas pour Sainte-Philomène, où cette surcharge se traduit naturellement par un excédent fatal de décès relevant de cette cause et dont il est juste de tenir compte.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs, la comparaison, telle qu'elle peut s'établir, prouve déjà que la crèche soustrait un certain nombre de nourrissons aux troubles gastro-intestinaux qui les déciment à domicile. Les chiffres si réduits concernant les entérites que nous avons signalés aux chapitres morbidité et mortalité sont très démonstratifs à cet égard et de nature à entraîner cette conviction absolue que l'alimentation artificielle des enfants très jeunes, telle qu'elle doit se pratiquer, telle par conséquent qu'elle peut l'être dans les crèches sous la surveillance et la direction du médecin, est loin de présenter, pour la vie de l'enfant, les dangers terribles dont elle menace quand elle est mise en œuvre par des mères ignorantes ou obéissant aux préjugés les plus funestes; ce qui est incontestablement le cas pour la grande majorité de celles qui nous amènent leurs enfants. La preuve n'en est que trop facile à faire.

Si, par exemple, nous prenons nos 180 dernières observations, nous voyons que 43 enfants seulement sont entrés à la crèche avec des digestions normales. Les 137 autres étaient ou athrepsiques ou dyspeptiques. C'est dire que plus des trois quarts des mères constituant notre clientèle ont un sérieux profit à tirer des bons exemples et des salutaires conseils de la crèche. Exemples et conseils ne sont pas toujours efficaces : nous le constatons encore dans les mêmes observations (180).

C'est ainsi que 28 enfants sont restés trop peu de temps ou venus trop irrégulièrement pour tirer un profit quelconque du régime alimentaire de la crèche. — 17 fois l'effet de ses soins et de ses recommandations s'est trouvé réduit à rien par l'incorrigible négligence des mères. — 12 petits malades reçus (athrepsie et rachitisme) sont sortis non guéris. — 19 cas de tuberculoses diverses ont motivé autant de départs. — 5 enfants furent renvoyés pour des affections contagieuses contractées à la crèche (3) ou en ville (2). — 16 sortirent bien portants comme ils étaient entrés. — Mais les 83 restants, c'est-à-dire 46 p. 100, se sont débarrassés grâce à la crèche et pendant le séjour qu'il y ont fait, des troubles digestifs dont ils souffraient lors de leur admission.

On le voit donc, en dépit de l'insouciance des mères et de leurs idées fausses; en dépit des douze heures sur vingt-quatre pendant lesquelles l'enfant demeure entre leurs mains; malgré tout, une crèche reste encore en mesure d'exercer, au point de vue alimentaire, une influence incontestable et éminemment utile sur une moitié environ des enfants qui lui sont confiés; ce qui revient à dire qu'elle en soustrait certainement un nombre appréciable aux entérites si meurtrières de la première enfance.

Le fait est d'autant plus sûr pour Sainte-Philomène que sa population se compose d'enfants très jeunes chez qui, par conséquent, l'action favorable d'une bonne alimentation doit se traduire de façon prédominante : sur 736 enfants qu'elle a reçus de 1894 à 1899, 331 avaient moins d'un an.

Les affections gastro-intestinales dues à l'ignorance et aux préjugés font tant de victimes à cet âge dans la population ouvrière de la ville, que, nous pouvons l'affirmer sans hésitation, notre crèche a certainement sauvé chaque année plus de 3 des 55 nourrissons qu'on lui a confiés en ces conditions. Elle a ainsi compensé, et amplement, le tort social qu'elle avait causé d'autre part.

Conclusion. — Au point de vue de la santé publique, la crèche n'est donc pas nécessairement et par essence une œuvre néfaste. Sans arrière-pensée, sans condescendance comme sans compromission aucune, le médecin doit en accepter franchement l'existence, en approuver le principe, et en conseiller la multiplication. Car, s'il n'est que trop vrai qu'elle expose à des contagions fréquentes et fatales quelques-uns des enfants qu'elle réunit en commun, elle peut en retour exercer de façon presque générale l'influence la plus salutaire sur l'élevage des nourrissons, tant par les soins qu'elle leur assure elle-même que par les exemples et les conseils qu'elle donne aux mères. Il s'établit ainsi une sorte d'équilibre entre le préjudice porté aux uns et les services rendus à d'autres.

Ce qu'il serait dangereux d'oublier, c'est que cet équilibre est des plus instables; qu'il ne se peut obtenir et perpétuer que par la seule et active intervention du médecin. Celle-ci défaillant, il serait possible peut-être, et c'est une éventualité redoutable, que la crèche retombât au rang de cette garderie funeste dont Firmin Marbeau a voulu si justement la disparition.

A TRAVERS LES CONGRÈS

Le Congrès internationnal d'assistance publique et de bienfaisance privée qui vient de se tenir à Paris a émis un certain nombre de vœux parmi lesquels nous relevons quelques propositions qui intéressent particulièrement les médecins.

I

Vœu émis en assemblée générale. — I. L'organisation d'une assistance rationnelle aux tuberculeux est, pour un pays, le seul moyen de lutter efficacement contre l'extension formidable de la tuberculose.

II. La tuberculose étant une maladie curable, tout indivi-

du, dès qu'il est touché par elle, doit bénéficier, quand il est sans ressources, de toutes les organisations d'assistance mises par la loi au service des malades. Si ces organisations sont insuffisantes ou impropres à atteindre le but, elles doivent être complétées ou modifiées de façon à assurer l'extension pleine et entière de la loi.

III. L'assistance aux tuberculeux exige la création d'établissements spéciaux, dans des villes, et le traitement à une époque aussi rapprochée que possible du début de la maladie.

L'isolement des tuberculeux dans des pavillons spéciaux est également souhaitable.

Une caisse de secours aux familles des tuberculeux assistés est indispensable à la mise en œuvre d'une assistance efficace.

IV. L'assistance aux tuberculeux est une question sociale : sa solution exige tous les concours sociaux.

Il est donc nécessaire de demander à l'assistance publique, à la bienfaisance privée, aux mutualités, aux assurances, etc., de coopérer à l'œuvre de défense commune.

V. Pour la coordination de tous les efforts, il est à souhaiter qu'une *Commission internationnale de la tuberculose*, du genre de celle qui fonctionne pour la France au ministère de l'Intérieur, soit établie d'une façon permanente. Cette commission aura pour rôle de préparer l'avènement de l'assistance rationnelle aux tuberculeux en veillant à l'application des lois existantes, en élaborant les projets de loi nécessaires. Elle secondera, en outre, les efforts de l'initiative privée.

VI. Cet *Office international de la tuberculose* centralisera les documents existants, poursuivra la création de ceux reconnus nécessaires. Bref, il créera la science de l'assistance aux tuberculeux et en fixera les méthodes d'application conformément aux mœurs, lois et usages des différents États participants.

VII. Le Congrès émet le vœu que les différents États veillent à l'exécution des lois et réglements qui touchent à la salubrité des habitations, et en particulier des habitations populaires et des établissements industriels, cette surveillance ayant pour but de diminuer le nombre des tuberculeux et par là même de diminuer les charges de l'asistance.

II

Voeux émis par les sections. — *Première section.* — La section émet le vœu : 1° Que, pour la protection des enfants du premier âge, le certificat délivré à la nourrice lui permettant de se placer, soit signé du médecin-inspecteur de la circonscription de cette nourrice, ou, à défaut, d'un médecin-inspecteur de l'administration (en France du département) ;

2° Que le médecin inspecteur visite au préalable le domicile de la nourrice ;

3° Que le certificat soit gratuit, c'sst-à-dire payé par l'administration ;

4° Que le certificat du médecin précède celui du maire. (Vœux présentés par M. Gallois.)

La section émet le vœu que le médecin soit prévenu de l'arrivée de l'enfant en nourrice, afin que l'enfant soit visité immédiatement. (Vœu présenté par M. F. Ledé.)

La section émet un vœu en faveur de l'extension des maisons d'élevage et des pouponnières. (Vœu présenté par Mme Charpentier et M. Raimondi.)

La section émet un vœu de la stérilisation du lait. (Vœu présenté par M. Blache.)

La section émet le vœu que les œuvres de l'enfance qui auront déposé à la mairie leurs statuts faisant connaître leur but et leurs moyens d'action jouissent par cela seul de la personnalité civile sous la condition du contrôle de l'Etat. (Vœu présenté par M. Eugène Marbeau.)

La section émet le vœu : 1° Que des asiles ou des établissements d'éducation spéciaux soient créés dans tous les pays pour les enfants dégénérés de tous ordres, et que des établissements d'enseignements soient créés pour les enfants arriérés (établissements pédagogiques ou médicaux) ;

2° Que la déchéance de la puissance paternelle entraîne, *de plano*, dans les cas d'indignité, pour les parents déchus, la privation des droits civiques et politiques ;

3° Que les pouvoirs publics soumettent à une étude approfondie la question de l'assistance aux enfants pauvres pour l'exécution des mesures destinées à prévenir leurs maladies ;

4° Que, dans ce but, une commission composée de médecins, d'hygiénsites, de présidents de sociétés protectrices de l'enfance, et de personnes s'occupant de choses d'assistance à l'enfance et à l'adolescence, soit nommée, dans chaque pays, à l'effet de rechercher :

a. Les moyens d'instituer un certain nombre d'établissements spéciaux dans lesquels les enfants pauvres tuberculeux au début, débiles, anémiés, lymphatiques, soient soumis à un régime reconstituant, en vue de les rendre aptes à travailler utilement pour eux-mêmes et pour le pays ;

b. Les moyens d'assurer à tous les enfants pauvres, rachitiques ou scrofuleux, et moyennant un prix de journée minime, le bénéfice d'un traitement aérothérapique maritime ou d'altitude. (Vœu présenté par M. Savouré-Bonville.)

Deuxième section. — La section émet le vœu que la charité privée, aidée par les efforts des médecins compétents, s'efforce de créer de petits hôpitaux de campagne du genre de celui qui a été fondé à Arès (Gironde). (Mme Wallerstein.)

La section émet le vœu qu'à l'avenir les lépreux soient traités comme des malades, au point de vue de l'assistance. (D^r^ dom Sauton.)

La section émet le vœu qu'il soit créé, dans les grandes villes, des écoles spéciales pour les enfants arriérés, annexées ou non aux écoles primaires ordinaires. (M. Bourneville.)

La section émet le vœu qu'une commission internationale soit constituée à l'effet d'unifier, dans les divers pays, les bases des publications statistiques concernant les aliénés. (M. Toulouse.)

La section considérant les résultats décisifs obtenus à Dun par l'assistance familiale des aliénés de la Seine, émet le vœu que cette méthode soit érigée en système d'assistance générale, par le placement des malades, soit dans leur propre famille, soit dans des familles étrangères, sous le contrôle du médecin.

Elle émet en outre le vœu que l'internement cesse d'être le seul mode possible d'assistance pour les aliénés et qu'il soit organisé à côté des placements forcés dans des asiles et des colonies, des placements libres dans des hôpitaux ouverts et en famille. (Dr Marie.)

La section émet le vœu que dans le prochain congrès on

porte à l'ordre du jour les questions suivantes concernant les sourds-muets :

L'enseignement oral, dont la supériorité a été reconnue, doit-il être substitué, d'une façon absolue, à l'enseignement par signes?

Ne conviendrait-il pas de faire une sélection des enfants dont les facultés ne présentent pas un développement suffisant pour bénéficier de l'enseignement oral? (Vœu présenté par M. H. Sabran.)

La section émet le vœu que les pouvoirs publics prennent l'initiative d'assurer aux enfants aveugles et aux enfants sourds-muets les bienfaits de l'éducation intellectuelle et professionnelle, en s'inspirant du principe de l'obligation de l'instruction pour les voyants et pour les entendants.

Qu'à cet effet, l'assistance et l'instruction des aveugles et sourds-muets ou sourdes-muettes soient rendues obligatoires. (Vœu présenté par M. Savouré-Bonville.)

La section adopte les conclusions suivantes :

L'intérêt des malades et une économie bien comprise commandent d'assister dans des établissements spéciaux les aliénés aigus dont beaucoup sont curables, des aliénés chroniques dont la plupart sont incurables.

Les asiles destinés aux aliénés aigus doivent avoir le titre et l'organisation d'hôpitaux. (Vœu présenté par M. Toulouse.)

La section estime que l'isolement des aliénés tuberculeux dans des pavillons spéciaux est souhaitable. (Vœu présenté par M. Marie.)

La section a la pensée que l'on peut, à l'aide de la législation sur l'assistance médicale gratuite, et sans en augmenter les dépenses, doter de médecins certaines localités qui en sont privées;

L'hygiène et la santé publiques gagneront considérablement à une meilleure répartition dans la résidence des médecins. (Vœu présenté par M. Bourrillon.)

Troisième section. — La section,

S'associant aux résolutions prises par le Congrès international de 1896 :

« Les États interviendront par voie d'ententes internationales pour assurer l'assistance aux étrangers;

L'assistance des étrangers pauvres, dans la mesure où elle est imposée par l'entente internationale, doit être à la charge de l'État; »

Émet les vœux suivants :

1° Il est désirable que, dans les ententes à intervenir, chaque État contractant fasse, en faveur de ses nationaux, résidant sur le territoire de l'État co-contractant, les stipulations ci-après, savoir :

a. L'enfant abandonné sera recueilli et entretenu, à l'égal des nationaux, jusqu'à ce qu'il soit possible de le rapatrier sur son pays d'origine.

Est assimilé à l'enfant abandonné, celui dont les parents ont été condamnés à une peine de longue durée, et celui dont les parents ont été déclarés judiciairement déchus des attributs de la puissance paternelle.

L'enfant, dont les parents sont traités comme malades dans un hôpital, ou sont détenus préventivement, ou sont condamnés à une peine de courte durée, seront recueillis et entretenus, à l'égal des nationaux, jusqu'à ce qu'il soit possible de les rendre à leurs parents.

b. Les aliénés dangereux, dénués ou non de ressources, et les aliénés non dangereux, dénués de ressources, recevront, à l'égal des nationaux, les secours appropriés à leur état. Les aliénés, dès qu'ils seront reconnus incurables, seront rapatriés dans leur pays d'origine.

c. Les malades aigus, les blessés et les femmes en couches sans ressources recevront, à l'égal des nationaux, les soins appropriés à leur état.

d. Les infirmes et incurables, ainsi que les vieillards dénués de ressources et jugés incapables de pourvoir à leur existence par le travail, recevront l'assistance appropriée à leur état, à l'égal des nationaux, jusqu'à ce qu'il soit possible de les rapatrier dans leur pays d'origine.

e. Les valides sans travail et dénués de ressources pourront être assimilés aux nationaux au point de vue des secours.

2° Les ententes internationales peuvent stipuler : ou qu'il ne sera pas remboursé de frais à l'État sur le territoire duquel l'assistance aura été accordée par l'État co-contractant, ou, au contraire, qu'il sera remboursé des frais.

La section émet le vœu que, dans les divers pays, l'autorisation à accorder pour la constitution et le fonctionnement des sociétés de bienfaisance étrangères soit facilitée par les gouvernements. (Vœux présentés par M. Derouin.)

Il y a lieu que dans tous les pays une large part soit faite aux femmes sans distinction de culte et sans exclusion motivée par une question de croyances religieuses, dans les conseils supérieurs d'assistance, dans les bureaux de bienfaisance ou institutions analogues, dans les commissions administratives des hôpitaux ou hospices et dans les services intérieurs des établissements de bienfaisance. (Vœu présenté par M. le comte d'Haussonville.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'exploration clinique des fonctions rénales par l'élimination provoquée (1), par MM. Ch. Achard, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Tenon, et J. Castaigne, interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux. (N° 23 de *L'œuvre médico-chirurgical*, docteur Critzman, directeur.)

L'Œuvre médico-chirurgical dont les monographies paraissent chaque fois que l'exige un nouveau progrès ou une nouvelle méthode, vient de publier une étude sur la question à l'ordre du jour de l'exploration clinique des fonctions rénales par l'élimination provoquée.

Si l'on a raison d'attribuer une signification grave à la diminution quintitative de l'urine et de l'urée, on aurait tort de conclure que la cause primordiale et unique de cette gravité doit nécessairement résider dans l'état du rein. Le clinicien doit pousser plus loin son enquête et savoir ce qui fait cette gravité du pronostic; il doit s'attacher à déterminer aussi exactement que possible la part qui revient en propre à la défaillance des reins et aux désordres simultanés des autres fonctions.

Or, l'épreuve de l'élimination provoquée lui permettra, mieux que les anciens procédés, de faire cette analyse de physiologie pathologique. Après avoir rappelé les origines de la méthode, les auteurs étudient la substance dont ils ont fait choix pour le diagnostic : le bleu de méthylène. L'action de cet agent dans l'organisme, la technique de l'épreuve, les résultats obtenus, la discussion du procédé, l'étude des autres substances employées, la signification et la valeur de la méthode, le mécanisme de l'élimination rénale, les autres éléments de diagnostic, les autres éléments

(1) In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

du pronostic, sont le sujet d'autant de paragraphes, dont certains accompagnés de graphiques, où l'ensemble de cette question si nouvelle et d'un si grand intérêt est complètement exposé et mis au courant des dernières recherches.

Comment on défend les mères, la lutte contre les accidents de la maternité (1), par M. Georges Petit, médecin du dispensaire de l'hôpital d'Ormesson (Enfants tuberculeux), membre du conseil d'administration de la Société protectrice de l'enfance, etc., etc.

L'auteur expose dans ces quelques pages des idées de haute portée philosophique associées aux notions les plus élémentaires de l'hygiène physique; en écrivant pour les mères, il a dit ce que beaucoup pensent, mais que bien peu osent signer, et qu'il faut cependant que tout le monde sache.

Tous ceux qui ont l'amour de l'enfant, par le bonheur de la famille, devront lire cet ouvrage.

Les femmes y trouveront une série de sages et prudents conseils qui les mettront à l'abri des dangers évitables de la maternité : les titres des principaux chapitres indiqueront mieux que tout la portée générale de ce travail : la fécondation, le fœtus, les symptômes de la grossesse, sa durée, son hygiène, les vêtements et la vie de la femme enceinte, les avantages de la grossesse, ses maladies, l'accouchement, les suites de couches, la stérilité, la fièvre puerpérale, l'éclampsie, l'avortement, la phlébite, les vomissements, les troubles nerveux, etc.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par décret en date du 29 août 1900, sont promus et nommés dans le corps de santé militaire aux grades et emplois ci-après :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Moine, désigné pour l'hôpital militaire de Toul.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Grivet, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Desprez, pour le 124e d'infanterie; — Baret, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Salebert, pour le 116e d'infanterie; — Comte, maintenu au 98e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Vidal, pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — Lesterlin, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; — Vedrines, pour le 3e d'infanterie; — Mathieu, maintenu à la 2e compagnie de tirailleurs sahariens; — Colomb, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — Haury, pour l'École militaire préparatoire de l'artillerie et du génie de Billom.

— Par décision ministérielle en date du 29 août, sont nommés pour les postes ci-après désignés :

MM. les médecins principaux de première classe Geschwind, nommé directeur du service de santé du 17e corps d'armée; — Fluteau, directeur du service de santé de la division d'occupation de Tunisie.

MM. les médecins-majors de première classe Douart, pour l'hôpital militaire de Bourges; — Comte, pour l'hôpital militaire de Nancy; — Darde, pour le 32e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Dupard, pour le 151e d'infanterie; — Leclerc, pour le 29e dragons; — Claoué, pour le 17e bataillon de chasseurs à pied; — Rossignot, pour le 19e escadron du train des équipages militaires; — Patte, pour la direction du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée; — Iversenc, pour le 9e hussards; — Alix, maintenu au 16e d'infanterie; — Surel, pour le 6e chasseurs d'Afrique; — Pécheux, pour la surveillance à l'École du service de santé militaire de Lyon.

MM. les médecins aides-majors de première classe Bory, pour le 16e dragons; — Mahaut, pour le 3e tirailleurs algériens; — Dopter, pour la surveillance à l'École d'application du service de santé militaire à Paris; — Pélissié, pour les hôpitaux de la division de Constantine.

— M. le médecin-major de deuxième classe Jacob, surveillant à l'École d'application du service de santé militaire, est nommé répétiteur (médecine opératoire et accouchements) à l'École du service de santé militaire.

— *Concours pour l'admission à l'emploi de médecin stagiaire à l'École d'application du service de santé militaire.* — Un concours s'ouvrira, le 17 décembre prochain, à huit heures du matin, à ladite école, à Paris, pour l'admission de docteurs en médecine à l'emploi de médecin stagiaire.

Les stagiaires sont rétribués pendant leur séjour à l'École, sur le pied de 3096 francs par an; ils portent l'uniforme et il leur est accordé une première mise d'équipement reversible au Trésor en cas de licenciement, démission, non-obtention du grade d'aide-major ou non-accomplissement des six années effectives de service, à partir de la nomination à ce dernier grade.

Les stagiaires qui ont satisfait aux examens de sortie sont nommés aides-majors de deuxième classe.

Ceux qui n'auront pas satisfait seront licenciés.

Marine. — MM. les médecins de première classe Bourdon et Millou viennent d'être promus au grade de médecin principal.

— M. le médecin de deuxième classe Hamon vient d'être promu au grade de médecin de première classe.

— M. le docteur Siciliano, médecin principal de la marine en retraite, a été nommé médecin principal de la réserve de l'armée de mer.

Nominations. — M. le docteur Plicque est nommé médecin en chef du sanatorium d'Angicourt.

M. le docteur M. Marx est nommé médecin-adjoint de Saint-Lazare.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 34e semaine, 901 décès, au lieu de 949 pendant la semaine précédente et de la moyenne 907.

La fièvre typhoïde a causé 31 décès; la rougeole 7, la scarlatine 1, la coqueluche 6; la diphtérie 3. Il n'y a pas eu de décès par variole.

La diarrhée infantile a causé 80 décès de 0 à 1 an, au lieu de 109 pendant la semaine précédente, et au lieu de la moyenne 132.

Il y a eu, en outre, 6 décès par diarrhée de 1 à 5 ans, et 10 au-dessus de cet âge.

En outre, 27 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 69 décès, au lieu de 66 pendant la semaine précédente et au lieu de 64, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 5 décès (au lieu de la moyenne 7); bronchite chronique, 20 (au lieu de la moyenne 14); broncho-pneumonie, 19 (au lieu de la moyenne 22); pneumonie, 25 (au lieu de la moyenne 21).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 19 décès, dont 17 sont dus à la congestion pulmonaire; 1 décès, en outre, a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 202 décès (au lieu de la moyenne 165); la méningite tuberculeuse 12 décès; la méningite simple 23; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 32 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral 60 décès; les maladies organiques du cœur 49; le cancer a fait périr 46 personnes; enfin 27 vieillards sont morts de débilité sénile.

L'hygiène dans les églises. — Un évêque italien, Mgr Vincent Franceschini (de Fano), vient sous l'inspiration du docteur Abba, de l'office sanitaire de Turin, d'envoyer aux curés de son

(1) In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, L'Édition française, 29, rue de Seine.

diocèse une circulaire dont nous extrayons les passages suivants :

1° Dans toutes les églises on doit procéder, aussitôt après les jours fériés dans lesquels il y a eu agglomération extraordinaire de monde, à la désinfection du dallage au moyen de sciure de bois imprégnée d'une solution de sublimé corrosif à 1 p. 1000. En temps ordinaire, on doit procéder fréquemment au balayage ordinaire, après avoir aspergé d'eau le pavage dans le but de ne point soulever d'énorme poussière.

2° Chaque semaine, et même plus souvent, on procédera à l'époussetage des bancs et des confessionnaux au moyen d'éponges et de linges mouillés avec de l'eau pure.

3° On lavera chaque semaine et même plus souvent, s'il est nécessaire, les grillages des confessionnaux avec de la lessive, puis on les polira.

4° Les bénitiers doivent être vidés chaque semaine et même plus souvent, si c'est nécessaire, puis lavés avec de la lessive bouillante, qui pourrait être avantageusement remplacée par une solution de sublimé corrosif à 1 p. 1000.

Pour que la circulaire remplisse son but, il a été institué aussi, par l'autorité ecclésiastique, un servicee d'inspection ainsi que des pénalités pécuniaires payées au bénéfice de l'église par tous ceux qui transgresseraient les pratiques hygiéniques prescrites.

Il serait à souhaiter que l'exemple donné par l'évêque de Fano fût imité par les évêques de notre pays. (*Rassegna int. medic. modern.* et *Écho méd. du Nord*, 15 juillet 1900.)

Pour l'émigration française. — La Société d'expansion coloniale organise une branche spéciale ayant pour but de diriger, renseigner et aider les jeunes médecins et pharmaciens français qui désirent émigrer.

Elle tient à la disposition de ses sociétaires tous les renseignements privés ou officiels sur les ressources des colonies françaises, au point de vue médical et pharmaceutique.

Le comité Paul-Bert, qui avait le même but et qui a rendu des services aux confrères qui sont allés s'installer aux colonies et à l'étranger, vient de fusionner avec la Société d'expansion coloniale, en lui apportant des documents précieux qui seront utiles aux futurs émigrants.

La Société d'expansion coloniale compte parmi ses membres des coloniaux et des hommes éminents comme Paul Doumer, André Lebon, général Thibaudin, général Japy, Chaudié, général Galliéni, lieutenant-colonel Marchand, J. Legrand, Liotard, Feillet, comité Dupleix, le comte N. de Léontieff, N. Auricoste, directeur de l'Office colonial; Collin-Delavaud, directeur de l'Office national du commerce extérieur, etc.; elle accepte les souscriptions et les dons et fait appel aux sentiments confraternels, humanitaires et patriotiques de tous pour la grandeur de la France par la prospérité de ses colonies.

Pour être membre adhérent, il suffit d'être Français, d'avoir satisfait aux obligations de la loi sur le recrutement et verser une cotisation de 10 francs. Pour tous renseignements, s'adresser au siège de la Société, 73, rue du Loup, à Bordeaux.

L'hôpital aux pauvres. — Les sages-femmes de Toulouse viennent d'adresser à la municipalité une pétition pour demander que l'on n'accepte plus dans les hôpitaux des pensionnaires payantes.

Il n'y a pas qu'à Toulouse que l'on voit les hôpitaux se transformer en maisons de santé au rabais. On ne saurait donc trop s'associer aux protestations qui sont faites contre cet abus.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Guignet (d'Épinal), étudiant en médecine, décédé subitement à Nancy.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursion aux gorges du Tarn, par le Bourbonnais.* — Les Compagnies P.-L.-M., Orléans et Midi organisent, avec le concours de l'Agence Desroches, des excursions aux gorges du Tarn, les 1er et 8 septembre 1900.

Prix (tous frais compris et suivant l'itinéraire choisi) : 1re classe, 250 fr. et 360 fr.; 2e classe, 225 fr. et 325 fr.

S'adresser, pour renseignements et billets, à l'Agence Desroches, 21, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE, DE PARIS A ORLÉANS ET DU MIDI. — *Excursion aux gorges du Tarn* (organisée avec le concours de la Société des voyages économiques, pour le dimanche 9 septembre 1900).

Itinéraire : Paris (P.-L.-M.), Arvant, Neussargues, Mende, Le Tarn, Montpellier-le-Vieux, Millau, Béziers, Carcassonne, Toulouse, Rocamadour, Le Puits de Padirac, Paris (Orléans).

Prix (tous frais compris) : 1re classe, 275 fr.; 2e classe, 245 fr.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'agence des Voyages économiques, 10, rue Auber et, 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique des déviations de la colonne vertébrale, par M. P. REDARD, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien en chef du dispensaire Furtado-Heine, membre correspondant de l'American Orthopedic Association. Gr. in-8°, 466 p., 261 fig. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le nouveau-né, guide pratique pour les soins à lui donner, par M. Léon VALLOIS, professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de Montpellier. In-8°. — Prix : 2 francs. — Montpellier, Coulet; Paris, Masson et Cie.

L'orientation, par M. P. BONNIER. (Collect. scient.) 1 fasc. — Prix : 2 francs. — Paris, Carré et Naud.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 100. — MARDI 4 SEPTEMBRE 1900. 73e ANNÉE. MARDI 4 SEPTEMBRE 1900. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Tétanos traumatique; traitement par la méthode de Baccelli; guérison, par M. Xavier Delore, chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon. — De quelques manifestations peu ordinaires de la grippe (maladie de Werlhof, gastrorragie, etc.), par M. Louis Dumont, lauréat de la Faculté de Paris, membre de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie. — IIe Congrès international de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique (Paris, 12-16 août 1900). — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

TÉTANOS TRAUMATIQUE

TRAITEMENT PAR LA MÉTHODE DE BACCELLI ; GUÉRISON

Par M. Xavier Delore,
Chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon.

Depuis quelques années, les chirurgiens ont porté plus particulièrement leur attention vers le traitement du tétanos par les injections du sérum antitétanique, découvert par Behring et Kitasato, en 1890. Il est démontré actuellement que les injections sous-cutanées n'ont pas d'effet curatif sur le tétanos confirmé, mais un simple rôle préventif.

En 1898, Roux et Borrel avaient pensé tourner le problème, agir plus efficacement, en injectant directement le liquide dans la substance cérébrale. Quelques résultats isolés encouragèrent tout d'abord dans cette voie (succès de Quénu, d'Ombredanne, Morestin, etc.). La statistique globale des faits réunis au nombre de 24, en un an, a donné 74 p. 100 de morts, proportion à peu près analogue à celle fournie jusque-là par le seul traitement médical (Courmont).

La thérapeutique du tétanos reste donc encore incertaine. Dernièrement, en présence d'une malade atteinte de cette affection, M. le professeur Poncet a institué le traitement préconisé par Baccelli. Il consiste à injecter dans les plans musculaires une solution aqueuse à 2 p. 100 d'acide phénique. Les injections sont pratiquées toutes les quatre heures à la dose de 2 centimètres cubes, ce qui correspond, en définitive, à 30 centigrammes d'acide phénique par vingt-quatre heures. La malade a guéri.

Voici cette observation :

Q... (Joséphine), vingt et un ans, cultivatrice, entre, le 17 mai 1900, dans le service de M. Poncet, pour une plaie de la cuisse, compliquée d'accidents tétaniques.

Dix-sept jours avant, en jouant, elle reçut, par accident et à bout portant, dans la partie supéro-externe de la cuisse, à 4 ou 6 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, la décharge d'un petit pistolet destiné à tuer les taupes dans leurs galeries souterraines. Cette arme était souillée de terre. Six jours après, par la plaie suppurante, sortirent des débris de bourre et de vêtement et quelques plombs n° 10 à 11.

Le huitième jour se déclara une douleur du talon, avec une tuméfaction inflammatoire au niveau de la plaie.

Enfin, le douzième jour, apparurent des phénomènes nerveux, sous forme de contractions musculaires intermittentes, survenant toutes les dix minutes, et occupant les muscles du tronc et du bassin. Ces contractions déterminaient l'orthotonos, forçant la malade à se rejeter en arrière, quand, par exemple, elle était assise sur une chaise. Ces accidents étaient réveillés facilement par le moindre bruit, par la chute d'une cuiller. Les lancées semblaient manifestement partir de la plaie.

On notait encore un trismus tel que la blessée pouvait avec peine introduire dans sa bouche un petit morceau de pain. Mais ce trismus était intermittent.

Le chloral et l'opium ont amené une diminution dans la fréquence des crises, qui ont été au nombre de deux dans les douze dernières heures.

Actuellement, trismus modéré avec un écart de 2 centimètres entre les arcades dentaires, un peu de raideur du tronc et de la nuque, légère céphalée, intelligence normale.

On constate, à 4 ou 5 centimètres en dehors et au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure, une plaie admettant le petit doigt et conduisant dans une cavité profonde. La pression fait sourdre du pus mal lié.

On donne 8 grammes de chloral, et on isole la malade. Température 38°4.

Le 18 mai, on incise au thermocautère l'abcès profond, qui conduit jusqu'à l'os iliaque. On en retire un fragment de papier représentant la bourre, et une vingtaine de grains de plomb. Drainage de ce foyer contus.

Le lendemain, la température atteignait 39°5. Le trismus paraissait avoir augmenté, malgré le traitement par le chloral. On institue aussitôt le traitement de Baccelli, qui fut appliqué rigoureusement jusqu'au 11 juin.

Pendant ce laps de temps, les crises de convulsions furent rares, le tétanos restait surtout caractérisé par des contractures occupant le membre atteint et tous ses segments. Le trismus persistait, ainsi qu'une légère raideur du tronc.

Le 9 juin, apparut une éruption scarlatiniforme généralisée. La suppression du chloral n'eut pas d'effet sur la disparition ; aussi supprima-t-on l'acide phénique le 11 juin.

Le 14 juin, la malade ne présentait plus ni éruption, ni accidents tétaniques. Elle sortait guérie le 15 juillet.

La température s'était maintenue entre 38 degrés et 38°5, jusqu'au 1er juin.

Dans le papier retiré de la plaie, M. Louis Dor, chef du laboratoire de la clinique, retrouva des bacilles de Nicolaïer, qui donnèrent des cultures caractéristiques.

Il s'agit, en résumé, d'un tétanos subaigu, avec une température atteignant 39 degrés pendant cinq jours, chez une jeune fille robuste de vingt et un ans. Les premiers signes de l'infection par le bacille de Nicolaïer avaient été observés le dixième jour environ, et la guérison survenait un mois après. Le traitement de Baccelli, appliqué dès le huitième jour de la maladie nettement caractérisée, avait été continué pendant vingt-deux jours.

Les tétanos avec fièvre au delà de 38°5 sont le plus souvent mortels. En admettant cette gravité, il faudrait conclure que la thérapeutique a été efficace, qu'elle a contribué dans une large mesure à la guérison.

Nous ferons toutefois quelques réserves, puisqu'il s'agit d'un cas isolé. Ce tétanos n'avait pas une allure rapidement foudroyante. Son début insidieux, la température peu élevée pendant la plus grande partie de son évolution, le jeune âge et la résistance de la malade, expliquent cette bénignité relative. La température ne relevait-elle pas elle-même de l'infection et de la rétention locale banale, plutôt que d'une infection tétanique vraie?

Il faudrait posséder un grand nombre de cas pour juger définitivement la valeur de cette méthode.

Quoi qu'il en soit, nous devions signaler ce succès à l'actif d'un procédé employé avec avantage par les Italiens (Baccelli).

L'acide phénique agit, en effet, sur le bacille tétanique plus énergiquement que les autres antiseptiques. Son emploi est donc parfaitement rationnel.

DE QUELQUES MANIFESTATIONS PEU ORDINAIRES DE LA GRIPPE

(MALADIE DE WERLHOF, GASTRORRAGIE, ETC.)

Par M. Louis Dumont,

Lauréat de la Faculté de Paris, membre de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.

A chaque retour épidémique, le polymorphisme déconcertant de la grippe se manifeste de nouveau. Cette entité morbide, véritable boîte à surprises, nous déroute sans cesse par la variété et l'étrangeté de ses manifestations symptomatiques.

L'épidémie dernière n'a pas fait exception à la règle. En ce qui me concerne, il m'a été donné d'observer entre autres nouveautés un cas fort net de *maladie de Werlhof* et une série de déterminations hémorragiques, de moindre importance, mais réalisant une parenté, une liaison indiscutable entre ces manifestations peu habituelles de la grippe épidémique.

I. Maladie de Werlhof. — Il s'agit d'une femme G..., d'une cinquantaine d'années, sans antécédents pathologiques personnels ou familiaux notables. En particulier n'a jamais eu d'*hémorragie* ni de *purpura*; mariée, a eu deux enfants; n'est plus réglée depuis quatre ans.

Le 25 février dernier, la femme G... est prise d'une grippe banale (céphalalgie, douleurs lombaires, asthénie, etc.). Deux jours plus tard, apparaissent aux deux jambes des taches rouges, de dimensions variables; du 27 février au 3 mars des taches semblables couvrent graduellement, de bas en haut toute la surface du corps. En même temps surviennent des épistaxis abondantes et répétées, des hémorragies des gencives, de l'estomac et de l'intestin. Malgré la fréquence de ces diverses saignées, l'état général demeure à peu près satisfaisant : la malade reste couchée, sans appétit; elle ne prend que quelques liquides.

Le 3 mars à neuf heures du soir, la malade a une syncope à la suite d'une nouvelle hémorragie de la muqueuse buccale. C'est alors que je suis appelé auprès d'elle.

La femme G... est pâle, la figure défaite : elle s'exprime péniblement, d'une voix éteinte et par mots entrecoupés; le pouls est petit, fréquent, pas de fièvre.

Toute la surface du corps, à l'exception de la face, est couverte de macules purpuriques, confluentes ou disséminées (confluentes aux membres inférieurs, discrètes ailleurs), d'une forme irrégulièrement arrondie ou ovalaire, d'une dimension variant d'un grain de mil à une pièce de 5 francs : les plus larges plaques sont à la face interne des jambes, les plus petites au thorax et aux membres supérieurs. La coloration varie depuis la nuance rouge pourpre au brun et au jaune, indiquant ainsi leur ordre d'apparition.

Cette éruption cutanée trouble fort peu la malade et son entourage; mais il n'en est pas de même pour les nombreuses émissions sanguines qui se sont produites par toute la muqueuse digestive. Epistaxis, hémorragies de la muqueuse buccale (muqueuses des joues et des gencives), gastrorragie et entérorragie se succèdent depuis le 27 février presque sans interruption, plus ou moins abondantes; au moindre mouvement, après une conversation, après l'ingestion d'une simple tasse de tisane ou de bouillon, la femme G... voit le sang repartir soit de ses narines, soit de sa bouche, parfois même, elle le vomit tel quel ou ayant subi un commencement de digestion; elle en a enfin rendu à plusieurs reprises par l'intestin, soit sous forme de sang rouge, soit sous forme de melæna.

Actuellement on voit les traces d'une épistaxis toute récente représentées, par des croûtes sanguines obstruant les deux narines; le flux hémorragique n'est d'ailleurs pas complètement tari : on voit sourdre sous les croûtes quelques perles de sang. On trouve de plus, en plusieurs points de la muqueuse des gencives et des lèvres, de petits caillots noirâtres, mollasses, traces d'écoulements sanguins récents : le point qui vient de donner, et dont l'hémorragie a déterminé uue syncope, est situé au niveau de la saillie gingivale de la canine inférieure gauche.

L'examen du cœur, des voies respiratoires ne nous apprend rien de particulier, pas plus que celui des autres organes.

Un léger nuage d'albumine dans les urines. Traitement : Diète liquide, lait, bouillon, quinine, potion à l'extrait de quinquina et à l'ergotine, gargarismes astringents.

Je suis appelé de nouveau, deux jours plus tard; la malade a eu, dans l'intervalle, de nouvelles poussées hémorragiques du côté des muqueuses nasale et buccale. Chose singulière, au dire de la malade et de l'entourage, ce flux a reparu chaque fois que la malade *prenait de sa potion*. Elle ressentait, dit-elle, quelques minutes après, des bouffées de chaleur lui monter, de l'abdomen, du thorax, au cou et à la face; puis son « sang bouillonnait dans les vaisseaux » suivant, sa propre expression; l'hémorragie suivait immédiatement l'apparition de ces symptômes subjectifs.

Le reste de l'éruption cutanée ne présentait aucune modification.

En présence d'une telle intolérance médicamenteuse, je prescrivis la diète absolue, avec usage de glace et de bouillon gélatiné glacé.

A partir de ce moment, les hémorragies s'apaisèrent; une

semaine après, elles avaient entièrement disparu; il ne restait plus que quelques macules purpuriques, en voie d'effacement.

La convalescence fut d'ailleurs très longue.

II. Hémorragies diverses. — Une seconde observation qui se rapproche de celle-ci, du moins au point de vue de l'intensité du flux sanguin, est celle d'une dame B..., quarante-cinq ans, lingère, mariée sans enfants, sans antécédents personnels ou familiaux notables, réglée.

Au décours d'une grippe banale, plutôt bénigne, mais où prédominaient les symptômes d'asthénie, Mme B... est prise de gastrorragie (sang rouge foncé avec quelques caillots ayant subi un commencement de digestion); en même temps métrorragie obligeant la malade à garder le lit. Cette double suffusion sanguine se répéta tous les deux, trois ou cinq jours pendant six semaines environ, rebelle à toute médication hémostatique, sans aucune autre manifestation hémorragique cutanée ou muqueuse, ni aucun autre symptôme intéressant, sauf, bien entendu, l'asthénie du début qui alla en s'accentuant et persiste encore aujourd'hui, c'est-à-dire trois mois et demi après les accidents hémorragiques. Détail à noter, la malade était atteinte depuis longtemps d'une otite moyenne de l'oreille droite, aujourd'hui suppurée, avec perforation du tympan, mais au dire de la malade, cette suppuration (et peut-être la perforation) ne s'est manifestée que depuis sa grippe.

En outre de ces deux observations où le déterminisme hémorragique de la grippe s'est manifesté d'une façon particulièrement intense, je signalerai cinq cas d'épistaxis anormale par leur abondance et leur longue durée (quelquefois même leur répétition), chez des influenzés :

1° Chez un jeune homme de seize ans, qui succomba en quatre jours à une congestion pulmonaire double.

2° Chez un homme vigoureux, sanguin, de quarante ans, atteint de grippe avec congestion pulmonaire droite;

3° Chez une femme de cinquante-huit ans, atteinte de grippe simple à forme thoracique et gastro-intestinale;

4° Chez une femme de cinquante-deux ans, atteinte de grippe à forme thoracique ordinaire;

Et 5° chez une femme de soixante ans, atteinte de grippe et de congestion pulmonaire gauche.

III. Réflexions sur les observations précédentes. — Il est évidemment difficile de nier le caractère commun des accidents qui viennent d'être rapportés. La maladie de Werlhof n'est pas autre chose, en somme, qu'une vaste hémorragie de tout le tégument, interne et externe, une sorte de purpura cutané et muqueux, exprimant une dyscrasie vasculaire ou sanguine. Mais quelle est la cause réelle de cette altération du sang des vaisseaux? S'agit-il d'une toxhémie d'origine infectieuse, ou d'une angiopathie de même nature? Ou bien connaissant l'influence spéciale, on pourrait presque dire spécifique de la toxine grippale sur l'élément nerveux, doit-on plutôt admettre un trouble de l'innervation vaso-motrice, ainsi que cela a été prouvé pour certains purpuras?

En somme les accidents de cet ordre sont encore assez mal connus, et à la plupart d'entre eux, il manque la démonstration anatomo-pathologique. Après de nombreuses recherches, forcément très limitées, faute de ressources bibliographiques, j'ai seulement trouvé un article de Jean-Ch. Roux (1) où l'auteur mentionne :

(1) Les complications de la grippe, *Gaz. des hôpit.*, 1897, p. 179.

1° Deux cas d'asphyxie rapide par paralysie du cœur (Fernet);

2° Quatre observations d'endocardite avec embolies des vaisseaux périphériques, embolies suivies de gangrène;

3° 25 cas de phlébites du membre inférieur (Cathomas).

Et 4° huit observations de thrombose artérielle suivie de gangrène (Cathomas).

L'auteur de l'article rappelle enfin la tendance à l'accouchement prématuré et aux hémorragies utérines constatée dans la grippe.

De ces documents il semble bien résulter que le processus infectieux de la grippe agit directement sur le sang et les vaisseaux et par rapprochement on peut bien admettre cette dyscrasie vasculo-sanguine dans les diverses manifestations hémorragiques rapportées plus haut.

IV. Muguet précoce et dysenterie. — Je signalerai, pour terminer, et à titre de document seulement, 1° trois cas de muguet très précoce (du deuxième au quatrième jour) et particulièrement intense survenu chez trois femmes grippées dont l'une, jeune fille de vingt-quatre ans, n'a présenté aucune autre complication de la grippe. Chez les deux autres il y eut une pneumonie simple, mais l'état général demeura bon, et ne présenta jamais les signes de cachexie qui donnent lieu habituellement au développement de l'oïdium albicans;

Et 2° enfin deux cas très nets de dysenterie aiguë (ténesme rectal, selles sanglantes et glaireuses, etc.), l'un chez une femme de trente-six ans, l'autre chez une femme de cinquante-huit ans. L'évolution se fit normalement et la guérison fut parfaite au bout de huit à dix jours.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'HYPNOTISME EXPÉRIMENTAL ET THÉRAPEUTIQUE

(Paris, 12-16 août 1900)

DE LA VALEUR DE L'HYPNOTISME COMME MOYEN D'INVESTIGATION PSYCHOLOGIQUE (1)

Cette première question a été l'objet de trois rapports.

M. O. Vogt (de Berlin) s'est borné à discuter la valeur de la suggestion et de l'hypnotisme dans les investigations psychologiques par la méthode psychologique expérimentale directe.

On sait en quoi consiste cette méthode :

« Le sujet analyse les phénomènes qui se passent dans sa conscience par l'introspection (recherches psychologiques directes) :

a. En observant ces phénomènes au moment même où ils se présentent (introspection actuelle);

b. En se rappelant les phénomènes passés (introspection rétrospective).

Les phénomènes à analyser doivent être produits méthodiquement, au moment désiré et sous une forme déterminée dans la conscience du sujet (méthode expérimentale).

Dans certains cas, on influence aussi expérimentalement l'état général de la conscience du sujet. »

On comprend le rôle important que peut jouer la suggestion dans cette méthode. Elle peut en effet jouer un rôle multiple, en diminuant les changements d'humeur, en diminuant « l'excitabilité pour les phénomènes qui ont la tendance troublante d'attirer l'attention du sujet », en sup-

(1) Séance du 13 août. Présidents : MM. J. Voisin et Van Renterghem (d'Amsterdam).

primant, enfin, « les sensations de fatigue, qui, en plus du vrai épuisement, contribuent de leur côté à diminuer la vivacité de la vie psychique. »

On peut en outre, par le moyen de la suggestion, produire des phénomènes difficiles à obtenir par la méthode objective; difficiles à produire par la volonté du sujet, et, à cause de cela, incapables d'être en même temps analysés par celui-ci, ou encore impossibles à produire par l'un ou l'autre de ces deux procédés.

« Ainsi, par l'emploi de la suggestion, on augmente le nombre des phénomènes qui peuvent être analysés par l'introspection. »

En résumé, en employant la suggestion dans les investigations psychologiques, on peut, d'une part, étudier plus de faits, et, d'autre part, atteindre à une profondeur et une exactitude plus grandes dans les analyses.

L'excellent rapport de M. Paul Farez, sur le même sujet, met bien au point cette question un peu ardue pour tous ceux qui ne s'occupent pas spécialement des sciences psychiques.

« I. Parmi les phénomènes divers dont l'homme est le théâtre, dit-il, les uns apparaissent comme coexistants, « temporels et spatiaux » tout à la fois, les autres comme discontinus, successifs et seulement « temporels ». Cette différence suffit pour que (au moins sur le terrain des faits, et en dehors de tout substantialisme dualiste ou moniste) chacun de ces groupes soit distingué de l'autre et constitue l'objet propre d'une science spéciale, à savoir la *physiologie* d'une part, et la *psychologie* de l'autre.

Ces deux sciences doivent être, au même titre, émancipées de la tutelle métaphysique, indépendantes, autonomes et phénoménistes. En outre, comme les phénomènes physiologiques et les phénomènes psychologiques sont souvent fonction l'un de l'autre, une troisième science, très légitime elle aussi, étudiera leurs rapports, ce sera la *psycho-physiologie*.

Dans chacune de ces trois sciences, l'hypnotisme a sa place toute marquée. Toutefois, laissant systématiquement dans l'ombre les services qu'il rend à la physiologie et à la psycho-physiologie, nous nous bornerons à mettre uniquement en lumière son rôle dans le domaine psychologique proprement dit.

II. La pratique de l'hypnotisme comporte deux moments.

Grâce aux nombreux et divers procédés de l'*hypotaxie*, le sujet est d'abord plongé dans un état de torpeur, d'inertie, de passivité; son activité psychique est comme suspendue; il est, pour ainsi dire, vide de pensée, « anidéisé. »

Alors, à cette période préparatoire va succéder la phase vraiment active. De même qu'une plaque photographique, une fois sensibilisée, peut être impressionnée par la lumière, de même le sujet hypotaxié est prêt à recevoir les empreintes de l'idéoplastie.

L'*idéoplastie*, en effet, par la suggestion verbale, par l'impression mentale, suscite dans l'anidéisme un mono-idéisme ou un oligo-idéisme nettement circonscrit; elle appelle, elle produit à volonté les phénomènes psychologiques dont on veut étudier le mécanisme ou le développement.

III. Lorsque l'idéoplastie a suscité, après hypotaxie préalable, un phénomène psychologique déterminé, celui-ci se déroule avec une intensité toute particulière ; il accapare à lui seul le champ de la conscience, à l'exclusion de tout ce qui n'est pas lui ; il se trouve, pour ainsi dire, grossi, amplifié, renforcé ; débarrassé de tout ce qui pourrait l'obscurcir, il est mis en pleine lumière, il apparaît comme en relief, il offre des nuances qui ne pourraient être saisies ni observées dans l'état de veille.

Or, le sujet lui-même peut prendre pleinement conscience de ce qui se passe à ce moment en lui. Toute l'attention dont il est capable se trouve, par suggestion, mobilisée, concentrée, ramassée, maintenue sur le seul phénomène à observer. Celui-ci est alors appréhendé par une attention purement représentative, en dehors de tout élément antagoniste, affectif ou outre, sans distraction, sans dispersion, sans perturbation d'aucune sorte.

Ainsi :

1° Ce phénomène psychologique est connu avec autant de clarté, de distinction, de netteté, de précision, d'acuité et de pénétration que s'il était vu avec une sorte de loupe ou de *microscope*.

2° Il est connu non pas indirectement par inférence, traduction ou interprétation, mais en lui-même, par *introspection*, par aperception directe, par intuition immédiate. Ainsi nous rentrons dans la tradition de notre grand Descartes.

IV. Cependant, il ne suffit pas de limiter notre étude à l'observation pure et simple des phénomènes courants. Il convient de provoquer, d'étendre, d'affiner cette observation et, pour cela, d'instituer des expériences, lesquelles, grâce encore à l'idéoplastie, porteront, elles aussi, directement sur les phénomènes psychologiques eux-mêmes.

Les principaux modes de cette expérimentation sont les suivants :

1° Étant donné un phénomène naturellement complexe, le décomposer, le désagréger, dissoudre ses combinaisons, rompre ses liaisons, atteindre les rudiments les plus simples, les séparer, les inhiber les uns aux autres, faire en somme une *analyse élémentaire* complète par une véritable vivisection mentale.

2° *Produire isolément*, faire fonctionner à part et étudier en lui-même chacun des divers rouages psychologiques, depuis les plus inférieurs, jusqu'aux plus élevés.

3° Aller du simple au composé, des parties au tout et, dans un esprit préalablement anidéisé, juxtaposer un à un, puis combiner les différents éléments psychologiques, de manière à opérer une restauration graduelle, une *reconstitution synthétique* et même à édifier petit à petit une sorte de statue de Condillac.

4° *Utiliser les expériences que la nature nous offre toutes faites* sous forme de phénomènes pathologiques, séparer leurs éléments intégrants, faire entrer ceux-ci dans des associations nouvelles et, par là, empêcher la reconstitution du complexus primitif.

5° Reproduire à volonté, *créer artificiellement certains phénomènes morbides*, anormaux, curieux, rares, exceptionnels, et cela, soit d'emblée, de toutes pièces, en vue d'une dissociation analytique, soit élément par élément, suivant le mode synthétique.

V. Voici, d'ailleurs, un résumé succinct des phénomènes psychologiques que l'expérimentation hypnotique produit ou modifie le plus aisément.

A. Sphère affective. — Anesthésie complète ou partielle, hypoesthésie, hyperesthésie, dysesthésie, paresthésie pour tous les modes de la sensibilité.

Hallucinations auditives, visuelles, olfactives, gustatives, tactiles, thermiques, musculaires, viscérales, cœnesthésiques.

Besoins divers, faim, soif, pica.

Émotions gaies ou tristes, alternantes ou coexistantes; psychapatie et hyperesthésie psychique; psychalgie, hyperhédonie; analgésie; paralgie.

Inclinations et sentiments : anomalies, aberrations, perversions, philies, dégoûts; anesthésie et paresthésie esthétiques.

B. Sphère représentative. — Dissociation des images : auditives, visuelles, motrices d'articulation et motrices graphiques.

Amnésie partielle ou totale, hypermnésie, dysmnésie, paramnésie, ecmnésie.

Cécité verbale ou psychique; achromatopsie totale ou partielle, dyschromatopsie, xanthopsie, macropsie.

Surdité verbale ou psychique; audition colorée; gustation et olfaction colorées.

Alexie, dyslexie, paralexie.

Agraphie, dysgraphie, paragraphie; écriture en miroir.

Aphasie amnésique, paraphasie, dyslalie, écholalie; parole en miroir.

Illusions rétroactives ou actuelles; allochirie, microesthésie, macroesthésie.

Idées fixes; obsessions; rêves.

Hallucinations rétroactives; hallucinations négatives ou anesthésies systématisées.

C. Sphère conative. — Anénergie; aboulie, hyperboulie.

Hallucination impérative; paralysie psychique.

Impulsion; automatisme; illusion d'acte.

Dissociation d'habitudes et création de nouvelles synergies.

Examen des contre-motifs; analyse de la délibération et du choix dit volontaire.

D. Personnalité. — Variations et dédoublement de personnalité; objectivation de types.

Existences psychologiques alternantes, successives ou simultanées.

États dimidiés.

VI. Pour rendre intelligible une telle expérimentation psychologique, il suffit de se reporter à une vue que le docteur Durand (de Gros) a émise dès 1855, puis, en diverses circonstances, victorieusement défendue et corroborée par tout un faisceau de preuves variées.

Au *polyzoïsme* qui démontre la pluralité animale de l'homme, se superpose le *polypsychisme*.

D'après cette théorie, il n'existe pas un « moi unique régnant sur un désert », mais une légion, une colonie d'individus psychiques, des sortes de moi secondaires, sans doute solidaires et hiérarchisés, cependant autonomes, percevant chacun pour leur propre compte, conscients vis-à-vis d'eux-mêmes.

Il y aurait donc en nous une sorte d'atomisme psychologique assez analogue, mutatis mutandis, à l'atomisme chimique. Cette hypothèse, que rien ne réfute et que tout justifie, donne précisément la clé de cette mécano-dynamique mentale, et de tous les phénomènes étonnants produits par expérimentation directe.

Dans l'état de veille normale, le moi principal, le moi en chef, primus inter pares, donne l'impulsion; il dirige et se subordonne les moi secondaires, les sous-moi. Dans l'état d'hypotaxie, le pouvoir directeur du moi principal se trouve inhibé et les moi secondaires jouissent de leur indépendance; c'est alors qu'ils obéissent sans réserve aux agents de l'idéoplastie. Ainsi est rendue possible cette fragmentation de notre vie psychique, avec persistance de la conscience à titre de simple spectateur impartial et désintéressé.

En outre, ces moi secondaires reçoivent les impressions du monde extérieur, soit directement pour leur propre compte, soit indirectement par contre-coup. Ils enregistrent et conservent nos souvenirs; ils conservent les notions que l'éducation ou l'expérience nous fournissent; ils constituent de véritables laboratoires où s'élaborent des opérations psychologiques très compliquées; ils pénètrent à notre insu et même constituent dans leur entier la plupart des phénomènes mentaux que le moi principal s'attribue; leur contenu représente, en somme, ce que, d'un terme générique, on appelle le *subconscient*.

Or les phénomènes subconscients risquent d'être, pour notre connaissance actuelle, comme s'ils n'existaient pas; certains, jadis conscients, passent pour irrémédiablement oubliés; d'autres resteront indéfiniment enfouis dans les régions de l'inconnu. Mais, si l'hypnostime intervient, il les dépiste, il les fait sortir de leur latence, il les appelle à la pleine lumière de l'introspection, et ainsi il enrichit la psychologie d'un vaste domaine encore presque inexploré.

VII. Cette évocation du subconscient comporte plusieurs aspects.

1° L'hypnotisme provoque une hypermnésie intense pour des phénomènes anciens et presque effacés, ainsi que pour les phénomènes emmagasinés en nous sans que nous ne nous en soyons aperçus.

2° Il éclaire le mécanisme intime de certains états expérimentaux en apparence inexplicables, tels que les suggestions privatives et les suggestions à terme avec inconscience du sujet pendant l'intervalle.

3° Il fait revivre dans la conscience présente les phénomènes psychologiques, soit normaux, soit pathologiques, soit suggérés, qui se sont déroulés dans les divers sommeils, naturel, hypnotique, chloroformique, médicamenteux.

4° Il reconstitue la trame des fugues, des états seconds, des somnambulismes naturels.

5° Il dévoile ces idées fixes qui, à l'insu des malades, sont si souvent la cause d'états pathologiques.

Dans cette œuvre si féconde en découvertes précieuses, la simple suggestion, dynamogénique ou inhibitrice, suffit d'ordinaire. Toutefois, certains cas difficiles exigent que l'idéoplastie se concrétise en quelque sorte, qu'elle appelle à son secours, par exemple, la musique, l'écriture automatique, le dessin, la crystal-vision, la vision dans les nuages, etc. — c'est-à-dire qu'elle provoque le subconscient par la mise en œuvre d'une espèce déterminée d'images, selon que le sujet est auditif, moteur ou visuel.

VIII. Les aperçus qui précèdent sont bien loin de constituer des nouveautés. Déjà en 1853, 1855, 1860, le docteur Durand (de Gros) enseignait et écrivait ceci : « L'hypnotisme est un instrument d'analyse inespéré pour les phénomènes psychologiques;... il nous donne le moyen de faire fonctionner séparément les divers rouages de la pensée, d'en ramener l'exercice à ses opérations élémentaires et de déterminer ces éléments à se prêter à toutes les combinaisons désirables;... il nous apprend à tirer de leur latence une classe entière de manières d'être;... il fournit une base

expérimentale à la psychologie qui, dès lors, devient science positive et qui, grâce à lui, réalisera tous les progrès auxquels la science du corps humain est parvenue avec l'aide du microscope. » Et d'autre part : « L'hypnotisme crée de toutes pièces une science nouvelle, la psychologie expérimentale. »

De nos jours, il ne doit plus exister d'antagonisme entre deux psychologies dont l'une serait descriptive et l'autre expérimentale, la première substantialiste, la seconde phénoméniste et, par là, véritablement scientifique. La psychologie mérite d'être conçue comme science naturelle, une, autonome, ayant un objet déterminé et une méthode propre.

Les deux procédés de cette méthode sont l'observation interne et l'expérimentation directe. Or, il se trouve que l'hypnotisme les exalte, les amplifie, les diversifie, leur donne un essor, une puissance et une fécondité qui dépassent toutes les espérances. A ces titres, l'intervention de l'hypnotisme dans les recherches psychologiques est non seulement légitime, mais indispensable ; grâce aux lumières qu'il projette sur les phénomènes obscurs ou cachés, il permettra de mieux saisir les rapports, de grouper les ressemblances, d'induire des lois.

Sans doute, son emploi rencontrera des préventions et des hostilités. Ainsi que l'écrivait M. Beaunis en 1885 : « Les philosophes opposeront certainement à l'introduction de l'hypnotisme en psychologie la même résistance que les médecins à son emploi thérapeutique, que les légistes en justice, mais, peu importe, ces résistances finiront par céder devant l'irrésistible pression des faits. »

M. Félix Regnault insiste encore dans son rapport sur le rôle capital de l'hypnotisme comme moyen d'investigation dans la science psychologique.

Avant d'aborder les rapports de l'hypnotisme et de la jurisprudence, signalons un certain nombre de communications :

M. Régis (de Bordeaux) a étudié la **suggestion dans le traitement des délires univoques toxi-infectieux, analogie de ces délires avec les états somnambuliques.**

M. van Reuterghem (d'Amsterdam) montre l'**évolution de la psychothérapie en Hollande.**

MM. Raymond et Pierre Janet font une très intéressante communication sur des **crises nocturnes d'angoisse provoquées par le sommeil.**

L'HYPNOTISME DEVANT LA LOI DU 30 NOVEMBRE 1892, SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE. INTERVENTION DES POUVOIRS PUBLICS DANS LA RÉGLEMENTATION DE L'HYPNOTISME (1).

Résumé du rapport de MM. Henri Lemesle et Th. Julliot, docteur en droit.

Que le sommeil provoqué soit considéré en lui-même, indépendamment de la suggestion, ou qu'il soit considéré comme le *substratum* de celle-ci, la pratique en doit très nettement être distinguée en :

Hypnotisme thérapeutique
et Hypnotisme expérimental.

Cette division, que nous observerons dans cette étude, est, à notre avis, capitale lorsqu'il s'agit d'envisager les rapports de l'hypnotisme avec la loi.

(1) Séance du 14 août. Présidence de MM. Jules Voisin et von Schrenck-Notzing (de Munich).

I. Hypnotisme thérapeutique. — La loi sur l'exercice de la médecine doit-elle être interprétée dans un sens favorable au libre exercice de l'hypnotisme thérapeutique, ou dans un sens restrictif permettant cet exercice aux seuls médecins?

Les partisans de la libre pratique de l'hypnotisme emploient à l'appui de leur opinion, et par analogie avec les décisions de certains tribunaux, relatives au magnétisme, cet argument, que l'exercice de l'hypnotisme est indépendant de toute prescription médicamenteuse, et que, par suite, il n'y a pas exercice de la médecine ; ils se font forts de plusieurs jugements et arrêts rendus en faveur des magnétiseurs. Ces derniers prétendent, vu l'obscurité de la loi, et ont fait juger notamment par le tribunal d'Angers (1897) que : « Il ressort du rapport fait à la Chambre par M. Chevandier, que jamais il n'est entré dans l'intention de la Commission de viser les masseurs... que le prévenu en se livrant aux pratiques magnétiques... et en donnant de la ouate aimantée, ne peut être considéré comme ayant exercé un traitement ou prescrit un médicament. »

La réponse des adversaires de la libre pratique de l'hypnotisme peut se résumer par les considérants du tribunal de la Seine (6 janvier 1899) qui a posé le dilemme suivant :

« Ou les pratiques condamnables sont sans aucun effet sur la santé et peuvent empêcher le client qui s'y fie de recourir en temps utile au médecin..., ou elles agissent sur l'organisme humain et ne sont pas inoffensives, auquel cas elles ne doivent être utilisées pour le traitement des maladies que par des personnes compétentes... Dans l'un et l'autre cas, il y a intérêt à réprimer les actes... »

La question a été mal posée et l'on a établi ou laissé s'établir une confusion regrettable entre le magnétisme et l'hypnotisme. Et d'ailleurs, même si cette confusion persistait, la cause du libre exercice de l'hypnotisme thérapeutique n'en serait pas plus défendable ; même si l'on admettait que l'hypnotisme est une méthode thérapeutique incapable d'entraîner des modifications organiques ou psychiques chez le sujet, on n'aurait pas justifié sa libre pratique. Car en effet, entreprendre la guérison d'une maladie, même en n'instituant aucun traitement, est toujours une immixtion dans l'art médical ; dans certains cas, l'expectation sera, à proprement parler, un traitement médical utile, dans d'autres cas, inconsidérément prescrite, elle empêchera le malade de recourir en temps opportun aux moyens curatifs nécessaires : du diagnostic préalablement établi dépendra l'emploi de la méthode expectante et ce ne peut être là que besogne médicale.

Il faut envisager la question à un autre point de vue : car si les magnétiseurs, pensant en tirer argument, s'efforcent d'établir que leurs pratiques n'apportent pas de modifications organiques chez le sujet, bien au contraire, les médecins qui pratiquent l'hypnotisme reconnaissent que la production de l'hypnose n'est pas chose indifférente. Cet état s'accompagne chez le sujet de phénomènes réactionnels tels que le médecin seul peut être qualifié pour en apprécier l'importance et l'utilité thérapeutique. Est-il besoin de mentionner les importantes modifications respiratoires et circulatoires qui résultent de l'hypnose? La production de l'état hypnotique comporte une véritable nosologie, chaque malade est doué d'une suggestibilité particulière, d'une réceptivité personnelle ; d'autre part, le malade en traitement peut être en imminence de troubles mentaux qu'un traitement intempestif ferait éclater.

Il ne nous semble pas utile d'insister plus longtemps, et

nous pensons avoir établi que la pratique de l'hypnotisme est bien une branche de la médecine.

C'est pourquoi nous avons l'honneur de proposer au Congrès international de l'hypnotisme le vœu suivant :

Le Congrès international de l'hypnotisme émet le vœu que l'hypnotisme thérapeutique et toutes les manœuvres qui s'y rattachent sous les noms divers de magnétisme, somnambulisme, etc., soient soumis à la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine. (Ce vœu est adopté par le Congrès.)

II. Hypnotisme expérimentale. — 1. *Etat de la législation.* — L'hypnotisme expérimental est demeuré en dehors des prévisions du législateur de 1892.

Celui-ci, en effet, ne prévoit et ne réprime que l'exercice illégal de la médecine.

Or, cet exercice illégal ne peut consister que dans l'un des trois faits suivants :

1° Prescription d'un médicament. Rédaction d'une ordonnance;

2° Pratiques chirurgicales;

3° Pratiques étrangères en elles-mêmes à l'exercice de la médecine et de la chirurgie (hypnotisme, magnétisme, massage, électricité, prescription d'un régime, conseils d'hygiène ou autres), mais qui, par suite de deux facteurs nouveaux :

a. But poursuivi (traitement des maladies);

b. Habitude, direction suivie dudit traitement, revêtent le caractère de faits illicites, s'ils émanent d'une personne non munie du diplôme requis.

L'hypnotisme expérimental qui, par définition, poursuit un but étranger à la thérapeutique, ne peut rentrer dans aucune de ces trois catégories.

Il reste donc sous l'empire du droit commun, c'est-à-dire que les accidents pouvant résulter de son emploi peuvent exposer son auteur, soit à dommages et intérêts (art. 1382 du Code civil), soit à des poursuites pénales, s'il y a eu crime ou délit.

2. *Convient-il de restreindre ou d'interdire l'exercice de l'hypnotisme expérimental? — Distinction :* 1° Expériences faites en un domicile privé dans un but scientifique ou de simple curiosité. — L'intérêt de la science et le respect du domicile privé s'opposent à toute réglementation de cette nature.

2° Représentations publiques d'hypnotisme ou de magnétisme.

Deux opinions en présence :

a. Nécessité d'interdire les représentations publiques.

Examen des mesures administratives prises en ce sens en France et à l'étranger.

Vœux émis par les sociétés savantes.

Inconvénients de ces exhibitions au double point de vue de la santé publique et de l'atteinte portée à la liberté de la personne morale.

b. Liberté de ces représentations.

Avantages possibles au double point de vue de la science et de l'instruction des foules.

Objections contre la réalité des inconvénients signalés.

Conclusion. — 1° En ce qui concerne l'atteinte portée à la personne morale;

2° En ce qui concerne les dangers de ces exhibitions au point de vue de la santé publique, il n'appartient pas à l'auteur du rapport, qui n'est pas médecin, de conclure. Il consulte le Congrès sur le point de savoir s'il y a lieu de maintenir les conclusions adoptées par le Ier Congrès de l'hypnotisme en 1889 et ainsi conçues :

« Les séances publiques d'hypnotisme et de magnétisme doivent être interdites par les autorités administratives, au nom de l'hygiène publique et de la police sanitaire. » (Ce vœu est adopté par le Congrès.)

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — M. le médecin principal Hervé, du cadre de Lorient, est désigné pour embarquer sur le cuirassé le *Saint-Louis*.

MM. les médecins de deuxième classe Lesson, du cadre de Lorient, et Fermond, du cadre de Cherbourg, sont désignés pour embarquer comme médecins convoyeurs sur les vapeurs qui partiront de Marseille, le mois prochain, à destination du corps expéditionnaire de Chine.

M. le médecin de première classe Berriat, du cadre de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur le *Galilée*, en remplacement de M. le docteur Michel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Contribution à l'étude de l'immunité vaccinale. La variole chez les non-vaccinés, les vaccinés avec et sans succès, les anciens varioleux. Rôle de l'immunité vaccinale dans les varioles non modifiées. Effets de l'âge sur la réceptivité variolique. Prophylaxie de la variole, par M. Maurice Coste, médecin des hôpitaux de Marseille. Gr. in-8°, 90 p. avec tracés. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 101. — JEUDI 6 SEPTEMBRE 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 6 SEPTEMBRE 1900. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Examen du liquide d'une péritonite septique diffuse généralisée; ce liquide n'est ni toxique, ni septique; considérations sur le traitement des péritonites, en particulier du traitement des péritonites appendiculaires, par M. Paul Delbet, chef de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker. — Hémorragies névropathiques des voies respiratoires (épistaxis et hémoptysies), par M. Lancereaux, membre de l'Académie de médecine. — IIe Congrès international de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique (Paris, 12-16 août 1900). — Ier Congrès de l'industrie et du commerce des spécialités pharmaceutiques (Paris, 2-3 septembre 1900). — Chronique et nouvelles scientifiques.

EXAMEN DU LIQUIDE D'UNE PÉRITONITE SEPTIQUE DIFFUSE GÉNÉRALISÉE

CE LIQUIDE N'EST NI TOXIQUE, NI SEPTIQUE. — CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DES PÉRITONITES, EN PARTICULIER DU TRAITEMENT DES PÉRITONITES APPENDICULAIRES.

Par M. Paul Delbet,
Chef de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker.

J'ai communiqué brièvement à la Société de biologie, le 28 juillet dernier, le résultat de l'examen du liquide contenu dans le ventre d'un malade atteint de péritonite septique, diffuse, généralisée. Cet examen m'a montré que ce liquide n'est pas toxique et qu'il est bactéricide. C'est là le fait brutal, isolé. On en comprendra mieux l'intérêt lorsque j'aurai exposé les considérations théoriques et les observations cliniques qui ont été le point de départ de ces expériences.

J'ai opéré un assez grand nombre de péritonites généralisées ou partielles. Je faisais systématiquement au début le lavage du ventre avec de l'eau boriquée chaude. J'ai perdu tous les malades que j'ai lavés. En y réfléchissant, il est en effet peu rationnel de comparer le ventre à une cavité anorganique; il est aujourd'hui admis à peu près par tous les chirurgiens que les antiseptiques, même faibles, altèrent les délicats revêtements épithéliaux de la séreuse et la privent ainsi de son pouvoir défensif.

J'ai abandonné les lavages, et n'ai plus perdu, depuis, un seul cas d'appendicite, quoique j'aie opéré une trentaine de malades, la plupart grièvement atteints.

Il y a plus, nous savons aujourd'hui que le pus n'est autre chose que la réaction de l'organisme contre l'infection. Je me suis donc demandé si, en évacuant le pus, je ne commettais pas une faute et si je ne privais pas le malade d'un moyen de défense. Partant de cette idée, j'enlève encore l'appendice, mais je ne touche plus aux abcès. Jusqu'à présent, je n'ai pas eu à regretter cette conduite : elle me paraît même avoir contribué au succès dans les deux cas suivants :

Le premier cas est celui d'un jeune homme que j'ai opéré d'une appendicite avec péritonite septique diffuse généralisée. Je lui ai enlevé l'appendice, et j'ai soigneusement laissé dans le ventre le liquide péritonéal. Ce malade a guéri d'une manière inespérée.

Observation I. — Le nommé A.. entre à l'hôpital Necker, salle Malgaigne n° 38, le 8 juillet 1900 à sept heures du soir.

Rien de particulier dans les antécédents; les parents sont vivants et bien portants. Le jeune homme est âgé de seize ans, et bien qu'il n'ait jamais été malade, sa santé laisse un peu à désirer; il est pâle, mou et se plaint souvent de malaises vagues.

Il a été pris le vendredi, quatre jours avant son entrée à l'hôpital, quelques heures après le repas, d'une douleur brusque dans le côté droit, douleur peu violente, qui cependant l'a assez inquiété pour qu'il se mît aussitôt au lit : le lendemain vomissements alimentaires et bilieux. L'inappétence est complète, la constipation absolue. Un médecin appelé traite l'affection, d'indisposition sans gravité. Il donne un léger purgatif, fait mettre des cataplasmes et recommande une alimentation légère.

Ce traitement est continué pendant deux jours. Le malade souffre peu, vomit d'abord son purgatif, puis de temps à autre un liquide vert. Le malade expulse le samedi un peu de liquide, puis la constipation devient absolue. Peu à peu le ventre se ballonne et se distend uniformément. La famille, inquiète de ce symptôme, fait appeler en consultation mon collègue, le docteur Pasteau, qui diagnostique une appendicite, déclare qu'il faut opérer immédiatement et m'envoie le malade à l'hôpital Necker. Il est sept heures, l'interne de garde me fait appeler et je vois le malade à huit heures.

Je constate l'existence d'une douleur vive bien nette au niveau du point de Mac Burney; mais il existe de plus de la douleur à la pression dans tous les points du ventre; une pression même modérée provoque des mouvements de défense, et des contractions réflexes de la paroi, aussi bien dans les fosses iliaques droite et gauche, que dans les régions hypogastrique, épigastrique et ombilicale. Le ventre est énorme, ballonné; la percussion révèle de la sonorité tympanique dans la partie moyenne du ventre, de la submatité dans les fosses iliaques et les flancs. La température est élevée à 39 degrés, le pouls dépasse 120. Le diagnostic n'est pas douteux; il s'agit d'une appendicite aiguë avec péritonite généralisée.

J'interviens immédiatement : je fais dans le flanc l'inci-

sion de Roux (de Lausanne). A peine le péritoine est-il incisé que du liquide louche, ayant l'aspect du bouillon sale, paraît au dehors. Je laisse échapper une petite quantité de liquide, je prends le cæcum, je suis une de ses bandes jusqu'à l'appendice, que je résèque. Il n'existe aucune trace d'adhérence au pourtour de l'appendice, ni au pourtour du cæcum. Mon doigt désinfecté est introduit dans le petit bassin, et en écartant les anses intestinales, j'aperçois en ce point une quantité notable de liquide louche, les anses intestinales sont congestionnées. Le doigt introduit vers l'ombilic et dans la direction du foie, ne se trouve arrêté nulle part et chaque fois fait écouler un peu de liquide séro-purulent. Les explorations sont faites dans un but diagnostique et avec précaution.

Obéissant à l'idée théorique qui me guide, j'ai soin de laisser écouler le moins possible du liquide contenu dans le ventre. Je draine avec une mèche de gaze stérilisée et un tube de caoutchouc, je rétrécis un peu les angles de la plaie.

L'appendice est long de 6 centimètres, il est peu volumineux : il ne présente pas de trace de perforation, il est le siège de plaques de folliculite.

Le malade est purgé doucement le lendemain matin, puis à diverses reprises quand la température s'élève.

La température est le lendemain de 37°2 le matin et de 37°5 le soir; le pouls est à 80, il est plus plein, plus ferme. Après quelques oscillations, les jours suivants, la température redevient normale. Le ventre est resté longtemps ballonné, nous faisant souvent craindre une reprise de la péritonite. Puis tout est rentré dans l'ordre, le malade est sorti guéri le 6 août, après avoir attendu la fin de la cicatrisation de la plaie abdominale.

Je sais les critiques que l'on peut faire de cette observation. On peut dire que la péritonite septique diffuse généralisée n'est pas démontrée; qu'il existait peut-être des cloisonnements à distance; je suis le premier à le reconnaître. Je puis affirmer cependant que cliniquement le malade se présentait absolument avec les symptômes de péritonite septique diffuse généralisée, qu'aucun autre diagnostic n'était possible. Je fais remarquer que j'ai guéri ce malade en lui enlevant l'appendice, en m'abstenant de tout lavage et en gardant soigneusement au contraire le liquide contenu dans le ventre.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un malade entré à l'hôpital, le 14 juillet 1900, avec tous les signes d'une péritonite septique diffuse généralisée, d'origine appendiculaire; ce malade était cyanosé; je lui fis immédiatement l'incision de Roux, laissai écouler du liquide séro-purulent absolument fétide, en quantité suffisante pour détendre le ventre et permettre la respiration.

Mais j'eus soin de laisser de ce liquide dans le ventre une quantité notable. Le lendemain le malade était admirablement bien; on peut dire qu'il était guéri de sa péritonite. Le surlendemain il fut pris d'accidents d'obstruction; le malade succomba dans l'après-midi. L'autopsie montra que la péritonite était guérie et que le malade avait succombé au volvulus.

Obs. II. — Le nommé H..., âgé de vingt-huit ans, entre à l'hôpital Necker le 14 juillet, à deux heures, salle Malgaigne, n° 38.

Le malade est violacé. Les extrémités sont froides, cyanosées; la température est de 36°2; le pouls filiforme, presque incomptable, est à 140, la respiration est superficielle et rapide. Des vomissements noirâtres à pleine bouche se produisent d'heure en heure. Le ventre est distendu comme une outre, sonore au centre, mat dans les flancs. La palpation du ventre provoque partout de la défense musculaire. Cependant les douleurs sont manifestement plus vives dans la fosse iliaque droite : vu l'état précaire du malade, on ne lui fait que les questions indispensables. On apprend en quelques mots que le malade a eu quelques troubles dyspeptiques; qu'il a ressenti ensuite une douleur dans la fosse iliaque droite, il y a trois jours, et que, depuis, le ventre s'est progressivement ballonné; que le malade vomit sans cesse depuis deux jours et a une constipation opiniâtre. Je pose le diagnostic d'appendicite avec péritonite septique diffuse généralisée. Malgré la crainte de voir un malade, si sérieusement atteint, succomber aux cours de l'intervention, je propose une opération qui est acceptée. Le malade est endormi avec précaution à l'éther, il vomit abondamment. Je fais dans la fosse iliaque droite l'incision de Roux; le péritoine à peine incisé il s'écoule un demi-litre environ d'un liquide séro-purulent et purulent infect, il brûle la main. Je cherche l'appendice mais en vain, les anses intestinales grêles, congestionnées, rouges, distendues, se présentent sans cesse et je n'arrive ni à sentir le cæcum, ni l'appendice. Le malade est si bas que je n'ose insister. Après quelques essais infructueux, je ne vais pas plus loin. Je fais écouler un demi-litre environ de liquide ponr distendre le ventre; mais j'ai soin d'en laisser dans le ventre une grande quantité. Je draine avec une mèche de gaze; je panse le malade qui est reporté dans son lit. Piqûres de caféine, injection de sérum sous-cutanée. Diète absolue.

Le lendemain le malade est bien. Température 37°2. Le pouls est plein et fort et bat 80. La cyanose a disparu, le malade parle et rit avec ses voisins, il voudrait manger : le ventre est souple et peu douloureux.

Le surlendemain je croyais trouver mon malade en voie de guérison; on me dit au contraire qu'il a passé une mauvaise nuit : je le trouve en effet avec le ventre ballonné, moins qu'au début, cependant; les extrémités froides, cyanosées; des vomissements fécaloïdes. Je suis d'avis de rouvrir le ventre. Je fais donner au malade un ballon d'oxygène; je lui fais faire une piqûre de caféine. Je fais moi-même une injection intra-veineuse de sérum; la cyanose est moins accentuée, le pouls redevient plein et peut être compté. Je pense que cet état va persister et qu'on pourra opérer; mais vingt minutes après, le malade est pris de vomissements. Il rejette des matières liquides noires, fécaloïdes, à pleine bouche, et succombe.

A l'autopsie, je trouvai un appendice sain, mais dans la fosse iliaque droite un volvulus, avec perforation sur le volvulus. Ce malade se rapproche donc dans une certaine mesure des appendicites par le mécanisme des accidents, c'est pourquoi je le joins au précédent.

L'examen du ventre nous montra qu'il n'existait ni adhérence, ni fausses membranes, ni rougeur du péritoine, sauf au pourtour du volvulus. Il n'y avait plus qu'une petite quantité de liquide dans le petit bassin. Comme j'avais constaté pendant la vie du liquide dans tout le ventre, j'ai le droit de dire que sa péritonite était guérie; le malade a succombé à son occlusion intestinale.

Voici donc deux faits cliniques qui viennent appuyer ce que je disais au début, le liquide péritonéal n'est pas cause de la mort des malades atteints de péritonite. Ce liquide n'est pas dangereux. Voici maintenant des expériences qui en fournissent la démonstration directe.

Persuadé de l'innocuité du liquide j'ai fait la petite exploration suivante.

Quand j'opérai mon second malade, je portais au doigt indicateur gauche une écorchure profonde. Je laissai longuement tremper mon doigt dans le liquide péritonéal. Ce liquide me fit éprouver une vive sensation de brûlure; je ne lavai pas mon doigt : le lendemain, non seulement je

n'avais ni lymphangite ni érythème, mais je remarquai que la cicatrisation marchait plus vite.

Voici les expériences plus scientifiques que j'ai communiquées à la Société de biologie.

Le malade est mort le 16 juillet à deux heures et demie de l'après-midi.

Je fais son autopsie le 17 à midi. J'incise la paroi sur la ligne médiane. Après m'être lavé les mains, mais sans les passer dans un antiseptique, je refoule les anses intestinales en haut. Je constate que ces anses, qui baignaient deux jours auparavant dans le liquide corrosif du ventre, ont aujourd'hui un aspect absolument normal. Le liquide que j'avais laissé dans le ventre est résorbé : il n'existe plus qu'une petite quantité de liquide; elle est dans le petit bassin au voisinage d'une anse grêle, tordue en volvulus et portant une petite perforation grosse comme un pois. La quantité de pus est approximativement d'un verre à boire : le pus n'est pas enkysté; il est visqueux, mal lié, opalescent, et contient des leucocytes. Ce pus est recueilli avec un godet de verre stérilisé et versé avec toutes les précautions nécessaires dans un matras stérilisé. Il est ensuite porté à l'Institut Pasteur où j'ai fait mes expériences avec l'aide éclairée et le contrôle de M. Borel, que je ne saurais trop remercier de l'obligeance avec laquelle il m'a ouvert son laboratoire.

Le liquide est trop opaque pour qu'on puisse suivre une expérience. Il est donc d'abord filtré sur une bougie Chamberlain. Pour aider à la filtration, on installe l'aspiration avec la trompe, mais on ne fait aucune pression sur le liquide pour ne pas le modifier. Le lendemain, 18 juillet, on recueille un liquide séreux, jaune foncé, d'odeur horriblement fétide comme le pus d'où il provient, c'est avec ce sérum que je fais mes expériences.

Expérience I. — Le 20 juillet à onze heures, je mets dans une éprouvette stérilisée quelques centimètres cubes de la sérosité péritonéale. Dans un autre tube, je mets une quantité égale de bouillon stérilisé. Nous ensemençons, M. Borel et moi, les deux tubes avec du staphylocoque virulent.

Le lendemain, je constate que le staphylocoque a donné dans le bouillon une culture nette. Il n'a pas poussé dans le liquide péritonéal.

Expérience II. — Dans deux tubes préparés de même, nous ensemençons, le 20 juillet, du coli-bacille. La culture est trop vieille et les microbes ne prennent ni dans le sérum ni dans le bouillon.

Expérience III. — Le 23 juillet, dans deux tubes, l'un de bouillon, l'autre du liquide péritonéal, nous ensemençons du streptocoque virulent.

Le 24, le streptocoque a donné des colonies abondantes dans le bouillon; il n'a donné aucune colonie dans le liquide.

Expérience IV. — Avec les mêmes précautions, le 24 juillet nous ensemençons deux tubes de sérum et de bouillon avec du bactérium coli.

Le 25, on constate que le bactérium coli pousse dans le bouillon énergiquement et dans le liquide faiblement.

Le 26 le coli pousse encore dans le bouillon. Toute végétation est arrêtée dans le liquide.

De ces expériences je conclus que le liquide infect contenu dans le ventre de mon malade, loin d'être dangereux, était un organe de protection, puisqu'il est bactéricide pour les principales espèces pathogènes. Le lavage du péritoine avec des antiseptiques eût été dans ce cas dangereux et intempestif : il eût entravé la lutte naturelle de l'organisme contre l'infection en le privant d'un liquide bactéricide.

Et dans toutes ces expériences je laisse de côté un facteur important : le pouvoir chimiotaxique du liquide péritonéal.

On peut objecter que, si le liquide est bactéricide, il n'en est peut-être pas moins dangereux. On peut craindre qu'il ne soit toxique. Pour élucider ce point, j'ai fait avec le même liquide les expériences suivantes.

Expérience V. — A un cobaye du poids de 160 grammes, nous injectons dans la cavité péritonéale, le 24 juillet, deux centimètres cubes du sérum péritonéal. Si on admet pour poids d'un adulte 70 kilogs, deux centimètres cubes pour le cobaye représentent environ un litre de liquide.

A aucun moment la santé du cobaye ne paraît troublée; l'animal est vif, alerte, il mange comme auparavant et se comporte comme les animaux témoins.

Expérience VI. — Dans la cuisse d'une souris blanche nous injectons un centimètre cube de liquide péritonéal filtré, le 24 juillet. La souris ne présente, non plus que le cobaye, de réaction.

De ces expériences il me paraît résulter nettement que le liquide péritonéal, bactéricide, n'est pas toxique.

Après ces expériences, faut-il conclure que dans le cas de péritonite septique, il faut s'abstenir de toute intervention ? Nullement. Il faut simplement conclure qu'il faut chercher purement et simplement le point de départ de la péritonite, agir sur cette lésion initiale et ne pas s'occuper du liquide.

Pour faire comprendre ma pensée, je me servirai d'une comparaison.

Le malade, atteint d'une péritonite appendiculaire, se trouve dans les conditions d'un homme dont l'estomac absorberait instantanément et auquel on ferait prendre d'heure en heure une dose de 1 centigramme de strychnine. La strychnine est mortelle à la dose de 10 centigrammes. Un médecin est appelé à la cinquième heure : il lui importe peu que l'estomac renferme ou non de la strychnine : puisque l'individu vit encore, c'est que la dose absorbée n'est pas toxique; le médecin n'a qu'une chose à faire, c'est d'empêcher l'ingestion de dose nouvelle du toxique. De même dans la péritonite appendiculaire : peu importe le liquide contenu dans le ventre; il n'est ni toxique ni septique, mais il faut de toute nécessité supprimer l'appendice, parce qu'il est le laboratoire, où s'élaborent microbes et poisons; c'est le laboratoire qui verse constamment de nouveaux produits nuisibles dans le ventre.

De même, c'est parce que le liquide n'est ni toxique ni septique qu'il est permis d'attendre après une contusion de l'abdomen, comme le veut M. Berger, le premier vomissement, comme le veut M. Le Dentu, un symptôme net de péritonite.

Ma conviction personnelle est à peu près faite, parce qu'elle repose sur l'examen de faits cliniques assez nombreux. Mais, dans un article scientifique, la conviction ne suffit pas. Les faits seuls ont une valeur. Je sais quelles critiques on peut me faire. La plus importante c'est que je ne présente qu'un seul cas, examiné scientifiquement. C'est pourquoi je ne pose aucune conclusion ferme. J'apporte deux observations et une série d'expériences qui m'ont paru intéressantes. Je me contente de consigner ces premiers résultats expérimentaux. J'examinerai les cas qui me passeront par les mains, cherchant loyalement la confirmation ou l'infirmation.

HÉMORRAGIES NÉVROPATHIQUES DES VOIES RESPIRATOIRES

[ÉPISTAXIS ET HÉMOPTYSIES (1)]

Par M. LANCEREAUX, de l'Académie de médecine.

Ces hémorragies, les plus fréquentes parmi celles qui ont une origine nerveuse, ont pour siège ordinaire les fosses nasales, plus rarement le pharynx et les bronches.

Plus communes dans le jeune âge que dans l'âge avancé de la vie, elles commencent, pour ainsi dire, la série des hémorragies névropathiques dont la répétition est la règle.

C'est dans le jeune âge, chez les enfants et les adolescents, que les épistaxis ont leur maximum de fréquence ; tandis que les hémoptysies se montrent de préférence vers la fin de l'accroissement et pendant l'âge adulte ; nous connaissons un jeune homme de vingt-sept ans, qui en a souffert de huit à dix-huit ans, à tel point qu'on a cru devoir lui pratiquer la transfusion.

Les changements de saison, et, en particulier, le passage de l'hiver au printemps sont favorables à ces hémorragies, comme aussi la fatigue, l'action du froid, de la chaleur et de la lumière. Les causes psychiques n'ont pas un moindre rôle quand elles viennent troubler l'action régulière du système nerveux, tel un jeune homme qui se voyait fermer la carrière à laquelle il aspirait parce qu'il était pris à chaque concours d'abondantes épistaxis. Aussi l'hérédité bien constatée de ces accidents est-elle facile à comprendre.

Epistaxis. — Les preuves de l'origine nerveuse de certaines épistaxis se tirent non seulement des causes qui les déterminent, mais encore de leur évolution, de leur répétition successive, et enfin, de l'absence de lésions appréciables à l'examen cadavérique ou rhinoscopique des fosses nasales. Gendrin (2) rapporte qu'ayant examiné avec le plus grand soin, à l'œil nu et avec le secours de la loupe, la pituitaire d'un sujet affecté depuis deux ou trois ans de fréquentes épistaxis, dont l'une survenue la veille de sa mort, à laquelle pourtant elle était étrangère, il lui avait été impossible de reconnaître aucune trace de rupture des capillaires, bien que ceux-ci fussent distendus par le sang, et beaucoup plus volumineux et plus évidents que dans l'état normal. Dans deux faits au moins sur cinq, rapportés par le docteur Marcel Natier (*La Parole*, 1899), l'examen rhinologique le plus sérieux n'a permis de découvrir, au point où avait lieu l'écoulement sanguin, d'autres désordres que la présence sur la cloison des fosses nasales de varicosités qu'il était aisé de faire saigner, même par les attouchements les plus légers. — Il s'agissait, dans l'un de ces cas, d'un étudiant âgé de vingt-sept ans, et qui, depuis l'âge de douze à treize ans, se trouvait atteint, tous les quinze jours environ, d'épistaxis survenant à la suite d'une course, d'une fatigue corporelle, d'une tension d'esprit, d'un reproche, de l'absorption de vin rouge, et toujours précédées de violents maux de tête. Le second cas avait trait à un garçon de vingt-deux ans, candidat à l'École centrale, et dont le père et la mère étaient l'un et l'autre sujets à des attaques de rhumatisme. Ce jeune garçon, généralement pris d'épistaxis au moment des concours, saignait surtout de la narine gauche. Un jour, le sang, arrêté à la suite de cautérisations galvaniques, prit son cours dans la narine droite, et celle-ci ayant été cautérisée à son tour, il survint des céphalées d'une violence telle que le malade en arriva à regretter ses précédentes épistaxis. Il eut, en outre, des vertiges et même des pertes de connaissance ; mais, grâce à l'emploi du bromure de potassium et à un déplacement, une amélioration notable se produisit dans sa santé générale.

Ces faits, et beaucoup d'autres qu'il nous serait possible de citer, démontrent, à notre avis, la subordination à un désordre du système nerveux d'un certain nombre d'*épistaxis* dites *spontanées*, parmi lesquelles viennent encore se placer les épistaxis supplémentaires des menstrues. La cessation de ces accidents et leur remplacement, à un âge plus avancé de la vie, par d'autres hémorragies : hémoptysies, hémorroïdes, hématuries, etc., ou simplement par des sueurs axillaires, sont d'ailleurs des circonstances favorables à cette manière de voir.

Des prodromes manifestes, tels que céphalée, pesanteur de tête, vertiges, obscurcissement de la vue, congestion faciale, précèdent en général les épistaxis névropathiques, tandis que ces phénomènes n'existent pas dans les hémorragies nasales liées à un traumatisme ou à une lésion matérielle. Le sang qui s'échappe en général par gouttes est peu coagulable, parfois très abondant, de telle sorte que la répétition de ces hémorragies peut finir par inquiéter sérieusement les familles et le médecin.

L'âge où surviennent ces hémorragies, les troubles qui les précèdent ou leur font cortège, leur répétition, l'état d'excitabilité nerveuse des individus affectés sont autant d'éléments favorables au diagnostic des épistaxis névropathiques. Aussi, est-il possible de les reconnaître dans un grand nombre de cas ; mais, d'ailleurs, l'examen rhinoscopique vient encore éclairer ce diagnostic, puisqu'il permet de savoir si la membrane des fosses nasales présente ou non une solution de continuité, au niveau surtout de la cloison ethmoïdale.

Nous ne nous arrêterons pas davantage sur les symptômes des épistaxis névropathiques, notre unique but étant de démontrer qu'un grand nombre d'épistaxis, dites spontanées, ont une origine purement dynamique et ne sont que des effets d'une fluxion liée à un trouble vaso-moteur. Cette pathogénie étant connue, les déductions thérapeutiques qui en découlent sont faciles à trouver.

Hémoptysies. — Accidents communs vers la fin de la période d'accroissement, ces hémorragies, attribuées la plupart du temps à la tuberculose, ont fréquemment donné aux médecins l'illusion de la curabilité de cette maladie.

Il importe donc de savoir qu'un certain nombre d'hémoptysies de l'adolescence, et même de l'âge adulte, sont indépendantes de la tuberculose. Pour le prouver, nous commencerons par rappeler que quelques-uns de nos maîtres, et Rayer en particulier, nous ont appris qu'ils avaient eu des hémoptysies dans leur jeunesse sans avoir jamais été phtisiques. Plusieurs de nos camarades d'étude, au nombre desquels notre regretté collègue Péan, ont été atteints de ce même accident, sans se plus mal porter. Dans une pratique déjà longue, il m'est arrivé d'observer un grand nombre de malades, dont plusieurs avaient été considérés comme tuberculeux, et qui, malgré une ou plusieurs hémoptysies, avaient leurs poumons parfaitement intacts.

Les rhumatisants chroniques, les goutteux (herpétiques) et les hystériques sont spécialement disposés à cette manifestation pathologique. — Un homme de cinquante ans, gros mangeur et obèse, hémorroïdaire, n'ayant jamais toussé, est pris au milieu de la nuit, à la suite d'un repas excessif,

(1) Communication à l'Académie de médecine.

(2) N. GENDRIN. *Traité philosoph. de médecine pratique*, Paris, 1838, t. I, p. 116.

d'une hémoptysie abondante pour laquelle il me fait appeler. Les poumons et le cœur sont parfaitement intacts, et cet homme, qui n'avait jamais toussé, retrouve toute sa santé au bout de quelques jours sous l'influence du régime et du repos; cet accident n'a pas reparu.

Mandé en octobre 1884 par le docteur Monin auprès d'un de nos principaux journalistes âgé de plus de soixante ans, rhumatisant, hémorroïdaire et obèse, atteint d'une hémoptysie qui durait depuis jours, je n'hésitai pas, en l'absence de tout accident thoracique antérieur et de signes de lésions pulmonaire ou cardiaque, à diagnostiquer une hémorragie névropathique; celle-ci ne tarda pas à céder à l'emploi de la quinine; mais au mois d'avril suivant, ce même malade fut rapidement emporté par une hémorragie de la protubérance annulaire.

Un oncle par alliance, que j'ai pu suivre pendant trente-cinq ans, avait été traité tout d'abord, à la suite de plusieurs hémoptysies, comme tuberculeux, malgré l'absence de signes physiques certains aux sommets des poumons, car l'existence d'un léger degré de rudesse respiratoire, plus accentué à droite qu'à gauche, est un fait physiologique lié à la différence de longueur des grosses bronches, et non un état pathologique. Ce parent, hémorroïdaire d'ailleurs, a pu conserver une excellente santé jusqu'à l'âge de quatre-vingt-sept ans, où il succomba à une hémorragie cérébrale. Un de mes clients, essentiellement herpétique, auquel je demandais un jour des nouvelles de sa santé, me répondit : « Je vais bien, mais hier j'ai craché du sang; cela m'est commun, ce sont mes hémorroïdes qui me viennent par les voies supérieures. »

Il me serait facile de rapporter un grand nombre de faits du même genre; tous tendraient à démontrer qu'il existe du coté des membranes muqueuses, chez les goutteux et les rhumatisants chroniques, une prédisposition aux fluxions sanguines en tout comparables aux fluxions séreuses du tissu cellulaire et des articulations. Cette tendance, qui persiste jusque dans un âge avancé, n'est pas sans contribuer aussi à la production des hémorragies cérébrales, car si celles-ci, comme je l'ai observé depuis longtemps, surviennent toujours vers le matin, au moment du réveil ou peu de temps après, c'est qu'elles sont précédées d'un état fluxionnel qui a pour effet une rupture vasculaire.

Les déviations des menstrues sont des causes bien connues d'hémoptysies notées par un grand nombre d'auteurs : P. Franck rapporte qu'une fille dont les règles étaient depuis longtemps supprimées fut prise d'un accès d'asthme avec toux et crachement de sang au moment des époques menstruelles; puis à la suite d'une saignée du pied, elle éprouva une vive douleur épigastrique, remplacée au bout de quelques secondes par une douleur violente à la région de l'utérus. La réapparition des règles fit cesser la dyspnée et l'hémorragie, mais le lendemain, les menstrues se suspendirent; la dyspnée et l'hémoptysie reparurent, et une nouvelle saignée du pied eut les mêmes résultats que la veille. — Une demoiselle de dix-huit ans, très pléthorique, raconte Latour [d'Orléans (1)], se mit en colère pendant ses menstrues : ses règles furent supprimées et elle eut une hémoptysie alarmante. — Une femme de trente ans, observée par F. Hoffmann (2), fut frappée d'une grande frayeur au moment de l'écoulement menstruel; celui-ci se supprima à l'instant, et, avec la suppression des règles, se produisit une anxiété précordiale, une sensation de poids sur la poitrine et de violentes palpitations de cœur. A l'époque suivante, la menstruation presque nulle, fut précédée d'une douleur tensive du dos et des hypocondres, d'un sentiment de resserrement et de pesanteur dans la poitrine, accompagné d'un peu de toux et d'une expectoration sanguinolente qui cessa d'elle-même au bout de quatre jours. A partir de ce moment, cette malade éprouva régulièrement, à chaque époque menstruelle, un écoulement sanguin plus ou moins abondant par les voies pulmonaires. Pendant les grossesses, les règles et l'hémoptysie cessaient; mais, après l'accouchement, et même pendant la lactation, l'hémoptysie revenait, sans inconvénient pour la santé.

En conséquence, la trachée et les bronches sont, à un degré moindre que les fosses nasales, exposées à des hémorragies qui, souvent, alternent avec des migraines, des douleurs rhumatismales, des hémorroïdes, des troubles menstruels, etc. Ces hémorragies sont toujours précédées de phénomènes prodromiques : dyspnée, pesanteur thoracique, parfois céphalée, etc.; elles n'altèrent pas sensiblement la santé générale, car c'est à peine si elles anémient les malades, à moins qu'elles ne se répètent ou aient une abondance excessive. Dans certains cas même, elles ont paru améliorer la santé en faisant cesser un malaise général, des douleurs vagues, des vertiges, etc. Le sang rejeté au dehors par vomissement ou par expectoration, à la suite de toux, est rouge rutilant, parfois très abondant et en général peu coagulable. La marche de ces hémorragies est ordinairement intermittente, leur durée ne dépasse guère quelques jours.

L'hémoptysie se décèle par la présence de crachats spumeux, formés de sang rouge rutilant, expulsés par des efforts de toux et jamais mélangés ni de matières alimentaires ni de mucosités. La nature de cet accident se reconnaît à un examen approfondi du patient et de l'organe affecté. Ainsi, le diagnostic de l'hémoptysie névropathique repose sur l'état constitutionnel, les antécédents pathologiques, l'absence certaine de lésions des bronches et des sommets des poumons, du cœur et des gros vaisseaux. La répétition de ces accidents, les troubles divers qui les précèdent ou les accompagnent, le bien-être qui en résulte parfois, sont autant de circonstances qui mettent le médecin à même de rassurer les malades et leur famille, toujours très effrayés en présence d'un écoulement sanguin par les voies respiratoires.

Le pronostic de ces hémorragies, comparé à celui des hémoptysies liées à une lésion des poumons, du cœur ou des vaisseaux, est relativement bénin, et, en effet, elles sont exceptionnellement suivies d'accidents sérieux.

La prophylaxie des hémoptysies névropathiques consiste à mettre les malades à l'abri des causes déterminantes qui peuvent les engendrer, à combattre les fluxions et à modifier par l'hydrothérapie et l'exercice musculaire l'excitabilité nerveuse qui en est la cause efficiente.

Le traitement s'adresse, non pas à l'écoulement du sang, dont la source ne peut être atteinte directement, mais au trouble vaso-moteur, au désordre nerveux qui le tient sous sa dépendance. C'est alors que le repos absolu, les opiacés sont indiqués, comme aussi l'emploi de l'ergotine et de la quinine. L'un des meilleurs moyens pour couper court à ces accidents est l'emploi d'une potion vomitive avec

(1) D. Latour. *Hist. philosoph. et médicale des hémorragies*, Orléans, 1815, t. II, p. 312.

(2) F. Hoffmann. *Méd. rat. Syst.-Halm.*, 1718, t. II, p. 207.

2 grammes de poudre d'ipécacuanha. Cette potion, qui a pour effet le resserrement des vaisseaux de l'appareil respiratoire, manque rarement son effet. La quinine peut être également employée avec succès, et dans les cas où l'hémoptysie vient à se répéter, l'hydrothérapie trouve son indication.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'HYPNOTISME EXPÉRIMENTAL ET THÉRAPEUTIQUE

(PARIS, 12-16 AOUT 1900)

LES RAPPORTS DE L'HYPNOTISME ET DE LA SUGGESTION AVEC LA JURISPRUDENCE

Résumé du rapport de M. P. Joire (de Lille).

Au début de cetté étude nous avons d'abord à examiner si l'hypnotisme et la suggestion peuvent être employés d'une manière criminelle. L'étude scientifique de l'hypnotisme nous montre qu'il est une force, mise en œuvre par un homme et capable de modifier profondément l'état physiologique d'un autre individu. On peut d'abord, par l'hynotisation, provoquer un état de sommeil qui s'accompagne d'insensibilité, d'asthénie absolue. On peut, en second lieu, provoquer un état dans lequel le sujet perd, à des degrés divers,sa volonté, son libre arbitre, sa conscience, sa mémoire. Dans cet état, qui est le somnambulisme, l'hypnotiseur peut substituer sa volonté à celle du sujet, lui inspirer les idées, les sentiments, les sensations qu'il lui plaît, il peut lui suggérer les actes de toute nature que, dans certains cas, le sujet accomplira automatiquement, fatalement, sans avoir la conscience ni le souvenir de la suggestion qui lui a été faite. Il est évident qu'une force de cette nature peut être employée pour le mal comme pour le bien. Toutefois, l'histoire nous montre que les attentats de ce genre sont excessivement rares. Ils disparaîtront de plus en plus, à mesure que la connaissance scientifique de l'hypnotisme rendra plus facile la recherche de la vérité et la découverte des coupables, et leur enlèvera ainsi toute sécurité dans l'accomplissement des actes criminels.

Au point de vue du rôle que le médium légiste pourra être appeler à jouer dans les faits de ce genre, nous avons à considérer l'hypnotisé dans quatre cas différents.

Dans le premier cas, l'hypnotisé est victime d'un attentat commis contre sa personne ou contre ses biens à la faveur de l'état d'inconscience et d'inertie où il s'est trouvé par le fait du sommeil provoqué. Ces faits se rapportent surtout à des sujets placés en état de léthargie ou de catalepsie, plus rarement en somnambulisme.

Dans une seconde catégorie de faits, le sujet agit par le fait d'une suggestion, le plus souvent involontaire ou d'une auto-suggestion. Nous trouvons là des sujets sur lesquels une personne, animée des meilleures intentions, peut agir sans le savoir et sans le vouloir par supposition, dans cet état superficiel d'hypnose que l'on appelle la veille somnambulique. Ces cas sont graves, parce qu'ils peuvent souvent passer inaperçus et donner lieu à des erreurs judiciaires. Ils se rapportent surtout aux faux témoignages.

Dans le premier et le second degré du somnambulisme, on peut, au moyen de suggestions, faire accomplir par le sujet des actes non délictueux en eux-mêmes, mais qu'il n'accomplirait pas s'il était à l'état normal. On pourrait lui faire signer des engagements, des contrats, lui faire accomplir des actes capables de compromettre sa réputation.

Enfin, dans le troisième degré de somnambulisme, le sujet, dépourvu de toute conscience, de toute liberté, a perdu le sentiment de sa personnalité; obéissant d'une manière absolument automatique et fatale aux suggestions qui lui sont faites, il peut devenir l'auteur d'actes criminels.

Dans la dernière partie de cette étude, nous verrons que, si l'hypnotisme et la suggestion peuvent, dans certains cas, servir au crime, ils peuvent aider aussi à la découverte de la vérité et faire rendre justice à des victimes.

Jamais l'hypnotisme ni la suggestion ne pourront s'adresser à un accusé pour lui faire avouer une faute, ce serait une véritable torture morale. Mais, en présence d'une victime, on pourra employer tous les moyens que la science met à notre disposition pour réveiller ses souvenirs et lui faire rendre justice. La victime pourra désigner l'auteur d'un attentat commis contre elle. Celui à qui un criminel aura suggéré des souvenirs faux ou des accusations injustes, retrouvera la vérité et la montrera à la justice.

Certains sujets, doués d'une faculté que la science connaîtra mieux désormais, la lucidité, permettront de porter la lumière dans les puits obscurs des causes les plus difficiles, dans lesquelles la justice est exposée jusqu'ici à laisser les coupables impunis, ou, chose plus grave encore, à commettre des erreurs judiciaires.

M. de Schrenck-Notzing (de Munich), étudiant la même question, montre que les crimes commis sur des personnes hypnotisées et ceux commis à l'aide de personnes hypnotisées (posthypnose) sont presque exclusivement limités aux délits sexuels, et à des atteintes au corps faites par imprudence sur des personnes hypnotisées (représentations publiques, miracles !?).

La suggestion en état de veille a une importance médico-légale qui n'est pas assez reconnue.

Elle peut entraîner, en effet, des personnes d'un esprit tout à fait normal à des faux témoignages jurés de bonne foi. Elle peut amener des personnes extraordinairement sensibles à la suggestion à commettre des méfaits.

En général, les suggestions criminelles n'offrent pas de dangers pour des individualités normales qui possèdent une faculté de résistance morale bien développée; au contraire lui obéissent facilement des enfants, des psychopathes, des des hystériques, des faibles d'esprit, et des individualités normalement défectueuses, chez lesquelles la possibilité de résister est amoindrie par un faible développement des idées morales. *(A suivre.)*

Ier CONGRÈS DE L'INDUSTRIE ET DU COMMERCE DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

Etant donné la faveur dont jouissent auprès de la plupart de nos confrères les spécialités pharmaceutiques, faveur justifiée du reste par des considérations dont l'importance ne saurait échapper, nous croyons utile de reproduire un résumé rapide des résolutions prises au Ier Congrès de l'industrie et du commerce des spécialités pharmaceutiques, qui s'est tenu les 2 et 3 septembre 1900.

Les résolutions adoptées ont tendu à unifier les différentes législations sur la matière et à réduire les taxes de façon à faciliter, dans chaque pays, les moyens de mettre à la portée du corps médical des produits à tous égards irréprochables et lui permettre ainsi d'éviter le danger de contrefaçons le plus souvent grossières et dangereuses (1).

(1) Comme l'a fait remarquer un des orateurs qui a pris la parole après le banquet qui a réuni les congressistes, la personnalité morale étant

PROJETS DE RÉSOLUTIONS PRÉSENTÉS AU CONGRÈS DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

Les spécialités pharmaceutiques sont devenues un objet d'échange des plus importants entre toutes les nations du globe.

Ce sont des produits essentiellement utiles à la santé publique, dont l'emploi, au point de vue international, est une des applications les plus fécondes du principe de l'unification des dosages médicamenteux.

Elles permettent, en effet, aux consommateurs de toute nationalité de faire usage d'un même médicament, quel que soit le pays où ils se trouvent, et elles permettent également aux médecins de faire délivrer à leurs malades, dans une pharmacie quelconque du monde entier, un médicament à doses toujours identiques.

Aussi, peut-on dire que les entraves apportées à l'industrie et au commerce des spécialités pharmaceutiques portent un préjudice sérieux aux consommateurs d'un grand nombre de pays.

En présentant au Congrès les neuf projets de résolutions dont le texte suit, la Commission d'organisation a eu surtout en vue les améliorations les plus urgentes à apporter au régime international de l'industrie et du commerce des spécialités pharmaceutiques.

C'est en pleine connaissance de cause qu'elle a écarté d'autres questions beaucoup moins importantes, de même que toutes les questions se rapportant à l'exercice de la pharmacie et traitées habituellement dans les Congrès de pharmacie.

PREMIÈRE SECTION. — *Première résolution.* — Il est à désirer : 1° que dans chaque pays les restrictions légales ou administratives apportées à l'introduction et à la vente des spécialités pharmaceutiques n'aient d'autre but que d'assurer à la santé publique les garanties auxquelles elle a droit : 2° que le régime du droit commun soit appliqué à ces produits en ce qui concerne les restrictions légales, administratives ou fiscales (censure pour la publicité, timbres, impôts spéciaux, etc.), apportées aux moyens employés pour leur propagande.

DEUXIÈME SECTION. — *Deuxième résolution.* — Il est à désirer que, dans tous les pays où les spécialités pharmaceutiques ne sont pas admises librement, on réalise l'unification des formalités à remplir pour l'introduction et la vente des spécialités étrangères.

Ces formalités devraient surtout consister dans la déclaration, faite par les intéressés, des principes actifs de chaque préparation.

Troisième résolution. — Dans chaque traité de commerce, il devra être stipulé que les médicaments vendus sous le nom et le cachet du fabricant pourront être introduits dans les pays contractants, à la charge par les fabricants de se soumettre aux formalités prescrites par les lois du pays d'introduction.

Quatrième résolution. — Il est à désirer : 1° que, dans les pays où les taxes douanières sont établies *ad valorem*, ces droits ne dépassent pas 10 p. 100 de la valeur moyenne des produits, calculée suivant les prix de gros habituels ; 2° que, dans les pays où les taxes douanières sont perçues sous forme de *droits spécifiques* calculés d'après le poids de la marchandise, ces taxes soient graduées de façon à grever toutes les catégories de spécialités, lourdes ou légères, dans la même proportion par rapport à leur valeur, sans jamais excéder 10 p. 100 du prix de gros habituel des produits.

TROISIÈME SECTION. — *Cinquième résolution.* — Les marques de fabrique devant être protégée indépendamment des produits qu'elles revêtent, il en résulte que la marque de fabrique d'un médicament quelconque doit être protégée même dans les pays où le médicament est prohibé.

Sixième résolution. — Le nom d'un fabricant ou d'un inventeur, fût-il inscrit dans un Codex ou tout autre recueil officiel de médicaments, constitue une propriété qui doit être protégée partout, sans distinction de nationalité, et sans obligation de dépôt, à moins que ce fabricant n'en ait fait volontairement abandon au domaine public.

Septième résolution. — L'emploi des désignations usuelles, telles que le nom scientifique d'un médicament ou le nom de la forme qu'il affecte, comme par exemple les mots : capsules, élixirs, globules, granules, ovules, pilules, poudre, sels, sirop, solution, suppositoires, vins, etc., étant absolument nécessaire dans bien des cas pour dénommer clairement les spécialités pharmaceutiques, il est à désirer que les marques de fabrique portant l'une desdites désignations, suivie du nom du fabricant ou de l'inventeur, soient acceptées au dépôt dans chaque pays, étant entendu que le dépôt ne concède au déposant aucun droit à la propriété de la désignation usuelle.

Huitième résolution. — La dénomination de fantaisie d'un médicament doit être protégée dans tous les pays à l'égal des dénominations de fantaisie des autres produits de l'industrie.

Neuvième résolution. — Il est à désirer que tous les pays adoptent une législation uniforme au regard de la brevetabilité des produits industriels, y compris les médicaments.

créée, il sera possible de conserver la dignité professionnelle et de réprimer les abus des charlatans par une mise à l'index. Une commission permanente internationale a été nommée pour étudier toutes les questions intéressant la corporation et fixer la date du prochain congrès et son lieu de réunion.

Académie de médecine. — Comme la Société médicale des hôpitaux et la Société de chirurgie, l'Académie est entrée en vacances et ne reprendra ses séances qu'au mois d'octobre.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 102. — SAMEDI 8 SEPTEMBRE 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 8 SEPTEMBRE 1900. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les sténoses duodénales, par MM. Maurice PATEL, interne des hôpitaux de Lyon, aide d'anatomie à la Faculté, et P. GRANGE, interne des hôpitaux de Lyon. — MÉDECINE PRATIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Les sténoses duodénales.

Par MM. Maurice PATEL, interne des hôpitaux de Lyon, aide d'anatomie à la Faculté, et P. GRANGE, interne des hôpitaux de Lyon.

I

Historique. — L'étude des sténoses de l'intestin grêle est longtemps restée limitée à celles du jéjuno-iléon ; c'est ainsi qu'à l'article de la pathologie intestinale de Blachez, de Luton, il n'est aucunement fait mention du duodénum. Cependant des faits de sténoses duodénales avaient été observés depuis longtemps.

Rokitansky, dans son étude sur les étranglements de l'intestin, l'orsqu'il parle de rétrécissement par pression d'un viscère contre l'intestin qui est alors serré contre la paroi abdominale postérieure, comprend bien évidemment le duodénum, mais il ne spécifie pas.

En 1852, Daubeuf cite le cas de Chopart, qui mourut avec des phénomènes d'étranglement interne, des vomissements bilieux très abondants dus à la compression d'une partie élevée de l'intestin, qui semble bien être le duodénum, mais rien n'est précisé.

La même année Combassier rapportait à la Société anatomique le cas d'un anévrysme de l'aorte comprimant le duodénum.

C'est ainsi que, pendant longtemps, on ne signale que des faits isolés. Vesselle rapporte l'observation d'un néoplasme de la tête du pancréas comprimant le duodénum. Besnier, Duchaussoy étudient les sténoses duodénales avec les sténoses intestinales en général, mais leur accordent peu d'importance.

Dans tous ces cas, la sténose duodénale semble n'avoir été qu'une trouvaille d'autopsie ; aucun signe bien net n'était fourni pour préciser le diagnostic pendant la vie.

Son étude étiologique et clinique commence à apparaître en même temps que celle des sténoses pyloriques, c'est-à-dire le jour où la pathologie gastrique fut bien connue, le jour surtout où la chirurgie abdominale vint confirmer le siège de ces affections et les traiter en même temps.

En 1888, Bard et Pic, à propos de leur étude du cancer du pancréas, citent des cas de sténoses duodénales. Pic, dans son étude du cancer du duodénum, insiste sur les symptômes permettant d'arriver au diagnostic.

En France, Bouveret, Alex, Tuffier, Collin, etc. ; en Allemagne, Boas, Hockhauss ; en Angleterre, Perry et Schaw, dans une longue étude des maladies du duodénum, précisent la question ; aussi, en 1894, Bron peut-il rassembler, dans une étude d'ensemble, les cas de compression du duodénum et exposer leurs signes.

Depuis, la chirurgie a permis de voir que le duodénum était atteint beaucoup plus souvent qu'on ne le pensait, et ici, il faudrait citer tous les noms des chirurgiens qui, croyant traiter des affections pyloriques, ont été amenés à augmenter le chapitre de l'étiologie des sténoses duodénales, et à imaginer des procédés opératoires pour les traiter ; tous les noms des médecins aussi, qui, profitant des données exactes des laparotomies, ont pu rectifier les diagnostics et serrer de plus près l'analyse des symptômes.

C'est de ces nombreux travaux, médicaux et chirurgicaux, que nous nous inspirerons pour essayer de donner une vue d'ensemble de la question.

II

Étiologie et pathogénie. — Une question domine toute l'étude étiologique et pathogénique des sténoses duodénales : c'est la situation que le duodénum occupe dans l'organisme, soit au point de vue physiologique, soit au point de vue anatomique ; elle nous permettra de comprendre la fréquence relative de cette affection.

Physiologiquement, le duodénum, au moins dans la première moitié de son étendue, est assimilable à l'estomac ; par suite de la présence de certains sucs digestifs, et de conditions étiologiques, diversement interprétées, il se développe à ce niveau une lésion spéciale, à cette partie de l'intestin : c'est l'ulcère rond, cause fréquente de sténose.

Anatomiquement, le duodénum se définit la portion fixe de l'intestin ; il nous apparaît appliqué contre la colonne vertébrale, et la paroi abdominale postérieure par la séreuse péritonéale ; ses parois minces se laisseront facilement écraser, sans avoir comme l'intestin grêle, mobile, la ressource de se dérober devant l'obstacle ; même s'il est poussé en avant par une collection rétro-duodénale, il rencontrera au-devant de lui la corde du mésocolon transverse, la bride formée par le paquet vasculaire mésentérique supérieur, qui le dépriment et créeront un obstacle.

Tiré en avant, fixé en arrière, le duodénum l'est encore au niveau de ses angles cystique et duodéno-jéjunal.

Cette fixité complète, on peut le dire, le met à l'abri d'une cause d'occlusion fréquente sur l'intestin grêle, l'invagination ; c'est seulement dans les cas de méso-duodénum, au niveau de la quatrième portion, que l'on pourra rencontrer ce mode d'occlusion. Par contre, cette immobilité ne le met à l'abri d'aucune cause de compression par un néoplasme voisin ; si l'on songe aux nombreux organes qui l'avoisinent, qui vont même jusqu'à le pénétrer (pancréas, vésicule biliaire, foie, estomac, reins, ganglions, vaisseaux), on comprendra qu'une production même peu volumineuse pourra influencer son calibre.

Enfin, par suite de l'arrivée dans le duodénum du canal cholédoque, par suite de la continuité avec l'estomac, des corps étrangers pourront encore venir mettre un obstacle à la circulation des aliments.

Les causes de sténoses duodénales, on le voit, doivent être fréquentes, et pour les étudier, il convient de les diviser.

Nous les avons classées en cinq groupes :

1° Sténoses néoplasiques;
2° — cicatricielles;
3° — extrinsèques;
4° — par corps étrangers;
5° — congénitales.

1° Sténoses néoplasiques. — Parmi les néoplasmes, ce sont surtout les *tumeurs malignes* qui aboutissent à la sténose; c'est l'opinion énoncée par Nattan-Larrier (1) qui admet que la maladie ne se révèle au clinicien dans la localisation que lorsque la sténose existe. Elle est rapide et serrée si le cancer est en virole, s'il s'agit de cancer sous-muqueux (Badie); elle est beaucoup plus lente et moins complète si le cancer est diffus; dans ce dernier cas, il se forme un long canal, rigide, constitué par des parois infiltrées et longtemps suffisant. Cependant dans ces cas de cancer diffus, la sténose ne se produirait pas toujours : Descos et Bériel ont observé un cas de cancer du duodénum qui ne s'était accompagné ni de sténose duodénale, ni de sténose du cholédoque. C'est une exception et, comme le fait remarquer Pic, toujours le cancer du duodénum tend à aboutir à la sténose.

Les *tumeurs bénignes* sont rares dans cette portion du tube digestif; le plus souvent, ce sont de petits polypes à pédicule étroit parfois inséré sur le pylore (Barth, Lafont, Cruveilhier, Thompson, Ganner). Souvent leur volume n'est pas assez considérable pour produire des troubles. Nattan-Larrier a signalé cependant un lipome duodénal qui avait amené de la dilatation de l'estomac, par suite de la sténose qu'il avait provoquée.

Les tumeurs bénignes peuvent produire une occlusion par un mécanisme tout différent, celui de l'invagination ; Migay, Lecourtois, Magnoux, Talon en ont rapporté quelques rares observations; il s'agit d'une invagination de la quatrième portion du duodénum dans le jéjuno-iléon, portion déjà mobile, pourvue peut-être dans ces cas d'un méso anormal, car, le duodénum fixe ne s'invagine pas.

Parmi les néoformations pouvant amener la sténose, nous citerons le cas de Balster, où il s'agissait d'un *hématome duodénal*, développé dans les parois mêmes du duodénum et rétrécissant son calibre.

2° Sténoses cicatricielles. — Nous trouvons, dans le duodénum, deux catégories d'ulcérations, capables, de par leurs cicatrisations, de produire une sténose : d'une part l'ulcère rond, maladie spéciale à l'estomac et au duodénum ; d'autre part, des ulcérations simples, communes à tout le tractus intestinal.

a. L'*ulcère rond* guérit rarement d'une façon complète. Collin admet que la cicatrisation totale se produit dans une proportion de 8 p. 100; elle siège le plus souvent dans la première portion du duodénum, quelquefois dans la seconde, au-dessous de l'ampoule de Vater; quelques rares cas ont été signalés dans les deux autres portions. Le rétrécissement dépend de l'étendue et de la profondeur de l'ulcère; le plus souvent c'est une sténose serrée, admettant à peine le petit doigt (Forster).

Beaucoup plus fréquemment, l'ulcère est incomplètement cicatrisé; néanmoins il produit de la sténose, car à cette lésion vient se surajouter un spasme des parois, élément dont il faut toujours tenir un très grand compte, lorsqu'on parle d'ulcération, dans un segment peu, mais normalement contractile.

Ce spasme peut-il, à lui seul, créer une sténose? c'est-à-dire existe-t-il une *sténose sine materia* semblable à celle que Robin admet pour le pylore?

Doyen croit en avoir observé un cas; mais, ici, beaucoup moins que pour le pylore, on est dans le droit d'admettre une contracture des fibres musculaires, contracture sans lésion préexistante, produisant une sténose.

b. Les *ulcérations simples* sont, moins souvent que l'ulcère rond, cause de rétrécissement; elles sont rares, superficielles, et la sténose qui suit leur guérison n'est pas complète.

Les *ulcérations syphilitiques* n'ont été que très rarement signalées : Oestreich en mentionne un cas non douteux, mais il ne fut pas suivi de rétrécissement.

Les *sténoses tuberculeuses* sont rares. Bernay n'en cite aucun cas. Perry signale 25 observations d'ulcérations tuberculeuses, dont quelques-unes furent suivies de rétrécissement; beaucoup d'entre elles sont douteuses, et il est logique d'admettre pour la plupart, comme l'a fait remarquer Weimberg, qu'il s'agit d'ulcérations simples, survenues chez des tuberculeux ; quelques cas, cependant, se sont accompagnés de granulie péritonéale et semblent bien être de nature tuberculeuse, l'ulcération était transversale dans ces cas, et la guérison a provoqué de la sténose.

On a signalé également des *ulcérations toxiques* suivies de sténose; les plus fréquentes sont des ulcérations érysipélateuses, des ulcérations consécutives à des brûlures étendues (Curling, Paget, Hunter). Perry signale une sténose duodénale consécutive à des ulcérations provoquées par l'ingestion d'un sel d'antimoine.

3° Sténoses extrinsèques. — L'origine de ces sténoses est des plus variables; comme fréquence, elles viennent au même rang que les sténoses cicatricielles. Elles peuvent être dues à trois sortes de causes :

a. Néoplasmes des organes voisins.
b. Organes déplacés.
c. Brides normales ou pathologiques.

a. *Néoplasmes des organes voisins.* — Le *pancréas* vient ici en première ligne, les tumeurs malignes de la tête du pancréas ne font qu'exagérer les rapports des deux organes, aussi la sténose est-elle réalisée, de bonne heure et d'une façon presque complète (Roux, Bard, Pic), dans presque tous les cas. Les tumeurs bénignes du pancréas, si elles siègent près du duodénum, peuvent comprimer cet organe; tel est le

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 1311.

cas de Richardson, qui a signalé un kyste pancréatique avec sténose duodénale.

Le *rein*, surtout le rein droit, peut comprimer le duodénum : tel est le cas d'un kyste du rein, signalé par Fontan ; cependant, en règle générale, les tumeurs malignes, les hydronéphroses volumineuses refoulent le duodénum en dedans et en avant, l'écartent de la colonne vertébrale, et la compression ne se produit pas.

Beaucoup plus souvent le *foie* hypertrophié peut comprimer le duodénum, surtout si la néoplasie siège au niveau du lobe carré, dont les rapports sont très intimes avec la première et la seconde portion du duodénum. C'est ainsi que Piriou rapporte un cas de sténose par néoplasme, Codet par kyste hydatique à évolution inférieure, Moore, par abcès.

La *vésicule biliaire* peut aussi appuyer sur le duodénum et le comprimer ; par des adhérences inflammatoires, elle immobilise la première portion duodénale, légèrement mobile, et c'est grâce à ce mécanisme que des abcès (cas de Pepper cité par Galliard), des vésicules pleines de calculs (Bouveret, Alex, Tuffier, Marchais) peuvent arriver à produire une sténose souvent complète, sous-pylorique.

Les *tumeurs malignes de l'estomac*, même celles qui sont localisées au pylore, se propagent rarement du côté du duodénum ; depuis longtemps, Bouveret l'avait fait remarquer ; récemment, Cunéo a montré les raisons anatomiques de cette particularité : les lymphatiques sous-muqueux de l'estomac communiquent seuls avec les lymphatiques sous-muqueux du duodénum ; les lymphatiques du territoire externe, les plus nombreux, s'arrêtent au pylore ; dans les cas de sténose cancéreuse du duodénum, coïncidant avec un cancer de l'estomac, il faut admettre une autre cause, et chercher une généralisation antérieure, au foie ou au pancréas.

L'*aorte* dilatée peut comprimer le duodénum au niveau de sa seconde portion ; Combessis, Dacquet, Perry signalent des cas d'anévrysme du tronc cœliaque.

Les *ganglions* néoplasiques (Cohn), tuberculeux ou lymphadéniques (Bron), peuvent comprimer le duodénum.

On a cité des kystes du *mésentère* (Augagneur), des lipomes de la paroi, des péritonites enkystées, comme cause de sténose ; ce sont des cas exceptionnels.

b. *Organes déplacés.* — On rapporte des cas où la *rate* déplacée (Pétrequin, Giriou, cités par Bron) amenait des vomissements bilieux.

C'est surtout le *rein droit* déplacé qui vient se mettre sur a seconde portion du duodénum et la comprimer contre la colonne vertébrale ; tels sont les cas de Malbranc (Weill) ; de même, le *foie* abaissé (Glénard).

c. *Brides normales ou pathologiques.* — C'est là une cause de sténose duodénale reconnue comme très fréquente, depuis que la laparotomie se fait dans presque tous les cas d'occlusion intestinale. Toute lésion inflammatoire abdominale s'accompagne de la formation de brides péritonéales très serrées dont la présence constitue un puissant agent de constriction ; c'est ainsi que les néoplasmes du foie, du pancréas, du côlon, les affections de la vésicule (Riedel) voient une cause adjuvante puissante dans la formation des sténoses. On a cité des cas de péritonite tuberculeuse localisée, produisant une obstruction duodénale.

En dehors de ces brides pathologiques, il existe des *brides normales*, situées soit aux angles, soit à la face antérieure du duodénum, et qui, indirectement, amènent un rétrécissement.

C'est ainsi que dans les cas de *dislocation stomacale*, due au corset principalement, la première portion du duodénum est entraînée en bas avec l'estomac ; l'angle cystique reste fixe, la coudure est très brusque et peut créer une sténose complète. C'est par le même mécanisme que se produit une coudure au niveau de l'angle duodéno-jéjunal, fixé solidement par le muscle de Treitz, dans les cas d'entéroptose (Glénard).

Le mésocôlon transverse et le paquet vasculaire mésentérique supérieur peuvent aussi, dans les cas de ptose, former des cordes véritables, obstruant le duodénum ; tels sont les cas de Holsch, de Glénard, Kundrat, Champneys. Mais beaucoup plus souvent la sténose a lieu par un autre mécanisme : supposons une collection ou une tumeur rétro-duodénale ; le duodénum est refoulé en avant, mais bridé par le mésocôlon et surtout par les vaisseaux mésentériqnes supérieurs, sa lumière s'effacera. S'il s'agit d'une collection à évolution brusque, on aura l'occlusion aiguë duodénale signalée par Philippe ; ce peut être un anévrysme, un hématome, un abcès par congestion.

Existe-t-il des occlusions par diverticules congénitaux ? Nous n'en avons trouvé aucun cas. Cependant, Pilcher a signalé un cas d'occlusion duodénale aiguë par un long diverticule périvatérien, secondaire à une sténose duodénale incomplète, située plus bas et jusque-là demeurée latente.

Il n'existe aucun cas de *hernie duodénale* vraie ; dans les observations de Jonnesco, on trouve des hernies de la première partie du jéjuno-iléon, dans les fossettes duodénales ou duodéno-jéjunales, ayant entraîné une petite portion de la quatrième portion du duodénum, pourvue dans ces cas d'un méso véritable ; à part ces exceptions, le duodénum fixe ne se trouve pas étranglé au niveau des fossettes péritonéales.

4° Sténoses par corps étrangers. — Les *corps étrangers venus de l'extérieur* sont rares. Jeannel en a rassemblé sept cas, Perry en cite deux autres cas ; tantôt il s'agissait de cheveux, d'épingles. Houston rapporte le cas d'un jeune homme ayant avalé une cuiller longue de 27 centimètres, logée dans le duodénum.

Les *corps étrangers venus du foie*, par les voies biliaires, consistent en des calculs plus ou moins volumineux. Les sténoses duodénales d'origine calculeuse reconnaissent des causes très nombreuses, souvent combinées ; c'est ainsi que la formation d'adhérences, de brides, jouent un rôle important (Terrier, Marchais). Cependant, on trouve des cas où le calcul agit par son volume, même dans la lumière du duodénum. Bouveret rapporte le cas d'un calcul opéré par Poncet, chez lequel le calcul était enchatonné sous la muqueuse duodénale et contenu dans une fistule cholécysto-duodénale. Krauss, cité par Alex, rapporte trois cas dans lesquels le calcul, engagé dans le cholédoque, ne pouvait franchir le duodénum et refoulait la muqueuse, formant ainsi une occlusion totale. Schreber, Hockhauss, Riegel, citent aussi des observations analogues.

5° Sténoses congénitales. — Ces sténoses sont peu fréquentes. Hecker rapporte que Theremin en a observé 15 cas sur 150000 autopsies ; d'autre part, il donne une statistique de Silbermann, qui, sur 54 occlusions duodénales, a vu 24 sténoses congénitales. Perry n'en compte que 3 cas sur 24 sténoses duodénales. Elles occupent, dans presque tous les cas, la première portion du duodénum ; on en a signalé

au niveau de l'ampoule de Vater (Emersea) et quelquefois au niveau de la quatrième portion (Goodhart, Theremin, etc.).

Quel est leur mode de formation?

On a le plus souvent invoqué un vice de développement du duodénum, une torsion de l'intestin sur son axe, surtout quand il s'agit d'une séparation complète entre deux portions duodénales, comme dans les cas de Porak et Bernheim, Perry et Schaw, Terrillon, Champneys, Macé, Letulle, Nattan-Larrier.

On a invoqué une malformation vasculaire; c'est à cette cause que Grisiou, cité par Thévenet, rapporte un cas où, au niveau de l'angle duodéno-jéjunal, se trouvaient deux plis de la muqueuse obturant l'intestin.

Tantôt la malformation semble résider en une hypertrophie partielle de la tunique vasculaire; c'est ainsi que Lardennois a signalé un rétrécissement, que Letulle a déclaré congénital, car il n'y avait aucune trace de cicatrisation, et qui n'avait amené des troubles que vers l'âge adulte.

Pertik admet une anomalie des valvules conniventes.

Taudler, s'appuyant sur des recherches embryologiques, a montré que chez le fœtus de 10 à 20 millimètres, le duodénum présentait une atrésie physiologique, due à la prolifération de l'épithélium intestinal; à mesure qu'il s'accroît, le duodénum s'élargit; dans les cas d'atrésie congénitale, on n'a que la persistance d'un état physiologique embryonnaire.

Enfin, pour beaucoup d'auteurs, Perry et Schaw entre autres, les sténoses complètes seraient seules congénitales, les autres relèveraient d'une lésion inflammatoire occasionnée par une lésion de l'intestin ou une lésion de voisinage. C'est ainsi qu'Hempel insiste sur la fréquence du catarrhe intestinal avec ulcération pendant la vie intra-utérine; aussi peu de sténoses mériteraient le nom de congénitales, car bien peu sont dues à de simples vices de développement. Cette question, on le voit, est loin d'être tranchée.

III

Anatomie pathologique. — Les lésions des sténoses duodénales sont, on le conçoit aisément, des plus variables; variables suivant leur cause, leur degré, leur durée; aussi, une étude d'ensemble ne peut être jamais que fort incomplète.

1° La sténose. — *Siège.* — En règle générale, elle siège dans la première portion, s'il s'agit de sténoses scléreuses, de sténoses par brides, par coudure, par malformations congénitales; elle occupe la région vatérienne dans les cas de néoplasmes de voisinage, de lésions extrinsèques.

D'une façon générale, elle est plus fréquemment sus-vatérienne que sous-vatérienne; elle occupe aussi quelquefois la région même de l'ampoule.

Son degré. — Sauf dans les cas de sténose congénitale et d'occlusion aiguë, par calculs ou bride mésentérique, la sténose est rarement complète. Le plus souvent, la sténose est incomplète et Forster admet comme très prononcé, un cas où le duodénum laissait encore passer le petit doigt; sur le cadavre, il faut tenir toujours compte de l'absence du spasme, qui modifie considérablement l'aspect clinique de l'affection.

Son aspect. — Il est très variable.

S'il s'agit d'un ulcère, on a une bride fibrineuse, dure, tantôt lisse ou pigmentée, tantôt superficielle, tomenteuse ou étoilée.

S'il s'agit d'un cancer, la sténose est très irrégulière, plus ou moins étendue, plus ou moins serrée.

Dans les cas de compression, l'intestin est aplati, ou plissé en manière de bourse dans les dislocations consécutives dues à la dilatation primitive ou consécutive de l'estomac; le duodénum est modifié complètement dans la direction et dans la forme.

2° Lésions situées en amont de la sténose. — Un des premiers effets du rétrécissement est de déterminer un arrêt plus ou moins complet des matières alimentaires, dont l'accumulation modifiera profondément le segment du tube digestif qui les contient, c'est-à-dire le duodénum et l'estomac; il en résultera, pour ces deux organes, un surcroît de travail; s'hypertrophieront-ils? L'un de nous a montré (*Lyon médical*, janvier 1900) que, dans les cas de sténose intestinale, l'hypertrophie du segment sus-jacent était facteur de mouvements continus de l'intestin, et que ces mouvements ne pouvaient être continus qu'à la condition d'être placés sous la dépendance d'une ulcération de la muqueuse, seule capable d'être une source d'excitations constantes.

Le *duodénum* semble être placé dans des conditions un peu différentes de celles du reste de l'intestin, en ce sens qu'il est peu mobile, qu'il est seulement capable d'exécuter quelques mouvements vermiculaires, bien différents des mouvements en masse du jéjuno-iléon. Néanmoins, s'il y a eu lésion de la muqueuse, on trouve toujours les parois hypertrophiées, mais relativement peu; cette hypertrophie reconnaît comme cause une augmentation du nombre et du volume des fibres lisses; en même temps, la muqueuse est congestionnée, semée de petites ulcérations; les tuniques celluleuse et musculeuse sont infiltrées de petites cellules et de leucocytes (Hayem, Collin).

S'il n'y a pas eu lésion de la muqueuse, le duodénum sera ou intact, ou dilaté, comme le montrent les cas de sténoses extrinsèques de Bron, de Perry, le cas du lipome duodénal de Nattan-Larrier et les observations de sténose congénitale.

Cette dilatation pourra être considérable, comme dans les cas de Bron, de Danlos, où le duodénum formait un second estomac à parois minces, séparé de l'estomac véritable par le pylore.

Une autre lésion du duodénum, consécutive aux sténoses, consiste en la formation de *diverticules duodénaux*; Perry et Schaw, Pilcher insistent sur leur formation; ils sont tapissés par une muqueuse, saine en général; le muscle, à leur niveau, est aminci, parfois manque complètement. On les trouve près de la caruncula major ou près du pylore. Ne serait-ce pas l'exagération, due à la sténose, des diverticules péri-vatériens, signalés récemment par Letulle?

L'*estomac*, dans tous les cas de sténose un peu prolongée, est dilaté; même après une sténose passagère, Letulle a signalé une dilatation aiguë.

Cette dilatation cache toujours une hypertrophie de l'élément musculaire, ce n'est qu'après une lutte prolongée que les fibres dégénèrent et s'atrophient. Cette hypertrophie, que l'on peut considérer comme constante, se rencontre indifféremment dans les sténoses précédées ou non d'ulcérations; c'est qu'un autre élément semble jouer, dans l'estomac, le même rôle qu'une ulcération dans l'intestin; qu'il s'agisse de sténose duodénale ou pylorique, les aliments stagnent dans l'estomac; la sécrétion du suc gastrique est presque constante, et il existe là une cause suffisante pour

expliquer ces mouvements constants qui créeront l'hypertrophie du muscle stomacal. Un peu plus tard, et même peu après la sténose, on a constaté des lésions de catarrhe chronique de la muqueuse, des ulcérations, des érosions, des varices œsophagiennes (Hemmersen), et on peut se demander, dans la formation de l'hypertrophie, quel est le facteur le plus important, l'ulcération ou le chyme imprégné de suc gastrique.

État de l'intestin au-dessous de la sténose. — Le calibre de l'intestin est diminué, mais n'offre rien d'anormal.

Lésions des organes voisins. — Le *péritoine* est souvent enflammé; Hayem a décrit une véritable périduodénite.

Le *cholédoque* est souvent emprisonné au niveau de la sténose (Collin, Perry, Carle et Fantino); le *canal de Wirsung* a été signalé aussi comme étant compris dans le tissu cicatriciel (Swensen et Wallis).

IV

Symptômes. — Les sténoses duodénales ayant des causes diverses et atteignant les individus à des périodes très variables, ont, de ce fait, une grande diversité dans les symptômes; mais ce qui leur donne surtout des allures différentes, c'est le siège de la sténose.

Si l'on se reporte à la physiologie du duodénum, on peut le diviser avec Pic en deux parties, séparées l'une de l'autre par l'ampoule de Vater; la première fait suite à la région pylorique de l'estomac, dont elle n'est que le prolongement. Dans cette partie, en effet, le chyme, à peine modifié par le suc intestinal, ne change réellement pas de composition, et le suc gastrique peut continuer son action sur les aliments. La pathologie accentue encore ce rapprochement, puisque l'ulcère idiopathique du duodénum, analogue étiologiquement à celui de l'estomac, siège dans cette première partie et exceptionnellement dans l'autre. La seconde portion ou sous-vatérienne reçoit par l'ampoule la bile et le suc pancréatique; le chyme change de suite, son acidité disparaît, il devient alcalin, la digestion stomacale est finie, la digestion intestinale commence.

Ainsi donc deux parties : une para-stomacale ou sus-vatérienne, l'autre à fonctions intestinales ou sous-vatérienne.

Une différence si nette dans les fonctions de ces deux parties implique une différenciation des symptômes; aussi est-il impossible de faire cliniquement un tableau de la « sténose duodénale » et doit-on étudier séparément les formes sus et sous-vatériennes.

Sténoses sus-vatériennes. — 1° *Signes fonctionnels.* — Le début en est généralement lent; c'est après une période plus ou moins longue de troubles gastriques ou hépatiques vagues que l'on voit la sténose se constituer et donner naissance à des phénomènes d'obstruction. A ce moment, on notera les symptômes suivants :

Douleur. — Son siège variera; cependant, d'une façon générale, elle sera localisée au creux épigastrique du côté droit. Pour Dreschfeld, la localisation pourrait être beaucoup plus basse et se trouver dans la fosse iliaque droite. Son intensité est variable; elle peut manquer; le plus souvent elle est intermittente, présentant des accès paroxystiques lancinants: ces derniers se montrent ordinairement au moment où le chyme stomacal va essayer de franchir la sténose; ce serait deux à trois heures après les repas (Bucquoy, Resenheim, Chvosteck), une demi-heure à quatre heures (Oppenheim), six heures (Wunderlich). Ces paroxysmes n'existent généralement qu'au début de l'affection, car lorsque les parties sus-jacentes à la sténose ont perdu leur tonicité, il n'y a plus de vives contractions qui cherchent à franchir l'obstacle; et, les malades accusent une douleur sourde, presque continue, qu'ils comparent volontiers à un barrement siégeant au niveau du creux épigastrique.

Elle peut être réveillée par les grands mouvements, les efforts, enfin souvent la palpation de la partie droite du creux épigastrique peut la provoquer.

Elle irradie parfois à tout l'abdomen, plus souvent les irradiations sont localisées; elles se font à l'épaule gauche (Bucquoy), au sein droit et à l'épaule droite (Mayer), entre les deux épaules (Woochwart).

Vomissements. — Aussitôt que le calibre du duodénum est diminué, on voit généralement apparaître des vomissements qui, avec la progression de la sténose, peuvent devenir si fréquents que les aliments même liquides sont rejetés dans leur totalité.

Au début, ils se produisent quelques heures après l'ingestion des aliments, au moment où le chyme stomacal, ayant franchi le pylore, rencontre un nouvel obstacle; alors naissent des contractions antipéristaltiques qui provoquent le vomissement. Ceux-ci coïncident généralement avec les paroxysmes douloureux.

Plus tard, quand la dilatation des parties sus-jacentes à la sténose sera devenue considérable, la musculature de cette portion du tube digestif ayant perdu son énergie, le vomissement se produira par le fait de la réplétion exagérée. Alors les vomissements seront moins fréquents, se montreront deux à trois fois par semaine, seront très abondants, et on pourra y reconnaître les aliments ingérés plusieurs jours avant.

Ils peuvent parfois avoir un début très brusque, dans les sténoses aiguës; ils sont alors violents, incoercibles, d'abord alimentaires, puis muqueux, mais jamais bilieux (Phillipe).

Chez le nouveau-né, ils ont un caractère un peu spécial. Dès la naissance, l'enfant refuse le sein ou, s'il l'accepte, on le voit bientôt rejeter le lait; les liquides qu'on cherche à lui faire ingérer subissent le même sort; puis les vomissements deviennent verdâtres ou jaunâtres; ils se font sans efforts, sont abondants, liquides, ressemblent à la diarrhée des nouveau-nés. Pour Perry, dans certains cas de sténose partielle, ces signes ne se montreraient qu'à la suite de nourriture indigeste.

Les *hématémèses* sont rares, peuvent provenir de la lésion duodénale ou de varices œsophagiennes (1 cas de Emerson); elles sont peu abondantes et le sang vomi est ordinairement marc de café (Goodhart).

Exceptionnellement, on pourra avoir des *vomissements de calculs* qui permettront alors le diagnostic causal de la sténose (Gaillard, Bouveret, Alex).

Anorexie, parfois accentuée, chez les néoplasiques; tandis que d'autres malades sont souvent tourmentés par un appétit qu'ils ne peuvent satisfaire (Hayem).

La *constipation* est la règle; elle est opiniâtre, les malades restent souvent une semaine sans avoir de selles; les matières sont ovoïdes, dures; parfois cependant, alternatives de diarrhée et de constipation.

Chez le nouveau-né, souvent rejet d'une petite quantité de méconium; ce signe manquerait pour Frœliger dans les sténoses sus-vatériennes.

Les *entérorragies* sont plus fréquentes que les hématé-

mèses; elles se montrent surtout dans les sténoses néoplasiques. Le sang peut envahir l'intestin en masse et donner des selles de sang rouge; le plus souvent, l'entérorragie est peu abondante et donne naissance à du mélæna qui doit être soigneusement recherché.

L'*ictère* se montre parfois, mais seulement lorsque la sténose siège au niveau de l'ampoule de Vater, formant alors pour certains auteurs une troisième forme, les sténoses péri-vatériennes.

Tétanie. — On a signalé quelques cas de tétanie dans la dilatation gastrique consécutive aux sténoses duodénales (Laprevotte, Hayem, Gaillard).

Urines. — La quantité en sera ordinairement diminuée; cette diminution pourra aller jusqu'à l'anurie (Alex), les urines seront foncées, rouges (Bron), neutres ou alcalines (Kusmaul).

2° *Signes physiques*. — *Inspection*. — L'*aspect général*, lorsque l'affection est à la période d'état, est vite cachectique, car les troubles graves que provoque la sténose, dans les fonctions digestives, amène un amaigrissement rapide.

L'*abdomen* est de volume normal, *non ballonné*: parfois cependant il existe un peu de ballonnement, mais il est localisé à la région épigastrique et formé aux dépens de l'estomac dilaté, dont on peut voir dans quelques cas les contours se détacher sous la paroi. Cette ectasie peut s'accompagner d'*ondes péristaltiques*, se portant du grand cul-de-sac vers le pylore; parfois existent des ondes antipéristaltiques, mais moins fortes. Ces contractions seront plus ou moins marquées, suivant l'état du muscle stomacal et le degré de la sténose.

Palpation, *percussion*. — Ces moyens d'exploration seuls ou combinés permettront de se rendre contre de la *dilatation stomacale* déjà vue parfois à l'inspection.

Le clapotage sera perçu facilement sur une étendue variable, pouvant aller jusque dans l'hypocondre droit et la région pubienne (Bouveret, Peebles, Bucquoy).

La palpation de l'estomac dilaté donne une sensation bien spéciale qui permet de le différencier des organes voisins; Hockhauss la compare à un coussin d'air, Bouveret l'assimile à un ballon de caoutchouc.

Les cantours de l'estomac seront lmités par la palpation ou mieux encore *par l'insufflation* qui montrera si le pylore est déplacé et permettra souvent à la palpation d'être plus efficace.

L'application d'un corps froid, un choc brusque pourront dans quelques cas reveiller la tonicité du muscle stomacal et donner naissance aux mouvements péristaltiques.

La *gastroscopie* (Mikulicz, Bouveret) permettra de vérifier l'état de l'estomac et du pylore.

L'*épreuve de l'huile* que Klemperer employait pour apprécier le degré des sténoses pyloriques, trouvera ici son application; mais Bouveret lui accorde peu de valeur.

Intubation du duodénum. — Sous ce nom, Hemmerer propose de faire, au moyen d'une sonde spéciale, le cathétérisme du duodénum, par ce procédé il croit pouvoir faire un lavage du duodénum; déterminer son emplacement à l'aide de l'électro-diaphanie, et, s'aidant de l'insufflation de l'estomac et du côlon, marquer le siège de la sténose. Cette manœuvre très compliquée ne paraît pas réalisable.

Exploration à la sonde. — Le matin à jeun, la sonde ramène un liquide résiduel abondant, dans lequel on trouve des aliments ingérés la veille.

Chimisme stomacal. — Il est extrêmement variable, cependant se rapproche du chimisme stomacal normal; l'acidité est généralement conservée, parfois même existe de l'hyperchlorhydrie.

Sténoses sous-vatériennes. — Quelle que soit la partie sténosée du duodénum, il en résulte de suite une dilatation de sa portion sous-jacente ainsi qu'une ectasie de l'estomac. Dans ses formes sous-vatériennes, nous aurons donc des symptômes communs à la forme sus-vatérienne, auquel se surajouteront des phénomènes nouveaux que nous allons examiner.

1° *Signes fonctionnels*. — La *douleur* a les mêmes caractères que ceux décrits plus haut; cependant dans les sténoses aiguës qui appartiennent surtout aux formes sous-vatériennes, on pourra avoir un début très brusque, et elle sera extrêmement vive, déchirante, atroce (Phillipe), irradiant rapidement à tout l'abdomen (Balster).

Les *vomissements* présentent des caractères différents de ceux des sténoses sus-vatériennes: tandis que ceux-ci étaient uniquement alimentaires ou muqueux, ceux-là *renfermeront de la bile et du suc pancréatique*; ils seront verdâtres, abondants, le plus souvent alcalins; ces vomissements bilieux constituent un signe capital des sténoses sous-vatériennes.

Hockhauss et Riegel font remarquer leur abondance la nuit après un soigneux lavage de l'estomac la veille au soir; ce qu'ils expliquent par l'accumulation du chyme au-dessous du pylore, qui remonte ensuite dans l'estomac puis est rejeté.

Dans les sténoses aiguës, ils sont très rapidement bilieux, mais jamais fécaloïdes (Balster, Phillipe); cependant ils peuvent présenter une odeur spéciale rappelant ces derniers (Bron).

Les hématémèses, la soif, la perte de l'appétit n'ont ici rien de particulier.

Troubles intestinaux. — Comme dans l'autre forme la constipation est de règle, mais ici, par suite des troubles apportés au fonctionnement de la digestion intestinale, les matières fécaloïdes sont souvent décolorées et graisseuses (Boas).

Les entérorragies sont un peu plus fréquentes que dans les cas précédents.

2° *Signes physiques*. — Nous ne reviendrons pas sur les signes de dilatation gastrique appréciables par la vue, la percussion ou la palpation. Ils sont les mêmes que lorsque la sténose est sus-vatérienne. Nous insisterons seulement sur la *palpation de la région duodénale*. Il semble téméraire de la recommander, dit Glénard, car les éléments de la région dans laquelle se trouve le duodénum sont complexes, la région est d'un accès difficile, enfin le duodénum est placé à la partie la plus profonde. Cependant pour cet auteur, sur la face latérale droite de la colonne, au-dessus d'une ligne transversale passant par l'ombilic, existent trois cordons superposés pouvant être formés, soit par la vésicule, soit par le duodénum, soit par le côlon transverse, soit enfin par la région pylorique de l'estomac : on palpera donc cette région, et, procédant par élimination, on pourra parfois arriver à diagnostiquer une lésion duodénale. C'est ainsi, dit Glénard, qu'il est infiniment probable qu'une tuméfaction sensible, bien circonscrite, sonore, verticalement placée à l'épigastre, entre l'ombilic et le rebord costal, sur la ligne parasternale, ne peut avoir d'autre siège que le duodénum.

Si la palpation du duodénum est fort difficile, pour ne pas dire impossible, celle des organes qui l'entourent est plus aisée; aussi souvent permettra-t-elle de reconnaître

des brides, des corps étrangers, des tumeurs partant des organes voisins et causant la sténose. On explorera donc avec soin le pylore, le pancréas, le foie, la vésicule, le côlon transverse, la corde formée par les vaisseaux mésentériques supérieurs; on cherchera à se rendre compte de la forme de l'obstacle, de sa mobilité, et cette exploration sera d'autant plus utile, que c'est sur elle qu'on s'appuiera pour l'intervention.

L'*insufflation* pourra, dans certains cas, faire apparaître cette tumeur verticale sonore, qui, pour Glénard, est caractéristique des ectasies duodénales. Elle devra toujours être faite avec prudence et jamais poussée trop loin.

Exploration à la sonde. — Le matin à jeun on trouve un liquide résiduel peu abondant, dans lequel il n'existe pas de résidus alimentaires rcconnaissables à l'œil nu; il faut le microscope pour retrouver des parcelles d'aliments ingérés la veille. C'est le contraire que l'on rencontre dans les sténoses sus-vatériennes (Hayem).

Chimisme stomacal. — Un des caractères du suc gastrique, dans ces cas, est son extrême mobilité; Hockhauss et Riegel insistent sur les singulières alternatives dans sa teneur en acide chlorhydrique et dans son pouvoir digestif.

D'une façon générale, le contenu gastrique donne une acidité totale toujours très faible, quand elle n'est pas complètement abolie; l'alcalinité est un signe pathognomonique. Cette diminution pouvant aller jusqu'à la disparition complète de l'acide chlorhydrique, est due à la *présence de la bile et du suc pancréatique*, que l'on pourra constater d'une façon constante dans le contenu stomacal. C'est le signe capital des sténoses sous-vatériennes (Boas, Bouveret, Pic, Hayem, Leichtenstern, Riegel, Cahn, Hockhauss).

État général. — Varie avec la marche et l'évolution, qui créent d'ailleurs les formes cliniques; c'est avec ces dernières que nous le décrirons.

V

Marche. Formes cliniques. — Les sténoses duodénales évoluent, soit chez l'enfant, soit chez l'adulte; les unes ont une marche très rapide, d'autres sont chroniques; enfin, on peut encore en distinguer de latentes.

1° Formes aigues. — Dans ce cas, la marche des accidents est rapide et mène, en quelques jours, le patient à la mort. Ces sténoses évoluent, soit chez le nouveau-né, comprenant la plupart des sténoses congénitales, soit chez l'adulte dans les formes acquises.

Sténoses congénitales. — Dès le premier ou le second jour après la naissance, quelquefois, mais rarement, après le dixième (Frœliger, Hempel), l'enfant a, soit spontanément, soit après un essai d'alimentation, les vomissements que nous avons déjà décrits; en même temps, il fait parfois un peu de méconium et on peut voir un léger ballonnement épigastrique; mais bientôt le facies s'altère, les traits se tirent, et l'enfant succombe rapidement du troisième au cinquième jour (Frœliger, Goodhart, Emerson, Hempel); quelquefois la survie est un peu plus longue, dix-huit jours (Hempel). Enfin, Perry et Schaw citent un cas de sténose duodénale congénitale incomplète, où la survie aurait été de quatre ans, mais ceci est l'exception et rentre dans les formes chroniques.

Sténoses acquises. — Sont rares. Le début est très brusque; c'est le tableau de l'occlusion intestinale aiguë. Le malade accuse une douleur vive, déchirante, atroce, ressentie dans la partie supérieure de l'abdomen, près de l'ombilic (Philipe), irradiant bientôt partout; puis se montrent des nausées, suivies de vomissements alimentaires d'abord, puis muqueux si la sténose est sus-vatérienne; plus souvent bilieux si la sténose est sous-vatérienne; mais *jamais fécaloïdes*. Ces vomissements sont très précoces, violents, incoercibles, les aliments même liquides sont rendus.

Le ventre n'est pas ballonné, il est uniformément plat, sauf parfois à la région épigastrique; en outre, la *paroi abdominale a conservé toute sa souplesse.*

Ces symptômes s'accompagnent de suite de phénomènes généraux graves: facies terreux, pouls petit, etc. C'est le tableau péritonéal. La mort arrive bientôt en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Cependant, il est des cas de sténoses aiguës par calculs ou ptoses viscérales, où la marche est moins rapide et où les troubles peuvent s'amender et disparaître.

2° Formes chroniques. — Ici toutes les formes sont acquises et frappent l'adulte; citons cependant un cas de Lardenois, où cet auteur aurait vu évoluer une forme chronique congénitale chez un adulte, mais c'est une exception.

La marche de toutes ces formes, qui sont les plus nombreuses, est fort variable suivant la cause et le degré de la sténose, aussi est-il difficile d'en faire un tableau d'ensemble.

On peut cependant dire que généralement le début est insidieux, les malades se plaignent de malaises vagues et attirent l'attention sur des symptômes gastriques ou hépatiques, quelquefois, mais plus rarement, intestinaux ou abdominaux; plusieurs mois se passent ainsi, lorsque brusquement la sténose, qui était latente jusque-là, se révèle par des signes d'obstruction chronique. Alors apparaissent: la douleur en un point localisé, les vomissements, les troubles intestinaux; à ce moment l'attention se porte sur la région épigastrique ou de l'hypocondre droit et l'on constate les signes physiques que nous avons décrits. Sous l'influence de ces troubles, la nutrition du malade commence à souffrir, il maigrit, perd les forces, se cachectise, et, trop souvent, à la cachexie provoquée par l'inanition se joint celle d'un néoplasme qui a provoqué la sténose. Sous l'influence de ces nombreuses causes, la malade arrive en quelques mois, souvent en quelques semaines, à la période ultime, à moins que des phénomènes d'occlusion aiguë ne soient venus hâter la terminaison fatale.

A côté de ces formes, bien nettes par leur symptomatologie, il en est d'incomplètes qui restent sans donner aucun signe et qui sont des trouvailles d'autopsie.

3° Formes latentes. — Nous réunissons sous cette dénomination les quelques cas douteux de *sténoses spasmodiques;* elles sont admises par bien peu d'auteurs: Doyen en cite un cas; un second est rapporté par Glénard, sous le nom de *colique duodénale*, c'est dans ce cas où il est parvenu à sentir nettement la dilatation du duodénum; ce cas a évolué comme une colique hépatique fruste.

Dans cette catégorie peuvent rentrer également les cas où, par suite de ptoses viscérales, la corde mésentérique supérieure, le mésocolon transverse et le muscle de Treitz, tiraillant sur le duodénum, le compriment d'une façon plus ou moins complète et intermittente; les malades présentent des troubles gastro-intestinaux vagues, digestion pénible, vomissements, alternatives de diarrhée et de constipation, et où ces phénomènes disparaissent quand on traite la ptose.

VI

Diagnostic. — 1° Y A-T-IL STÉNOSE DUODÉNALE? — Les signes sur lesquels nous devons nous appuyer pour établir l'existense de la sténose sont la douleur, les vomissements, les signes physiques et chimiques décrits en détails précédemment, nous n'y reviendrons pas. On le fera, le diagnostic, avec les affections suivantes :

Sténose pylorique. — Dans les deux affections nous avons de la douleur, des vomissements, de l'ectasie gastrique avec ondulations péristaltiques ; mais dans de nombreux cas (sténoses sus-vatériennes) nous aurons les vomissements bilieux et pancréatiques, enfin toujours existe l'ectasie duodénale qui pourrait faire le diagnostic si elle était perceptible ; Glénard la décrit bien dans un cas ; malheureusement la plupart des cliniciens ne l'ont pas mentionnée et avouent le diagnostic des sténoses pyloriques et sus-vatériennes impossible (Boas, Bouveret, Pic, Hockhauss). Quelques auteurs insistent sur les crises paroxystiques douloureuses qui seraient plus tardives dans les sténoses duodénales.

L'*hypersécrétion continue*, qu'elle soit protopathique ou due à une sténose pylorique, a généralement un suc gastrique hyperchlorhydrique, ce qui est l'exception dans les sténoses duodénales ; en outre, le caractère régulier des douleurs et des vomissements permettra souvent le diagnostic. Il est cependant des cas douteux, puisque l'on peut voir quelque fois (Bouveret) des vomissements bilieux dans l'hypersécrétion protopathique, ce n'est alors que par la marche de l'affection que l'on arrivera à conclure.

Dilatation de l'estomac sans sténose ; mais ici, il existe très souvent une longue période de troubles digestifs avant que l'estomac ait augmenté ses limites ; il a en outre perdu à ce moment sa tonicité musculaire, on n'aura jamais de contractions péristaltiques, le chimisme ne sera pas le même, enfin, la palpation de la région duodénale ne montrera jamais ni tumeur ni dilatation.

Gastroptose, dans ce cas abaissement des deux courbures supérieure et inférieure, qui sont séparées par leur distance normale.

La *dislocation verticale de l'estomac* peut simuler une sténose duodénale, témoin le cas de Weill. On se basera sur les signes suivants (Bouveret) : abaissement des grande et petite courbures, sonorité gastrique remontant plus haut que normalement, estomac vide deux ou trois heures après un repas, enfin pylore dévié en bas et en dedans au voisinage de l'ombilic, rien à la région duodénale.

Dans les cas de *fistules gastro-cystiques*, l'estomac est généralement de volume normal, ce qui peut prêter à confusion ce sont les vomissements bilieux ou la présence constante de bile dans l'estomac ; mais il n'y aura jamais de suc pancréatique. La présence de ce dernier sera reconnue et différenciée par ce fait que la digestion trypsique se fait en milieu alcalin au lieu du milieu acide que réclame la pepsine.

Dans les *occlusions intestinales chroniques* les troubles intestinaux et surtout abdominaux seront plus intenses, par moment il excitera du ballonnement qui manque toujours dans les sténoses duodénales, en outre la palpation de l'abdomen permettra souvent de reconnaître la cause de l'occlusion intestinale.

Si la sténose siège sur la partie supérieure du jéjunum, le diagnostic sera souvent impossible et seulement tranché par la laparotomie.

Formes aiguës. — Chez les enfants, dans les *sténoses congénitales*, le diagnostic se fera par exclusion ; on cherchera parmi les anamolies celles qui pourraient donner des signes d'occlusion ; on pensera plus particulièrement au rétrécissement du rectum ou à l'imperforation de l'anus, on fera le toucher rectal avec le petit doigt, et on se souviendra que, dans ces cas, l'enfant ne fait pas de méconium.

Chez l'adulte les formes aiguës ne seront pas confondues, grâce aux vomissements jamais fécaloïdes et à la forme de l'abdomen toujours souple et non ballonné. Cependant on songera aux :

Occlusions intestinales aiguës ; mais ici si parfois le ventre est au début rétracté, il est à ce moment impossible à palper, les muscles de la paroi se contractant, généralement le ballonnement deviendra de suite intense, les vomissements seront fécaloïdes ;

Péritonite aiguë par perforation ; mais ici pas de constipation et météorisme rapide ;

Hernies ; on explorera avec soin les régions herniaires normales et anormales, on pensera pour les éliminer aux hernies intra-abdominales.

Signe de certitude. — Dans les cas douteux on sera amené, pour trancher le diagnostic, à pratiquer une *laparotomie exploratrice*.

2° LA STÉNOSE EXISTE. QUEL EST SON SIÈGE? — La division suivie à l'étude des symptômes dispense de revenir ici sur le diagnostic du siège ; qui sera basé surtout sur les vomissements et l'exploration chimique du contenu stomacal.

Rappelons que Pic distingue une troisième forme les *sténoses peri-vatériennes* ; les signes en sont flou : tantôt ils empiètent sur ceux des sténoses sus-vatériennes, tantôt ils se rapprochent de ceux des sous-vatériennes ; un seul permet la localisation, c'est l'ictère.

3° QUELLE EST LA CAUSE DE LA STÉNOSE? — Pour faire ce diagnostic nous renvoyons au chapitre de la pathogénie ; on se reportera aux si nombreuses causes qui peuvent provoquer la sténose et on se souviendra que le diagnostic causal ne peut être fait qu'en analysant minutieusement les signes décrits plus hauts, et en éliminant pour ainsi dire pas à pas chacune d'elles.

Il arrivera malheureusement bien souvent que ce diagnostic causal restera douteux ; la laparotomie exploratrice lèvera les incertitudes, permettra de se rendre un compte exact de la cause, du siège, du degré de la sténose, de l'état des tissus voisins, et, le plus souvent ne sera, que le premier temps d'une opération curative.

PRONOSTIC. — Le pronostic est essentiellement variable suivant la cause et le degré de la sténose ; mais d'une façon générale il est grave, car quelle que soit la forme, à part les cas de sténoses latentes, l'obstacle au passage du chyme dans l'intestin crée rapidement un tel état de cachexie que le malade succombe fatalement, à moins qu'une intervention possible et bien conduite ne vienne enlever l'obstacle ou rétablir le cours normal des digestions stomacales et intestinales.

VII

Traitement. — Une fois confirmée, la sténose duodénale devra être abandonnée au chirurgien ; sauf, en effet, dans les cas où elle relève d'une dislocation stomacale ou d'une entéroptose et où alors elle peut être guérie définitivement

par le port d'une ceinture de Glénard, le traitement médical ne sera jamais que palliatif.

Ici, en effet, nous ne notons pas de fait bien net de contracture spasmodique, comme quelques auteurs semblent l'admettre pour le pylore ; aussi le traitement qui a donné, dans ces cas, des succès (Robin), ne pourra être utilement employé pour le duodénum.

Contre la douleur, on peut avoir recours à l'opium, au chloral; contre les vomissements, on emploiera la potion de Rivière, on prescrira la diète et on donnera des lavements alimentaires. S'il y a hyperchlorhydrie, on obtiendra la neutralisation par les alcalins. S'il y a des fermentations stomacales, on fera le lavage de l'estomac.

Dans les cas de tétanie, d'infection, on pourra faire des injections massives de sérum, relever l'état général.

Contre l'atonie de la tunique musculeuse, on pourra donner des préparations strychnées.

Tous ces traitements ne seront jamais que palliatifs ; seul, un traitement causal, ou un traitement palliatif efficace appartient au chirurgien.

Traitement chirurgical. — Diverses méthodes sont ici en présence ; la fixité de cette portion intestinale empêche de songer à l'ablation de la portion malade et à la réunion des deux portions du duodénum. On est obligé d'avoir recours à d'autres procédés; on peut les répartir en trois groupes :

Les uns s'adressent à la sténose, en cherchant la cure de lésions d'autres organes qui l'occasionnent.

Les autres s'adressent directement à la lésion duodénale.

Les autres ont pour but, non pas de supprimer la sténose, ni même la cause, mais de distraire, de la circulation des aliments dans l'intestin, cette portion duodénale, siège de l'obstacle.

A. Les opérations du premier groupe sont aussi nombreuses que les causes des sténoses extrinsèques.

Tantôt il faudra sectionner des adhérences qui vont de la vésicule au duodénum, tantôt ponctionner un abcès, une collection liquide du foie, du rein, de la rate, de la région prévertébrale; tantôt fixer un organe déplacé ; tantôt enlever ou faire cheminer un corps étranger.

B. Le deuxième procédé opératoire consiste à s'attaquer à la sténose, à la faire disparaître, à rétablir un duodénum de calibre à peu près normal, à faire ce que Heinecke et Mickulicz avaient fait pour le pylore, à faire une *duodénoplastie*.

Pratiquée pour la première fois en Angleterre par Lange en 1893, et, à peu près en même temps, en Allemagne par Bier, cette opération est calquée sur la pyloroplastie. On incise longitudinalement le duodénum, de façon que l'incision intéresse le point le plus rétréci, et on suture dans le sens transversal. Cette opération a été pratiquée sept fois jusqu'à ce jour, soit pour ulcère, soit pour sténose; dans les cas d'ulcère, il y a toujours de la sténose, plus ou moins accentuée, et, comme le fait remarquer Jaboulay à propos d'un très beau succès, la duodénoplastie guérit non seulement la sténose, mais aussi l'ulcère. Ladevèze, élève de Jaboulay, a eu l'idée d'interroger au sujet de la duodénoplastie un certain nombre de chirurgiens étrangers; leurs réponses sont consignées dans sa thèse et tous, Mickulicz, Roux, Laustein, Gussenbauer, Heinecke, Morison, sont unanimes pour reconnaître que la duodénoplastie est une opération parfaite.

Ses indications sont très limitées : on peut la pratiquer si la sténose est peu étendue, si la lésion n'est pas ancienne, si l'on ne soupçonne pas d'autres lésions, si le tissu duodénal, au delà de l'obstacle, est sain. Aussi on peut dire que seules les sténoses congénitales, les sténoses cicatricielles franches, bien limitées, sont justiciables de la duodénoplastie. Même, s'il s'agit d'un cancer annulaire, en virole, ou si l'on a quelque doute au sujet de la nature des tissus, la duodénosplastie devra être abandonnée.

Ses résultats, si l'on s'en tient à ces indications, sont très bons; on compte sept succès sur sept opérations ; ici, mieux encore que pour le pylore où des fibres musculaires nombreuses sont sectionnées et plus ou moins endommagées, l'intestin redevient normal.

C. Le troisième groupe comprend les opérations qui laissent la sténose en place, et réalisent un traitement, tantôt palliatif, tantôt curatif, suivant la nature de la lésion qui l'a provoquée.

Toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une sténose bien étendue, douteuse, d'un néoplasme voisin comprimant le duodénum, d'adhérences inflammatoires simples mais nombreuses, toutes les fois, en un mot, que l'on jugera l'ablation de la cause dangereuse, par la durée, ou inutile en raison de sa nature, c'est à ce mode de traitement qu'il faudra savoir se borner.

1° *Duodénostomie et jéjunostomie.* — On peut aboucher au dehors le segment de l'intestin, situé au-dessous de la sténose, pour permettre l'alimentation directe.

La *duodénostomie* a été pratiquée trois fois; on pourrait, à la rigueur, l'employer dans les cas de sténose de la première ou de la seconde portion ; c'est une mauvaise opération, qu'il faut rejeter.

La *jéjunostomie*, plus souvent employée à cause de sa plus grande facilité, n'est pas plus à recommander. Depuis Surmay et Robertson, comme le fait remarquer Verdin, les résultats obtenus ne sont pas encourageants.

On devra réserver la jéjunostomie aux cas d'extrême urgence, si le malade est dans l'impossibilité de supporter une gastro-entérostomie. On peut même se demander si, dans ces cas, l'alimentation rectale ne serait pas préférable.

2° *Gastro-duodénostomie.* — Avec cette opération, nous commençons la série des opérations qui, créant un nouveau pylore, font éviter aux matières alimentaires la portion sténosée.

L'opération de ce genre la plus parfaite, s'il s'agit d'un obstacle au niveau de la première portion du duodénum, obstacle bien limité, mais impossible à lever, est la gastro-duodénostomie, qui met hors de service une petite portion de l'intestin, qui laisse l'action du suc pancréatique et de la bile s'exercer à la place normale, puisqu'elle consiste à réunir le canal pylorique de l'estomac à la deuxième portion du duodénum. Proposée en 1892, par Jaboulay, cette opération fut déclarée impossible par certains auteurs; elle a cependant donné, entre les mains des chirurgiens lyonnais, Jaboulay et Villard, des succès.

On n'a pas cité de cas de sténose duodénale où elle ait été employée ; mais dans les conditions indiquées plus haut, on pourrait l'utiliser tout aussi bien que pour les sténoses pyloriques.

3° *Gastro-entérostomie.* — Cette opération, dont les variantes sont si nombreuses, a pour principe d'anastomoser l'estomac avec la partie supérieure du jéjuno-iléon. Comme on le voit, le duodénum est absolument retranché de la circulation alimentaire; aussi, est-ce là l'opération qui

s'applique à tous les cas de sténose étendue, infranchissable, de sténoses néoplasiques qu'il serait dangereux et inutile de toucher.

Les procédés sont ici très nombreux, et nous ne pouvons pas les passer tous en revue ; depuis Wœlfler, en effet, on a varié à l'infini.

On a tout d'abord employé la *gastro-entérostomie antérieure*; frappés du reflux des aliments dans le segment intestinal qui devait rester vide, et de l'étranglement du côlon transverse, les opérateurs ont cherché à remédier à ces inconvénients; c'est ainsi que Jaboulay a proposé une *jéjuno-jéjunostomie* après la gastro-entérostomie.

On utilise plus volontiers la voie postérieure, transmésocolique, comme von Hacker l'a conseillé.

On peut faire la *gastro-entérostomie postérieure en Y* de Roux.

Sans faire l'implantation terminale de cet auteur, on peut employer les sutures au catgut sur deux plans, ou simplement le bouton anastomotique de Murphy ou de Villard. Jaboulay se sert de ce dernier procédé; la durée de l'opération ne dépasse pas un quart d'heure, de sorte que c'est une opération relativement peu grave, que des malades même affaiblis peuvent supporter; c'est une opération parfaite au point de vue du drainage de l'estomac; elle n'a jamais amené les accidents de la gastro-entérostomie antérieure (Batanoff).

Certains auteurs cependant (Kocher, Doyen), avec quelques variantes, sont revenus à la gastro-entérostomie antérieure ; beaucoup plus compliqués, ces procédés sont loin d'avoir l'utilité pratique de la gastro-entérostomie postérieure, avec bouton de Villard.

En somme, devant toute sténose duodénale, la laparotomie exploratrice s'impose; le chirurgien ne peut pas décider d'avance le procédé opératoire qu'il emploiera, c'est seulement en voyant la cause, qu'il se décidera pour l'une ou l'autre de ces opérations.

Bibliographie. — ALEX. *Sténoses du pylore d'origine biliaire*, Th. de Lyon, 1896. — AUGAGNEUR. *Kystes du mésentère*, Th. d'agrég., Paris 1886. — BADIE. *Cancer sous-muqueux de l'intestin*, Th. de Lyon, 1900. — BALSTER. Hématome duodénal simulant un étranglement interne, *Berl. klin. Wochens.*, 1894. — BARD et PIC. Étude clinique du cancer primitif du pancréas, *Rev. de méd.*, 1888. — BARTH. Soc. anat., 1860. — BATANOFF. *Gastro-entérostomie*, Th. de Lyon, 1899. — BERNAY. *Sténoses tuberculeuses de l'intestin grêle*, Th. de Lyon, 1899. — BIER. In Th. Franke, Kiel 1894; — Soc. phys. de Kiel, 1896. — BOAS. Sur les sténoses duodénales, *Berl. klin. Wochens.*, 1891. — BOUVERET. *Rev. de méd.*, 1896; — *Traité des maladies de l'estomac*. — BRON. *Compression du duodénum*, Th. de Paris, 1894. — BUCQUOY. Étude clinique de l'ulcération du duodénum, *Arch. gén. de méd.*, 1887. — CAHN. Rétrécissement de la partie inférieure du duodénum, *Berl. klin. Wochens.*, 1886. — CHAMPNEYS. *Brit. Med. Journ.*, 1897. — CODET. Th. de Paris, 1881. — COLLIN. *Étude sur l'ulcération du duodénum*, Th. de Paris, 1894. — COMBESSIS. Soc. anat., 1852. — CUNÉO. Th. de Paris, 1900. — DACQUET. Th. de Paris, 1890. — DANLOS. *Rev. des sc. méd.*, t. XXXI, p. 551. — DARACQUEY. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1888. — DAUBEUF. *Étranglement intestinal*, 1852. — DESCOS et BÉRIEL. Sur un cas de cancer du duodénum à forme périvatérienne, *Rev. de méd.*, 1899. — DEVIC et ROUX. *Province méd.*, 1894. — DRESHFELD. Diagnostic de l'ulcère du duodénum, *Brit. med. Journ.*, 1891. — EINHORN. *Med. Record*, 1895. — EMERSON. Sténose congénitale du duodénum, *New-York Med. Journ.*, 1890. — FONTAN. Th. de Paris, 1875. — FRŒLIGER. *Contribution à l'étude des rétrécissements de l'intestin grêle*, Th. de Paris, 1893-1894. — GALLIARD. *Presse méd.*, 1895. — GANNER. Midland med. Soc., 1897. — GLENARD. *Les ptoses viscérales*, Paris 1894; — Palpation du duodénum, *Rev. des mal. de la nutrition*, 1894. — GOODHART. Occlusion congénitale du duodénum, *Med. Times and Gaz.*, 1880. — HAYEM. Sténoses pyloriques et sous-pyloriques, Acad. de méd., 1897. — HECKER. *Saint-Petersbourg med. Wochens.*, 1896. — HEMMETER. *John Hopkin's Hosp. Bullet.*, 1896. — HEMPEL. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, oct. 1873. — HEULIN. *Cancer primitif du duodénum*, Th. de Paris, 1897. — HISCHPRUNG. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1889. — HOCKHAUSS. Diagnostic de la dilatation de l'estomac, consécutive aux rétrécissements du duodénum, *Berl. klin. Wochens.*, 1891. — HUNTER. Duodénite consécutive aux brûlures, Soc. pathol. int., Londres, 1890. — HUTTENBRENNER. Sténoses de l'intestin chez l'enfant, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1875. — JABOULAY. Gastroduodénostomie, *Arch. prov. de chir.*, 1892; — Duodénoplastie, *Lyon méd.*, 1899. — JEANNEL. Corps étrangers du duodénum, *Arch. prov. de chir.*, 1899. — JONNESCO. Hernies internes, *Progrès méd.*, 1889. — KEHR. Contribution à l'étude faite par Hockhauss, *Berl. klin. Wochens.*, 1891. — KIRMISSON et ROCHARD. De l'occlusion intestinale par calcul biliaire, *Arch. de méd.*, 1892. — KUNDRAT. *Prager med. Wochens.*, 1895. — LADEVÈZE. *Étude clinique et traitement de l'ulcère du duodénum*, Th. de Lyon, 1900. — LANGE. *Ann. of Surgery*, 1893. — LARDENNOIS. Soc. anat., 1898. — LECOURTOIS. Soc. anat., 1866. — LETULLE. Soc. anat., 1898. — MACÉ. Soc. d'obst., 1899. — MAGNOUX. *Invagination intestinale par tumeur*, Th. de Lyon, 1899-1900. — MOORE. Med. soc. in *The Lancet*, 1885. — NATTAN-LARRIER. Cancer du duodénum, Rev. gén., *Gaz. des hôpit.*, 1899; — Lipome du duodénum, Soc. anat., 1897. — NIGAY. *Sténoses par invagination*, Th. de Paris, 1898. — PAGET. Ulcère duodénal chez les brûlés, *Brit. med. Journ.*, 1900. — PERRY et SCHAW. Maladies du duodénum, *Guy's Hosp. Report*, 1893. — PERTIK. *Arch. f. Path. anat. und phys.*, t. XIV. — PHILLIPE. *Occlusion aiguë du duodénum*, Th. de Paris, 1899. — PIC. Cancer du duodénum, *Rev. de méd.*, 1894-1895; — Sténoses duodénales sous-pyloriques, Congr. de Nancy, 1896. — PILCHER. *Ann. of Surg.*, 1894. — PIRIOU. Th. de Paris, 1868. — PORAK et BERNHEIM. Occlusion congénitale du duodénum, Soc. d'obst., 1891. — POUZET. *Rétroflexion fibreuse de l'intestin*, Th. de Paris, 1877. — RICHARDSON. *Boston med. Journ.*, 1892. — RIEDEL. *Zeits. zur klin. Med.*, 1886. — ROUX. *Cancer et kystes du pancréas*, Th. de Paris, 1891. — TALON. *Polyadénomes de l'intestin*, Th. de Lyon, 1900. — TANDLER. Soc. roy. de méd. de Vienne, janv. 1900, in *Semaine méd.*, 1900. — THEREMIN. Occlusion congénitale de l'intestin grêle, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1877. — THÉDENET. *Province méd.*, 1898. — THOMPSON. Soc. path. of Manchester, 1897. — TRIER. *Brit. and foreign med. chir. Review*, 1884. — TUFFIER et MARCHAIS. *Rev. de chir.*, 1896. — VERDIN. *Duodénostomie et jéjunostomie*, Th. de Paris, 1897-1898. — VESSELLE. Th. de Paris, 1852. — VILLARD. Gastro-duodénostomie, Soc. chir. de Lyon, 1900. — VINCENT (Georges). *Cancer primitif de l'ampoule de Vater*, Th. de Paris, 1895-1896. — WEILL. *Reflux permanent de la bile dans l'estomac*, 1900. — WEINBERG. Soc. anat., 1897. — WINSLOW. *Amer. Journ. of med. Sc.*, 1885. — WHIKER. *Boston med. Journ.*, 1890.

MÉDECINE PRATIQUE

L'atropine à haute dose contre l'occlusion intestinale.

Si le plus souvent le traitement de l'iléus doit être chirurgical et l'intervention précoce, il est cependant des cas où les circonstances obligent de temporiser et il en est aussi d'autres dans lesquels on est d'autant plus autorisé à attendre, que les vomissements sont rares et que l'état général est bon. Dans ces conditions M. Batsch (de Grossenhain) conseille de recourir à des injections sous-

cutanées d'atropine à une dose dépassant plus ou moins la dose maxima habituelle de ce médicament.

On sait que la belladone était autrefois fréquemment employée contre l'occlusion intestinale. Quant à l'atropine, il n'en est généralement pas fait mention parmi les moyens de traitement médicamenteux de l'iléus. Or, M. Batsch, ainsi, que plusieurs autres confrères qui ont suivi son exemple, notamment MM. Gebser et Festner (de Riesa) et Scheumann (de Grossenhain), ont obtenu dans des cas graves d'occlusion intestinale de très bons résultats à l'aide d'injections sous-cutanées d'atropine à une dose variant de 0 gr. 001 à 0 gr. 005 milligrammes, suivant l'état des forces, la constitution et l'âge du malade. Dans certains cas une seule injection a suffi pour produire une débâcle suivie de guérison. (*Journ. de méd. de Paris.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours pour les prix de l'Internat. — *Médecine.* — Le concours pour les prix à décerner en 1900 à MM. les élèves internes de quatrième année, en fonctions dans les hôpitaux et hospices, aura lieu le lundi 10 décembre 1900, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général au plus tard le 15 octobre, à trois heures, dernier délai.

Chirurgie et accouchement. — Le concours pour les prix à décerner en 1900 à MM. les élèves internes de quatrième année en fonctions dans les hôpitaux et hospices aura lieu le jeudi 13 décembre 1900, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général au plus tard le 15 octobre, à trois heures, dernier délai.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe A.-J. Buffon, du cadre de Toulon, est appelé à servir à la prévôté de Guérigny, en remplacement de M. le docteur André, démissionnaire.

— Par décret présidentiel du 30 août, a été acceptée la démission de son grade offerte par M. André, médecin de deuxième classe de la marine.

Par décret de même date, M. André a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

M. le médecin de deuxième classe Letrosne, du cadre de Toulon, est désigné pour embarquer comme médecin convoyeur sur le vapeur affrété le *Marseille*, qui doit partir très prochainement à destination du corps expéditionnaire de Chine.

Distinctions honorifiques. — Une médaille d'or et deux médailles d'argent viennent d'être décernées aux personnes ci-après désignées, pour le dévouement dont elles ont fait preuve au cours de maladies épidémiques : la première à Mme Lecoq (sœur Julie), religieuse de Saint-Vincent-de-Paul; les deux autres à Mmes Vanhem (sœur Saint-Raymond), de l'ordre des Augustines d'Arras, et Guillet, religieuse de Saint-Thomas de Villeneuve, au Havre.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 35e semaine, 815 décès, au lieu de 901 pendant la semaine précédente et de la moyenne 907. L'état sanitaire est satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 20 décès, au lieu de 31 la semaine précédente; la variole, 2; la rougeole, 4 au lieu de 7; la scarlatine 1, la coqueluche 5; la diphtérie 2.

La diarrhée infantile a causé 95 décès au lieu de 80 pendant la 34e semaine et au lieu de la moyenne 132; mais, malgré cette légère augmentation, elle est en notable décroissance sur les semaines précédentes.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 55 décès, au lieu de 69 pendant la semaine précédente et au lieu de 64, moyenne ordinaire de la saison.

La phtisie pulmonaire a causé 190 décès au lieu de la moyenne 165.

La peste. — La peste ayant été constatée à Glascow, la patente de santé sera obligatoire, à partir du mercredi 12 septembre 1900, pour les navires provenant des ports d'Écosse, d'Angleterre et d'Irlande.

Avis. — La Compagnie fermière des Eaux de Vichy-État a l'honneur de prévenir MM. les médecins qu'elle ne fait en ce moment aucune émission de titres, et qu'elle est absolument étrangère à toute proposition de ce genre qui pourrait être faite en des termes de nature à établir une confusion.

Elle leur rappelle, à cette occasion, que toutes les bouteilles puisées à Vichy aux sources de l'Etat, portent sur le goulot un disque bleu avec les mots « Vichy-État » imprimés en blanc, comme garantie de leur authenticité.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Exposition universelle de 1900.* — *Trains spéciaux.* — A l'occasion de l'Exposition universelle, la Compagnie mettra en marche, pendant le mois de septembre, des trains spéciaux, à prix réduits, comprenant des voitures de 2e et 3e classes, au départ de Nice, Cette, Clermont-Ferrand, Saint-Étienne, Besançon, Genève et Lyon. — Pour renseignements, voir les affiches et prospectus publiés par la Compagnie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 103. — MARDI 11 SEPTEMBRE 1900. 73e ANNÉE. MARDI 11 SEPTEMBRE 1900. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Mastoïdites syphilitiques; observations intéressant le diagnostic et le traitement, par M. Paul Viollet. — IIe Congrès international de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique (Paris, 12-16 août 1900) [*fin*]. — Médecine pratique. L'eau chloroformée dans la fièvre typhoïde. — Chronique et nouvelles scientifiques.

MASTOIDITES SYPHILITIQUES

OBSERVATIONS INTÉRESSANT LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT

Par M. Paul Viollet.

J'ai eu récemment l'occasion d'observer à l'hôpital Péan un cas d'ostéo-périostite syphilitique, simulant une mastoïdite aiguë ; j'avais déjà observé un cas de ce genre dans le service de M. Châtellier, à l'hôpital Saint-Joseph, il y a trois ans; ces deux observations jointes à un certain nombre d'autres analogues que j'ai pu recueillir, m'ont paru mériter une attention particulière. Il est bon que le praticien connaisse et sache traiter comme il convient ces localisations un peu spéciales d'une affection qu'il est malheureusement trop souvent appelé à constater.

Observation I. — Mme M..., vingt-quatre ans, modèle, se présente à ma consultation de l'hôpital Péan, le 28 mars 1900, envoyée par M. Delaunay, chirurgien de l'hôpital, qui a trépané l'apophyse mastoïde de cette personne, un mois auparavant, pour des accidents survenus assez brusquement et attribués alors à l'influenza; la malade présentait à cette époque une tuméfaction légère au niveau de la mastoïde gauche, sans que jamais les téguments aient changé d'aspect, la peau n'avait pas pris la teinte foncée, rouge sombre, que l'on peut constater dans des cas de ce genre (voir Obs. II); il s'agissait d'un simple gonflement, accompagné depuis deux ou trois jours de céphalée intolérable à point de départ auriculaire. C'est pour ce gonflement et ces maux de tête que la malade avait consulté.

L'oreille n'avait pas coulé à cette époque, la malade ne se rappelait pas, du reste, avoir jamais eu d'écoulement d'oreille; il ne semble pas qu'elle ait eu non plus à ce moment de coryza.

Lors de l'intervention sur la mastoïde, M. Delaunay m'a dit n'avoir trouvé qu'une quantité tout à fait insignifiante de pus.

Quand je vois la malade, la plaie cutanée est en grande partie refermée, mais il reste une fistule profonde qui continue à suppurer; de plus, les maux de tête persistent et ont même augmenté d'intensité depuis huit jours; ils ne sont plus localisés à la mastoïde.

A l'examen, je constate que le tympan gauche est blanc, cicatriciel ; il existe des traces de perforation ancienne dans l'angle postéro-supérieur ; le tympan examiné avec le spéculum de Siegle est, du reste, immobile ; il est entier. La lésion constatée remonte vraisemblablement à l'enfance, la malade n'ayant aucun souvenir d'un écoulement antérieur.

La rhinoscopie antérieure révèle la présence, dans la partie moyenne de la fosse nasale gauche, d'un polype assez volumineux, entouré de végétations plus petites, derrière lesquelles on ne perçoit pas avec le stylet d'os dénudé.

La rhinoscopie postérieure révèle, au niveau de la voûte du pharynx, la présence de bandes muqueuses en forme de V, délimitant trois espaces plus ou moins régulièrement triangulaires, à bords nettement accusés, qui ne laissent aucun doute sur l'existence antérieure de gommes suppurées. actuellement cicatrisées. Ces espaces, comme taillés à l'emporte-pièce dans la muqueuse dont il ne reste que deux bandes étroites, larges de 1 à 2 millimètres, longues de 1 centimètre à 1 centimètre et demi, sont le résultat des pertes de substance qu'elles ont déterminées.

On constatait, du reste, à la nuque du côté droit et au cou, la présence de petits ganglions indurés.

Interrogée, la malade ne fournit pas grands renseignements; deux ans auparavant, étant en Hollande, elle aurait eu un fort mal de gorge, avec enflure des lèvres, que deux messieurs qui l'accompagnaient auraient eu en même temps qu'elle ; ce mal de gorge aurait duré trois semaines; il nous a été impossible de déterminer exactement la nature de ces accidents, il est fort possible qu'il se soit agi d'une stomatite, n'ayant rien à voir avec la syphilis ou le mercure; le médecin qui l'a vue à cette époque a parlé de « maladie du pays ». Ainsi pas de renseignements précis sur le début de la maladie. A noter cependant que la malade dit avoir mouché des mucosités plus épaisses depuis son voyage en Hollande.

En présence de ces constatations, je prescrivis l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes par jour; trois semaines après la fistule était tarie et les maux de tête avaient disparu ; les végétations de la fosse nasale gauche persistaient seules sans modification; un examen plus approfondi me révéla alors la présence d'une carie dentaire très avancée de toutes les molaires du maxillaire supérieur du même côté, l'éclairage buccal rendit manifeste l'existence d'une sinusite maxillaire du côté gauche, que la perforation par l'alvéole confirma en donnant issue à du pus; les polypes du méat moyen étaient sous la dépendance de cette autre lésion, ce qui explique qu'ils n'aient été nullement influencés par le traitement spécifique.

Observation II (1). — Il s'agissait d'un homme, âgé de vingt-

(1) Cette deuxième observation seule a été publiée dans une revue canadienne *La Clinique*, fév. 1900 (Montréal).

sept ans, Auguste X..., qui avait eu un chancre de la verge à vingt-deux ans, en octobre 1893, suivi trois mois après de chute de cheveux, accompagnée d'une éruption papuleuse du cuir chevelu. Le malade a pris à cette époque des pilules de proto-iodure de mercure et de l'iodure de potassium et il a continué ce traitement pendant trois ans.

Au mois de janvier 1897, il se présente à la clinique du docteur Galezowski où il est traité pour un iritis de l'œil gauche; cinq mois après, en mai, l'œil droit est également atteint d'iritis et l'œil gauche ne guérit pas.

« Les manifestations spécifiques, ajoute M. le docteur Kopff, qui a eu l'obligeance de me fournir les renseignements que je donne ici sur les antécédents oculaires de ce malade, se sont localisées; la choroïde n'a pas été touchée, ni le corps vitré; elles ont résisté au traitement mercuriel par les frictions faites pendant huit mois. »

A peu près en même temps que l'iritis de l'œil droit, au début du mois de mai, surviennent des douleurs mastoïdiennes accompagnées d'une tuméfaction de l'apophyse. On l'adresse au docteur Châtellier.

Quand le malade se présente à nous, le 20 mai 1897, moins d'un mois après le début des accidents mastoïdiens, il est dans un état de déchéance organique complet; il se plaint amèrement de douleurs atroces ressenties au niveau de la mastoïde et réclame à cor et à cris une intervention chirurgicale, tout repos lui étant devenu impossible.

A l'examen, on constate une tuméfaction de la grosseur d'une demi-orange au niveau de l'apophyse mastoïde gauche; le sillon postérieur du pavillon de l'oreille est totalement comblé par la tumeur qui fait corps avec le conduit auditif externe; la paroi postérieure de ce conduit, examinée par sa face interne, bombe au point de la réduire à l'état de simple fente; le tympan est absolument dissimulé par cette saillie : le malade affirme du reste catégoriquement n'avoir jamais eu d'écoulement d'oreille. Les téguments, au niveau de la tumeur, ont une coloration rouge; plus sombre qu'elle ne l'est, d'ordinaire, dans les mastoïdites aiguës simples.

A première vue, je le répète, on était frappé, chez ce malade, de son aspect profondément cachectique; quand on apprenait ensuite qu'il avait fait des frictions énergiques et judicieusement administrées sans interruption depuis huit mois on était tout naturellement porté à conclure que si le mercure n'avait pas contribué à mettre cet homme dans l'état où il se trouvait, le médicament avait été au moins inefficace; sa suppression s'imposait, il fut remplacé par l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour.

En 4 jours, la transformation fut complète; les douleurs atroces que ressentait le malade avaient disparu au point qu'il vint nous annoncer lui-même gaîment son amélioration; la tumeur, moins tendue, était devenue nettement fluctuante et avait déjà notablement diminué (volume d'une demi-mandarine).

En dix jours, la fluctuation mastoïdienne avait complètement disparu; trois semaines après, il était impossible de dire quelle mastoïde avait souffert; le malade avait repris sa bonne mine et sa gaîté et quittait l'hôpital.

En possession de ces observations, j'ai recherché dans la littérature médicale des faits du même genre.

Si l'on en jugeait par le petit nombre de cas publiés, il faudrait admettre que cette forme d'ostéo-périostite gommeuse syphilitique localisée à la mastoïde est rare; ces cas ne sont cependant pas aussi rares qu'on pourrait le croire. Il en est fait mention, très courte, mais très explicite, par Schwartze (1).

(1) H. Schwartze. *Maladies chirurgicales de l'oreille*, trad. franç. par Rattel, t. II, p. 186.

« Le syphilome ou gomme, dit cet auteur, peut se développer sous la forme d'une périostite mastoïdienne et donner la sensation de fluctuation; elle peut prendre une marche suffisamment aiguë et disparaître presque aussi vite sous l'influence d'un traitement spécifique. »

Le docteur Baratoux, qui a fait de la syphilis de l'oreille une longue étude bibliographique très complète il y a une quinzaine d'années (1), signale, au cours de cette étude, quatre observations analogues à celles que je publie; l'une est due à Pollak; l'autre à J. L. Petit; ce dernier trépana croyant à une mastoïdite simple. Pollak s'était contenté d'une incision suivie d'un traitement ioduré, quand l'examen histologique du pus retiré avait révélé la nature spécifique de la tumeur. Deux autres observations, citées également par Baratoux, dues à Dron (2) et à Gervais (3), rentreraient également dans la même catégorie. Dans le cas de Dron, il s'agissait d'un enfant rendu syphilitique par sa nourrice; il présentait un certain nombre de manifestations cutanées permettant de faire le diagnostic de la lésion mastoïdienne; on lui fit prendre de la liqueur de Van Swieten, et aussitôt la plaie s'améliora.

Dans le cas de Gervais, le malade fut trépané par Tillaux; ce n'est que plus tard, quand survinrent trois tumeurs au niveau d'une des clavicules, qui évoluèrent avec tous les caractères des gommes ulcérées, qu'on ordonna les frictions et le sirop de Gibert; la plaie, qui jusque-là suppurait abondamment, se cicatrisa peu à peu.

Le docteur Baratoux lui-même nous a dit avoir observé en juin 1896, chez un malade âgé de trente-cinq ans, qui avait eu un chancre suivi d'accidents secondaires, une mastoïdite primitive douloureuse datant de quinze jours, qui guérit rapidement par l'iodure de potassium.

Le docteur Charles Millet m'a dit aussi avoir vu, à l'époque où il prodiguait ses soins aux enfants atteints de mastoïdites dans le service du docteur A. Broca, à lhôpital Trousseau (vers 1897), deux enfants atteints de mastoïdite syphilitique; à l'un, mis tout d'abord en observation, on administra le traitement spécifique, il guérit; l'autre fut trépané par erreur.

Sur ce total de 9 observations, 5 fois une intervention inutile a été pratiquée par erreur; la mastoïde a été trépanée 4 fois, la tumeur incisée 1 fois (cas de Pollak); les plaies n'ont guéri, dans les cas opérés, qu'après l'administration du traitement spécifique (voir notre observation II, cas de Gervais, cas de Pollak).

De ce qui précède, il résulte qu'il faut se hâter d'administrer le traitement spécifique dès que le diagnostic est posé, c'est-à-dire qu'on a constaté la moindre localisation syphilitique en dehors de la mastoïde et rejeter toute idée d'intervention, à moins cependant qu'on ne soupçonne l'existence d'un séquestre mobile, à l'élimination duquel on pourrait alors aider par l'incision des téguments. On ne sera en droit d'opérer que si, après interrogatoire minutieux du malade et de son entourage et avoir examiné, ou fait examiner avec soin le nez, le pharynx, la gorge, les yeux, le cuir chevelu et les téguments du malade, on n'a trouvé aucune trace de syphilis.

J'admettrai même assez volontiers que, pour peu que l'on ait affaire à un malade chez lequel est apparue, comme dans

(1) Baratoux. Syphilis de l'oreille, *Revue de Moure*, 1883.
(2) Dron. *Lyon méd.*, 1870, t. IV, p. 605, 607.
(3) Gervais. *Abcès mastoïdiens*, Th. de Paris, 1879.

un des cas que je publie, une tuméfaction *rouge sombre* de la région mastoïdienne, accompagnée de *douleurs intolérables*, *sans écoulement d'oreille antérieur*, ni inflammation de voisinage d'aucune sorte (muqueuse nasale, peau de la face, cuir chevelu sains) on tente l'épreuve du traitement spécifique pendant quelques jours avant de s'armer du bistouri, alors même que l'interrogatoire ou l'examen du malade ne fournirait pas d'autre renseignement. J'insiste sur l'importance, en pareil cas, de la constatation de la coloration spéciale caractéristique, que peuvent présenter les téguments de la région mastoïdienne malade, quand le processus d'infiltration gommeuse tend à gagner la surface pour aboutir bientôt à l'ulcération.

Tout l'intérêt des cas de ce genre qui sont, au niveau de la mastoïde, l'analogue des lésions syphilitiques, héréditaires ou tertiaires, que l'on peut constater au niveau des sinus de la face (1), réside en effet dans le diagnostic et l'indication thérapeutique bien nette qui résulte de sa prompte détermination. Ces cas sont, on le voit, assez fréquents pour qu'étant prévenu, on cherche à éviter des erreurs semblables à celles qui, jusqu'ici, ont été trop souvent commises en pareil cas.

Les observations, que je viens de relater, prouvent que jamais, en présence d'un malade atteint de mastoïdite, il ne faut négliger de s'enquérir des antécédents généraux à côté des antécédents auriculaires du malade, d'examiner ou de faire examiner le nez et le pharynx nasal, si l'on ne peut pratiquer cet examen soi-même, sous peine de laisser échapper des manifestations qui, comme chez la malade qui fait l'objet de notre première observation, restent purement localisées au naso-pharynx et sont ignorées du malade lui-même.

Chacun sait du reste la fréquence et l'étendue des localisations de la syphilis héréditaire ou tertiaire dans ces cavités. Chez notre malade, la rhinoscopie postérieure seule permettait le diagnostic de la maladie, il n'y avait ni commémoratifs ni stigmates ou manifestations extérieures d'aucune sorte.

Je tiens à faire remarquer, en terminant, que, chez notre second malade, l'amélioration rapide que nous avons eu le plaisir de constater était sans doute la conséquence de la suppression du mercure, bien plus que le résultat de l'administration de l'iodure de potassium ; le malade était profondément intoxiqué par le mercure et l'état de déchéance dans lequel il était, à son entrée à l'hôpital, avait vraisemblablement favorisé l'évolution de la syphilis. Constantin Paul admettait que l'abus du mercure pouvait favoriser l'évolution de cette maladie ; je crois qu'il est difficile de trouver un exemple qui confirme davantage cette manière de voir.

L'observation I que je publie a un autre intérêt que celui auquel je me place aujourd'hui ; elle montre l'existence possible d'une sinusite banale, d'origine dentaire par exemple (2), chez une syphilitique. Il faut penser à la possibilité de ces coïncidences, car s'il peut être néfaste pour un malade d'ignorer la nature spécifique des manifestations qu'il présente du côté de ses sinus ou de son apophyse mastoïde, il ne lui serait pas moins préjudiciable d'être indéfiniment frictionné avec de l'onguent mercuriel ; l'exemple de notre second malade le prouve.

(1) Voir à ce sujet : A. Gilbert. *De la syphilis tertiaire des sinus et de ses principales complications (orbite, crâne)*. Thèse, Paris 1898 ; et moi-même, communication à la Société parisienne de laryngologie, ayant trait à un cas d'ostéo-périostite syphilitique du frontal ayant simulé une sinusite frontale aiguë. Voir *Arch. de laryngologie*, 1898, n° 1, p. 52, Cette observation est reproduite dans la thèse de M. Gilbert où on trouvera du reste quantité d'autres observations du même genre. Récemment MM. Lubet-Barbon et Furet ont signalé à la Société française de laryngologie un cas de sinusite maxillaire syphilitique, mai 1900. C. R. in *Gaz. hebd. de médecine*, n° 53, p. 516. Voir aussi à ce sujet les œuvres de l'Italien Corradi (d'après M. Lermoyez).

(2) Les sinusites maxillaires d'origine dentaire sont extrêmement fréquentes, j'en ai pour ma part observé 7 en moins de 8 mois à ma consultation de l'hôpital Péan ; je n'ai pas observé, pendant ce même laps de temps, un seul cas de sinusite ayant une autre origine.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'HYPNOTISME EXPÉRIMENTAL ET THÉRAPEUTIQUE

(PARIS, 12-16 AOUT 1900)

Avec le rapport de M. Crocq (de Bruxelles), sur **les rapports de l'hystérie avec l'hypnotisme** (1), nous abordons un des sujets qui passionnent le plus les médecins qui s'occupent de neurologie.

« La question des rapports de l'hystérie avec l'hypnotisme, dit M. Crocq, très discutée il y a vingt-cinq ans, semblait depuis longtemps déjà résolue, grâce aux travaux de l'école de Nancy, lorsque, tout récemment, surgit un conflit occasionné par cette affirmation catégorique : *il n'y a pas d'hypnotisme*, affirmation formulée déjà par Delbœuf en 1891 et reprise par Bernheim au Congrès de Moscou (1897). Tandis que Charcot, Richer, Gilles de la Tourette, Babinski, etc., considéraient l'hypnose comme un état pathologique dérivant directement de l'hystérie, Liébault, Bernheim, Liégeois, Morselli, de Jong et la presque totalité des savants modernes sont d'un avis totalement opposé et estiment que l'hypnose est un phénomène physiologique n'ayant aucun rapport avec l'hystérie. Il peut paraître étrange, en présence des progrès de la doctrine de Nancy, de voir, dans un ouvrage tout récent, Gilles de la Tourette continuer à proclamer que l' *hypnotisme n'est pas autre chose qu'un paroxysme hystérique*.

L'examen attentif et impartial des faits prouve que *l'hypnose est un phénomène physiologique* dont l'explication se trouve dans la connaissance de l'automatisme psychologique qui nous donne également la clef des phénomènes mystérieux du spiritisme, du cumberlandisme et de l'occultisme.

Toutes les méthodes préconisées pour provoquer l'hypnose ont pour but de fixer l'attention du sujet, de frapper son imagination, de distraire son centre psychique supérieur. Or, l'individu dont le centre psychique supérieur est profondément distrait, profondément frappé, plus ou moins engourdi, présente nécessairement une dissociation fonctionnelle des centres nerveux : le centre supérieur perd d'une façon plus ou moins marquée la faculté de contrôle qu'il exerçait sur les centres automatiques. Plus son annihilation sera complète, plus l'automatisme sera accentué et plus l'hypnose sera profonde.

Pour définir l'hypnose, je dirai donc qu'elle consiste essentiellement en une dissociation fonctionnelle provoquée des centres nerveux, aboutissant à une annihilation plus ou moins forte du centre psychique supérieur et conscient.

L'hystérie, au contraire, est un phénomène pathologique elle peut donner lieu à une dissociation fonctionnelle analogue mais spontanée.

L'hypnose étant un phénomène physiologique et l'hysté-

(1) Séance du 15 août. Présidence de MM. Jules Voisin et Jaguaribe (de San Paulo),

rie un état pathologique, on ne peut considérer la première comme étant une manifestation de la seconde. Un rapport direct de cause à effet n'existe donc pas entre l'hystérie et l'hypnotisme; l'hypnotisé n'est pas forcément un hystérique.

Il existe cependant entre ces deux facteurs un rapport d'analogie : tous deux se caractérisent par une hypersuggestibilité plus ou moins accentuée et répondant à des formules psychiques semblables.

La suggestibilité physiologique est toujours très peu accentuée : si l'on représente par I l'impressionnabilité du sujet et par R sa force de résistance aux suggestions, nous pourrons attribuer au sujet absolument normal la formule $I : R = 2 : 4$.

Cet être idéal étant excessivement rare, nous devons encore considérer comme normaux les individus dont la formule est :

$$I : R = 2 : 3 = 2 : 2 = 3 : 4 = 4 : 4.$$

Si la force de résistance continue à diminuer, de même que si l'impressionnabilité s'exagère au delà de cette limite, nous sommes en plein dans le domaine de la suggestibilité pathologique dont les formules varient considérablement ($I : R = 2 : 1 = 2 : 0 = 5, 6, 7$ ou $8 : 4, 3, 2, 1, 0$).

L'hypnose peut provoquer chez des individus normaux des états de suggestibilité aussi profonds que l'hystérie chez des sujets pathologiques. Les sujets pourront donc présenter pendant l'hypnose, même si à l'état de veille ils sont normaux, des formules psychiques analogues à celles qui appartiennent spontanément à l'hystérie.

On comprend ainsi pourquoi la suggestibilité croît, en général, avec le degré de profondeur du sommeil.

Les exceptions confirment la règle : certains sujets présentent une hypersuggestibilité contrastant avec un sommeil léger, c'est que leur formule psychiqne à l'état de veille n'était pas normale et reflétait une hyperimpressionnabilité ou une hyporésistance. D'autres présentent une hyposuggestibilité, constrastant avec un état somnambulique profond, c'est que leurs centres automatiques, depuis longtemps éduqués par un centre supérieur puissant, sont à même de suppléer aux fonctions momentanément annihilées de ce dernier. Il est facile de mettre en lumière la nature automatique de cette résistance.

L'hypersuggestibilité hystérique donne naissance soit à une hypnotisabilité exagérée, soit à une résistance plus grande vis-à-vis de l'hypnose, suivant que les auto-suggestions du sujet sont favorables ou non à l'hypnotisation et suivant que son attention se fixe plus ou moins facilement. »

Ce rapport donne lieu à une discussion des plus intéressantes : Paul Magnin insiste sur l'évidence des rapports de l'hypnotisme avec l'hystérie.

Tout d'abord, ce n'est que chez les grandes hystériques que l'on obtient avec toute leur intensité les phénomènes somatiques de l'hystérie : contractures, anesthésies, paralysies. En outre, la suggestibilité des hystériques est souvent extrêmement développée et cette hypersuggestibilité peut être considérée comme un symptôme d'hystérie. Pour Babinski l'étude attentive des phénomènes de l'hypnotisme permet de les rattacher aux symptômes de l'hystérie convulsive avec lesquels ils présentent une analogie des plus marquées. Il n'y a pas de différence entre une contracture hypnotique et une contracture hystérique. Ce ne peut être dans tous les cas qu'une différence de degré. Après leurs crises les hystériques restent souvent dans un des trois états décrits par Charcot sous le nom de léthargie, de catalepsie, de somnambulisme.

Enfin M. Bérillon montre que l'hystérique hypnotisable est un réactif sensible pour l'étude de l'hypnotisme expérimental. Sur ces sujets on réalise des expériences surprenantes de dissociation des facultés mentales, on provoque des états remarquables d'hyperesthésie et d'anesthésie sensorielles. Au point de vue de la recherche scientifique un hystérique hypnotisable est un sujet le plus précieux qu'on doit étudier avec le plus grand soin. C'est par elles que Charcot et Dumontpallier ont été mis sur la voie des recherches les plus fructueuses en hypnotisme.

Séance du jeudi 16 août. — Présidence de MM. Jules Voisin et Tokarsky (de Moscou).

COMMUNICATIONS DIVERSES

La suggestion hypnotique dans le traitement de l'alcoolisme et de la morphinomanie, par M. Arie de Jong. — 1. Les résultats obtenus dans le traitement par suggestion hypnotique de l'abus des boissons alcooliques principalement, mais aussi dans le traitement du morphinisme, sont un des plus grands triomphes de la psychothérapie.

2. S'il est possible qu'il existe encore chez quelques-uns certains doutes sur la valeur thérapeutique de la suggestion hypnotique, ce doute ne peut point exister en ce qui concerne sa grande valeur dans le traitement de l'abus des boissons alcooliques et du morphinisme.

3. Il n'y a que deux méthodes de traitement contre l'abus des boissons alcooliques, auxquelles on peut attribuer de la valeur :

1° La méthode par suggestion hypnotique;

2° Le traitement dans l'asile.

De ces deux méthodes, c'est la première qui est préférable, naturellement, quand il n'y a pas de circonstances particulières qui exigent le traitement dans l'asile.

Les résultats du traitement par suggestion hypnotique sont généralement meilleurs et le traitement est plus à la portée de tout le monde,

4. Dans les statistiques des asiles, on trouve notés parmi les personnes qui ont quitté l'asile des malades partiellement guéris ou améliorés. Généralement, on peut lire pour le mot améliorés : récidivistes.

Si les buveurs ne s'abstiennent pas entièrement, ils se sont pas guéris, et ils ne sont pas améliorés non plus, parce que généralement ceux qu'on appelle améliorés recommencent à boire comme auparavant.

5. Si un buveur est assez suggestible, assez sensible à la suggestion hypnotique et que le traitement ne donne pas un résultat suffisant, il faut toujours penser à une cause organique et surtout au diabète.

M. Tokarsky (de Moscou). J'ai traité de nombreux alcooliques par la suggestion hypnotique; ce procédé est le plus utile pour déraciner des habitudes invétérées après le traitement il faut imposer une abstinence totale et ne pas perdre de vue les malades.

M. Bérillon. Pour renforcer la suggestion hypnotique, je conseille de recourir à des artifices psycho-mécaniques tels que la paralysie du bras du buveur lorsqu'il tient un verre rempli de liqueur alcoolique, la paralysie des jambes au moment d'entrer au cabaret. Ces artifices, ainsi qu'un grand

nombre d'autres, facilitent les guérisons et arment la résistance du sujet à l'impulsion.

De la suggestion hypnotique et de la psychothérapie dans le traitement de la morphinomanie, par M. Bérillon (de Paris). — La psychothérapie, c'est-à-dire l'emploi de la suggestion hypnotique, ayant pour base la rééducation systématique de la volonté, permet, dans la majorité des cas, d'arriver à la guérison de la morphinomanie, aussi bien que des diverses intoxications chroniques, sans avoir recours à l'isolement des malades dans un établissement spécial.

Le traitement psychothérapique comprend quatre périodes distinctes :

1° Période de préparation au traitement. — La première partie de cette période sera consacrée à l'examen psychologique du sujet. On procédera ensuite à l'entraînement hypno-suggestif. Plus on rendra le malade suggestible et hypnotisable, plus il sera facile de diriger le traitement. Les premières suggestions devront tendre à réaliser la rééducation de la volonté et à préparer le malade à la lutte qu'il devra soutenir pendant le cours de la démorphinisation.

La durée de cette période préparatoire est d'environ quinze jours.

2° Période de diminution graduelle de la morphine. — Après une quinzaine de jours d'entraînement à l'hypnotisation, le malade conscient de l'amélioration qui s'est manifestée dans son état mental, accepte facilement l'idée de la démorphinisation graduelle. Dès ce moment, le séjour complet au lit lui sera imposé. L'entrée de la chambre du malade ne sera permise qu'aux personnes désignées par le médecin. Par ce fait, le malade se trouve placé dans un isolement relatif.

Par la suggestion hypnotique, on obtient également que le malade abandonne au médecin le soin de faire les piqûres.

Dans ces conditions, la suppression graduelle s'effectuera régulièrement d'après le programme accepté par le malade lui-même. Aucune dissimulation ne lui sera faite de la dose réelle qui lui est administrée. Dans cette période l'emploi de la suggestion hypnotique facilite la diminution en soutenant l'énergie du malade et en atténuant les sensations de l'état de besoin. La durée de cette période varie de deux à trois semaines.

3° Période de suppression complète. — Lorsque le malade ne prend plus que quelques centigrammes de morphine par jour, le malade, obéissant à la suggestion, fixe le jour de la suppression.

En prévision des troubles mentaux qui accompagnent toujours cette suppression, le malade devra être placé sous la surveillance constante d'un médecin ou d'un interne secondé par des gardes expérimentées. Cette surveillance est facilitée par le séjour au lit auquel le malade s'est accoutumé dans la seconde période. Pendant la période de suppression le malade sera autant que possible maintenu dans l'état de sommeil provoqué. Les narcotiques, employés par la voie buccale ou rectale ; les anesthésiques (éther, chloroforme) constituent d'excellents adjuvants à l'hypnotisme. L'emploi de la suggestion diminue d'une façon appréciable la durée des troubles mentaux. Elle dissipe les nombreuses manifestations hystériques qui se manifestent avec intensité pendant les jours qni suivent la suppression; elle permet au malade de réagir contre des défaillances morales passagères et surtout elle fortifie l'autorité morale du médecin. La troisième période est assez courte pour les malades chez lesquels la suppression graduelle a été faite d'une façon régulière. Elle est d'environ une semaine.

4° Période de convalescence. — La période de convalescence est d'autant moins longue que le traitement a été effectué avec plus de méthode. Pendant un certain temps, le traitement hydrothérapique devra être continué. Le malade sera soumis à une séance quotidienne de suggestion hypnotique. On devra y joindre des exercices d'entraînement psycho-mécanique destinés à reconstituer son énergie physique et morale. Des suggestions appropriées auront pour but d'inspirer le dégoût de la morphine et la répulsion pour les piqûres, de réaliser la guérison des troubles hystériformes et, enfin, de faciliter la restauration de la fonction menstruelle chez la femme.

En résumé, l'emploi de la suggestion hypnotique constitue un adjuvant des plus efficaces dans le traitement de la morphinomanie.

Il permet de réaliser des guérisons complètes dans des cas où l'emploi des autres traitements n'avait donné que des résultats insuffisants.

Posologie de l'hypnotisme, par M. Bonjour (de Lausanne). — Malgré les nombreux résultats favorables de la thérapeutique hypnotique, il y a des contradictions frappantes dans les résultats publiés jusqu'ici par les médecins hypnotiseurs. Il semble donc que l'hypnotisme est un remède non constant dans ses effets et qu'il est impossible de parler d'une posologie de l'hypnotisme.

L'indécision et la contradiction disparaissent en majeure partie si on veut considérer les points suivants :

1° On constate souvent des erreurs de diagnostic dans les livres relatant les cas de guérison par l'hypnotisme. Ces erreurs proviennent ou d'un manque personnel de connaissances médicales ou de l'étroitesse actuelle de nos connaissances, particulièrement en ce qui concerne les sensations et les réactions nerveuses que nous croyons spéciales à telle maladie et qui peuvent se rencontrer dans d'autres maladies.

2° Les résultats du traitement hypnotique dépendent beaucoup plus des qualités du médecin que de la suggestibilité du malade. Si donc le diagnostic est juste et si le médecin est spécialement doué pour ce genre de traitement, on peut observer que les résultats obtenus offrent une constance remarquable, ce qui permet d'affirmer que la suggestion hypnotique est réellement un remède qu'on peut manier avec sûreté et dont on doit pouvoir écrire la posologie.

On peut actuellement dresser un tableau des maladies justiciables du traitement hypnotique et dire avec une assez grande approximation quel degré d'hypnose il faut provoquer dans chaque cas et combien de temps durera le traitement.

Je crois que la guérison, dans le cas où l'hypnose est indiquée, dépend presque uniquement de la tare nerveuse du malade, qu'elle soit acquise ou héréditaire. La durée du traitement dépend évidemment aussi de ce facteur, mais surtout de la suggestibilité ou plutôt de l'émotionnabilité du sujet.

Ces règles me paraissent si sûres qu'on peut, au début, renvoyer tel malade parce qu'il souffre d'une maladie non justiciable de l'hypnotisme ou parce qu'il présente une tare nerveuse trop chargée, et accepter d'autres patients en leur promettant une guérison en tant de jours ou de semaines.

Je conseille de renvoyer tous ceux qu'on n'est pas certain

de guérir ou dans les cas douteux de ne faire que quelques séances.

Ce n'est que de cette façon que l'hypnotisme peut gagner à être connu du grand nombre de médecins réfractaires à le conseiller ou l'employer, parce qu'ils le croient un remède inconstant ou doué d'une telle efficacité qu'il peut guérir la foule des psychopathes auxquels on en recommande l'emploi.

Hypnotisme et suggestion, importance de l'hypnotisme en psychothérapie, par M. Bourdon (de Méru). — Faire intervenir l'esprit pour guérir le corps, c'est le rôle de la suggestion appliquée à la thérapeutique; c'est le but de la psychothérapie.

Grâce à cette propriété, inhérente au cerveau humain, qu'on appelle la suggestibilité, la suggestion à l'état de veille, sans hypnotisme, existe sans doute, donne même parfois des résultats étonnants. — Faits qui le montrent et qui pourraient faire croire avec M. Bernheim que tout est dans la suggestion. Mais, en réalité, c'est là l'exception et ce mode de la suggestion, qu'elle soit basée sur la foi, médicamenteuse, religieuse ou autre, est loin de suffire et est le plus souvent inefficace.

Pour que la suggestion réussisse vraiment, il faut surtout cet état passif, créé par l'automatisme cérébral qui supprime la résistance, le contrôle, qui augmente la suggestibilité.

Or, cet automatisme, cet état passif, si favorable, si nécessaire à la suggestion, c'est l'hypnotisme ou sommeil provoqué qui le procure et, à son défaut, le sommeil naturel.

Quelle que soit l'interprétation ou la définition que l'on donne de l'état hypnotique, quelle que soit la nature de ce qu'on appelle le sommeil, quel que soit son degré, peu importe, il est l'agent le plus efficace, souvent le seul efficace de la suggestion.

C'est grâce à lui surtout, grâce à « la préparation du terrain faite par lui » (Liébeault), que le cerveau est le mieux en état d'accepter une idée et de la réaliser. — Faits à l'appui, de toutes sortes : orthopédie morale et autres.

Le sommeil hypnotique seul, et sans suggestion, suffit dans certains cas. Le sommeil prolongé surtout, avec suggestion, et quelquefois avec des interruptions et des reprises à intervalles plus ou moins éloignés, triomphe de cas difficiles et qui semblaient réfractaires.

La suggestion dans le sommeil naturel, comme le conseille M. Paul Farez, est le succédané précieux de la suggestion dans le sommeil hypnotique, quand celui-ci ne peut être obtenu. C'est un moyen également puissant, aussi bien pour l'orthopédie morale que pour le reste. — Faits à l'appui. — Elle permet de guérir des psychopathes qu'on ne peut endormir du sommeil hypnotique.

La suggestion à l'état de veille, selon le procédé de M. P. Joire, permet de faire des accouchements sans douleur, mais elle ne saurait permettre certaines opérations obstétricales, comme le fait l'anesthésie hypnotique complète, etc.

Tout n'est donc pas dans la suggestion. Nier l'hypnotisme ou en méconnaître l'importance, c'est se refuser à l'évidence, c'est restreindre le champ d'action du moral sur le physique, de l'esprit sur le corps; c'est restreindre le domaine de la psychothérapie en la privant de son moyen le plus puissant.

Technique, indications et surprises de la suggestion pendant le sommeil naturel, par M. Paul Farez. — La suggestion faite d'emblée, sans préparation aucune, à l'oreille d'une personne qui dort de son sommeil naturel, réussit parfois. Mais le plus souvent elle échoue, soit parce que l'énonciation verbale de la suggestion a réveillé le sujet, soit parce que celui-ci, accaparé par son rêve ou sa cérébration subconsciente, n'as pas été impressionné par la suggestion. Il faut donc : 1° se faire entendre du dormeur sans l'éveiller; 2° éloigner de lui les images du rêve et lui faire subir une préparation qui le rende apte à être suggestionné.

Cette hypotaxie préalable emporte les procédés techniques suivants : rythme lent et monotome; voix d'abord très basse puis s'élevant peu à peu suivant une progression régulière; création d'un « état fort » prépondérant et réducteur; maintien d'une sensation auditive simple, homogène, exclusive, et production de l'anidéisme; synchronisme de l'articulation verbale et des mouvements respiratoires.

Alors seulement doit commencer l'idéoplastie ou suggestion signifiée (suggestions générales, suggestions spéciales, suggestions relatives au réveil, etc.).

En dehors de son efficacité thérapeutique, la suggestion pendant le sommeil naturel peut exposer à certaines surprises ou mésaventures : paralysies et antipathies suggérées, confession extorquée, dette suggérée, etc. Ce genre de suggestion est donc, lui aussi, dans certains cas, susceptible d'entrer dans le domaine médico-légal. Toutefois, cette suggestion n'est pas toujours infailliblement inéluctable.

En principe la suggestion pendant le sommeil naturel peut s'appliquer à tous les cas justiciables de l'hypnotisme dont elle est, en somme, le succédané ou le substitut. Toutefois, son emploi est particulièrement indiqué :

1° Lorsque l'hypnotisation consentie par le sujet n'est pas parvenue à un degré suffisant d'hypotaxie;

2° Lorsque l'hypnotisation est redoutée du sujet, par suite de préventions, de craintes et d'appréhensions injustifiées mais irrésistibles;

3° Lorsque l'hypnotisation est repoussée avec entêtement par un malade ouvertement hostile à toute intervention thérapeutique, comme cela se passe dans certains cas d'aliénation;

4° Lorsque le temps presse et que l'hypnotisation par les procédés ordinaires menace d'être obtenue tardivement : le sommeil hypnotique est plus facilement obtenu pendant la journée quand il a été suggéré pendant le sommeil naturel.

On peut utiliser, en outre, deux formes atténuées de la suggestion pendant le sommeil naturel, à savoir la suggestion intersomnique et la suggestion présomnique.

Le daltonisme et l'éducation chromatopsique pendant le sommeil hypnotique, par M. Paul Farez. — Pendant le sommeil hypnotique, un sens peut être exalté au détriment de tous les autres; il acquiert alors une acuité et une puissance extraordinaires; les images qui s'y rapportent en sont plus nettes et plus précises; elles sont mieux appréhendées par la conscience et se gravent profondément dans la mémoire. Partant de là, j'ai, grâce à l'hypnotisme, refait l'éducation chromatopsique d'un jeune daltonien; je lui ai appris à reconnaître et à différencier non seulement la qualité mais l'intensité d'une soixantaine de couleurs; il est maintenant capable de reproduire par l'aquarelle, avec le ton qui leur convient, les diverses variétés de couleurs que comporte chacun des exercices auxquels je le soumets. L'hypnotisme peut donc servir à redresser et à réformer les fonctions sensorielles anormales ou perverties.

AUTRES COMMUNICATIONS

M. Bérillon. — *La tension artérielle dans les états hypnotiques.*

M. Bellemanière. — *Note sur un nouvel appareil hypnogène.*

M. Jules Voisin. — *Action thérapeutique d'hallucinations et de représentations mentales post-hypnotiques.*

MM. Bianchi (de Parme) et Bérillon. — *Application de la phonendoscopie cérébrale à l'étude des états hypnotiques.*

M. Duradon. — *Expériences de suggestion phonographique.*

M. Tamburini (de Reggio-Emilia). — *L'hypnotisme chez les hystériques.*

M. Terrien. — *Nécessité de la psychothérapie en pays vendéen. Note sur un cas rare d'astasie-abasie.*

M. Raffigeau. — *Note sur un cas de léthargie.*

M. Durand de Gros. — *La terminologie de l'hypnotisme.*

Le Congrès de l'hypnotisme a nommé une commission chargée de fixer la terminologie de l'hypnotisme. Ont été élus MM. Durand de Gros, président; MM. Jules Voisin, Bérillon, Paul Farez, Tokarsky (de Moscou), Régis (de Bordeaux), Vogt (de Berlin), Spehl (de Bruxelles), Tamburini (de Reggio-Emilia).

MÉDECINE PRATIQUE

L'eau chloroformée dans la fièvre typhoïde.

M. Sivertjeff a employé l'eau chloroformée chez 25 typhiques. Tout typhique entrant à l'hôpital, dès que le diagnostic a été nettement établi, reçut de l'eau choroformée à 1 p. 100 (une cuillerée à soupe toutes les heures ou toutes les deux heures, jour et nuit) jusqu'au moment où la température fut revenue à la normale. Aucun autre traitement, pas de médicaments, pas de bains, ni de frictions. Ce n'est que dans des cas exceptionnels, qu'on a appliqué de la glace sur la tête, et qu'on a donné des lavements.

Sous l'influence de l'eau chloroformée, la maladie évolue relativement très bien. L'appétit reste intact chez la majorité des malades, la langue reste humide et se recouvre à peine d'une légère couche blanchâtre. Il n'y a pas eu de météorisme, ni de douleurs abdominales.

Les fonctions intestinales s'accomplissent plus ou moins régulièrement, il n'y a pas de perforation, ni d'hémorragie intestinale, ni de diarrhée abondante. Les malades se sentent bien, dorment bien, le délire n'est observé que rarement et seulement au point culminant de la maladie, ou bien avant la mort. La céphalée ne se produit que fort rarement.

La durée moyenne de la période fébrile est de dix-huit jours. Sur 28 malades, 25 (88 p. 100) ont guéri, 3 sont morts (1).

(1) *Presse méd. belge*, 1900, nº 35.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Par décret, en date du 3 septembre 1900, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — M. le médecin principal de première classe de l'armée active retraité Sommeillier.

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée active retraité Bablon.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Vidal, Desmons, de Villegente, Vercoutre, Thouvenin, Cassan.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active démissionnaires François, Mornet.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Banzet, Veron, Pascal, Cousin, Pouget, Coulomb, Guinard, Chevron, Vouzelle, Bonin, Nalpasse, Carpentier, Raulin, Cauvy, Harispe, Decloux, Benoist, Savin, Thibault, Arrivé, Chambrin, Traverse, Bremont, Champollion-Lanaute, Desvaulx, Olivry, Gosset, Escoube, Quilaine, Prévost-Maisonnay, Gruzu, Warin, Monier, Lazinier, Robilliard, Henrot, Menu, Jacquet, Pédebidou, Ladevèze, Jean, Roux, Perrin, Abeilhon, Fedou, Renaud, Vialle, Petit, Frappier, Gayraud, Pons, Paquet, Menuisier, Thil, Nicolas, Iribarne, Bouquet, Nuel, Ader, Canonne, Paraire, Desbiez, Rambaud, Metreau, Lamotte, Desjardin, Salavert, Desjars, Pailhon, Rieu, Lafon, Mesangeau Bertucat, Nicolas, Madru, Gerard, Naulleau, Cunéo, Gentin, Giry, Pineau, Senty, Mareschal, Pinsan, Mazataud, Atger, Herbet, Delisle, Felix, Monel, Humbert, Magron, Castaing, Estourneau de Tersannes, Chauvin, Vignier, Linget, Coriveaud, Gouzy, Sagot, Saffar, Éloy, Moinard, Coyola, Lemesle, Mesley, Pavillard, Hardy, Dubois, Goutal, Lucas, Bridoux, Landry, Saumade, Clerc, Burot, Loisel, Gauthier, Étienne, Kaler, Dumaine, Ogé, Contal, Coulomb, Meresse, Pareau, Dechenne, Delarras, Saintpierre, Spillmann, Jacquot, Guillaumat, Fournié, Schmitt, Pipet, Gille, Reny.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Darcourt, Hirigoyen, Gervais de Rouville, Chantrel, Petit, Chadefaux.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Stanislas Vitrey, pharmacien de première classe à Bourbonne-les-Bains; Ludot, décédé à Sainte-Menehould, à l'âge de quarante-six ans; Petit, maire de Longeau (Haute-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 104. — JEUDI 13 SEPTEMBRE 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 13 SEPTEMBRE 1900. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — DES SOUFFLES CARDIAQUES D'ORIGINE ADHÉRENTIELLE, par M. Paul DUPONCHEL, médecin-major de première classe au 36e régiment d'artillerie. — DU CANCER THYROÏDIEN ; SYMPTÔMES ET FORMES CLINIQUES (*2 fig.*), par M. A. CARREL, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

DES SOUFFLES CARDIAQUES D'ORIGINE ADHÉRENTIELLE

Par M. Paul DUPONCHEL, médecin-major de première classe au 36e régiment d'artillerie.

En dehors des souffles cardiaques d'origine organique, consécutifs aux lésions de l'endocarde, et des souffles anorganiques, extra-cardiaques, décrits magistralement par M. le professeur Potain, il existe des souffles cardiaques qui nous ont paru avoir pour cause très nette des adhérences pleuro-péricardiques. Cette assertion n'est point nouvelle, et M. le professeur Jaccoud, dans son *Traité de pathologie*, accuse nettement les adhérences pleuro-péricardiques, de pouvoir produire un souffle, en général systolique, à la base du cœur, rarement à la pointe.

Ayant eu l'occasion, il y a quatre ans, de faire l'autopsie de deux sujets, présentant, durant leur vie, des souffles cardiaques, qui n'avaient aucun des signes des souffles organiques, et ayant relevé dans leurs antécédents une pleurésie gauche, datant de six mois environ, je constatai en effet les lésions suivantes :

Chez l'un, des adhérences pleurales nombreuses, solides, fibreuses, difficiles à rompre, unissant la plèvre au thorax d'une part sur les côtés, et en arrière ; et, d'autre part, unissant la plèvre au péricarde, en un point assez limité sous forme ligamenteuse. Le péricarde lui-même adhérait complètement au cœur par un tissu résistant, fibreux, de couleur jaunâtre. Le cœur un peu hypertrophié présentait un ventricule gauche épaissi, donnant à la coupe des fibres musculaires hypertrophiées, rouge brun, sans dégénérescence.

Les valvules auriculo-ventriculaires, aortiques, et les valvules pulmonaires étaient saines, ni rétrécies, ni insuffisantes.

Ainsi, à l'autopsie, il n'existait aucune lésion organique des valvules du cœur, aucune lame pulmonaire devant le cœur ; on ne constatait que des adhérences pleurales, pariétales et viscérales, avec symphyse cardiaque.

Pendant la vie, nous avions diagnostiqué, M. le médecin-major de première classe Renaut et moi, un *souffle extra-cardiaque*. Ce souffle, rude, localisé à la pointe, sans propagation dans l'aisselle, prolongeait le premier bruit. Très net dans la position couchée, il disparaissait complètement dans la position debout : les bruits du cœur étaient forts, bien frappés ; la matité cardiaque était augmentée, la pointe battait dans le sixième espace ; le pouls était régulier.

Le deuxième malade que j'eus à observer, et qui mourut d'une méningite tuberculeuse, avait eu une pleurésie gauche traitée à l'hopital militaire cinq mois auparavant : il présentait un souffle cardiaque systolique au niveau du troisième espace intercostal ganche. Ce souffle très localisé, très net dans la position couchée, disparaissait dans la position debout et assise. La pointe du cœur abaissée battait à 5 centimètres au-dessous du mamelon gauche et en dedans. Le cœur semblait se contracter avec peine, donnant à la vue le signe de reptation. A la pointe, les bruits du cœur étaient très nets, sans souffle. L'auscultation du poumon dévoilait, à gauche, des frottements pleuraux très accusés en arrière de la poitrine, dans l'aisselle et dans la région antérieure.

A l'autopsie, je constatai, à gauche, des adhérences fibreuses, très résistantes, unissant la plèvre au sternum, aux côtes, et, d'autre part, des brides fibreuses, unissant le péricarde, dans toute son étendue, à la plèvre. Le péricarde, ouvert, était lisse, sans lésions, et contenait une cuillerée de liquide citrin.

Donc, coïncidence de souffle cardiaque, dans le troisième espace, avec adhérences pleuro-péricardiques. Le cœur était légèrement hypertrophié, mais l'endocarde était sain et les valvules intactes.

A la suite de ces deux faits cliniques, il était indiqué de vérifier si cette coïncidence de souffle cardiaque et de pleurésie ancienne à gauche n'était qu'un effet du hasard. C'est pourquoi, ayant recherché les anciens pleurétiques authentiques de mon régiment, je trouvai 33 pleurésies anciennes, dont 28 à gauche, et 5 à droite (petit fait statistique semblant montrer la fréquence plus grande des pleurésies à gauche). Sur ces 28 pleurésies gauches, 26 *étaient accompagnées de souffles cardiaques*.

Procédant d'une autre façon et profitant de l'arrivée de la classe, je recherchai sur 747 jeunes soldats les souffles cardiaques, sans m'occuper de leurs antécédents morbides : je constatai ainsi 39 souffles cardiaques, dont 15 coïncidaient avec des pleurésies anciennes à gauche, et 1 avec une pleuro-péricardite rhumastimale.

Ces souffles observés avaient le caractère des souffles anorganiques en ce sens qu'ils étaient variables dans leur force, leur intensité, leur existence même, suivant la position du malade, assise, couchée et génu-pectorale. Le

siège le plus fréquent, le plus constant de ces souffles était au niveau du deuxième et troisième espace intercostal, dans la région préinfundibulaire, c'est-à-dire à l'origine de l'artère pulmonaire; de plus, ils étaient en général systoliques et de timbre très doux.

Ces souffles ne se différencient guère des souffles cardio-pulmonaires que par une hypertrophie du cœur modérée, mais constante.

Tous ces faits ont été constatés par mes confrères militaires et civils, qui ont bien voulu me prêter leur concours : à savoir par mon chef de service, M. le médecin-major de première classe Renaut et MM. les docteurs Leymarie, Faguet, ex-chef de clinique à la Faculté de Bordeaux, Florentin, médecin de réserve au 50e d'infanterie.

J'ai pu également réunir de nouvelles observations analogues au 36e régiment d'artillerie, avec le concours de mon aide-major, M. le docteur Guichemerre.

Mécanisme du souffle cardiaque d'origine adhérentielle. — N'est-il pas possible d'admettre que ce souffle cardiaque signalé est produit par les adhérences pleuro-péricardiques fibreuses, résistantes, constatées si souvent à l'autopsie chez des anciens pleurétiques ? Aux deux points d'attache de ces ligaments, il peut exister des déformations, et à la suite, des troubles fonctionnels. Extérieurement il existe des méplats, une rétraction de la paroi thoracique, il est facile de concevoir qu'à l'extrémité opposée, il puisse se produire des troubles dans l'organe saisi, et dans ce cas-là, c'est le péricarde.

S'il y a symphyse cardiaque, tout le cœur sera tiraillé d'un côté par son poids, soit en bas, soit en arrière, suivant sa position, d'un autre côté en avant par les adhérences.

Mais, comme le cœur est, en quelque sorte, mobile, et comme appendu à ces deux énormes vaisseaux, l'aorte et l'artère pulmonaire, ce sont ces deux *tubes* qui seront tiraillés, déformés, le plus souvent.

S'il n'existe pas de symphyse cardiaque, c'est le péricarde qui sera tiraillé en divers points, soit loin des vaisseaux, soit à leur niveau même. Là encore, le péricarde entoure l'origine des gros vaisseaux, et se réfléchit à leur origine pour former un sac fermé. Tout tiraillement du péricarde, en quelque point que ce soit, agira également sur l'origine des gros vaisseaux, d'autant plus que l'adhérence sera plus proche de leurs orifices.

Quel sera le vaisseau le plus déformé, le plus tiraillé, le plus rétréci ? Ce sera d'abord le plus superficiel à son origine, c'est-à-dire l'artère pulmonaire ; ensuite, le moins résistant par sa structure, son épaisseur, c'est-à-dire encore l'artère pulmonaire, cette *veine artérieuse* des anciens, autrement plus lâche et plus mince que l'aorte. C'est donc l'artère pulmonaire qui est troublée à son origine, dans sa fonction en quelque sorte *hydraulique*, et qui exprime son trouble par le bruit de souffle systolique si fréquemment entendu.

La reconnaissance de ces souffles cardiaques, d'origine adhérentielle, me semble utile à deux points de vue :

1° Au point de vue médico-légal militaire, pour ne pas les confondre avec des souffles organiques ;

2° Au point de vue clinique, afin de pratiquer au moins un traitement hygiénique. En effet, de même que la pression du sthétoscope sur l'artère fémorale produit un bruit de souffle par la compression du vaisseau, de même les adhérences pouvant, à notre avis, déformer *transitoirement* l'orifice de l'artère pulmonaire, il peut en résulter une gêne dans la fonction du cœur, d'où hypertrophie légère, au moins au début. C'est ainsi que deux sujets de nos observations, Leg. et Lim., âgés de vingt et un ans, ayant subi un léger surmenage volontaire pendant deux mois, ont dû s'arrêter pour cœur *forcé*. Il y a donc lieu de recommander aux *adhérentiels*, d'éviter le surmenage physique qui amènerait vite l'essoufflement et de leur donner une hygiène appropriée.

DU CANCER THYROIDIEN

SYMPTÔMES ET FORMES CLINIQUES

Par A. Carrel,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

L'installation du cancer dans une glande thyroïde saine ou déjà adénomateuse, se traduit par des manifestations locales et générales qui lui donnent souvent une individualité clinique bien nette. Mais, si les traits principaux de ce type se distinguent facilement chez presque tous les malades, ses détails et ses formes varient à l'infini, au gré des conditions obscures et diverses, qui règlent la réaction de chaque sujet contre une tumeur, capable elle-même de présenter tous les degrés possibles de malignité.

I

Symptômes. — Période de début. — L'invasion du cancer thyroïdien est signalée par l'apparition d'une tumeur, ou par des modifications d'un goitre préexistant, par des signes de compressions trachéale, œsophagienne, ou nerveuses, et plus souvent par la coexistence de ces différents phénomènes. Nous indiquerons aussi la forme beaucoup plus rare de début par des signes de dysthyroïdation, précédant de plusieurs semaines ou de plusieurs mois les phénomènes locaux.

L'accroissement rapide d'un goitre ancien est, dans la plupart des cas, le premier symptôme par lequel le cancer traduit sa présence. Un individu, âgé de quarante à soixante ans, porteur d'un goitre, qui paraît avoir terminé son évolution depuis plusieurs années, s'aperçoit un jour que son cou grossit et que sa tumeur devient plus dure et plus irrégulière. Il ne s'inquiète pas, fait quelques applications de pommades, et attend. Et peu à peu, la tumeur précipite sa marche, son aspect devient menaçant, et ses dimensions augmentent parfois avec une rapidité vraiment foudroyante. Lorsqu'on a la précaution de mesurer la circonférence du cou, on peut constater une différence appréciable d'un jour à l'autre. Un goitre, silencieux depuis de longues années, double et triple de volume en quinze jours, et lorsque, peu de temps après, le malade meurt à la suite de l'intervention nécessitée par les troubles respiratoires, on voit qu'il s'agit d'un cancer encore au début de son évolution, parce qu'il n'a pas envahi entièrement le corps thyroïde ni franchi les limites de la capsule, et qu'il n'a envoyé aucune métastase dans les ganglions ou les viscères.

Mais habituellement, la vitesse de l'accroissement est beaucoup moins grande ; ce n'est qu'au bout de deux ou trois mois que l'augmentation de volume devient gênante et que le malade est amené au chirurgien.

En même temps, le patient remarque souvent des changements dans l'aspect et la consistance de sa tumeur. Le goitre, jusqu'alors mou et fluctuant, devient dur, ou présente, en quelques points, des noyaux plus résistants.

Le développement du cancer, chez un individu exempt de goitre, est beaucoup plus rare. Le malade s'aperçoit un jour de l'existence d'une petite tumeur, arrondie, roulant sous le

doigt, qui occupe un point quelconque de la région thyroïdienne. Son aspect ne présente tout d'abord rien d'inquiétant. Elle augmente de volume lentement, puis avec une

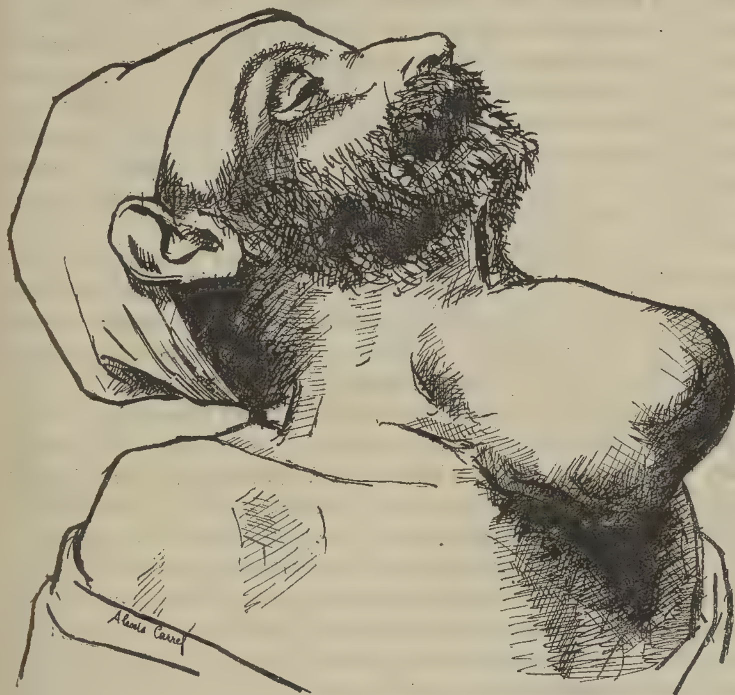


Fig. 1. — Thyrocarcinose développée sur un goitre ancien.

rapidité suspecte, envahit les autres parties de la glande, et prend les caractères propres au néoplasme malin.

Cette hypertrophie du corps thyroïde, survenant chez un jeune sujet, n'a pas une signification bien redoutable, mais, lorsqu'elle apparaît chez un individu âgé, à l'époque où la glande a terminé son évolution physiologique, c'est un signe d'une grande valeur ; et cette opinion est partagée par les chirurgiens qui ont vu beaucoup de goitres et de cancers. *Tout goitre qui augmente de volume ou toute tumeur thyroïdienne qui apparaît, chez un individu âgé de plus de cinquante ans, doivent être considérés comme suspects* (1).

Malheureusement ce signe lui-même n'est pas constant. Le cancer peut être représenté par un petit noyau qui reste enfoui au milieu de la glande, sans augmenter sensiblement ses dimensions; c'est la *forme latente*, la forme médicale du goitre malin (2). Son évolution est absolument insidieuse, et rien ne décèle la dégénérescence de la thyroïde, jusqu'au jour où apparaissent des métastases viscérales ou osseuses, dont la véritable nature n'est reconnue souvent que sur la table d'autopsie.

Les compressions nerveuse, trachéale ou œsophagienne peuvent être chacune le premier symptôme, mais le plus souvent, accompagnent le développement de la tumeur.

De violentes *névralgies* cervicale et faciale apparaissent sans cause apparente. Le malade souffre de fortes douleurs, qui, prenant naissance au niveau de la région thyroïdienne, irradient dans la tête et dans le cou du côté correspondant, et plus rarement dans le bras. Elles se suppriment parfois de manière brusque au moment où la tumeur commence à se développer. Dans deux cas, l'audition disparut dès le début et de manière définitive du côté malade.

Les *troubles respiratoires* précèdent souvent l'apparition de la tumeur. Le patient se plaint pendant des semaines et des mois d'une dyspnée dont il est impossible d'expliquer la cause. Puis apparaît à la base du cou, une petite tumeur dont la nature maligne est démontrée ultérieurement. Cependant, les accès de suffocation, et les désordres dyspnéiques de même que la dysphonie surviennent habituellement à une époque plus tardive, mais souvent aussi dès les premières semaines.

Quant à la *dysphagie*, il est rare que le malade se plaigne de gêne dans la déglutition des aliments, avant que la tumeur cervicale ait déjà acquis un volume appréciable.

Enfin, on peut observer également des symptômes dus à la compression des sympathiques, troubles vasomoteurs, sécrétoires, et oculaires, localisés à un côté de la face (1).

Il est assez rare de voir apparaître d'emblée des signes généraux, qui se présentent alors sous la forme de la cachexie thyroïdienne, et sont dus à des phénomènes de dysthyroïdation.

Avant ou après la venue de la tumeur, le malade se

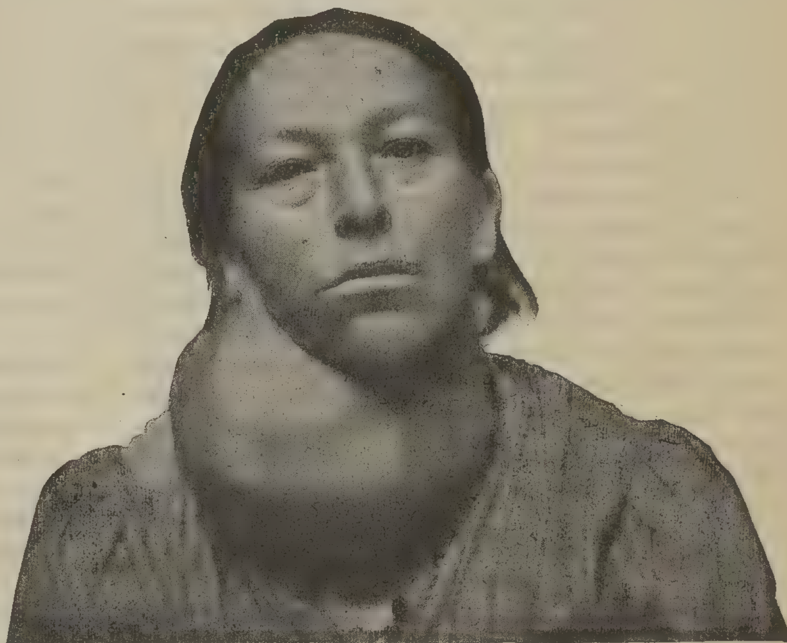


Fig. 2. — Polyadénome malin. Depuis un an et demi, développement rapide d'un goitre datant de dix ans.

plaint de symptômes analogues à ceux du goitre exophtalmique, tremblement, palpitations et tachycardie, sensation de chaleur, et exorbitisme. D'ailleurs le tableau est rarement au complet, et les observations mentionnent surtout la

(1) Kocher. Réunion générale des médecins suisses. *Semaine méd.*, 1898. — Carle. *Contributo alla chirurgia del tiroide*, p. 40, Torino.

(2) Bard. Th. d'Orcel (Lyon 1889), de Bertrand (Lyon 1896); — Gruié. *Formes médicales du cancer thyroïdien*, Th. de Lyon 1899 ; — Hinterstoisser. Beitrage z. Lehre von Schilddrusen Krebs, *Central. f. Chir.* 1893; — Friedland. Uber ein Fall von Schilddrüsenkrebs ohne Vergrosserung des Organs, *Prag. med. Wochens*, 1896, n° 10.

(1) Solis Cohen. Sarcoma of the thyroïd gland, *New-York med. Journ.*, 1889.

tachycardie, et les tremblements, et parfois l'exorbitisme. Dans quelques cas cependant, les signes basedowiens se manifestent avec une netteté absolue, avant qu'il soit possible d'apprécier le goitre. A cette période, les phénomènes généraux sont encore peu caractéristiques, bien qu'ils soient susceptibles cependant de se présenter immédiatement avec un aspect menaçant. Sans raison apparente, une femme perdait ses forces, se cachectisait, et avait une température élevée. Le diagnostic, hésitant, fut tranché, un mois après, par l'apparition inattendue d'un néoplasme thyroïdien.

PÉRIODE D'ÉTAT. — *Signes physiques.* — 1° *Étude de la tumeur thyroïdienne.* — La région thyroïdienne est occupée par une tuméfaction volumineuse, lisse et arrondie, parfois irrégulière et bosselée, qui s'étend de l'os hyoïde au sternum, et parfois surplombe la partie supérieure du thorax. Son aspect est asymétrique, car les deux lobes se sont développés de manière inégale bien que la glande puisse aussi s'hypertrophier en masse. Mais souvent la tumeur a des proportions plus modestes, et on aperçoit sur les côtés de la trachée ou sur la ligne médiane, une masse grosse comme un œuf ou une pomme, qui a l'aspect d'un goitre ordinaire. La forme varie beaucoup; tantôt la peau est soulevée par une surface lisse et bien limitée, tantôt elle repose sur une véritable cuirasse, qui engaine le cou, entrave tous les mouvements, et le maintient dans un état de rigidité presque absolue.

Les téguments présentent leur coloration habituelle, au moins au début; plus tard ils glissent moins facilement sur les plans profonds, la peau devient adhérente, s'amincit ou s'œdématie, et prend, chez certains malades, une teinte rouge sombre. Jamais nous n'avons constaté l'ulcération qui est un phénomène rare. Dès les premiers temps, la surface cutanée est sillonnée par le réseau bleuâtre des veines dilatées, qui se prolongent en serpentant jusque sur la poignée du sternum.

La *consistance* de cette tumeur est d'abord analogue à celle d'un goitre bénin; puis elle devient plus dure, sa surface se bosselè, et on sent des prolongements irréguliers qui se glissent en dessous du sterno-mastoïdien, ou s'enfoncent dans le thorax. Il s'agit là des formes où le néoplasme n'a pas diffusé hors de la capsule glandulaire; mais plusieurs fois M. Poncet a rencontré une véritable infiltration néoplasique, qui donne aux plans superficiels la consistance d'une plaque de carton, à travers laquelle il est impossible d'explorer les organes profonds. Le cancer a franchi les limites de la capsule et envahi tout ce qu'il a trouvé sur sa route. C'est une forme redoutable, bien décrite par Rollet dan son article sur le cancer à marche suraiguë.

Dans plusieurs observations, l'exploration attentive n'a décelé que les symptômes communs à toutes les variétés de goitre. *Le néoplasme malin se cache sous les apparences d'une tumeur kystique ou parenchymateuse, que seuls des signes concomitants peuvent rendre suspecte.*

2° *Rapports de la tumeur avec les parties voisines.* — Les *muscles* s'étalent au-devant de la tumeur; le sterno-cléido-mastoïdien la croise souvent en écharpe, et lorsqu'il se contracte, on peut le sentir sous la forme d'un cordon dur. Parfois, ils sont absolument atrophiés.

Le goitre malin se trouve situé dans le voisinage immédiat de la *trachée.* Pendant les mouvements de déglutition, la tumeur s'élève et s'abaisse en même temps que le larynx. Lorsque son siège est plus élevé, dans la région sous-maxillaire par exemple, elle paraît ne plus avoir de rapport avec le corps thyroïde, comme chez ce malade de Brindel et Liaras (1), qui présentait, depuis un an et demi, deux tumeurs, du volume d'un gros œuf de poule; on fit le diagnostic d'adénite tuberculeuse et cependant il s'agissait d'un cancer de la thyroïde. D'ailleurs, l'absence de mobilité n'a pas grande signification. Lorsque les lésions sont plus avancées, la tumeur se fixe par des adhérences aux organes voisins, ou s'engage derrière le sternum, et n'accompagne plus la trachée dans ses mouvements verticaux.

Il est facile de se rendre compte des rapports de la tumeur et du conduit laryngo-trachéal. La trachée est habituellement refoulée en dehors; on sent sa surface annelée du côté opposé à la tumeur, en des régions parfois très éloignées de la ligne médiane.

Chez d'autres malades, le lobe médian hypertrophié cache complètement la face antérieure de la trachée qu'il est impossible de sentir à travers les téguments, et que le bistouri a grand'peine à découvrir au moment de la trachéotomie.

Il faut toujours terminer par l'examen laryngoscopique. La déviation du larynx gêne un peu l'exploration. La situation des cordes vocales renseigne sur l'état des récurrents, et surtout, on peut apercevoir, dans la région sous-glottique, des bourgeons néoplasiques rouges et saignants, qui ont envahi et effondré la paroi trachéale. C'est ainsi que Norris Wolfenden (2) a pu, chez un malade, établir le diagnostic de végétations néoplasiques intra-trachéales. Parfois, la luxation du larynx en dehors empêche complètement l'exploration.

Il est classique d'admettre que, dans le cancer thyroïdien, les *vaisseaux* sont englobés dans le tissu néoplasique, et qu'on ne peut sentir, en arrière de la tumeur, les battements de la carotide et de la thyroïdienne supérieure. Assurément, cet envahissement existe; nous l'avons constaté plusieurs fois. Mais, loin d'être constant, on ne le trouve que dans les formes rapides, qui s'accompagnent d'engorgement ganglionnaire précoce, et où les bourgeons cancéreux ont vite franchi la barrière capsulaire.

Chez la plupart des malades de M. Poncet, les vaisseaux sont facilement perceptibles, un peu en arrière de leur situation normale; ils sont refoulés, et non englobés. Autour d'eux, et à leur surface, se dispose parfois un véritable semis de ganglions petits et durs. L'artère carotide est habituellement repoussée en arrière; cependant, on l'a trouvée une fois dans le voisinage de la ligne médiane.

L'ulcération de la paroi artérielle est observée de façon exceptionnelle (3).

Par sa partie inférieure, la tumeur descend jusqu'au niveau de la clavicule, et s'engage parfois en arrière du sternum. Ces prolongements rétro-sternaux sont fréquents et se traduisent par une zone de submatité thoracique, une fixité plus grande de la tumeur principale. On peut soulever le bobe, engagé derrière le manubrium, en faisant des tractions sur la partie découverte.

L'exploration physique donne peu de renseignements sur l'étendue et le siège de ces masses intra-thoraciques.

(1) BRINDEL et LIARAS. Société anatomique de Bordeaux, et thèse de Dubœ. *Contribution l'étude de l'évolution clinique du goitre malin*, Bordeaux, 1897.

(2) Norris WOLFENDEN. Epithelioma of the thyroïd gland and trachea, *Journ. of laryng.*, 1890.

(3) COULON. *Sur le cancer du corps thyroïde*, Th. de Paris, 1883.

3° *Signes des métastases.* — Les *ganglions* sont souvent envahis, et se présentent à des époques et sous des aspects variables.

On sent le long des vaisseaux carotidiens une série de granulations dures, qui se continuent parfois avec les chaînes sous-maxillaires, et sus-claviculaires également hypertrophiées; c'est la forme qui s'observe dans les cancers à marche rapidement envahissante. Les ganglions de l'aisselle sont parfois envahis. Hinterstoïsser les a trouvés atteints une seule fois sur 35.

Au début, les ganglions sont difficilement perceptibles; un examen attentif permet cependant de découvrir une ou deux petites tumeurs roulant sous le doigt, et situées profondément en arrière des masses latérales. Parfois, les ganglions, agminés en grosses masses, s'accolent à la tumeur principale, dont il est impossible de les séparer par le toucher. C'est pour cette raison sans doute que Lebert et Thelliez ont écrit que le cancer du corps thyroïde ne s'accompagne jamais d'engorgement ganglionnaire.

Ces métastases lymphatiques, nous les avons rencontrées très souvent chez nos malades; et il est probable qu'on les trouverait de manière constante, si le cancer avait le temps d'évoluer. Beaucoup de malades meurent de complications respiratoires, alors que leur néoplasme est encore trop jeune pour s'être généralisé. Une malade atteinte depuis trois semaines de strume maligne et d'accidents dyspnéiques, mourut de bronchopneumonie à la suite de l'intervention. Il n'existait aucun ganglion carotidien, ni médiastinal, et cependant la marche de la tumeur et sa structure histologique ne laissaient aucun doute sur sa nature. D'autre part, un cancer peut envahir la glande thyroïde, envoyer des métastases dans les os, le poumon ou les autres viscères, et épargner complètement les ganglions. Jœger (1), dans quinze cas de métastases goitreuses, occupant des sièges variés, trouve une seule fois les ganglions envahis. Dans la statistique publiée par van Straaten (2), dans sa thèse (Fribourg-en-Brisgau 1898), portant sur 71 cas de métastases, on trouve signalée 44 fois la généralisation dans les ganglions lymphatiques.

L'envahissement ganglionnaire est donc loin d'être constant. Lorqu'il existe c'est un signe excellent, mais, en son absence, on est autorisé à faire cependant le diagnostic de cancer thyroïdien.

Les *métastases pulmonaires* sont très fréquentes. Chez les malades de M. Poncet, nous avons observé souvent cette généralisation. Van Straaten, étudiant 71 cas de métastase, a trouvé 41 fois le poumon envahi. Ces noyaux pulmonaires s'installent souvent dans le poumon de manière insidieuse, mais peuvent aussi s'accompagner de symptômes caractéristiques. Un individu, atteint de goitre suspect, présente un jour des troubles pulmonaires, tels que toux fréquente, dyspnée plus vive, et surtout crachats sanglants. On examine le poumon, sans obtenir habituellement de renseignements précis. En même temps il se produit une élévation de température que M. Poncet a constatée souvent, et que Bircher considère comme le signe d'une généralisation viscérale.

Les noyaux de la plèvre provoquent une pleurésie avec liquide hématique.

(1) Jœger, *Uber Strumametastasen*, Th. de Zurich, 1897.
(2) Van Straaten. *Drei Falle von Carcinom der Schilddrüse*, Th. de Fribourg, 1898.

Les *métastases osseuses* sont considérées par Jœger comme la complication la plus fréquente du cancer thyroïdien, et on trouve de nombreuses observations de ce genre dans les travaux de Metzner (1), de Jœger (2), et de van Straaten (3). Nous les avons observés beaucoup moins fréquemment. Leur allure clinique est assez spéciale.

Sur une partie quelconque du squelette, on voit apparaître une tumeur, qui se développe lentement. Elle envahit un os long tel que le fémur ou le tibia, ou se développe sur le crâne, le sternum. Son aspect et sa consistance la font ressembler à un ostéosarcome : parfois elle devient pulsatile, comme chez le malade de Jaboulay (4), dont les noyaux osseux diminuèrent après que la tumeur principale fut exothyropexiée. Ces métastases osseuses, augmentant de volume avec une grande lenteur, ont une évolution d'une bénignité relative. Il se produit alors des fractures spontanées, qui accélèrent la marche, mais qui sont souvent le premier symptôme de la généralisation. Dans un cas de Tripier, une vieille femme, étant atteinte de fracture spontanée du fémur, le diagnostic d'ostéosarcome fut porté, et on ne reconnut qu'à l'autopsie la nature thyroïdienne de la tumeur.

Les métastases dans le *foie* évoluent de manière tellement insidieuse qu'elles constituent souvent des trouvailles d'autopsie. Cependant, on peut parfois constater les signes du cancer secondaire du foie.

La présence de noyaux secondaires dans le *cerveau* est très rare, et dans ce cas, le malade paraît atteint de tumeur cérébrale, comme il est indiqué dans l'observation de Mayor (5). Dans la littérature allemande, nous avons trouvé des cas analogues; Hinterstoïsser (6), Kaufmann (7), ont rencontré 4 fois des métastases dans la substance cérébrale.

Les généralisations *cardiaques* sont exceptionnelles [Mathieu (8), Hinterstoïsser], et ne présentent que des symptômes peu caractéristiques.

Les métastases *rénales* évoluent comme un cancer primitif de cet organe, en donnant lieu à une tuméfaction volumineuse, des douleurs persistantes, des troubles de l'urine et des hématuries (Bard).

Ces greffes à distance du néoplasme donnent quelquefois à l'affection une physionomie inattendue, comme chez ce malade de Bard (9), qui présenta une véritable éruption de tumeurs sous-cutanées disséminées sur la paroi abdominale. La plus volumineuse siégeait au-dessous de l'arcade crurale et atteignait le volume d'un œuf de poule. Trois autres s'étaient développées dans le voisinage de l'ombilic; d'autres encore, plus petites, avaient pris naissance un peu plus bas. Nulle part, il n'existait de ganglions. Ces tumeurs avaient une coloration violette, et ultérieurement l'examen histologique montra qu'il s'agissait de néoplasmes embryonnaires du type thyroïdien. M. Bard a publié, dans la thèse de Gruié, plusieurs observations semblables.

Les manifestations cutanées se produisent aussi dans le système lymphatique de la peau, sous forme de lymphan-

(1) Metzner. *Uber einen Fall von Struma mit multiplen Knockenmetastasen*, Th. de Marbourg, 1894.
(2) Jœger. Loc. cit.
(3) Van Straaten. Loc. cit.
(4) Jaboulay. *Lyon médical*, 1896.
(5) Mayor. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1881.
(6) Hinterstoïsser. Loc. cit.
(7) Kaufmann. Struma maligna, *Deuts. Zeitschrift f. Chir.*, 1879.
(8) Mathieu. Cancer du corps thyroïde, du cœur et du poumon, *Progrès méd.*, 1882.
(9) Bard, in thèses d'Orcel, de Bertrand et de Gruié.

gite réticulaire néoplasique. Un malade de trente-sept ans présenta, au niveau des plis inguinaux, une plaque violacée et indurée de la peau, qui ne s'accompagnait pas de douleur. Peu à peu, cette plaque s'est étendue du côté du tronc et de la cuisse, limitée par un bourrelet très net du côté de la peau saine. Le malade était atteint d'un cancer thyroïdien volumineux.

Au nombre des localisations exceptionnelles, il faut placer encore les tumeurs musculaires, dont M. Pic (1) a publié un exemple qui semble unique. Chez une femme de soixante-deux ans, atteinte de tumeur du corps thyroïde d'aspect malin, se développa une tumeur, au niveau des muscles jumeaux et soléaire. L'autopsie démontra qu'il s'agissait bien d'une métastase goitreuse, greffée dans les muscles de la partie postérieure de la jambe.

Signes fonctionnels. — Les signes fonctionnels sont les douleurs, la dyspnée, la dysphagie et la dysphonie, et quelques symptômes plus rares dus à des compressions vasculaires et nerveuses.

1° *Douleurs*. — Les malades souffrent au début de l'affection, ou plus tard pendant la période d'envahissement extra-capsulaire, ou bien encore ne ressentent jamais aucune douleur.

Dans le premier cas, la souffrance précède parfois l'apparition de la tumeur, et peut disparaître rapidement, ou bien les malades, habitués à un vieux goitre indolent, se plaignent de quelques douleurs, qui se manifestent les premiers temps de sa transformation maligne. Habituellement, elles constituent un des symptômes de la période d'état, et n'apparaissent que vers le troisième ou le quatrième mois. La tumeur prend naissance et s'accroît souvent pendant longtemps sans causer ni gêne, ni souffrance, puis, subitement sa marche devient plus rapide, et le malade se plaint de violentes névralgies. Ce sont des douleurs, qui, prenant naissance au niveau du goitre, irradient dans le cou, dans l'oreille, la face ou la nuque; elles sont lancinantes, parfois atroces et empêchant le sommeil. On note parfois une céphalée intense, des douleurs dans le bras correspondant, ou dans le sternum. C'est un symptôme sur lequel il ne faut pas trop compter, parce que souvent l'évolution du goitre malin est presque entièrement indolore. Les phénomènes de compression du plexus brachial, ou du plexus cervical, qui se rencontrent rarement lorsque la tumeur est encore encapsulée. Elles sont donc rarement un signe du début, mais bien plutôt de la période d'état.

2° *Dyspnée*. — La dyspnée est un des troubles fonctionnels les plus constants du cancer de la thyroïde. Nous l'avons rencontrée chez presque tous nos malades, sous deux aspects différents, la dyspnée paroxystique et la dyspnée continue.

La dyspnée paroxystique est la conséquence des compressions récurrentielles. Chez un malade, dont la respiration est habituellement normale, on voit apparaître des accès de suffocation, à la suite d'une émotion, d'un effort, ou sans la moindre cause. Le visage se cyanose, et se couvre de sueurs, il se produit un peu de cornage et de tirage sus-sternal, puis tout rentre dans l'ordre. Les crises de dyspnée se reproduisent de temps en temps, et dans leur intervalle, l'état respiratoire du malade est à peu près normal.

(1) Pic. Note sur un cas de cancer du corps thyroïde avec cancer secondaire des muscles soléaire et jumeaux, *Lyon méd.*, 1er juillet 1888.

La dyspnée continue est un symptôme beaucoup plus constant. Vers le troisième ou quatrième mois à partir du début du cancer, et souvent à une époque plus précoce ou plus tardive, elle se manifeste par une oppression légère, sensible surtout après un effort ou une marche rapide. Une fois établie, elle ne rétrocède plus; c'est un symptôme très grave, qui annonce la mort dans un délai de quelques mois, et qui donne les principales indications du traitement. Son intensité diminue par le repos; elle augmente le soir, et pendant la nuit, qui, pour beaucoup de malades, est entrecoupée d'accès d'oppression. Cette dyspnée continue est en rapport avec les compressions permanentes, et l'envahissement de la trachée et du larynx. La lumière trachéale, aplatie, laisse pénétrer plus difficilement l'air, et pour vaincre cette résistance, les malades font des efforts exagérés de tous leurs muscles inspirateurs. C'est pourquoi, ils se plaignent surtout d'oppression vers le soir, à l'heure où ils sont fatigués, et moins capables de surmonter les obstacles trachéaux. Ces individus trouvent souvent une position dans laquelle la respiration est plus facile. Nous avons observé une femme qui, dans le décubitus dorsal ou latéral gauche, était saisie presque immédiatement d'une dyspnée intense. Se couchait-elle sur le flanc droit, en tournant fortement la tête de ce même côté, les troubles respiratoires disparaissaient aussitôt.

Les autres causes de dyspnée sont l'œdème de la glotte et les lésions pulmonaires. Les infections si fréquentes chez les goitreux, et surtout les noyaux métastatiques s'accompagnent d'une dyspnée continue, qui peut être attribuée à une compression trachéale.

La toux est fréquente, petite, sèche, répétée; elle est due à une irritation du pneumogastrique.

3° *Dysphagie*. — Elle débute après les phénomènes dyspnéiques: le malade éprouve une certaine gêne dans la déglutition des aliments solides; puis, au bout de quelque temps, les liquides ne peuvent plus passer. Ces phénomènes de sténose rétrocèdent sous diverses influences, ou bien continuent leur évolution, augmentant ainsi d'une manière rapide la cachexie du malade. L'exploration à l'aide de la sonde donne des résultats très variés. Souvent, elle passe avec facilité; il s'agit simplement d'un spasme, dû sans doute à la compression des récurrents qui fournissent des filets au plexus pharyngien. Dans d'autres observations, il est écrit que l'explorateur rencontre un obstacle dans la région cervicale de l'œsophage et ne peut pénétrer plus avant.

4° *Dysphonie*. — La voix rauque, éteinte, bitonale, est signalée dans un grand nombre d'observations. C'est un accident dont l'époque est extrêmement variable, et le plus souvent assez tardive. Il est dû soit à l'envahissement direct du larynx, soit, ce qui est beaucoup plus fréquent, à la compression, ou à l'irritation des récurrents. Les examens laryngoscopiques pratiqués par M. Rivière, et ceux que nous avons eu l'occasion de faire, ont montré tantôt une véritable contracture d'une ou des deux cordes vocales, tantôt une paralysie avec position cadavérique. Ce dernier symptôme a été plus souvent observé.

5° *Signes de compression des vaisseaux, du grand sympathique et du plexus brachial.* — Ces phénomènes sont rares. La compression des vaisseaux produit de l'anémie cérébrale et de la cyanose du visage, de la céphalée et de la bouffissure de la face. Dans une observation de Piorry, la sous-clavière était comprimée et la tumeur reposait sur le poumon.

Le grand sympathique réagit de différentes façons. Les malades présentent des troubles pupillaires, de l'exophtalmie du côté malade. Ce sont les symptômes que nous avons observés le plus souvent chez nos malades. Dans un cas unique de Solis Cohen, le développement du cancer s'accompagna de troubles sécrétoires et vaso-moteurs de la face. Un homme de quarante-cinq ans se présenta à l'hôpital avec du gonflement du cou, de la dyspnée, du ptosis et myosis à droite. De ce même côté de la face, on constatait une rougeur et des sueurs exagérées.

Quant à la compression du plexus brachial, elle se traduit par des troubles sensitifs et moteurs du côté du bras. Les mouvements de flexion et d'abduction sont abolis, les mouvements de l'avant-bras et de la main étant conservés (paralysie du type radiculaire supérieur). La sensibilité est diminuée sur les faces antérieure, externe et postérieure du bras, tandis qu'elle est conservée sur la face interne. Ces symptômes ne s'observent que très rarement.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — M. le médecin principal Léo, actuellement embarqué sur l'*Amiral-Baudin* (escadre du Nord), est désigné pour faire partie de l'état-major général de M. le contre-amiral Gourdon, en qualité de médecin de division.

Faculté de médecine de Paris. — *Inscriptions des stagiaires.* — Seront inscrits d'office, sur la liste des stagiaires, MM. les étudiants dont la scolarité sera soumise au stage au cours de l'année scolaire 1900-1901, et qui auront pris l'inscription de juillet 1900 à la Faculté de médecine de Paris; savoir : huitième ou douzième (régime de 1878), quatrième, huitième ou douzième (régime de 1893).

MM. les étudiants soumis au stage, qui n'auraient pas pris d'inscription en juillet 1900 (comme il est indiqué ci-dessus), ou qui auraient pris cette inscription dans une Faculté ou École des départements (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre), sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, et avant le 15 octobre 1900.

Classement des stagiaires. — Les stagiaires seront répartis par année et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties, ou s'il y a eu échec; pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions.

Les élèves en cours irrégulier d'études sont classés les derniers. C'est dans le même ordre que les stagiaires seront appelés à choisir les services dans lesquels ils désireront faire le stage.

Aucune exception à cette règle ne sera admise.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée aux stagiaires.

Les titulaires d'enseignement devront s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement.

Le choix des services aura lieu les 31 octobre, 3 et 5 novembre 1900, de neuf à onze heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté.

Les listes des stagiaires seront arrêtées le 15 novembre pour être immédiatement transmises au Directeur de l'Assistance publique. Ceux qui n'y seraient pas inscrits ne pourraient pas prendre d'inscriptions.

L'enseignement devant durer du 1er décembre au 15 juin, le stage commencera irrévocablement le 1er décembre pour se continuer, sans interruption, jusqu'au 15 juin.

Stage d'accouchement et stage spécial. — Pendant la troisième année de stage, les élèves du nouveau régime d'études seront attachés pendant un trimestre aux services d'accouchement. Ils devront, en outre, accomplir une partie du stage de cette troisième année dans l'un des services spéciaux affectés aux maladies de la peau et de la syphilis, aux maladies mentales, aux maladies nerveuses, aux maladies des enfants, aux maladies des yeux, aux maladies des voies urinaires (art. 1er, § 4, du décret du 20 novembre 1893).

Ces dispositions ne seront pas appliquées à MM. les internes et externes des hôpitaux appartenant au nouveau régime d'études que l'administration de l'Assistance publique n'aurait point attachés à l'un de ces services spéciaux. Toutefois, en consignant pour la première partie du cinquième examen, MM. les internes et externes des hôpitaux devront justifier d'un stage de deux mois au moins dans un service d'accouchements.

Justification du stage. — Les notes concernant l'assiduité et le travail de MM. les stagiaires régulièrement classés, au début de l'année scolaire, dans les services affectés à l'enseignement clinique, sont transmises à la Faculté par les soins de l'administration générale de l'Assistance publique.

L'inscription de janvier est délivrée au stagiaire qui aura été régulièrement inscrit et classé; l'inscription d'avril ne sera délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de décembre à février inclus; l'inscription de juillet ne sera délivrée que si les notes du professeur sont satisfaisantes, pour le trimestre de mars à mi-juin.

MM. les étudiants, internes et externes titulaires des hôpitaux sont tenus de fournir eux-mêmes les certificats du service hospitalier.

Pour la prise des inscriptions trimestrielles, MM. les étudiants, internes et externes titulaires des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'internes ou d'externes pendant le trimestre précédent. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. — Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lamouroux (de Paris), et de M. Eugène Lebaigue, qui dirigea le *Répertoire de pharmacie* de 1873 à 1883.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 105 — SAMEDI 15 SEPTEMBRE 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 15 SEPTEMBRE 1900. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. La méningite cérébro-spinale épidémique, par M. Marcel LABBÉ, chef de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris. — UN CAS DE GUÉRISON D'UNE PUSTULE MALIGNE, par M. Charles VIANNAY, interne des hôpitaux de Lyon. — MÉDECINE PRATIQUE. Les injections sous-conjonctivales; — Traitement médicamenteux de l'anémie chez les tuberculeux. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

La méningite cérébro-spinale épidémique.

Par M. Marcel LABBÉ,
Chef de clinique médicale de la Faculté.

I

HISTORIQUE. — Si la méningite cérébro-spinale épidémique a été, depuis quelques années, l'objet de nombreuses études, elle n'est cependant pas une maladie nouvelle et depuis longtemps déjà elle avait sollicité l'attention des médecins.

Suivant la transformation des idées médicales directrices, la conception de la méningite cérébro-spinale a passé par plusieurs phases différentes.

Les relations les plus anciennes consacrent son caractère épidémique, mais sont peu explicites sur les symptômes, et il est probable que plus d'une fois la confusion a été faite, ainsi que le fait remarquer Rilliet, avec d'autres maladies épidémiques.

Au XIXe siècle, les symptômes et les lésions anatomiques ont été notés avec plus de précision par des observateurs tels que Hirsch, Wunderlich, Leyden, Ziemssen, Klebs, mais sans qu'on pût y découvrir aucun caractère pathognomonique; toutes les méningites cérébro-spinales aiguës, qu'elles soient primitives ou secondaires, se ressemblent cliniquement et anatomiquement.

L'avènement de la bactériologie a orienté les recherches dans un sens nouveau, et l'on a espéré y trouver la solution de la question. De nombreux et importants travaux ont été publiés en France et à l'étranger, par M. Netter, par Weichselbaum, Bonome, etc. Mais on est forcé aujourd'hui de reconnaître que les microbes isolés dans cette maladie cérébro-spinale appartiennent à des espèces multiples et que, au cours de la même épidémie, il y a des méningites causées par des germes vulgaires tels que le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque, et des méningites dues à des germes spéciaux tels que le méningocoque de Weichselbaum ou le streptocoque de Bonome.

Ainsi ni la clinique, ni l'anatomie pathologique, ni la bactériologie ne permettent d'individualiser la méningite cérébro-spinale épidémique; seule la notion étiologique, comme l'avaient vu les premiers observateurs et comme le professeur Chantemesse l'a fait à nouveau remarquer récemment, distingue la méningite cérébro-spinale épidémique des méningites cérébro-spinales accidentelles, secondaires à une pneumonie (Netter, Rendu), à une otite (Rendu, Netter), à une affection du rachis (Guibal), ou à un traumatisme (Lenhartz, Stadelmann), etc.

La méningite cérébro-spinale épidémique peut bien présenter une localisation primitive sur des organes extra-méningés, sur le poumon ou l'oreille par exemple, mais cette localisation est transitoire, peu importante en général et non transmissible épidémiquement.

Cependant il est des cas où la distinction est très difficile à établir, car la notion épidémiologique manque, la méningite cérébro-spinale pouvant aussi survenir à l'état sporadique, isolé.

La méningite cérébro-spinale épidémique a sévi à plusieurs reprises sur l'Europe. Pour les premières épidémies, désignées sous le nom de fièvre maligne pétéchiale, de céphalalgie maligne, de typhus cerébro-spinal, il reste un doute au sujet de la nature réelle de l'affection, que l'on peut seulement après coup, à cause de sa nature épidémique, assimiler à la méningite cérébro-spinale.

De 1503 à 1545, éclatèrent en Europe une série d'épidémies, relatées par Ozanam, frappant surtout les jeunes gens, consistant en céphalalgie violente, avec vomissements, délire phrénétique, ou soporité profonde qui dégénérait en léthargie mortelle : la gravité de la maladie lui avait fait donner le nom de trousse-galant.

L'épidémie en 1557-1559 frappa surtout les enfants. Les épidémies 1580 et de 1661 furent encore remarquables par leur gravité. En 1757, apparaît une nouvelle épidémie, rapportée par Marteau de Granvilliers.

En 1788, Saalmann observe à Munster une céphalée épidémique avec douleur de la colonne vertébrale. Vieusseux relate l'épidémie qui survint à Genève en 1805; Joulleton de Guéret en 1809; Albert celle de Wiesenthied en 1825, etc.

En 1837, apparut en France une épidémie qui dura quatre années et qui frappa principalement les jeunes soldats. Née dans la garnison de Bayonne, elle fut transportée par un régiment à Bordeaux, envahit Périgueux, puis le plateau Central et remonta en traversant Tours, Le Mans, jusqu'à Caen. Sur la côte Atlantique elle atteignit Brest; puis elle éclata dans l'Est à Metz, Nancy, Strasbourg, pendant que tout le midi de la France continuait à en être le siège.

Cette épidémie donna lieu à un grand nombre d'observations et dès lors le nombre des travaux devient trop considérable pour qu'il nous soit possible de les indiquer tous. Depuis, des épidémies régnèrent à diverses reprises dans les différentes contrées de l'Europe, en France (1845, 1848, 1849), en Italie (1839 à 1845), en Espagne (1844). La méningite remonte dans le nord et atteint la Suède (1854), les Pays-Bas (1860), l'Allemagne (1863); elle gagne ensuite la Russie (1867), sort d'Europe et atteint l'Orient, puis l'Amérique (1862, 1872). Enfin, depuis cette époque, des foyers épidémiques de méningite se sont réveillés successivement et au hasard dans les divers pays antérieurement atteints.

II

Étiologie. — Comme son nom l'indique, l'affection dont nous nous occupons a pour principal caractère d'être épidémique. Nous avons déjà cité les principales épidémies connues. Ces épidémies peuvent rester localisées à un groupe d'individus, à un pensionnat, à une garnison, ou bien s'étendre à toute une ville. En général, elles se développent lentement, progressivement, frappant d'abord une caserne, quelques maisons, et rayonnant de là sous forme de foyers secondaires. Elles ont une tendance à se perpétuer à l'état sporadique (Musso Turin), dans les lieux où elles se sont développées. Les méningites cérébro-spinales qui ont été observées pendant ces dernières années à Paris se rapportent à de cas sporadiques ou à de petites épidémies restreintes; on ne peut dtre qu'il y ait eu une véritable épidémie. Henoch prétend qu'elle peut se montrer chez les enfants en dehors de toute influence épidémique.

Les caractères de l'affection varient un peu avec chaque épidémie. Tandis qu'en 1837, les adultes étaient plus fréquemment atteints que les enfants, dans les autres épidémies le phénomène inverse a été généralement observé. Ainsi dans l'épidémie de Petit-Bourg, l'âge moyen des malades était de quatorze ans, le plus jeune avait sept ans, le plus âgé dix-huit. Dans les épidémies du grand-duché de Bade, de Silésie, de Bromberg, de Belfort, les enfants au-dessous de douze ans payèrent le plus fort tribut à la maladie. Il résulte, dit Rilliet, des relevés fournis à Emminghaus par plusieurs épidémies que, sur 1 435 sujets pris de méningite franche, 1 133 n'avaient pas atteint l'âge de 15 ans. Ainsi la méningite cérébro-spinale épidémique, comme la plupart des affections épidémiques, la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, frappe de préférence les enfants. De même, elle atteint aussi avec une grande fréquence les jeunes soldats : sur 57 épidémies en France, 39 fois la population militaire fut seule atteinte et 11 fois elle le fut concurremment avec l'élément civil.

Elle se développe presque exclusivement pendant la saison froide (Rilliet). La dernière épidémie observée à Paris et relatée à la Société médicale des hôpitaux par MM. Netter, Rendu, Troisier, etc., eut lieu, en effet, surtout pendant les mois de mars et avril 1898.

Les climats septentrionaux favorisent l'éclosion de cette affection.

La méningite cérébro-spinale épidémique se transmet par contagion, ainsi que le montrent l'importation et le développement des foyers épidémiques de proche en proche. Mais la contagiosité n'est pas très grande, sans doute parce que les agents du contage sont enfermés dans les cavités cranienne et rachidienne. Les cas de méningite épidémique peuvent rester isolés, disséminés, comme dans l'épidémie de 1898, où ils apparurent à la fois dans les points les plus divers de Paris.

Le mode de pénétration de l'agent infectieux dans l'organisme est peu connu; M. Netter pense qu'il pénètre ordinairement par les fosses nasales, dont les voies lymphatiques sont en communication avec les espaces lymphatiques intracraniens à travers la lame criblée de l'ethmoïde.

Dans certains cas, en effet, la méningite cérébro-spinale est précédée par du coryza [Rendu (1)].

L'auto-observation rapportée par Kiefer (2) est bien en faveur de ce mode de pénétration. Kiefer raconte qu'il fut pris, dix-huit jours après avoir manié des cultures de méningocoque, d'une rhinite suppurée très violente, avec abattement général, céphalée, tension et douleur de la nuque. Le pus de la rhinite contenait des méningocoques typiques en grand nombre. Les phénomènes morbides disparurent au bout de quatorze jours.

Un élève de M. Rendu, après avoir fait l'autopsie d'un sujet mort de méningite épidémique, eut une sinusite suppurée du sinus frontal et du sinus maxillaire qui affecta pendant quelques jours les allures d'une méningite.

D'autre part, Jäger, Slavyk, Scherer (3) ont constaté la présence du méningocoque dans le mucus nasal des malades atteints de méningite cérébro-spinale et ils pensent même que cette constatation peut constituer un moyen de diagnostic très simple et très rapide. Les recherches de Schiff (4), qui a décelé la présence du méningocoque dans les fosses nasales de sujets sains, 7 fois sur 24, enlèvent à sa constatation toute valeur diagnostique.

Cependant le méningocoque peut pénétrer aussi par d'autres voies, par le pharynx et la trompe d'Eustache par exemple ; l'infection donnerait d'abord lieu à une otite et secondairement à une méningite, ainsi que Comba (5), Netter l'ont constaté.

La contagion de la maladie peut encore se faire dans l'utérus, de la mère à l'enfant. Gradwohl (6) a cité l'observation d'une femme enceinte de sept mois qui mourut de méningite cérébro-spinale épidémique et dont le fœtus était atteint de méningite rachidienne purulente à diplocoque intracellulaire. Herwerden (7) a publié un cas analogue.

Enfin la coexistence si fréquente de la pneumonie et de la méningite cérébro-spinale, chez le même malade [5 broncho-pneumonies sur 9 méningites (Mannkof); 8 pneumonies sur 15 méningites (Ziemssen et Hess)], la concordance des épidémies de pneumonie et de méningite cérébro-spinale font penser que le germe de cette affection peut bien, au moins dans un certain nombre de cas, pénétrer par la voie pulmonaire pour aller ensuite se localiser sur les méninges.

On a signalé aussi la coïncidence des épidémies de méningite et de scarlatine [Lemoine (8), Laveran].

III

Anatomie pathologique. — Les lésions rencontrées à l'autopsie des sujets morts de méningite cérébro-spinale épidé-

(1) Rendu. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 13 mai 1898.
(2) Kiefer. *Berlin. klin. Wochens.*, 1896, nº 28.
(3) Scherer. Zur Diagnose der Epid. cerebrospin. Meningitis, *Centralbl. f. Bakt.*, 1895, nºs 13-14.
(4) Schiff. *Centralbl. f. innere Med.*, 6 juin 1898.
(5) Comba. *Settimana medica*, 29 oct. 1898.
(6) Gradwohl. *Philad. med. Journ.*, 2 sept. 1899.
(7) Herwerden. *Schmits Jahrbuch*, 1893.
(8) Lemoine. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 13 mai 1898.

mique ne diffèrent pas de celles qu'on rencontre dans les autres méningites aiguës, dans la méningite pneumonique par exemple.

Ces lésions portent à la fois sur les méninges cérébrales et sur les méninges spinales, avec une prédominance pour tel ou tel point de l'axe cérébro-spinal qui varie dans chaque cas. Tantôt les enveloppes cérébrales sont plus atteintes que les enveloppes spinales, tantôt, au contraire, la méningite rachidienne prédomine. Au niveau du cerveau, la méningite atteint avec la même fréquence la base et la convexité. Au niveau du rachis, les lésions ont une prédilection pour les renflements cervical et surtout lombaire et pour la partie postérieure de la moelle.

L'intensité des lésions est aussi très variable. Elles vont depuis la simple congestion méningée sans exsudat jusqu'à la production de pus crémeux. Dans les cas où la mort est survenue très rapidement, on ne trouve que peu de modifications des méninges ; au contraire, lorsque la méningite a évolué plus lentement, on rencontre du pus et même des abcès dans la substance cérébrale [Strümpell (1)].

Si les lésions sont peu marquées, on trouve seulement un peu de congestion de la face interne de la dure-mère, la pie-mère légèrement épaissie et vascularisée ; le cerveau et la moelle un peu congestionnés présentent sur des coupes un piqueté rouge. A un degré plus élevé, le pie-mère est le siège d'un exsudat séro-fibrineux qui présente son maximum autour des vaisseaux sanguins. C'est là le cas le plus fréquent. Jäger (2), sur 8 cas, a rencontré 6 fois un exsudat séro-fibrineux, et 2 fois un exsudat purulent.

Enfin les méninges peuvent être infiltrées de pus. On trouve alors un pus crémeux jaunâtre, qui revêt le cerveau et la moelle comme d'une couche de beurre [Tourdes (3)]. L'exsudat présente parfois des caractères particuliers qui le différencient nettement du pus provoqué par le pneumocoque : sa consistance extrême, comparable à celle de l'albumine cuite, ne permet pas de le désagréger facilement, et sa coloration jaune gris rappelle celle des crachats muco-purulents (Netter). Le pus s'enfonce dans les sillons de la substance nerveuse et entoure les gros vaisseaux et les nerfs de la base du cerveau.

Le cerveau et la moelle présentent des foyers inflammatoires, parfois de véritables abcès. Les ventricules sont dilatés et remplis d'une sérosité trouble. Les sinus veineux peuvent être oblitérés par des thromboses [Eisendrath (4)].

En outre des lésions des centres nerveux, on peut aussi, dans beaucoup de cas, constater des lésions des autres organes.

Les lésions pulmonaires sont très fréquentes : quelquefois la pneumonie vraie, lobaire, coïncide avec la méningite cérébro-spinale ; le plus souvent, il s'agit de foyers broncho-pneumoniques disséminés dans les poumons. On trouve aussi des ecchymoses sous-pleurales, ou de la pleurite avec ou sans épanchement.

Jäger a noté dans un cas la néphrite aiguë.

Le liquide céphalo-rachidien, obtenu pendant la vie par le moyen de la ponction lombaire de Quincke, est quelquefois absolument clair comme de l'eau de roche ; le plus souvent, ce liquide est trouble, séro-purulent. Il est possible que l'aspect variable du liquide soit en relation avec la durée et avec l'intensité du processus méningitique. Cependant il ne faudrait point, de l'aspect du liquide céphalo-rachidien, conclure à la nature de l'épanchement méningé ; M. Netter (1) a cité un cas où le liquide obtenu par la ponction lombaire, seize heures avant la mort, était clair, tandis que le liquide recueilli à l'autopsie était trouble.

(1) Strumpell. *Lehrb. der spec. Pathol.*, 1894.
(2) Jæger. Loc. cit.
(3) Tourdes. Th. de Paris, 1842.
(4) Eisendrath. *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 11 mars 1899.

IV

Pathogénie. Bactériologie. — L'accord n'est pas encore fait entre les médecins sur la nature de l'agent pathogène de la méningite cérébro-spinale épidémique. L'affection peut-elle être produite par des microbes différents, ou bien relève-t-elle toujours du même micro-organisme spécifique, et quel est celui-ci? Les connaissances actuelles ne permettent pas encore de conclure. Nous nous bornerons donc à un exposé des travaux bactériologiques récents sur la méningite cérébro-spinale.

On a isolé dans cette affection un certain nombre d'espèces microbiennes :

1° Les unes sont des espèces banales : microbes ordinaires de la suppuration, bacterium coli (Osler), microbes spécifiques d'une affection telle que la grippe, la fièvre typhoïde (Lenhartz), la pneumonie.

M. Rendu (2) a signalé un cas de méningite cérébro-spinale mortelle causée par le streptocoque. Ce même microbe a été rencontré plusieurs fois par M. Netter dans la même affection, en l'espace d'un an et demi.

MM. Josias et Netter (3) ont publié récemment un cas de méningite cérébro-spinale due au staphylocoque pyogène doré. A cette occasion, M. Antony rappelait qu'il avait communiqué déjà en 1890 et 1891 deux cas analogues, et M. Netter disait avoir, depuis le commencement de l'épidémie de 1898, rencontré le staphylocoque pyogène à l'état de pureté dans trois méningites, compliquant la coqueluche, la fièvre typhoïde et la pneumonie.

Enfin le pneumocoque de Talamon a été trouvé dans un grand nombre de méningites cérébro-spinales isolées ou consécutives à la pneumonie [Leichtenstein, Lenhartz, Panienski, Netter, Rendu (4), Fränkel, etc.]. Pendant longtemps, M. Netter (5) a même cru que le pneumocoque typique ou modifié était l'agent unique de la méningite cérébro-spinale épidémique.

2° Outre ces espèces microbiennes banales, agents ordinaires des suppurations ou de la pneumonie, on a rencontré deux autres espèces qui, jusqu'ici, n'ont point encore été isolées dans les infections des autres organes et ont pu, pour cette raison, être regardés comme spécifiques de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Ces deux espèces, quoique confondues par certains auteurs, sont cependant faciles à distinguer. Ce sont le méningocoque de Weichselbaum et le streptocoque de Bonome.

1° Weichselbaum décrivit en 1887 un microbe auquel il donna, à cause de ses propriétés, le nom de « diplococcus intracellularis meningitidis ».

(1) Netter. Méningite cérébro-spinale suppurée épidémique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 6 janv. 1899.
(2) Rendu. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 7 avril 1899.
(3) Josias et Netter. *Ibid.*, 5 mai 1899.
(4) Rendu. *Ibid.*, 12 mai 1899.
(5) Netter. Soc. méd. des hôpit., 1887.

Ce microbe, étudié dans l'exsudat méningitique, se présente sous forme de coccus, renfermés le plus souvent dans les globules de pus, et parfois en très grand nombre. Les coccus isolés sont arrondis, les coccus réunis par deux ou par quatre, sont aplatis sur leur face tangente comme des grains de café.

Sur des coupes de tissu nerveux, le méningocoque apparaît toujours à l'intérieur des cellules.

Vu dans des cultures, il présente les mêmes caractères; les grains sont de dimensions inégales : les plus gros sont bien colorés, les plus petits sont mal colorés et représentent des individus morts.

Le méningocoque se colore bien par le bleu de méthylène à l'eau; il ne prend pas le Gram.

Ce microbe cultive assez difficilement; il ne pousse qu'audessus de 20 degrés, à l'étuve. Sur gélose, le développement atteint son maximum après quarante-huit heures : il se forme de petites colonies grisâtres, d'abord punctiformes, qui atteignent ensuite la dimension d'une graine de pavot; par confluence, elles donnent des taches arrondies ou irrégulières, plates, grisâtres, finement granuleuses. Le microbe est aérobie et ne pousse qu'à la surface de la gélose.

Sur sérum d'hydrothorax coagulé, les colonies sont à peine visibles.

Dans le bouillon, il se produit seulement un léger trouble.

Sur pomme de terre, la culture se développe à peine.

Le microbe meurt rapidement; au troisième jour, le repiquage est déjà difficile, après six jours il est toujours impossible.

La souris blanche est l'animal le plus sensible à l'inoculation du méningoque. L'inoculation dans la plèvre ou dans le péritoine de 0,5 à 0,1 centimètre cube de cultures sur agar diluées dans du bouillon est constamment mortelle en l'espace de trente-six à quarante-huit heures. L'inoculation intra-pleurale provoque un épanchement séro-sanguinolent dans la plèvre, une hyperémie du poumon et une hypertrophie de la rate. Les globules du pus de l'exsudat pleural sont bourrés de méningocoques. L'inoculation souscutanée est toujours sans résultat.

Chez le cobaye, l'inoculation intra-pleurale détermine la mort dans deux cas sur trois.

Chez le lapin, l'inoculation intra-veineuse est mortelle en l'espace d'un à quatre jours, l'inoculation sous la duremère n'amène pas toujours la mort.

Chez le chien, l'inoculation intra-pleurale fut sans résultat; l'inoculation sous la dure-mère détermina la mort en l'espace de deux à dix jours, avec méningite.

Après Weichselbaum, beaucoup d'auteurs allemands, parmi lesquels Goldschmitt, Jäger, Heubner, Kischensky (1), Hünermann, retrouvèrent le même microbe.

Mais tous ces travaux ne sont pas absolument convaincants et, quand on les examine de près, on est amené à se demander si plus d'une fois la dénomination de méningocoque de Weichselbaum n'est pas erronée. En effet, presque tous ces auteurs signalent des différences plus ou moins importantes entre les microbes qu'ils ont isolés et le méningocoque de Weichselbaunn.

Jäger arrivait très facilement à repiquer son méningocoque après quatorze jours et même après quarante-trois jours de culture; dans un cas il a obtenu des cultures sur gélatine. Souvent à côté des diplocoques et des tétracoques,

(1) Kischensky. *Centralbl. f. Allgem. Pathol.*, mai 1896.

il constate de longues chaînettes. Les microbes du pus prennent le Gram. Enfin, si habituellement le méningocoque est peu virulent, dans certains cas il a tué rapidement la souris par injection sous-cutanée. Jäger (1) explique ces anomalies par une association du méningocoque avec le pneumocoque.

Heubner (2) constate dans le pus des diplocoques et des tétracoques en grains de café intra et extra-cellulaires. Il obtient des cultures abondantes sur gélose, analogues à celles de staphylocoques, des cultures sur gélatine, et un trouble important dans le bouillon; son microbe est peu virulent et ne tue la souris qu'en injection péritonéale. Il l'inocule sans succès dans la cavité sous-arachnoïdienne des lapins. La même inoculation tentée chez des animaux qui peuvent être atteints spontanément de méningite cérébro-spinale est négative chez le chien et positive chez la chèvre : il parvient à reproduire chez cet animal le tableau clinique et les lésions anatomiques de la méningite cérébro-spinale.

Hünermann s'étonne que l'examen microscopique du pus montre bien des coccus intracellulaires, analogues aux gonocoques et conformes à la description de Weichselbaum, tandis que les cultures donnent des résultats différents : son microbe se développe rapidement sur la gélose à 20 degrés; il pousse sur la gélatine qu'il liquéfie, trouble fortement le bouillon et y donne en vingt-quatre heures un dépôt abondant. D'après cette description, on peut penser que Hünermann a bien coloré le méningocoque de Weichselbaum, mais qu'il a cultivé le streptocoque de Bonome, ou peut-être simplement le staphylocoque, et qu'il y avait, dans ses cas, des associations microbiennes.

En France, le méningocoque de Weichselbaum n'a été isolé que plus rarement et à une date assez récente par M. Netter (3) et par M. Griffon (4).

M. Griffon a constaté également la difficulté avec laquelle le microbe se développe sur les milieux usuels; ce n'est qu'après plusieurs repiquages qu'il s'y habitue et cultive abondamment. Il ne pousse pas sur gélatine. Les milieux de culture les plus favorables sont le sérum de lapin non coagulé, dans lequel il pousse assez abondamment en quarante-huit heures, et le sang gélosé sur lequel il forme des colonies précoces, abondantes, plates, arrondies ou polycycliques, jaune brunâtre, translucides.

2° Très différent est le microbe que Bonome (5) décrivit en 1889 sous le nom de « streptococcus meningitidis capsulatus ».

Bonome étudiant cinq cas de méningite cérébro-spinale, signala la présence constante, dans l'exsudat méningé et les foyers hémorragiques du poumon, de microcoques ovales ou arrondis, isolés, réunis par deux ou sous forme de courte chaîne dont les individus ne présentent pas toujours la même grandeur; quelquefois l'un des coccus plus allongé donne une figure en point d'exclamation. Ces microbes se colorent par la méthode de Gram. Ils sont toujours extra-

(1) Jæger. Zur Ætiologie der Meningitis cerebrospinalis epidemica, *Zeits. f. Hyg.*, 19 Bd., S. 351.

(2) Heubner. Beobacht. und Versuche ub. den Meningokokkus intracellularis, *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1896, N. F., 43 Bd., H. 1.

(3) Netter. Bactériologie de la méningite cérébro-spinale, Soc. de biol., 17 juin 1899.

(4) V. Griffon. Méningite cérébro-spinale à méningocoque de Weichselbaum, Soc. de biol., 17 juin 1899.

(5) Bonome. Sull'etiologia della meningite cerebrospinale epidemica, *Arch. per le Sc. med.*, XIII, 1889.

cellulaires. On les rencontre en plus grand nombre dans les exsudats purulents que dans les exsudats fibrineux.

Ensemencés sur bouillon peptonisé, à l'étuve, ils donnent des cultures en vingt-quatre on quarante-huit heures; le premier jour le bouillon est légèrement opalescent; le second jour quelques flocons grisâtres formés par des amas de chaînettes se réunissent au fond du tube. Les microcoques des cultures sont ronds ou ovales, immobiles. Les cultures sont inodores.

Sur gélose, l'aspect est, suivant Bonome, tout à fait caractéristique et permet de distinguer ce streptocoque de la méningite du pneumocoque de Fränkel, du méningocoque de Foa et de Bordoni Uffreduzzi et de toutes les autres espèces de streptocoque connues.

A l'étuve, en trente-six à quarante-huit heures apparaissent des colonies minuscules : les superficielles sont rondes, miliaires, nettement limitées, à peine saillantes, transparentes et se distinguant seulement par un reflet azuré, opalescent; les profondes sont plus petites et d'apparence sablonneuse, grisâtre.

Ensemencé par piqûre, le microbe forme une traînée granuleuse le long de la piqûre.

Sur gélatine, à 18 ou 20 degrés, il ne pousse pas. Si on met le tube à l'étuve, en ayant soin de ne point l'agiter, on voit un léger développement le long de la piqûre.

Sur pomme de terre, sur sérum sanguin liquide ou coagulé, simple ou glycériné, il ne cultive pas.

Ce microbe se distingue encore du pneumocoque par sa vitalité plus grande. Après trente-cinq jours de dessiccation, il peut encore donner des cultures si on l'ensemence sur un milieu favorable.

L'inoculation aux animaux fournit des caractères importants. La souris blanche y est très sensible. L'inoculation sous-cutanée de cultures, de sang ou d'exsudat frais d'homme ou d'animal, la tue en quarante-huit heures : il se produit au point d'inoculation un léger œdème contenant des micrococques isolés ou en chaînette, entourés constamment d'une capsule nette; le sang et la rate contiennent des microcoques.

Le microbe est aussi pathogène pour les lapins. L'inoculation sous-cutanée de sang ou de pus frais détermine la mort en trois ou quatre jours : il y a réaction locale fibrineuse et septicémie. L'inoculation sous-cutanée d'un demi-centimètre cube de culture en bouillon datant de vingt-quatre heures tue l'animal en deux jours avec septicémie et péritonite fibrineuse. L'inoculation dans la séreuse péritonéale d'exsudat frais détermine constamment la mort avec ou sans réaction locale fibrineuse; la rate est grosse et fibrineuse comme avec le pneumocoque. L'inoculation de cultures dans les méninges donne au lapin une méningite fibrineuse hémorragique, analogue à celle de l'homme, contenant des cultures pures de streptocoque encapsulé. L'inoculation pleurale est également mortelle.

Le cobaye est plus résistant à tous les modes d'inoculation.

Le chien est encore plus résistant. La réaction locale fibrineuse est très intense. L'inoculation dans le péritoine ou la muqueuse nasale donne des résultats négatifs. L'inoculation sous la dure-mère produit une méningite mortelle.

Le streptocoque de Bonome a été plus fréquemment isolé que le microbe de Weichselbaum dans les cas de méningite cérébro-spinale épidémique observés à Paris. C'est celui que MM. Netter (1), Chantemesse, Bezançon et Griffon (2) ont surtout étudié.

Ces auteurs ont confirmé la description de Bonome.

Bezançon et Griffon ont cultivé le microbe dans le sérum de lapin jeune où il présente une capsule très nette. Il ne donne pas de colonie apparente sur pomme de terre.

Le lait tantôt reste liquide et tantôt est coagulé.

Chantemesse et Millet ont obtenu des cultures sur gélatine à la température de 22 degrés : le microbe donne des colonies en goutte de rosée, il pousse dans la profondeur et à la surface des boîtes de Petri.

MM. Netter, Bezançon et Griffon s'accordent aujourd'hui pour établir une séparation bien tranchée entre le streptocoque de Bonome et le microcoque de Weichselbaum. Mais ces auteurs ne sont point du même avis sur la nature du streptocoque de Bonome.

1° Pour M. Netter ce microbe est une variété de pneumocoque atténuée dans sa virulence. Un certain nombre de caractères morphologiques et biologiques (cultures sur gélose, sur bouillon) rapprochent en effet le streptocoque de Bonome du pneumocoque de Talamon-Fränkel.

Dans quelques cas, le streptocoque de Bonome s'est montré associé au pneumocoque.

Enfin, les passages successifs par le rat blanc permettent d'obtenir un diplocoque lancéolé encapsulé typique.

2° Pour MM. Bezançon et Griffon, la différence entre les deux microbes est radicale : le streptocoque de Bonome pousse sur gélatine, tandis que le pneumocoque ne s'y développe jamais.

Les caractères tirés de l'étude des cultures du streptocoque de Bonome dans les sérums sont particulièrement importants. Dans le sérum de lapin jeune, le microbe pousse au bout de vingt-quatre heures, en chaînettes agglutinées, tandis que le pneumocoque présente toujours dans ce milieu sa forme caractéristique de diplocoques lancéolés isolés. Cultivé sur sérum de sang humain normal, le méningocoque pousse également agglutiné, tandis que le pneumocoque ne pousse agglutiné que dans le sérum des sujets atteints d'une infection pneumococcique.

On voit par cet exposé que des microbes très variés ont été rencontrés dans la méningite cérébro-spinale épidémique, sans qu'aucun d'entre eux l'emporte de beaucoup par sa fréquence, ainsi qu'il ressort d'une statistique de M. Netter basée sur les cas observés depuis l'épidémie de 1898. Cet auteur a rencontré :

Le pneumocoque typique..........	11 fois.
Le streptocoque de Bonome.........	13 —
Le diplocoque de Weichselbaum...	12 —
Le streptocoque pyogène..........	7 —
Le staphylocoque doré............	3 —

De même Lenhartz, sur 24 cas de méningite cérébro-spinale épidémique, a trouvé :

Le diplocoque de Weichselbaum...	13 fois.
Le pneumocoque de Fränkel.......	9 —
Le bacille typhique...............	1 —

Comment peut-on expliquer la variété des résultats bac-

(1) Netter. Méningite cérébro-spinale épidémique, Soc. méd. des hôpit., 13 mai 1898; *Ibid.*, 6 janv. 1899.

(2) F. Bezançon et Griffon. Caractères distinctifs entre le méningocoque et le pneumocoque, Soc. méd. des hôpit., 9 déc. 1898.

tériologiques et la concilier avec l'allure épidémique et spécifique de la méningite cérébro-spinale?

Faut il admettre avec M. Chantemesse que les principales formes microbiennes rencontrées dans cette affection dérivent d'une même espèce et représentent des variétés de pneumocoque? C'est là une hypothèse inconciliable avec la notion des méningites à streptocoque, à staphylocoque, à méningocoque de Weichselbaum; et même pour les méningites à streptocoque de Bonome que MM. F. Bezançon et Griffon distinguent complètement du pneumocoque.

Peut-être les microbes isolés jusqu'ici dans la méningite épidémique ne sont-ils que des microbes d'association et le véritable germe spécifique de cette affection est-il encore à découvrir. Il en serait de la méningite cérébro-spinale comme de la scarlatine, dont les localisations secondaires sont dues habituellement au streptocoque sans que, pour cela, on soit en droit de considérer le streptocoque comme l'agent causal de la scarlatine.

Plusieurs raisons plaident en faveur de cette interprétation :

1° Les formes cliniques de la méningite cérébro-spinale ne semblent être nullement en rapport avec la nature des germes isolés dans chaque cas.

2° Non seulement on a isolé des espèces microbiennes variées, mais encore on a pu rencontrer ces espèces associées chez le même malade. M. Netter a vu le pneumocoque vrai à côté du méningocoque extra-cellulaire et du méningocoque extra-cellulaire. Thiercelin et Rosenthal et beaucoup d'auteurs ont fait la même constatation.

3° Enfin, ces microbes ont été trouvés, en dehors de toute épidémie, dans des méningites cérébro-spinales où ils jouent le rôle de microbes d'infection secondaire.

Holdheim (1), Heubner (2), Lenhartz, Leyden (3) ont vu le méningocoque associé au bacille de Koch dans la méningite tuberculeuse. Leyden, Lenhartz, Stadelman, Fränkel (4) l'ont trouvé à l'état isolé dans la méningite cérébro-spinale qui succède à un traumatisme avec fracture du crâne.

Aussi Fränkel et quelques auteurs allemands arrivent-ils à refuser catégoriquement au méningocoque toute valeur spécifique.

Dans cette hypothèse, le diplocoque de Weichselbaum et le streptocoque de Bonome seraient des hôtes fréquents des cavités séreuses craniorachidiennes, capables, dans certaines conditions, d'exalter leur virulence et de devenir pathogènes.

On peut encore se demander si la méningite épidémique n'est pas due à la transmission de microbes saprophytes ayant acquis, dans certaines conditions de développement, une tendance particulière à se localiser sur les méninges.

Parmi ces microbes, les uns se rencontrent presque exclusivement dans le système nerveux, et, sans être spécifiques d'une maladie, présentent une tendance localisatrice constante. Les deux variétés de méningocoques se localisent toujours sur les méninges, mais ils peuvent y déterminer des infections de caractère différent, séreuses ou purulente, aiguës ou chroniques; de même que le pneumocoque, qui se localise principalement sur le poumon, peut y donner tantôt une pneumonie, tantôt une broncho-pneumonie ou de la congestion. Donc, quel que soit le mode de pénétration (nasal, auriculaire ou pulmonaire, etc.) du méningocoque, il va toujours se localiser sur les méninges; mais pour qu'il produise une méningite cérébro-spinale aiguë, il faut de plus des conditions spéciales d'ambiance ou de virulence qui ne se rencontrent qu'en temps d'épidémie.

Les autres microbes, qui appartiennent à des espèces banales, ont peut-être acquis, par un passage antérieur sur les méninges d'un premier individu, une tendance à se localiser sur le même système anatomique et à reproduire en série la même affection. Ainsi s'expliqueraient ces méningites à pneumocoques se transmettant d'individu à individu comme la bronchopneumonie à pneumocoques, ou l'otite à streptocoques (Lermoyez) se transmettent d'enfant à enfant. Les expériences de MM. F. Bezançon et M. Labbé (1) sur le rôle de l'accoutumance dans le déterminisme des localisations microbiennes permettent de saisir le mécanisme de ces transmissions morbides.

C'est encore là une variante de la théorie saprophytique, mais d'après laquelle les saprophytes ne jouent pas un rôle accessoire, mais un rôle primordial, en acquérant une sorte de spécificité plus ou moins durable.

(A suivre.)

(1) Holdheim. *Deuts. med. Wochens.*, 1897, S. 551.
(2) Heubner. *Verein f. innere Med. in Berlin*, 5 mai 1897.
(3) Leyden. *Ibid.*, 29 juin 1896.
(4) Frænkel. Soc. de méd. int. de Berlin, 19 mai 1899.

(1) F. Bezançon et M. Labbé. Du rôle de l'accoutumance dans le déterminisme des localisations microbiennes, Soc. de biol., janv. 1900.

UN CAS DE GUÉRISON D'UNE PUSTULE MALIGNE

Par Charles Viannay,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de notre maître, M. le professeur Maurice Pollosson, un cas de pustule maligne terminée par la guérison.

Bien que l'on sache parfaitement que la pustule maligne, en dépit de son nom, n'entraîne pas inévitablement la mort, les cas de guérison de cette affection sont cependant encore assez rares, pour mériter d'être signalés. Dans notre cas, on fit longtemps un pronostic fatal, car, à la lésion cutanée initiale, vinrent s'ajouter des complications pulmonaires qui firent craindre pour les jours du malade. Aussi, sa guérison fut-elle une véritable surprise, pour tous ceux qui avaient eu l'occasion de le voir, dans les premiers jours de sa maladie. D'autant plus que cette guérison contrastait avec une mort rapide, survenue quelque temps auparavant, dans le service, chez un homme atteint d'une pustule maligne de la tête.

Ce dernier, employé dans une usine des environs de Lyon, portait un jour, sur la tête, des sacs d'os venant de l'Inde, lorsqu'une pointe osseuse, qui avait perforé la toile du sac, lui fit au front une légère excoriation, à laquelle il n'attacha aucune importance.

Trois jours après, il se présentait à l'Hôtel-Dieu avec un volumineux œdème de la moitié gauche de la face et de la tête, et une escare noirâtre dans la région fronto-pariétale gauche. La température était à 39 degrés, l'état général relativement bon; le malade répondait aisément aux questions. Malgré une énergique intervention de M. Tixier, qui cautérisa l'escare au thermocautère et fit des pointes de feu profondes allant très loin dans la zone d'œdème, le malade mourait douze heures après dans le coma, avec une température rectale de 41°5.

De cette observation, il est intéressant de rapprocher la

suivante, dans laquelle on eut à enregistrer une terminaison heureuse.

Observation. — Le dimanche 25 février 1900, nous étions de garde à l'Hôtel-Dieu, lorqu'on nous amena le nommé Daniel C..., âgé de quarante ans, atteint d'une pustule maligne typique, occupant le bord radial de l'avant-bras droit, au niveau de son tiers supérieur. Cette pustule était constituée par une escare centrale noire, de forme ovalaire à grand axe transversal, entourée d'une collerette assez régulière de petites vésicules, remplies, les unes d'une sérosité claire, les autres d'un liquide déjà quelque peu louche. Tout autour, régnait une zone d'œdème, s'étendant en haut jusqu'à la base de l'aisselle, en bas jusqu'au dos de la main. Dans le creux axillaire, on sentait quelques ganglions volumineux et douloureux.

Interrogé, cet homme, très bien portant en temps ordinaire, mais un peu obèse, sans antécédents pathologiques, marié et père de deux enfants, nous dit être tourneur sur fonte, et ne savoir d'où lui vient cette maladie. Il ne se rappelle pas avoir été piqué, et n'a touché récemment ni os ni cuirs suspects.

Il y a exactement six jours, il s'est découvert, sur l'avant-bras droit, au point où siège actuellement l'escare, un petit bouton rouge, sur lequel son attention fut attirée par une sensation de démangeaison persistante. Bientôt, dit-il, « ce bouton devint blanc » à son point culminant, qui ne tarda pas à être excorié par le grattage; puis il s'étendit, s'indura, devint noir et acquit peu à peu les caractères de l'escare que nous avons décrite plus haut.

En même temps l'état général s'altérait : le malade ressentait des frissons, de la céphalée, une anorexie complète, des nausées parfois suivies de vomissements. Cet état alla s'aggravant jusqu'à l'arrivée du malade à l'Hôtel-Dieu. Il avait alors le facies animé, l'œil fébrile, le pouls rapide, la respiration angoissée. Le thermomètre marquait 39°6 dans le rectum. Depuis quatre jours, cet homme avait une insomnie absolue, vomissait fréquemment et se trouvait dans un état semi-vertigineux, qui le faisait chanceler, dès qu'il essayait de marcher sans qu'on le soutînt.

Nous fîmes immédiatement, après anesthésie à l'éther, l'excison de l'escare, suivit d'une thermocautérisation énergique de la surface d'excision. Nous circonscrivîmes la lésion avec une couronne de pointes de feu profondes; puis, dans la zone d'œdème ambiante, nous plongeâmes alternativement et à plusieurs reprises, la lame du bistouri et la pointe du thermocautère. Par toutes ces ouvertures, il ne s'écoula que de la sérosité et du sang. Même au niveau de l'olécrâne, où la tuméfaction offrait son point culminant, où la peau était rouge, chaude, amincie, où l'on percevait nettement de la fluctuation et où nous pensions trouver du pus, l'incision ne donna issue qu'à de la sérosité, collectée dans la bourse séreuse olécranienne.

Pour terminer, nous appliquâmes un grand pansement humide au sublimé à 1 p. 1000, enveloppant tout le membre, et nous fîmes coucher le malade, au n° 19 de la salle Saint-Joseph, dans le service de M. le professeur Maurice Pollosson. Enfin, nous instituâmes un traitement général : alcool, champagne, caféine, quinine, lait, boissons diurétiques.

Avant de détruire l'escare, nous avions recueilli le contenu des vésicules, par ponction et aspiration avec une seringue de Pravaz, puis d'autre part, la sérosité et le sang écoulés par nos incisions. Le contenu des vésicules (environ un quart de centimètre cube) fut inoculé séance tenante au malade, sous la peau du bras gauche. Le lendemain, la sérosité d'œdème et le sérum du sang écoulés de nos incisions furent inoculés sous la peau du flanc gauche, additionnés de trois fois leur volume d'eau distillée et d'un quart de centimètre cube de solution de Lugol, afin d'atténuer les bactéries et les toxines que ces humeurs pouvaient contenir. Le volume total du mélange atteignait environ 8 centimètres cubes.

Pendant trois jours, l'état général resta très grave, l'insomnie absolue; la température oscilla entre 39 et 40 degrés qu'elle atteignit le 27 au soir.

Le 28, la courbe thermique manifesta une certaine tendance à fléchir et, localement, la zone d'œdème cessa de s'étendre. Le pansement humide au sublimé, était d'ailleurs renouvelé tous les jours, et le bras du malade plongé, pendant une heure, dans un bain d'eau phéniquée à 50 p. 1000.

Le 1er mars, le malade fut pris d'une toux quinteuse, convulsive, accompagnée d'une expectoration séro-muqueuse, se séparant, après repos dans un verre en deux couches : l'une supérieure, spumeuse, l'autre inférieure, claire et de coloration verdâtre. Un échantillon de ces crachats fut envoyé au laboratoire de médecine expérimentale, pour la recherche des bactéridies.

En même temps, on entendait dans toute la poitrine des râles de bronchite disséminés.

Le 4, le malade se plaignit d'un point de côté à droite, la toux devint plus fréquente, l'expectoration visqueuse et adhérente au vase. On constate, dans la fosse sous-épineuse droite, de la submatité et un foyer de râles de congestion, sans souffle.

Les urines, rares et hautes en couleur, contenaient un peu d'albumine; la courbe thermique oscillait autour de 39 degrés.

Les jours suivants, l'expectoration, toujours aussi visqueuse, devint hémoptoïque, et prit une teinte marron, sans odeur spéciale. La dyspnée était allée toujours s'accentuant et, le 9, on constate à droite tous les signes d'un grand épanchement pleural : matité, abolition des vibrations, souffle à la pointe de l'omoplate, œgophonie, pectoriloquie aphone.

Le 10, on retire, par thoracentèse, un litre d'un liquide séreux un peu louche, présentant une teinte verdâtre assez accentuée, analogue à celle de l'expectoration des premiers jours; 5 centimètres cubes de ce liquide sont injectés au malade, sous la peau du flanc droit, additionnés de trois fois leur volume d'eau distillée et d'un demi-centimètre cube de solution de Lugol. Il n'y eut aucun mouvement fébrile, ni aucune réaction locale, à la suite de cette injection, pas plus d'ailleurs qu'à la suite des deux injections de sérosité, faites les deux premiers jours : il n'y eut pas, notamment, ainsi qu'on aurait pu le craindre, réinoculation de pustule maligne.

La lésion initiale s'était, du reste, considérablement améliorée, depuis l'intervention. L'œdème avait à peu près complètement disparu; les escares produites par le thermocautère commençaient à se détacher, laissant à nu des surfaces bourgeonnantes.

Jusqu'au 18 mars, les symptômes thoraciques dominèrent la scène; la toux resta fréquente, l'expectoration purulente et abondante. Le 10, on constata, dans la fosse sous-épineuse droite, un foyer de broncho-peumonie, avec

souffle. Pendant ce temps, la température se maintenait entre 38 et 39 degrés, dépassant plusieurs fois ce dernier chiffre le soir. On dut faire une seconde thoracentèse, qui ne donna issue qu'à 200 grammes de liquide.

A partir du 18, tous les symptômes morbides s'atténuèrent peu à peu; la courbe thermique s'abaissant progressivement, se mit à osciller autour de 38 degrés, et le malade entra définitivement en convalescence.

Celle-ci fut seulement traversée par une débâcle diarrhéique, qui dura du 22 au 26 et put un instant faire craindre, en raison de l'aspect noirâtre presque mélænique des selles, à une localisation de l'infection charbonneuse sur le tube digestif. Mais la présence du sang, dans les matières fécales, ne fut pas établie d'une façon certaine, et l'on jugea inutile d'y faire rechercher la bactéridie.

Le 27 mars, le malade, considérablement amaigri et anémié, sentit revenir son appétit et put commencer à s'alimenter et à se lever.

La convalescence fut longue.

Le 15 mai, notre malade, déjà sorti de l'hôpital, était loin encore d'avoir recouvré l'intégrité de ses forces. La cicatrisation de sa plaie opératoire était presque complète.

Les crachats, le liquide pleural recueilli aseptiquement, et des échantillons de sang, prélevés plusieurs fois, après application au malade de ventouses scarifiées sur le thorax, avaient été envoyés au laboratoire de médecine expérimentale de la Faculté, où ils furent examinés, ensemencés et inoculés, par M. Paul Courmont et notre collègue André Descos.

Les investigations ont porté sur les trois points suivants: recherche du bacille charbonneux, recherche de la réaction agglutinante, recherche de microbes autres que le bacillus anthracis, dans les crachats et le liquide de la pleurésie.

1° *Recherche du bacille charbonneux.* — On aurait dû s'assurer tout d'abord de la présence de ce microbe, dans l'escare de la pustule maligne et dans le liquide des vésicules. Cette recherche n'a pas été faite. C'est là, nous le reconnaissons, une lacune de notre observation. Mais, l'aspect de la pustule maligne était tellement typique, le diagnostic clinique nous a paru tellement certain, qu'il nous a semblé inutile de nous assurer le contrôle de la bactériologie. MM. Courmont et Descos ont donc recherché le bacille charbonneux, seulement dans les crachats, le liquide pleurétique et le sang.

Dans les *crachats*, à l'examen direct, on n'a pas rencontré de bactéridies. On a alors inoculé deux jeunes cobayes d'un mois, sous la peau de la cuisse, avec un demi-centimètre cube de crachats: il ne s'est développé aucun œdème local, on n'a constaté aucun signe d'infection, et les cobayes, sacrifiés deux mois après, ont été trouvés indemnes de toute lésion, soit charbonneuse, soit tuberculeuse.

Dans le *sang*, on n'a jamais trouvé de bacilles charbonneux.

L'examen direct du *liquide pleurétique* est resté également négatif; il en a été de même des ensemencements. Le dépôt laissé dans un verre, par ce liquide pleurétique, a été inoculé sous la peau de la cuisse et dans le péritoine, à deux jeunes cobayes. Le résultat a été, comme après l'inoculation des crachats, absolument négatif et, à l'autopsie des animaux, faite longtemps après, on n'a trouvé aucune lésion, ni charbonneuse, ni tuberculeuse.

2° *Recherche de l'agglutination.* — On a cherché la réaction agglutinante avec le sang et avec le liquide pleural, après chaque thoracentèse.

Pour cette recherche, on s'est servi d'anses, prises à une culture sur agar de quarante-huit heures, et triturées dans l'eau distillée, jusqu'à obtention d'un liquide homogène. Tandis qu'un sang normal agglutinait cette émulsion, à environ 1/50, le sérum du malade n'agglutinait pas du tout, le 6 mars, au plus fort de l'infection générale. Un second sérum, prélevé le 16, alors que l'état du malade s'était déjà amélioré, agglutinait à 1/80; enfin, un troisième sérum, recueilli le 30 mars, par piqûre de l'index, alors que la convalescence était déjà commencée, n'agglutinait plus du tout.

Le pouvoir agglutinant du liquide pleural a toujours été nul.

3° *Recherche d'autres microbes*, dans les crachats et le liquide pleural.

Les examens directs, cultures et inoculations de ces liquides, ont toujours été négatifs, au point de vue de la présence du bacille de Koch. L'examen microscopique des crachats a seulement montré des saprophytes vulgaires, mais pas un seul microbe pathogène que l'on puisse rendre responsable des lésions pulmonaires.

La nature exacte des complications pleuro-pulmonaires, qui ont évolué chez notre malade, reste donc, malgré tout, indéterminée.

Mais, si les recherches faites pour découvrir l'agent de cette pleuro-pneumonie n'ont pas abouti, l'étude de l'agglutination par le sang a donné quelques résultats intéressants.

On sait que le sérum humain normal agglutine le bacille charbonneux. Il y a donc lieu, comme le font remarquer Lambotte et Maréchal (1), de se montrer très prudent en matière de séro-diagnostic du charbon.

Dans notre cas, il est intéressant de voir que le pouvoir agglutinant du sang a été d'abord inférieur à celui du sang d'un individu normal, qu'il a paru se développer seulement au moment où la maladie évoluait définitivement vers la guérison, et a décru ensuite pour disparaître après l'établissement de la convalescence. C'est là la marche habituelle du pouvoir agglutinant dans la plupart des infections. Cette élévation du pouvoir agglutinant, au moment où la maladie penchait vers la guérison, est bien en rapport avec ce qu'a vu Paul Courmont (2) dans la fièvre typhoïde.

Il est encore un point, dans notre observation, sur lequel nous voulons insister: c'est l'innocuité de l'inoculation, à notre malade, de la sérosité provenant des vésicules et de l'œdème péripustulaire et de son épanchement pleurétique.

De deux choses l'une, ou bien cette sérosité contenait des bacilles charbonneux (3): l'organisme était alors au sixième jour de l'évolution d'une pustule maligne, déjà réfractaire à une seconde inoculation; ou bien la sérosité ne contenait pas de bacilles: dans ce cas, il est intéressant de voir qu'elle n'a pas amené la moindre réaction inflammatoire du côté du tissu cellulaire sous-cutané.

On nous reprochera peut-être la témérité de cette tenta-

(1) Lambotte et Maréchal. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1899, p. 637.

(2) Paul Courmont. *Signification de la réaction agglutinante chez les typhiques. Séro-pronostic de la fièvre typhoïde*, Th. de Lyon, 1897-1898.

(3) Nous avons dit déjà que le liquide pleural ne contenait pas de bactéridies; pour la sérosité des vésicules et l'œdème, la recherche n'a pas été faite.

tive. Nous répondrons, pour notre défense, que nous ne pensions pas risquer grand'chose, le malade nous paraissant irrémédiablement perdu. Ces inoculations pouvaient d'ailleurs lui être de quelque utilité, car nous ne les faisions pas uniquement dans un but expérimental. Voici, en effet, quelle était notre idée directrice; elle paraîtra peut-être un peu théorique, mais elle était, après tout, analogue à celle qui dirigea Gilbert, Scarpa et Breton (1) quand ils traitèrent des malades atteints de pleurésie séreuse par des injections sous-cutanées de leur propre liquide pleurétique. Nous nous inspirions encore de l'exemple de M. Jaboulay, qui a injecté, dans un but thérapeutique, du liquide d'ascite cancéreuse à d'autres cancéreux.

Nous pensions prendre avec ces humeurs, recueillies au point du maximum de réaction, autour du foyer d'infection, les substances entravantes pour la bactéridie charbonneuse, qu'elles pouvaient, croyons-nous, contenir. Ces substances, que les lymphatiques engorgés et les veines thrombosées ne pouvaient résorber, nous pensions les verser dans le torrent circulatoire pour leur permettre d'aller impressionner les cellules et les leucocytes des autres territoires de l'organisme, et les aider dans leur lutte contre l'infection.

C'était, en somme, une tentative d'auto-sérothérapie (2).

L'idée d'attribuer une vertu immunisante aux sérosités péripustulaires n'a, d'ailleurs, rien en soi de paradoxal et cadre parfaitement avec d'autres faits bien connus. On sait que Widal et Sicard (3) ont obtenu la réaction agglutinante, avec de la sérosité de vésicatoire, chez les typhiques. Bien mieux, Gengou (4) a vu la sérosité d'un œdème inflammatoire, développé autour d'une inoculation de charbon chez un cobaye, doué de fortes propriétés agglutinantes. Il est donc fort probable que la sérosité des vésicules et de l'œdème péripustulaire contient des substances agglutinantes. Or, comme la réaction agglutinante constitue très probablement un procédé de défense (P. Courmont), nous étions, semble-t-il, bien fondé à prêter à ces humeurs des propriétés vaccinantes. En tous cas, si la guérison de notre malade n'est pas une démonstration suffisante de la réalité de notre hypothèse, l'absence de tout accident, soit local, soit général, à la suite de nos inoculations, est une garantie suffisante de leur complète innocuité.

Comme on le voit, notre observation présente un certain côté expérimental, qui, bien qu'il ne permette pas de tirer de conclusions ayant une grande portée générale, ne laisse pas cependant d'être intéressant, tout autant peut-être que le fait de la guérison d'une pustule maligne.

Les cas de guérison de cette affection ne sont pas, en effet, exceptionnels. Si Planteau (5) n'avait pu en recueillir que 7 cas publiés, en 1883, les observations se sont multipliées dans ces dernières années.

Rien que dans la bibliographie lyonnaise, on en trouve déjà un nombre respectable. Ce sont les cas de MM. Daniel Mollière (1), Rochet (2), M. Pollosson (3), Delore (4), Soulier (5), Rollet. On connaît, d'autre part, les cas plus anciens de Follin, Gosselin, Després, Briquet. Plus récemment, Thoinot et Girot (6) faisaient connaître un cas d'œdème malin terminé par la guérison. Enfin, tout dernièrement, *The Lancet* relatait 11 cas de pustules malignes guéries : 9 cas, d'une part, observés à Liverpool Northern Hospital (7) par Chauncy Puzey, Damer Harrisson et W. Murbay, chez des ouvriers d'une tannerie dans laquelle on travaillait des peaux venant de Chine; et, d'autre part, 2 cas de pustule maligne de la lèvre supérieure, observés par J. Bell (8), chez un jeune Chinois et une jeune Chinoise, à Government Hospital civil de Hong-Kong.

Bell fait remarquer d'ailleurs que, dans les pays chauds, le taux de la mortalité par pustule maligne est beaucoup plus faible que dans les climats tempérés. Ainsi Woolmer (9), sur 500 cas de pustule maligne, n'aurait compté que 2 *cas de mort*, ce qui donnerait le taux de mortalité incroyablement bas, de 0,4 p. 100.

On voit donc que, dans certaines conditions de milieu et de climat, le virus charbonneux est susceptible d'une grande atténuation. Mais il ne faudrait pas voir là un fait général, et s'il est, heureusement, des pustules malignes bénignes, la pustule maligne vraiment maligne n'a pas cessé d'exister.

Quant à savoir ce qui fait la bénignité ou la malignité du charbon externe, la question est plus facile à poser qu'à résoudre. Cela tient d'abord au degré de virulence du bacille charbonneux, qui, comme nous l'avons vu, peut être très variable suivant les climats, puis à la plus ou moins grande résistance du terrain : là, comme pour les autres infections une tare antérieure prédispose à une affection grave. La gravité de la pustule maligne paraît, en tous cas, absolument indépendante de son siège : la pustule de la face et du cuir chevelu ne paraît pas plus dangereuse que celle du tronc et des membres. Si le premier de nos deux malades est mort rapidement avec une pustule maligne de la tête, ceux de D. Mollière, M. Pollosson, J. Bell, atteints de pustules malignes de la face, ont parfaitement guéri.

En pratique, lorsqu'on se trouve en présence d'une pustule maligne au début, il est assez difficile de dire ce qu'il en adviendra. Cependant, une distinction bien nette semble s'imposer d'emblée. Il est des pustules qui, dès le début, se montrent avec des allures bénignes, évoluent sans douleur, sans température, et guérissent spontanément et sans traitement. Un cas pouvant servir de type aux pustules de cette catégorie est celui du malade de M. le professeur Poncet, présenté à la Société de médecine de Lyon par M. Delore, en 1897. C'est aux cas comme celui-ci que convient surtout la dénomination de *pustule maligne bénigne*.

Mais à côté, il y en a d'autres qui se présentent d'emblée avec des allures graves et retentissent d'une façon très intense sur l'état général. Parmi les malades de cette catégo-

(1) Breton. Sérothérapie dans la pleurésie séreuse, *Gaz. des hôpit.*, 1899, p. 229 et 250.

(2) L'idée d'utiliser la sérosité des vésicules avoisinant une escare charbonneuse, dans un but thérapeutique, n'est pas tout à fait nouvelle. En 1836, Dufresne, médecin homœopathe, recueillit la sérosité des vésicules, sur un berger atteint de pustule maligne, et tenta d'arrêter une épidémie de sang de rate, dans un troupeau de moutons, en faisant prendre chaque jour, à chaque animal, 10 globules imprégnés de la quinzième dynamisation de la sérosité charbonneuse.

(3) Widal et Sicard. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai 1897.

(4) Gengou. *Arch. internat. de pharmacodynamie et de thérapie*, 1899, vol. VI, fasc. v et vi, p. 310.

(5) Planteau. Th. de Paris, 1883.

(1) Daniel Mollière *Gaz. des hôpit.*, 1882, p. 810.

(2) Rochet. A propos d'une pustule maligne bénigne, *Province méd.*, 1886-87, p. 252.

(3) Maurice Pollosson. *Leçons de clinique chirurgicale.*

(4) Delore. *Province méd.*, 1897, p. 264.

(5) Soulier. *Ibidem.*

(6) Thoinot et Girot. Soc. méd. des hôpit., 12 janv. 1900.

(7) *The Lancet*, 20 janv. 1900, p. 164.

(8) J. Bell. *The Lancet*, 7 avril 1900, p. 1005.

(9) Woolmer. *Brit. med. Journ.*, vol. II, 1898, p. 1912.

rie, il en est qui meurent et d'autres qui guérissent, sans que l'on puisse le plus souvent dire d'avance si le dénouement sera heureux ou malheureux.

Dans certains cas, cependant, on pourra baser un pronostic sur la marche des *signes locaux*.

« Si l'on est appelé à faire un diagnostic et un pronostic au bout de trois ou quatre jours, dit M. le professeur Pollosson dans ses *Cliniques*, on pourra pronostiquer une affection peu virulente et peu grave, si la zone inflammatoire et l'œdème périphérique sont peu étendus, si *l'affection est, en somme, restée stationnaire depuis un ou deux jours*; on devra, par contre, pronostiquer un cas très grave si l'œdème s'est étendu et si, en quelques heures, on constate son extension. »

Enfin, un signe de pronostic grave, est la présence de la bactéridie charbonneuse dans le sang.

En résumé, et pour conclure, le cas de pustule maligne que nous venons de relater, nous a paru intéressant à divers titres : d'abord par sa terminaison heureuse, puis par un certain nombre de constatations expérimentales qui ont pu être faites à son occasion, notammant sur le pouvoir agglutinant du sang, et, enfin, par une *tentative tout à fait inédite d'auto-sérothérapie*.

MÉDECINE PRATIQUE

Les injections sous-conjonctivales.

M. Étiévant, chef de clinique à la Faculté de Lyon, apportant dans la *Province médicale* (1) quelques résultats donnés par ces injections, montre que :

« L'idée qui a guidé les premières injections sous-conjonctivales est qu'en injectant sous la conjonctive et sous la capsule de Tenon des solutions mercurielles, la substance antiseptique, transportée dans la cornée et dans l'œil par la voie des lymphatiques qui relient la cornée, l'intérieur de l'œil et les espaces sous-conjonctivaux et sous-ténoniens, pourrait pénétrer jusqu'aux régions infectés ou malades, et y exercer directement son action.

En réalité les recherches expérimentales et la clinique ont démontré que les injections sous-conjonctivales exercent sur l'œil des effets dont les phases se prolongent et se succèdent longuement, mais on en est réduit aux hypothèses, quant à l'action thérapeutique qui en dérive.

Quelle est la raison de l'effet salutaire des injections mercurielles? Le mercure pénétre-t-il comme tel dans l'intérieur de l'œil, ou, au moins, entre les lamelles de la cornée, et agit-il ainsi comme antiseptique ou autrement ?

Ce bon effet provient-il uniquement de l'accélération de la circulation de la lymphe, comme le prétend Mellinger?

Il est très difficile de répondre à cette question sans avoir pour base de discussion des observations expérimentales très nettes, et comme ce n'est pas là le cas, nous nous abstenons de juger; rappelons simplement le doute exprimé par Panas, sur l'effet que pourrait avoir, même pénétrant dans l'œil, une telle dose homœopathique de mercure, et ajoutons que des injections salines simples, injectées sous la conjonctive, ont le pouvoir de faire résorber rapidement de l'encre de Chine injectée dans la chambre antérieure du lapin, et qu'elles ont la même action sur les corps insolubles injectés dans le vitré.

Les formules des injections conjonctivales varient à l'infini ; mais les injections mercurielles sont toujours le plus en faveur. Toutefois, Sourdille (de Nantes) emploie avec un succès constant, dans le traitement des différentes choroïdites, les injections sous-conjonctivales de solution iodo-iodurée.

Iode métallique.....	1 ou 2 centigrammes.
Iodure de potassium.	1 gramme.
Eau distillée bouillie.	30 —

Il est vrai qu'il appuie l'effet de ces injections par l'électrisation au moyen de courants continus, dont l'action sur la nutrition des yeux désorganisés est manifeste. Au bout de deux ou trois semaines, les résultats sont déjà appréciables, les corps flottants diminuent de volume, les scotomes maculaires s'améliorent et l'acuité visuelle centrale remonte même dans les cas de choroïdite maculaire à pronostic à peu près désespéré. Cette méthode lui a donné souvent d'excellents résultats dans les hémorragies profuses du corps vitré, dans la kératite interstitielle profonde des vieillards, et dans l'épisclérite boutonneuse.

Des extraits organiques peuvent aussi être injectés par la voie sous-conjonctivale : nous-même nous avons essayé l'oculine de Lagrange (de Bordeaux), sans grand succès d'ailleurs.

Parmi les sels mercuriels, les plus employés sont : le sublimé, le bi-iodure, et le cyanure.

De Syklossi préfère les injections de sublimé ; indépendamment des complications cornéenes de l'ophtalmie blennorragique, du pannus trachomateux, des kératites avec hypopyon, il les préconise dans les cas d'opacités du corps vitré, et les pratique dans les névrites et les atrophies papillaires, « ne fût-ce que pour éviter la tristesse qu'il y a à déclarer que notre art est impuissant. »

Nous préférons employer le bi-iodure et l'huile bi-iodurée que Rollet a préconisés pour certaines kératites, notamment la kératite interstitielle, et pour certains ulcères de la cornée. Rappelons que la puissance parasiticide du bi-iodure serait, d'après Schwartz, trente-quatre fois plus forte que celle du sublimé ; mais l'huile bi-iodurée, soit à 2/1000, soit à 4/1000, nous a toujours paru douloureuse, sauf toutefois dans les cas où l'insuffisance des soins apportés à la préparation pharmaceutique laissait le bi-iodure précipité au fond du flacon.

Depuis un an nous avons abandonné l'emploi du bi-iodure pour celui du cyanure de mercure, dont nous avons pu rendre les injections indolores, grâce à l'addition d'une goutte d'une solutien d'acoïne à 1/100 à chaque centimètre cube de la solution de cyanure à 1/3000 ou 1/5000 (1).

A part la question douleur, les deux sels mercuriels nous ont donné des résultats également bons, et nous en arrivons à cette conclusion que, même dans certaines lésions contre lesquelles *a priori* les injections sous-conjonctivales paraissent devoir être sans effet, telles que choroïdites congénitales, altérations myopiques, hémorragies rétiniennes, on a vu se produire des résultats inattendus ; à plus forte raison, notre espérance n'a pas été déçue dans les classiques lésions du fond de l'œil. »

Quelque variables que soient les résultats obtenus, M. Etiévant engage vivement les praticiens à avoir recours à cette méthode, « qui paraît devoir être féconde en résultats sans provoquer jamais d'accidents. »

Traitement médicamenteux de l'anémie chez les phtisiques (Von Zékely).

M. Von Székely (de Budapest) recommande (2) l'administration, soit de soufre, soit de fer associé à la digitale, dans les cas où ces médications ne sont pas contre-indiquées, la première par l'existence d'un état catarrhal des voies

---

(1) 18 août 1900.

(1) L'acoïne est insoluble dans l'huile.

(2) *Gaz. hebd.*, 19 août 1900.

digestives, la seconde par des processus pulmonaires phlegmasiques.

Voici les deux formules recommandées :

A. Soufre lavé........................ 10 gr.
Sucre de lait........................ 20 —

M. S. A.

Prendre une pincée de cette poudre au début de chaque repas.

B. Poudre de feuilles de digitale...... } ãã 2 gr.
Lactate de fer...................... }
Extrait de gentiane.................. Q. S.

F. S. A. Trente pilules.

Prendre deux pilules par jour.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — Sont appelés aux postes ci-après désignés :

M. le médecin principal de première classe Richard est nommé sous-directeur de l'École d'application du service de santé militaire, et médecin-chef de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Fromont, pour le 4e bataillon du 108e d'infanterie (Algérie), et Paris, pour le 4e bataillon du 92e d'infanterie (Tunisie).

MM. les médecins aides-majors de première classe Cathoire, pour le 4e bataillon du 121e d'infanterie (Tunisie), et Melot, pour le 4e bataillon du 14e d'infanterie (Algérie).

Marine. — Les médecins professeurs à l'École d'application du port de Toulon peuvent, à titre exceptionnel, et sur la demande de M. l'inspecteur général du service de santé, être maintenus dans leurs fonctions pour une nouvelle période de cinq ans.

— Par décision ministérielle du 12 septembre, M. le médecin en chef Ségard, actuellement embarqué sur le *Brennus*, a été désigné pour exercer pendant cinq années les fonctions de professeur de clinique médicale à l'École d'application de médecine de la marine à Toulon, à compter du 1er janvier 1901.

Par la même décision, M. le médecin en chef Fontan, qui exerce actuellement les fonctions de professeur de clinique chirurgicale à ladite école, a été maintenu dans ses fonctions pour une nouvelle période de cinq ans, à dater du 1er janvier 1901.

— M. Charézieux, médecin de deuxième classe du port de Rochefort, est désigné, sur sa demande, pour servir à la prévôté de Ruelle, en remplacement de M. le docteur Toudié, démissionnaire.

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée à MM. les docteurs Affre, de Beaune, et Camboulin, de Port-Saïd, pour le dévouement dont ils ont fait preuve à l'occasion de maladies épidémiques.

Prix Montyon. — Parmi les prix Montyon récemment décernés par l'Académie française, nous sommes heureux de relever le nom de notre ami, le docteur Le Maguet, dont l'ouvrage : *Le monde médical parisien sous le grand Roi*, vient d'être couronné.

La Société d'hygiène de l'enfance a choisi comme sujet de concours la question suivante : « Du rachitisme : ses causes, ses effets immédiats et éloignés. » Les mémoires inédits et écrits en français, allemand, anglais, italien ou espagnol, porteront une épigraphe reproduite sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur. Ces mémoires, devenant la propriété de la Société, ne pourront être réclamés par leurs auteurs.

Le concours sera clos le 31 décembre 1900. Adresser les mémoires, avant cette date, à M. le docteur Chassaing, président de la Société d'hygiène de l'enfance, 207, rue Saint-Antoine, Paris.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 36e semaine, 797 décès, au lieu de 815 pendant la semaine précédente et de la moyenne 810. L'état sanitaire est satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 20 décès; la variole, 5; la rougeole, 6; la scarlatine 2, la coqueluche 5; la diphtérie 2.

La diarrhée infantile a causé 66 décès au lieu de 95 pendant la semaine précédente et de 80 pendant la 34e semaine.

Il y a eu 6 décès par diarrhée de 1 à 5 ans, et 14 au-dessus de cet âge. En outre, 19 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 48 décès, au lieu de 55 pendant la semaine précédente et au lieu de 64, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 4 décès (au lieu de la moyenne 6); bronchite chronique, 13 (au lieu de la moyenne 15); broncho-pneumonie, 16 (au lieu de la moyenne 22); pneumonie, 15 (au lieu de la moyenne 21).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 19 décès, dont 14 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 169 décès (au lieu de la moyenne 171); la méningite tuberculeuse, 12 décès; la méningite simple, 17; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 37 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 63 décès; les maladies organiques du cœur, 52; le cancer a fait périr 62 personnes; enfin 22 vieillards sont morts de débilité sénile.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Grosse, médecin-major de première classe en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Nancy à l'âge de cinquante-huit ans; Panis, professeur à l'École de médecine de Reims, et Ludot (de Sainte-Menehould).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 106. — MARDI 18 SEPTEMBRE 1900. 73e ANNÉE. MARDI 18 SEPTEMBRE 1900. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Du cancer thyroïdien; symptômes et formes cliniques (*2 fig.*), par M. A. Carrel, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon. — Le traitement moral dans l'alitement, par MM. Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police, et Paul Cololian, ancien interne des asiles. — Médecine pratique. L'eau oxygénée contre les pyodermites chez les enfants; — Traitement de la blépharite. — Revue bibliographique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

DU CANCER THYROIDIEN

SYMPTÔMES ET FORMES CLINIQUES (1)

Par A. Carrel,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

Signes généraux. — Tout cancer glandulaire marque de son empreinte propre l'organisme dont il est le parasite, et, à côté des causes banales d'anémie, dues à la douleur, aux hémorragies, à l'état d'angoisse qui sont l'apanage des individus, atteints de néoplasme, il faut placer les troubles de nutrition, provoqués par la suppression ou l'adultération d'une sécrétion importante. En effet chaque cancer supprime ou transforme les fonctions de l'organe qu'il a envahi. L'expression clinique de ce désordre est la cachexie cancéreuse qui doit comprendre plusieurs types plus ou moins tranchés, en rapport avec la nature et le rôle des parties dégénérées. De même que les phénomènes généraux qui accompagnent le cancer de l'estomac ont une allure particulière, de même la cachexie, due à la présence du goitre malin, possède une véritable individualité.

A quelle époque, et avec quelle fréquence surviennent ces signes de réaction générale ? — Ces symptômes ne s'observent pas chez tous les malades, parce que leur apparition est tardive, et que les complications respiratoires ne leur laissent pas le temps de se développer. C'est un fait bien connu, et Boyer écrivait autrefois, que le cancer thyroïdien tue les malades par les troubles locaux qu'il provoque, plutôt que par son influence générale.

On ne voit donc apparaître les signes de la *cachexie cancéreuse thyroïdienne*, que dans les circonstances où la situation de la tumeur met la trachée et l'œsophage à l'abri de lésions incompatibles avec la vie. Elle survient aussi lorsque le néoplasme est d'une grande malignité, et se manifeste d'emblée par une véritable intoxication. C'est une forme rare, qui correspond à une marche foudroyante des lésions locales, et à une structure histologique très embryonnaire. Habituellement les signes généraux se montrent à une époque beaucoup plus tardive, mais très variable. Quelques semaines ou quelques mois après le début de la maladie, on peut voir apparaître les phénomènes généraux, mais il est impossible de fixer une date, même de façon très approximative. Il existe même des cas, où la tumeur évolue pendant très longtemps sans provoquer le moindre cachexie ; le patient vit alors pendant des semaines et des mois avec une grosse tumeur bosselée, avec une adénopathie volumineuse, sans paraître souffrir de ses lésions. L'appétit est conservé, l'amaigrissement peu considérable, et la mort survient par suite de complications respiratoires.

Il s'agit probablement de tumeurs de faible malignité, dont la structure se rapproche de l'état adulte, et qui, par conséquent, possèdent une secrétion presque semblable à la secrétion normale, dont elle est capable de remplir le rôle.

Cependant, les signes de réaction générale se rencontrent chez un grand nombre de malades, lorsqu'on les recherche soigneusement. Il ne faut pas en effet se contenter des symptômes ordinaires de la cachexie cancereuse, dépression générale, affaiblissement, amaigrissement, etc. L'altération de la glande thyroïde, la production de substances adultérées, l'hypersécrétion et l'hyposécrétion sont des facteurs très variables, et l'état de dysthyroïdation de l'organisme en puissance de cancer est soumis à tous leurs changements. C'est pour cette raison que l'intoxication cancéreuse thyroïdienne est susceptible de se dissimuler sous les formes les plus diverses en nature et en intensité, et de revêtir tous les aspects, depuis les phénomènes légers de tremblement et de palpitations, jusqu'au syndrome basedowien complet, depuis l'amaigrissement simple, jusqu'à l'empoisonnement aigu, qui plonge en quelques semaines le malade dans une cachexie mortelle.

Nous avons observé, chez les malades de M. Poncet, de nombreux types de cachexie, qui, bien que différents les uns des autres, présentent cependant des caractères communs. Tous ces malades n'ont pas été examinés de façon très minutieuse au point de vue de leur état général, de leur température, et des symptômes basedowiens. Et cependant, 26 fois des troubles plus ou moins accusés, palpitations, tremblement, exophtalmie, sont signalés dans les observations ; parfois même le tableau du goitre exophtalmique est complet.

Voici, comme exemple, deux de nos observations :

Cancer thyroïdien à forme basedowienne survenu dans un vieux goitre (1). — « J'ai vu M. X..., âgé de cinquante-neuf ans,

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 1157.

(1) Cette observation, très intéressante, nous a été donnée par M. Bouveret; nous l'en remercions vivement.

une première fois en 1893 ou 1894. A cette époque il avait, depuis longtemps, un corps thyroïde volumineux. Le début du goitre, qui occupait tout le lobe latéral droit, remontait à l'adolescence. M. X..., lors de mon examen, présentait déjà quelques signes d'hyperthyroïdisation, tachycardie, tremblement vibratoire des mains, amaigrissement notable. J'ai revu le malade en octobre 1898. Il était très amaigri. Le corps thyroïde était toujours volumineux, partiellement développé à droite ; à ce moment il ne m'a pas paru suspect de dégénérescence cancéreuse. Le syndrome de Basedow était alors très manifeste : tachycardie arythmique, tremblement vibratoire, éclat insolite du regard, albuminurie légère et variable. Le malade avait même de la fièvre; tous les soirs, la température s'élevait de 38°5 à 39°. Des explorations répétées et minutieuses ne firent découvrir aucune localisation morbide, aucun état infectieux intéressant de nature à expliquer cette fièvre qui reste imputable à l'hyperthyroïdisation elle-même. Le malade maigrissait, malgré la conservation de l'appétit et une alimentation suffisante. Il partit pour le Midi où il passa l'hiver. » (A ce moment les signes classiques d'une dégénérescence thyroïdienne : augmentation rapide de volume du goitre, troubles fonctionnels, irradiations douloureuses dans la région cervico-faciale correspondante, etc., étaient des plus nets et le diagnostic de cancer thyroïdien avait été posé par M. Bouveret et par M. Poncet, qui voyaient de temps à autre M. X.)

« A son retour, en mai ou avril 1899, il présentait toujours les mêmes symptômes basedowiens, mais il avait une forte oppression due à la compression de la trachée et l'état du corps thyroïde avait bien changé. La glande était encore plus volumineuse, tendue, comme exubérante, très dure, et la palpation du cou y faisait découvrir de gros ganglions indurés. Deux ou trois mois plus tard, le malade succombait épuisé par l'asphyxie et la cachexie. Il fut ausculté souvent; il ne semble pas qu'il ait eu de métastase pulmonaire. »

Cancer thyroïdien. Extirpation (son influence sur la sécrétion urinaire). Guérison. — Jean P..., âgé de cinquante-cinq ans, entre au mois de décembre 1889 dans le service de M. le professeur Poncet. Il est né et habite en Ardèche. Aucun goitre dans sa famille. Rien d'intéressant à noter dans ses antécédents héréditaires. Excellente santé antérieure.

Il y a trois ans, il s'aperçut un jour de la présence d'une petite tumeur, à la base du cou, sur le côté gauche de la trachée. Elle était absolument indolore, et avait le volume d'une noisette. Ses dimensions augmentèrent d'abord de manière fort lente, mais, ces derniers temps, son accroissement devint beaucoup plus rapide, et elle atteignit en quelques mois le volume considérable qu'elle présente aujourd'hui. Cette évolution ne s'accompagna ni de douleurs, ni de symptômes fonctionnels importants. Depuis quelque temps le malade ne pouvait pas travailler avec autant de facilité qu'auparavant parce que les efforts provoquaient une dyspnée assez vive.

État du malade au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu. — C'est un homme grand, d'aspect vigoureux, quoique un peu amaigri. On aperçoit sur la partie gauche du cou une tumeur volumineuse et arrondie. La peau qui la recouvre est normale; la circulation nerveuse n'est pas exagérée. Son extrémité supérieure atteint presque l'os hyoïde, tandis que, par sa base, elle repose sur la fourchette sternale et la clavicule. Elle se prolouge en dedans jusqu'à la ligne médiane, et en dehors, s'insinue sous le sterno-cléido-mastoïdien qui est étalé à sa surface. Pendant la déglutition, elle suit les mouvements de la trachée; les mouvements de latéralité sont possibles, et il n'existe pas de prolongements intra-thoraciques, sa surface est lisse, sans noyaux, ni bosselures; sa consistance est ferme et régulière. Le lobe droit est normal. On sent en arrière de la tumeur quelques petits ganglions; pas de ganglions dans le creux sus-claviculaire. L'artère carotide est refoulée en arrière, mais elle est nettement perceptible et indépendante de la tumeur.

Pas de douleurs, ni de dysphagie. Légère dypsnée lorsque le malade fait un effort ou marche rapidement. Voix normale.

Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière. Pas d'exophtalmie. Pas de tremblement. Le pouls est un peu rapide, varie de 90 à 110. Pas de température.

Rien aux poumons, ni au cœur. L'état général est bon, l'appétit conservé, cependant le malade s'amaigrit un peu depuis quelque temps.

Les urines ont été analysées complètement à plusieurs reprises avant l'opération. Du 18 décembre au 28 décembre les résultats ont d'ailleurs été à peu près identiques. La quantité d'urée, en vingt-quatre heures, varie de 28gr80 à 29gr75. La quantité de sucre était en moyenne de 2gr80. Albumine en faible quantité.

A cause de l'augmentation rapide de la tumeur, de la présence des ganglions et de l'âge du malade, on fit le diagnostic de cancer du corps thyroïde.

Le 28 décembre, après anesthésie au mélange de Billroth, M. Bérard aborde la tumeur par une large incision cruciale et pratique rapidement l'énucléation de la tumeur. Pinces hémostatiques à demeure sur les vaisseaux qui saignent, mèche de gaze iodoformée au fond de la cavité laissée libre par la tumeur. Pansement. Les ganglions n'ont pas été enlevés.

L'opération a été très rapide et le malade ne présente aucun phénomène de choc.

Quarante-huit heures après l'opération, on enlève les pinces. Les suites opératoires sont très simples et, le 15 janvier, la plaie est presque entièrement cicatrisée.

L'état général du malade est excellent, le pouls moins rapide, 80 pulsations en moyenne par minute.

Les urines sont analysées à plusieurs reprises, et on constate alors des modifications très intéressantes dans sa composition. Le sucre augmente un peu après l'opération et atteint 2gr90, puis il diminue et, le 14 janvier, il n'en existe plus aucune trace ; disparition de l'albumine.

L'urée, qui atteignait près de 30 grammes immédiatement après l'opération, diminue également et, le 14 janvier, on ne trouve plus que 10gr50 en vingt-quatre heures.

Le malade quitte l'Hôtel-Dieu, le 18 janvier 1900, complètement guéri. Cependant, depuis quelques jours, sa voix est devenue un peu rauque.

Examen de la tumeur. — 1° Aspect macroscopique : Son volume est à peu près celui d'une tête de fœtus. Sa surface est lisse et formée par une sorte de capsule aponévrotique qui a permis de l'isoler facilement des organes voisins.

A la coupe, elle présente l'aspect suivant : à la périphérie, on voit une capsule mince qui l'entoure te toute part et sur la face profonde de laquelle s'implantent des cloisons fibreuses, qui rayonnent vers le centre. Les loges ainsi formées sont remplies par un tissu granuleux, blanchâtre, très dur à la coupe et d'aspect néoplasique. On met dans l'alcool quelques parcelles recueillies dans différents points de la masse centrale et au niveau de la capsule.

2° Etude histologique pratiquée par MM. Dor et Thévenot : Les coupes sont colorées par le liquide de Biondi. Il s'agit d'un épithéliome du corps thyroïde. Au milieu d'un stroma délié, se trouvent des amas de cellules polyédriques qui forment de distance en distance des nids au milieu desquels on aperçoit un peu de substance colloïde.

3° Etude chimique pratiquée par M. Dor : Le corps thyroïde, coupé en morceaux, est placé pendant quinze jours dans l'acide azotique. L'iode est recherchée ensuite à l'aide de l'éther, et on constate qu'il s'y trouve en quantité notable.

Les signes généraux qui constituent la *cachexie cancéreuse thyroïdienne*, pour la commodité de la description, peuvent se diviser en trois catégories : hyperthermie, signes basedowiens, et troubles de la nutrition.

1° *Hyperthermie.* — L'existence de la fièvre, au cours de l'évolution du cancer thyroïdien, est chose bien connue. La température s'élève à 39 degrés, et même au-dessus, mais, oscille ordinairement entre 38 degrés et 38°5.

Le malade n'a cependant pas l'aspect d'un fébricitant, et il faut rechercher systématiquement cette élévation thermique pour la trouver, sinon elle passerait inaperçue. Son apparition peut être précoce, avant que la tumeur soit cliniquement appréciable, le malade présente de la fièvre, s'amaigrit et se cachectise, et ce n'est que plusieurs semaines après, qu'il est possible d'attribuer ces phénomènes à leur véritable cause. Chez la plupart des sujets, on ne constate cette hyperthermie que pendant la dernière période de la maladie, et encore est-elle très inconstante. Les malades que nous avons observés cette année à la clinique de M. Poncet étaient apyrétiques, à l'exception d'un homme dont la température s'élevait à 38 degrés. Il est vrai que ces malades étaient, presque tous, atteints d'épithéliome à marche lente, d'une malignité atténuée.

Quelle est la cause de l'inégalité des malades devant la fièvre? Ellle vient de la diversité des facteurs capables de produire cette fièvre : nature du néoplasme, infections surajoutée.

La forme anatomique de la tumeur joue certainement un grand rôle. Les sarcomes de la thyroïde, comme ceux des autres organes, provoquent souvent une élévation de température. Ils ont l'allure inflammatoire des strumites avec lesquelles ils sont parfois confondus. Les observations de sarcome, du corps thyroïde publiées par Rillet, par Rabé (1), par Kummer (2), par Bœckel (3) et par tant d'autres chirurgiens, montrent bien la fréquence de ces symptômes, même dans les tumeurs localisées à la glande, en l'absence de toute généralisation viscérale.

Les épithéliomess'accompagnent peut-être plus rarement d'hyperthermie, qui doit être comparée à celle produite sur les chiens par l'hyperthyroïdation expérimentale. Il existe cependant des faits certains de fièvre au cours d'un cancer épithélial. Au dire de Bircher, lorsque la température s'élève pendant l'évolution d'un cancer thyroïdien, on doit redouter une généralisation viscérale. C'est une observation fort juste, que nous avons vue se réaliser presque toujours. Cependant, une malade atteinte d'épithélioma, et de métastases pulmonaires, possédait une température normale.

Enfin, dans plusieurs cas, la fièvre s'explique de manière plus simple, par des infections banales, venant se greffer sur la tumeur et lui donnant une allure inflammatoire. Gérolamo Gatti (4) a trouvé des streptocoques dans le pus d'un abcès développé sur un sarcome de la thyroïde, et M. Poncet a vu de véritables phlegmons se développer sur le néoplasme.

Nous considérons la fièvre dans le goitre malin, comme une intoxication par les produits modifiés de la glande, comme un signe de dysthyroïdation.

(1) Rabé. Sarcome du corps thyroïde, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris 1897.
(2) Kummer. Sarco-adénome de la thyroïde, *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1898.
(3) Bœckel. Sarcome du corps thyroïde, *Gaz. des hôpit.*, 1884.
(4) Gatti. Sarcome de la thyroïde, *Rev. de chir.*, 1895.

2° *Phénomènes basedowiens.* — Au moment où la tumeur thyroïdienne se met à grossir, les malades présentent des symptômes qui offrent quelque analogie avec ceux du goitre exophtalmique. Le syndrome basedowien ne se développe pas habituellement avec son aspect caractéristique, et on constate seulement quelques-uns des symptômes qui le constituent. Lorsqu'on examine systématiquement, à ce point de vue, les malades atteints de cancer thyroïdien, on constate bien souvent l'existence du tremblement, de la tachycardie et de l'exophtalmie. Ce tremblement est à petites oscillations, vibratoire, comme dans la maladie de Basedow, et accompagné souvent de tachycardie. Le malade se plaint parfois de palpitations violentes; le tremblement est accompagné chez quelques malades de véritables crises de contracture.

L'exophtalmie, plus rare, se montre de temps en temps avec une très grande netteté. Quoique ces symptômes soient souvent isolés, et il est possible de les rencontrer réunis chez un même malade, comme dans l'observation que M. Bouveret a bien voulu nous communiquer.

Ces phénomènes de dysthyroïdation s'expliquent facilement par les transformations que le cancer fait subir à la glande. Loin d'être l'expression clinique d'une lésion unique, la maladie de Basedow constitue un syndrome dont les causes sont variables, et parmi ces causes, il faut placer le cancer thyroïdien.

3° *Troubles de nutrition.* — L'amaigrissement est le premier symptôme qui exprime les troubles des échanges instestitiels sous l'influence du cancer. Le malade s'amaigrit rapidement, et cependant l'appétit est conservé, les fonctions digestives s'exécutent de manière normale, et de telle sorte que, pendant longtemps, on ne constate aucun signe de dépression ou d'affaiblissement. Les forces se maintiennent presque intactes jusqu'à une période tardive, et on peut voir parfois des individus émaciés, à la figure rendue étrange par la saillie et l'éclat des yeux, et capables cependant de marcher, de se promener, jusqu'au moment où les troubles respiratoires viennent terminer les événements.

L'examen du sang a été pratiqué trop rarement. Hayem a publié une observation, où il constatait une augmentation du nombre des globules blancs plus considérable que dans les autres cancers.

L'examen des urines donne parfois des renseignements d'un grand intérêt. Ces recherches ont porté sur la quantité et les variations de l'urée, des phosphates, et lorsqu'il était possible, de l'albumine et du sucre.

Les phosphates ne présentent pas de variations caractéristiques.

L'urée, éliminée en vingt-quatre heures, est augmentée ou diminuée suivant les malades et dans certaines conditions.

L'augmentation de la quantité d'urée existe surtout dans les cancers au début, avant l'apparition de la cachexie. Une malade âgée de cinquante-deux ans, atteinte depuis trois semaines environ de cancer de la thyroïde, éliminait de 50 à 56 grammes d'urée chaque jour. Elle mourut à la suite de l'intervention et l'autopsie montra que le néoplasme était limité à la glande, et n'avait donné lieu à aucune métastase.

Chez un homme de quarante-sept ans, amaigri et peu cachectique, opéré à la clinique par M. Bérard, des examens répétés de l'urine furent pratiqués avant et après l'opération. Avant, il éliminait en moyenne, pendant vingt-quatre heures, 2gr5 à 2gr8 de sucre, et environ 30 grammes d'urée.

Quelques jours après l'extirpation de la tumeur thyroïdienne, qui était un cancer épithélial ayant envahi le lobe gauche, le sucre disparut complètement, et l'urée tomba à 10 grammes en vingt-quatre heures.

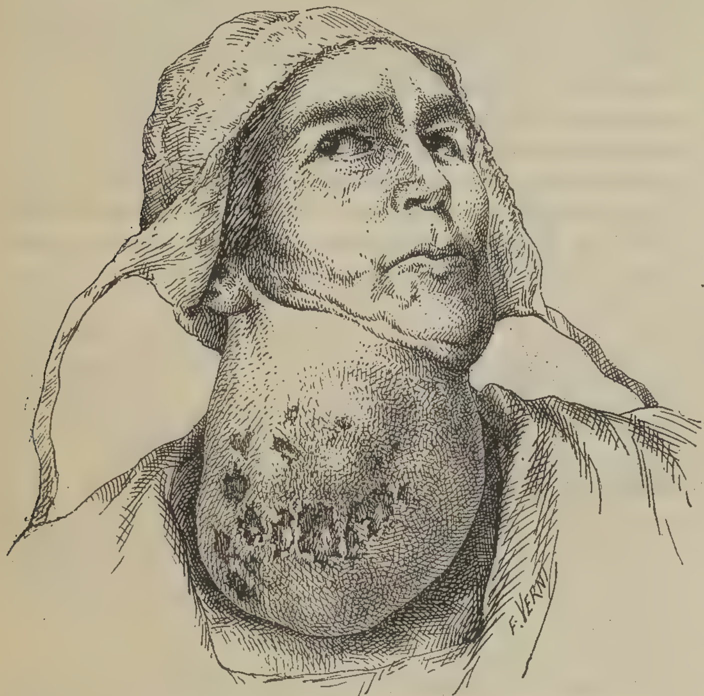


Fig. 3. — Polyadénome malin.

Cette observation montre de manière évidente l'influence de la tumeur sur la nutrition, puisque l'ablation de cette partie dégénérée de la glande thyroïde, en supprimant la pénétration dans l'organisme de produits viciés, a modifié simultanément les réactions, qui règlent les quantités d'urée et de sucre.

La diminution de l'urée s'observe chez les individus, porteurs de néoplasmes anciens, et dont l'état général est plus gravement atteint. Le taux de l'urée s'abaisse alors beaucoup, et atteint 6 grammes à 7 grammes en vingt-quatre heures.

On voit donc que ces phénomènes, non seulement diffèrent de façon complète du myxœdème, mais se rapprochent beaucoup plus des phénomènes d'hyperthyroïdation, que d'hypothyroïdation.

D'ailleurs, le myxœdème n'a jamais été observé au cours de l'évolution de la thyrocarcinose, et même la venue du cancer pourrait améliorer les myxœdémateux. « Une vieille crétine, écrit Rivière, a semblé à quelques observateurs peut-être prévenus, s'éveiller, prendre un facies moins terreux, plus coloré, assouplir ses tissus sous l'influence du cancer. »

Il serait intéressant de contrôler ce fait, en observant les phénomènes qui accompagnent le développement du cancer chez les crétins. Il est très rationnel, d'après ce que nous avons étudié plus haut, d'admettre que la dégénérescence maligne d'une glande en état de moindre activité, augmente les sécrétions, et déverse dans la circulation des produits plus abondants, voisins par leur constitution de l'iodothyrine normale, et capables par suite de jouer un rôle thérapeutique efficace à l'égard du myxœdème, et des accidents d'hypothyroïdation.

En résumé, nous désignons sous le nom de cachexie cancéreuse thyroïdienne, l'ensemble des symptômes de la dysthyroïdation de l'organisme produite par le cancer.

Cette cachexie se traduit par une série de troubles isolés, ou concomitants : tremblement, tachycardie, exophtalmie, fièvre, amaigrissement, troubles de la sécrétion urinaire, intoxication aiguë, qui se manifestent avec une fréquence et une intensité très variables, mais suffisent cependant à lui donner une véritable individualité.

Terminaison. — La mort est le terme fatal de l'évolution du cancer du corps thyroïde. Elle est due soit aux progrès de la cachexie, soit aux complications respiratoires, vasculaires ou infectieuses.

1° *Mort par cachexie.*

Dans la plupart des cas, les symptômes généraux n'ont pas le temps de prendre un développement suffisant pour amener la mort. Cependant, lorsque les conditions locales permettent à la tumeur de se développer sans comprimer la trachée, ou bien lorsque le néoplasme est d'une très grande malignité, la cachexie peut jouer un rôle de première importance, et diriger, à elle seule, l'évolution de la maladie vers son inévitable terminaison. Les troubles de la respiration, la compression de l'œsophage, assez prononcée souvent pour empêcher tout à fait la déglutition, les douleurs irradiées dans la tête, ne sont alors que des adjuvants à l'œuvre d'intoxication néoplasique.

2° *Mort par complications respiratoires.*

Les compressions trachéales viennent le plus souvent abréger la durée de la maladie, en la terminant de façon plus ou moins brusque par l'asphyxie. La dyspnée est un signe de mauvais augure, précurseur de la mort qui survient dans un délai de quelques semaines ou de quelques mois. Tantôt c'est une gêne constante de la respiration due à des compressions trachéales, tantôt elle se manifeste sous forme d'accès de suffocation, signes de lésions récurrentielles. Dans d'autres circonstances, elle s'accompagne de toux et d'hémoptysies répétées, qui traduisent la généralisation du néoplasme aux poumons, et parfois l'envahissement de la paroi trachéale par un bourgeon végétant. La signification de cette dyspnée est d'une haute gravité, parce que la trachéotomie ne peut rien contre elle, et que, une fois établie, elle poursuit imperturbablement son cours jusqu'aux accidents ultimes.

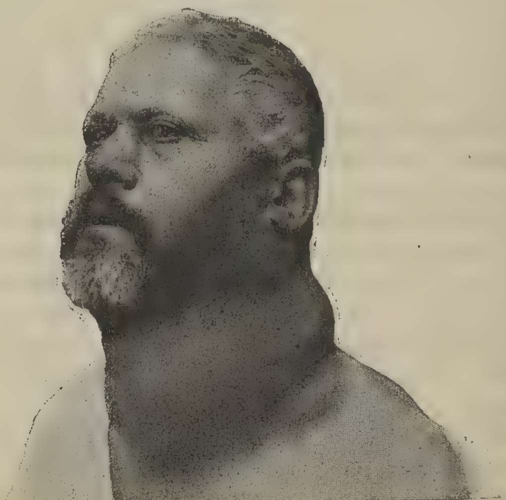


Fig. 4. — Thyrocarcinose développée depuis six mois sur un goitre datant de l'adolescence.

3° *Mort par complications vasculaires.*

C'est un mode de terminaison rarement constaté. La

thèse de Coulon renferme quelques exemples d'ulcération de l'artère carotide avec hémorragie mortelle consécutive.

4° *Mort par complications infectieuses.*

Les diverses infections trouvent dans l'appareil respiratoire de ces cancéreux thyroïdiens un terrain fertile. Aussi voit-on souvent les malades succomber à des complications pulmonaires, congestion, pneumonie, broncho-pneumonie.

(*A suivre.*)

LE TRAITEMENT MORAL DANS L'ALITEMENT

Par MM. Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police,
et Paul Cololian, ancien interne des asiles.

L'*alitement*, le repos permanent au lit (Bettbehandlung), ce mode de traitement des psychoses aiguës, très répandu en Allemagne, en Suisse, en Russie, en Autriche, et qui commence à pénétrer dans les asiles français, a attiré fréquemment l'attention des thérapeutes, et au récent Congrès de médecine mentale, il était à l'ordre du jour.

Nous n'ignorons plus qu'au ve siècle Cœlius Aurelianus en avait déjà fait mention. Guislain (1), en 1852, l'a pour la première fois appliqué au traitement de la mélancolie. En France, c'est Falret (2) père qui proposa « de considérer les mélancoliques comme des malades souffrant physiquement, et de les soigner comme tels dans les infirmeries ».

C'est dans les pays de langue allemande que l'alitement a surtout donné lieu à de nombreux travaux. On a souvent cité les noms de Ludwig Meyer, Brossins, qui le vulgarisèrent il y a près de quarante ans.

Nous savons les avantages de l'alitement, et les résultats thérapeutiques. Mais ce qu'on ne connaît pas suffisamment, c'est le rôle prépondérant que le traitement moral joue dans l'application de l'alitement. C'est sur ce point que nous avons insisté au dernier congrès de médecine, et nous avons obtenu l'approbation des aliénistes compétents.

Quand on analyse minutieusement les observations cliniques, on reconnaît que le traitement moral tient une place considérable dans les guérisons obtenues par l'alitement.

L'alitement, nous dit-on, a une action physiologique sur les psychoses aiguës; le traitement moral a une autre action, psychique, celle-là, dont l'efficacité est journellement démontrée.

Supposons que nos malades soient alités avec tout le confort désirable. Qu'adviendra-t-il si on ne les surveille pas adroitement, si l'on n'use pas du traitement moral?

Le mélancolique couché, le maniaque assis dans son lit, s'exaspéreraient, leur état s'aggraverait s'ils n'étaient entourés de soins moraux. L'ancienne méthode de liberté dans les salles, dans les quartiers serait préférable.

Si nul ne vient auprès du mélancolique lui expliquer son état, si personne n'exhorte le maniaque à rester couché, si la bonne parole du médecin ne réconforte pas le malade, où mènera l'alitement?

L'homme, même insensé, est toujours un homme, en dépit du grand désarroi de ses conceptions. Il lui reste assez de clairvoyance pour apprécier les procédés dont on use à son égard. Il peut se rendre compte de sa situation, de la sympathie, de la bienveillance dont on l'entoure. Il en est intérieurement reconnaissant. On rencontre, et fréquemment, d'anciens pensionnaires d'asiles, qui se rappellent et expliquent fort bien quel était leur état mental lors de leur internement, leur état d'âme et leur souffrance ; leur jugement est parfois très juste sur les hommes et les choses.

De prime abord on pense qu'il est impossible de régénérer les cellules mortes, à force de persuasion et de douceur, de logique et de discussion. Ce que la maladie a tué, la logique ne saurait le ressusciter. Mais qui nous a prouvé que dans toutes les psychoses, il y a des lésions inflammatoires dégénératives? Qui a démontré que l'écorce cérébrale meurt en totalité dans toutes les folies?

Certes, dans la paralysie générale ou dans les psychoses chroniques systématisées, où les cellules sont atteintes, le traitement moral n'a pas prise. On n'en doit pas moins le continuer.

Que se passe-t-il dans les cellules normales du cerveau sain? Aucune conception n'est enfantée sans un travail physiologique, biologique et chimique de la cellule. C'est la vie normale. Or, dans les folies, les cellules ont un fonctionnement anormal, une perturbation non expliquée jusqu'ici, mais sans lésions apparentes ni microscopiques, ni macroscopiques, donc sans profondeur appréciable; elles sont susceptibles d'être modifiées, surtout au début de la psychose, quand le délire n'est pas incrusté définitivement. C'est la plante verte, la jeune plante qui pousse mal, qui se courbe, il lui faut un tuteur. Le traitement moral est la tutelle du cerveau malade.

Une action extérieure, une action saine, venant réagir sur le mauvais fonctionnement, peut transformer le courant des conceptions, modifier l'enfantement des délires, et les supprimer.

Ce n'est donc pas un traitement empirique, fictif, ou simplement évangélique que le traitement moral, mais un traitement réel, nous osons dire physiologique.

Il nous est impossible de donner des règles de conduite systématiques. La thérapeutique systématique, en matière de psychiatrie, est une nouvelle forme de l'empirisme, et rien n'est plus contraire à l'esprit médical que l'esprit de système. Les malades réagissent différemment sous l'influence morbide du délire, des hallucinations, suivant la richesse cellulaire de leur cerveau, leur degré d'instruction. Il résulte des impressions et des conceptions multiples, des combinaisons indéfinies qui impriment à la psychose un grand nombre de nuances, qui réclament un traitement psychique indépendant.

Mais ce qu'il faut faire méthodiquement, c'est l'ensemble du traitement moral dans l'alitement.

Depuis fort longtemps, on met en application la psychothérapie proprement dite. Il ne faut plus se contenter de ce qu'on faisait jadis; avec la nouvelle méthode de l'alitement il faut développer l'ensemble du traitement moral.

La première nécessité est la présence presque constante du médecin et de ses aides dans les salles. Pour connaître les aliénés, leurs mœurs, leurs caractères, leurs délires, il faut vivre avec eux, disaient les deux grands aliénistes du XIXe siècle, Pinel et Esquirol. Pour faire de l'alitement fructueux il faut vivre avec les aliénés. Le médecin ne doit pas se contenter d'une simple visite le matin, de neuf heures à dix; dans la journée, dans la nuit, chaque fois qu'il le peut, il doit venir surveiller ses malades. La présence constante du médecin rassure, console, soulage ; l'effet en est très appré-

(1) Guislain. *Les phrénopathies*, leçons sur les maladies mentales, Gand, 1852, t. III, p. 22.

(2) Falret (J.-P.-F.). *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, Introduction, p. LVI.

ciable. Les malades qui aperçoivent la blouse de l'interne sont contents, se sentent plus en sûreté, voient qu'on ne les délaisse pas. Les infirmiers, toujours sur le qui-vive, exécutent ponctuellement les ordres donnés. Ces visites n'ont pas le seul but de veiller à l'ordre et à l'accomplissement des prescriptions. On s'approche, on cause, on donne des médicaments à l'un, on rassure l'autre, on fait accepter des aliments à celui-ci, un bain à celui-là.

Tout cela prend du temps; le médecin ne s'appartient pas, il est à ses malades, il doit sacrifier son temps à leur guérison.

Quant à l'attitude du médecin, c'est un point délicat. Qu'il nous soit permis de dire que l'aliéniste doit posséder des qualités multiples. Il faut qu'il soit au courant des progrès généraux de l'esprit humain, afin de pouvoir causer avec les malades instruits; il doit avoir des vues larges et libérales sur l'humanité, sur les idées et les convictions des malades; il doit être charitable, patient, d'humeur égale, aimable, sympathique, droit et simple. Il doit témoigner de l'amitié à ses malades avec tact et prudence.

L'aliéniste sera un observateur perspicace, capable de s'orienter dans tous les milieux, prêt à toutes les éventualités, qu'il doit voir venir d'un œil calme et courageux.

Il ne brusquera jamais les patients, avec douceur on agit plus sur leur esprit. C'est à lui d'expliquer à l'alité sur un ton affable, qu'il est malade, qu'il est dans un hôpital pour recevoir des soins. S'il n'accepte pas cette idée de maladie, s'il proteste, veut partir, avec calme on tâche de le convaincre. Il s'efforcera de gagner la confiance du malade et le résultat est vite obtenu, s'il sait agir.

C'est encore au médecin de choisir ses infirmiers. Lui et ses aides ne suffiraient pas à l'application convenable de l'alitement. Le choix des infirmiers est aride. Un bon surveillant est un trésor dans un service d'aliénés; intelligent, aimable, d'humeur égale, il sera d'une douceur ferme avec les patients, inflexible, juste envers tous.

Placé entre les médecins et les malades, il doit exécuter et faire exécuter les prescriptions, veiller à tout, avoir l'œil partout; connaître les malades, leur caractère, leurs aptitudes, pour leur créer soit au lit, soit pendant leur convalescence, des occupations si les médecins leur en ordonnent.

Il faut des hommes valides, qui sachent comprendre leur devoir, et le remplir avec délicatesse et douceur. Ce n'est pas un métier facile, certes; il y faut une persévérance à toute épreuve; aussi ne trouve-t-on pas toujours de bons infirmiers.

La douceur et la persuasion ne sont pas en général l'apanage du caractère masculin : l'homme ne reçoit pas aisément un coup, c'est presque une action réflexe de rendre le coup reçu. On ne pourrait exiger et obtenir de lui la pitié et la souplesse de l'âme, vertus essentiellement féminines, innées chez la femme, toute indiquée pour soigner avec charité et dévouement.

Il faut s'efforcer d'accroître la flexibilité du caractère masculin. L'infirmier ne doit pas être plus emporté que le médecin lui-même, et doit comme lui se pénétrer de la mission qui lui incombe.

Jamais les infirmiers ne doivent tutoyer les malades, c'est une tendance trop fréquente : le ton amical ne dépassera pas les limites de la courtoisie. Les individus de classe élevée se froissent de cette intimité.

La tenue sera propre, correcte. Nous proposons la blouse blanche des hôpitaux, ils n'auront plus l'air sinistre de gardiens de prisons. C'est même pour écarter toute ressemblance qu'on interdira le port des clefs à la ceinture.

Ces détails, presque insignifiants en apparence, agissent fortement sur l'esprit des malades, et ont leur importance dans le traitement moral. L'aliéné se trouvant entouré de gens convenables, en qui il reconnaît des infirmiers, se rassure, prend confiance. A quoi servent les meilleures maximes, les paroles réconfortantes du médecin, si, à peine sorti de la salle d'alitement, l'infirmier brutal le remplace, s'approchant du lit, en bras de chemise, muni de ses lourdes clefs, pareil au garde-chiourme, effrayant à voir, la bouche pleine de jurons et d'invectives? En réalité, si certains médecins, français ou étrangers, ont contesté l'efficacité de l'alitement, c'est qu'ils n'ont pas su y combiner le traitement moral. Nous sommes persuadés que les résultats de l'alitement seraient considérables si l'on appliquait le traitement moral méthodiquement, minutieusement.

MÉDECINE PRATIQUE

L'eau oxygénée contre les pyodermites chez les enfants.

Dans sa thèse inaugurale, inspirée par M. Marfan (1), M. Cochart fait connaître les bons effets du peroxyde d'hydrogène dans le traitement prophylactique et curatif des diverses formes de pyodermite si fréquentes chez les petits enfants. Dans les observations qu'a réunies M. Cochart, on s'est servi d'eau oxygénée à douze volumes, avec laquelle on pratiquait des lotions deux fois par jour. Lorsqu'il s'agissait d'éruptions superficielles, sans qu'il se fût encore formé de pus, la guérison était généralement rapide. Dans les cas où des abcès s'étaient déjà collectés, leur incision était nécessaire; mais les lavages à l'eau oxygénée offraient néanmoins l'avantage d'empêcher la production de nouveaux foyers purulents.

Employée comme il vient d'être dit — c'est-à-dire en lotions et non en applications permanentes — l'eau oxygénée s'est montrée sans action caustique et n'a jamais produit d'érythème.

Traitement de la blépharite.

Parmi les causes de la blépharite, Kelmann signale le *dermodex folliculorum* qui se loge dans les sacs capillaires des cils. Les symptômes produits peuvent faire complètement défaut; mais dans la majorité des cas, il existe une forte hypérémie du bord des paupières, accompagnée d'une irritation considérable des yeux. Lorsque la maladie est très prononcée, on trouve en outre une conjonctivite avec inflammation de la peau aux commissures. Pour cette forme particulière de blépharite, Kelmann prescrit une des deux formules suivantes :

1° Baume du Pérou	2	grammes.
Lanoline anhydre	6	—
2° Baume du Pérou	2	—
Lanoline anhydre	4	—
Huile d'amandes douces	2	—

On badigeonne avec cette pommade le bord libre des paupières, et on la laisse en place pendant une demi-heure; il faut faire en sorte que cette pommade ne touche pas à la conjonctive pour ne pas irriter celle-ci. Au bout de vingt-quatre heures, on constate déjà l'action efficace et énergique de cette pommade (2).

(1) Paris 1900.
(2) *Recueil d'opht.*, p. 51, 1900.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Guide pratique de l'assistance médicale gratuite (1), par M. Marois, inspecteur de l'Assistance publique du Gers.

S'étant rendu compte, par la pratique, des nombreuses difficultés que présentait la loi du 15 juillet 1893, encore peu connue et incomplètement appliquée par les intéressés, M. Marois a pensé que les diverses administrations, municipalités, commissions administratives, médecins, pharmaciens, sages-femmes, etc., devaient en connaître, non seulement le texte, mais encore l'esprit qui a présidé à son élaboration et les utiles instructions qui ont suivi.

Laissant de côté les controverses que peut soulever le texte du législateur, M. Marois s'est efforcé d'introduire pratiquement dans nos mœurs cette loi sociale par excellence : de nombreux textes de lois, des circulaires et décisions ministérielles, des arrêts de tribunaux, des extraits de revues, des fragments de discours prononcés au parlement et des instructions préfectorales, constituent la première partie du travail dont il s'agit; de nombreux modèles, tableaux et formules (au nombre de plus de 80), formant les annexes, sont intelligemment présentés et complètent heureusement un ouvrage qui doit se trouver entre les mains de tous ceux qui participent à l'application de la loi de 1893.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies vient d'être décernée aux personnes ci-après désignées, pour le dévouement dont elles ont fait preuve au cours de maladies épidémiques.

Médailles d'or : MM. les docteurs Bontemps et Crozes, médecins aides-majors (département de Constantine).

Médailles d'argent : MM. les docteurs Féraud et Zoeller (département de Constantine).

Médaille de bronze : Mme Dazaud (en religion sœur Saint-Jean), a prodigué depuis sept ans les soins les plus dévoués aux malades de Chébli (département de Constantine).

Mentions honorables : M. Chomienne, interne en médecine à l'hôpital civil de Constantine; Mme Morénas (en religion sœur Madeleine), soins dévoués depuis trois ans aux malades de l'hôpital civil de Constantine.

Guerre. — Le ministre de la Guerre a décidé que les jeunes gens qui, soit au moment du conseil de revision ou de la signature de l'engagement prévu par la loi du 11 juillet 1892, soit ultérieurement, ont demandé à bénéficier simultanément d'un cas de dispense prévu à l'article 23 et d'un cas prévu à l'article 21, doivent toujours être convoqués pour accomplir la période d'exercices de quatre semaines, imposée par l'article 23 dans le cours de l'année qui précède leur passage dans la réserve.

S'ils se rendent à cette convocation, ils conservent tous leurs droits à invoquer ultérieurement, à leur choix, soit l'un, soit l'autre de leurs cas de dispense.

Toutefois, s'ils se prévalent de la dispense prévue à l'article 21 pour refuser d'accomplir cette période d'exercices, ils doivent être considérés comme ayant définitivement opté pour ce cas; ils ne seront plus admis ultérieurement à se prévaloir de la dispense de l'article 23, et, s'ils ont un frère plus jeune, celui-ci ne pourra plus invoquer le cas de dispense de l'article 21 que l'aîné aura épuisé.

Marine. — M. le médecin principal Drago est appelé à servir à la prévôté d'Indret, en remplacement de M. Thémoin.

— Sont désignés pour aller servir aux troupes en Cochinchine :

M. Vergos, médecin principal, en remplacement de M. Fortoul, médecin-major au 11e d'infanterie de marine, à Saïgon, qui sera affecté au port de Lorient.

M. L'Helgoualc'h, médecin de première classe, en remplacement de M. Carmouze, médecin-major au régiment de tirailleurs annamites, qui sera affecté au port de Lorient.

M. Camus, médecin de deuxième classe, pour servir au 3e tirailleurs sénégalais, à Madagascar, en remplacement de M. Jouvenceau, qui est affecté au port de Brest.

M. Olivier, médecin de deuxième classe, embarqué sur le transport l'*Isère*, en remplacement de M. Lassignardie, qui est affecté au port de Rochefort.

M. Bourdon, promu médecin principal, est maintenu comme médecin-major du 3e tirailleurs sénégalais, à Madagascar.

MM. Glérant et Aurégan, promus médecins de première classe, actuellement embarqués, le premier sur la *Manche*, le second sur l'*Ibis*, ne seront débarqués qu'à la rentrée en France de ces bâtiments.

— M. Arnould, médecin de deuxième classe du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur la *Durance*, qui entrera en armement définitif à Rochefort le 1er octobre prochain.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Grange, médecin militaire à Dakar, qui a succombé à la fièvre jaune; Guyot (de Solesmes); Chauvel (de Quimper).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Avis.* — Depuis le 5 septembre 1900, par suite de l'ouverture de la section de ligne de Paray-le-Monial à Lamure-sur-Azergues, le train express 49, partant de Paris à 11 h. 5 du soir, ne prendra plus à Paris de voyageurs pour au delà de Lyon dans toutes les directions.

Ces voyageurs seront admis dans le train express 59 passant par la ligne du Bourbonnais (viâ Moulins, Paray-le-Monial) et quittant Paris à 10 h. 20 du soir.

En outre, et à partir de la même date, le train express 48 ne prendra plus de Marseille inclus, à Chasse inclus, de voyageurs pour Paris. Ces voyageurs seront admis dans le train express 58 passant par le Bourbonnais (viâ Paray-le-Monial, Moulins).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

(1) Ouvrage honoré d'une souscription du Conseil général du Gers. In-8°. — Prix 4 francs chez l'auteur à Auch, ou 4 fr. 50 centimes franco à domicile.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Du cancer thyroïdien; symptômes et formes cliniques (*2 fig.*), par M. A. Carrel, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon. — Les remèdes populaires et le traitement par les sérums, dans l'ivrognerie, par M. F. Pommerol (de Gerzat). — Revue de la Presse. *Médecine* : Idiosyncrasie par le persil; — Paralysie fœtale congénitale; — *Chirurgie :* Rupture traumatique du canal cholédoque; — Contrôle des appareils de stérilisation à vapeur; — *Otologie* : L'audition après l'opération de la cure radicale de l'otorrée; — *Ophtalmologie :* Traitement de l'ophtalmie blennorragique par le calomel; — *Thérapeutique :* L'alcool en thérapeutique; — Moyen d'enlever l'odeur du carbure de calcium; — L'eau oxygénée contre les taches de rousseur; — *Hydrologie :* L'origine de la douche écossaise. — Chronique et nouvelles scientifiques.

DU CANCER THYROIDIEN

SYMPTÔMES ET FORMES CLINIQUES (1)

Par A. Carrel,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

II

Evolution et formes cliniques. — L'allure et l'aspect du goitre malin sont presque aussi nombreux que les malades. Entre les tumeurs qui végètent insidieusement, au milieu de la glande, et ne révèlent leur présence que par les métastases osseuses ou viscérales, et les énormes masses bosselées à marche aiguë, et rapidement envahissantes, on rencontre une grande quantité de formes intermédiaires. Cependant, au milieu de cette diversité ondoyante, il est possible de reconnaître un type fondamental, dont les modifications évolutives mettent en lumière tel ou tel caractère. En effet, le cancer du corps thyroïde traverse deux périodes. Dans la première, la tumeur est enfermée dans la glande, et y végète, en provoquant une hypertrophie plus ou moins considérable; c'est la période de développement intra-capsulaire. Puis elle franchit cette capsule, se diffuse dans les régions voisines et se généralise dans les ganglions et dans les viscères. C'est la deuxième période ou période d'envahissement extra-capsulaire.

Ces états successifs se distinguent toujours dans l'histoire de ces tumeurs. Mais les unes brûlent les étapes, les autres s'attardent longuement à la première partie de la route, peuvent même s'y arrêter de façon définitive, et ainsi s'explique la multiformité de leur aspect.

Il convient de décrire trois types : le cancer subaigu qui est le plus fréquent, le cancer aigu, et le cancer latent.

A. Cancer subaigu. — Un individu, âgé d'une cinquantaine d'années, et porteur d'un vieux goitre, s'aperçoit un jour que sa tumeur, depuis longtemps stationnaire, se met à s'accroître de nouveau. Parfois, il ressent quelques douleurs irradiées, dans la tête et dans le cou, mais le plus souvent, cette première partie de l'évolution du cancer est absolument indolore. Le malade ne s'en inquiète pas, ou bien se contente de quelque médication anodine, et l'affection poursuit librement son cours. La tumeur a l'aspect et la consistance d'un goitre ordinaire, et s'accompagne parfois de quelques troubles respiratoires.

Lorsqu'il n'y a pas de goitre antérieur, les choses se passent de manière un peu différente. Dans la région thyroïdienne, apparaît une petite tumeur, qui s'accroît d'abord assez lentement, puis plus vite. A ce moment il n'existe pas d'autres signes suspects que l'âge du malade, la rapidité de l'accroissement, parfois quelques douleurs et de la dyspnée. Mais ce sont des éléments suffisants lorsqu'on sait la fréquence du cancer et l'extrême rareté des goitres chez les vieux.

On comprend combien il est important de connaître la durée de cette première période, qui constitue, pour ainsi dire, la zone maniable de la strume maligne, parce que l'affection est entièrement localisée dans la glande, la généralisation viscérale exceptionnelle, et qu'alors seulement il est possible de tout enlever, et d'obtenir une guérison définitive.

Malheureusement, la bénignité apparente de l'affection ne donne pas aux malades le courage de consulter un chirurgien. Ils viennent à l'hôpital lorsqu'ils ne peuvent plus respirer ou que la tumeur a pris un aspect par trop menaçant. Comme ils appartiennent souvent à un milieu social, où les facultés d'observation sont peu développées, il est difficile d'obtenir des renseignements exacts sur l'époque du début de la tumeur et de l'envahissement ganglionnaire. Chez la plupart des malades observés dans le service de M. Poncet, cette première période a varié entre deux et six mois, mais il existe les plus grands écarts individuels, de telle sorte qu'elle peut se prolonger beaucoup plus longtemps, pendant plusieurs années même, d'après certains chirurgiens (1), et ce fait est d'autant plus important qu'il donne à la strume maligne une allure, inconnue des auteurs classiques, et compatible avec une intervention opératoire utile. C'est donc la plus ou moins longue durée de cette phase de prolifération intra-capsulaire qui caractérise les différents types du cancer subaigu.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 1175.

(1) Voir Th. de Duboe, Bordeaux, 1897 : *Contribution à l'étude de l'évolution clinique du goitre malin.*

Dans la forme la plus lente, un goitre se développe chez un sujet déjà vieux, ou augmente brusquement, en provoquant quelquefois des phénomènes de compression. Quelques mois, et plus rarement quelques années après, apparaissent des ganglions ou des noyaux métastatiques viscéraux. La plupart du temps il s'agit de formes plus rapides. Au bout de quelques mois, ou de quelques semaines, la dyspnée, les douleurs, les troubles de la déglutition se montrent, et le cancer entre dans la seconde période

La scène a changé, et les événements se précipitent. C'est le stade d'envahissement des organes voisins avec généralisation aux ganglions et aux viscères, c'est la période de végétation exubérante, le développement de la grosse tumeur bosselée, bien connue par la plupart des chirurgiens et décrite dans les traités classiques.

On voit alors, dans la région thyroïdienne, une volumineuse tumeur, qui soulève par ses bosselures irrégulières les téguments rouges et empâtés. Le patient a la figure pâle et amaigrie, l'aspect cachectique. Au moindre effort, il est essoufflé. La voix est rauque, éteinte ou bitonale, et la déglutition difficile. On sent en arrière de la tumeur principale de nombreux ganglions, dont les chaînes gagnent le creux sus-claviculaire, sous forme de grosses masses, ou au contraire de petites boules dures. Puis la dyspnée augmente, les crachats se strient de sang, la cachexie fait des progrès rapides et le malade meurt.

La durée totale de cette forme varie entre six mois et un an, et parfois beaucoup plus longtemps. Ewald donne un chiffre analogue, et les nombreux cancers à marche subaiguë que nous avons observés, ont évolué pour la plupart en moins d'un an. Ces chiffres sont en rapport avec ceux de Rose, de Houel et de Coulon. Quant à la forme lente, elle a déjà été observée autrefois par Lücke, mais Lebert, et tous les auteurs qui ont écrit sur le cancer thyroïdien, le considèrent comme une affection à marche toujours très rapide. L'opinion de Lucke est cependant soutenable dans une certaine mesure, puisque des malades peuvent vivre pendant plusieurs années avec un cancer thyroïdien, dont quelques formes ont une allure relativement bénigne. La durée totale de l'évolution du néoplasme est difficile à déterminer de façon précise, parce que les points de repère manquent, pour fixer le début ; la transformation maligne se fait silencieusement, et le cancer peut végéter longtemps au sein de la glande, avant qu'un symptôme caractéristique vienne dire son existence au chirurgien. Les cas de cancer subaigu sont fort nombreux ; nous donnons comme type l'observation suivante :

Cancer du corps thyroïde à marche subaiguë. — Amélioration par un érysipèle. — Pierre B..., âgé de soixante-neuf ans, manœuvre, né à Saint-André-d'Albon, habitant depuis un grand nombre d'années à Lyon, entre, le 8 janvier 1900, dans le service de M. le professeur Poncet.

Rien d'intéressant à noter dans ses antécédents héréditaires. Aucun goitre dans sa famille.

Il eut toujours une bonne santé. Fièvre typhoïde à vingt ans. Il s'est marié à trente-deux ans et eut trois enfants qui se portent bien.

Le début de l'affection pour laquelle il entre à l'hôpital, date de huit mois seulement. Il s'aperçut alors, qu'il portait une petite tumeur arrondie, au niveau de la partie la plus interne du triangle sus-claviculaire droit, presque en contact avec la trachée. Les mois suivants, cette tumeur s'accrut, mais très lentement, sans s'accompagner de gêne dans la respiration, de telle sorte que le malade ne s'en inquiétait nullement, et ne consulta pas de médecin.

Ce goitre avait donc une allure fort bénigne, lorsque, il y a huit jours, le malade commença à éprouver de violentes douleurs dans le côté droit de la tête.

En même temps, la tumeur, prenant une marche beaucoup plus rapide, s'accrut beaucoup, et envahit toute la partie latérale droite du cou, qui devint dure et bosselée.

Il ne se produisit ni troubles de la déglutition ni désordres respiratoires. L'audition disparut complètement du côté droit.

Perte complète de l'appétit et affaiblissement rapide.

Le malade se présente alors à l'Hôtel-Dieu.

La partie droite du cou est occupée par une tumeur, de surface irrégulière, qui s'étend depuis l'angle de la mâchoire jusqu'à la clavicule. En arrière elle se prolonge jusque dans le voisinage de la colonne vertébrale, et envoie en avant un prolongement qui recouvre la trachée, et la dépasse à gauche de plusieurs centimètres. Le creux sus-claviculaire est comblé par une masse bosselée ; la peau glisse mal sur les plans profonds, le doigt y laisse son empreinte, et elle a pris sur une large étendue une couleur rouge sombre.

La température locale est élevée. De grosses veines serpentent sous les téguments.

La tumeur antérieure, appartenant au corps thyroïde de façon manifeste, se déplace avec la trachée.

Le lobe gauche paraît normal ; quelques ganglions sont sentis sur son bord postérieur.

La circonférence du cou à sa base est de 41 centimètres.

La trachée et le larynx sont fortement déviés à gauche. Le larynx se trouve en dessous du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et cependant il n'existe pas de troubles respiratoires.

Pas de dysphagie.

A droite, les vaisseaux sont englobés dans la masse néoplasique. A gauche, ils sont libres.

Pas de troubles de la phonation.

Le malade se plaint de douleurs très violentes, qui irradient du côté droit de la tête et du cou. L'acuité auditive a complètement disparu à droite ; du côté gauche elle est normale.

Pas de tremblement, ni d'exophtalmie, ni d'inégalité pupillaire.

Le pouls bat cent fois par minute.

Pas de température.

L'examen du thorax montre une légère voussure au niveau de la fosse sous-claviculaire. Rien au cœur. Aux poumons, la respiration s'entend mal. Quelques râles ronflants et sibilants.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine ; la quantité d'urée, fortement diminuée, n'est que de 5^{g}7 par litre, 7^{g}75 par vingt-quatre heures.

L'état général est mauvais. Le malade très affaibli peut à peine marcher. Il est pâle, bouffi, mais l'amaigrissement est peu marqué.

15 février. — La tumeur s'accroît toujours. Depuis quelques jours, la respiration est plus difficile. Le malade a eu deux hémoptysies.

8 mars. — La tumeur paraît stationnaire. Les hémoptysies n'ont pas reparu. La quantité d'urée est de 5 grammes seulement par litre d'urine. Douleurs irradiées dans la tête et dans le cou.

12 mars. — Apparition d'un érysipèle de la face.

Cet érysipèle dura pendant six jours et se limita à la face. Symptômes habituels. Température très élevée, néanmoins l'état général reste bon.

25 mars. — Le malade est complètement remis de son érysipèle. L'appétit est revenu, et même, l'état de la tumeur s'est amélioré. Les masses ganglionnaires sont plus mobiles,

les douleurs moins vives, et le malade, très satisfait, demande à retourner chez lui. Mort quelques semaines après.

B. Cancer aigu. — Cette forme, relativement fréquente, présente une gravité terrible, et tue les malades avec une extraordinaire rapidité.

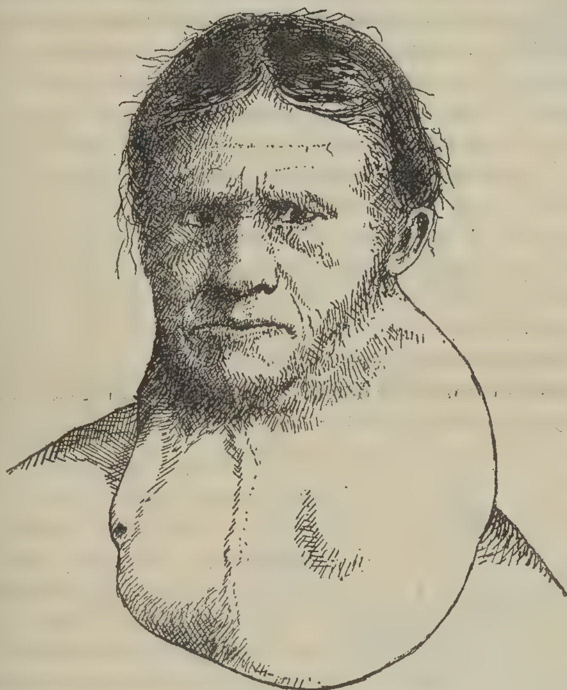


Fig. 5. — Goitre cancéreux.

Elle se développe de préférence sur les sujets âgés de trente à cinquante ans, porteurs d'un goitre antérieur ou jusque-là indemnes de toute lésion thyroïdienne. La tumeur grossit brusquement et devient douloureuse. En quelques jours, en quelques semaines, elle double et triple de volume, se diffuse dans toute la base du cou, formant un plastron induré, ou bien une énorme masse dure et irrégulière, qui s'accompagne presque immédiatement de troubles respiratoires. La température s'élève, la cachexie fait son apparition, tandis que la dyspnée, prenant une place prépondérante, domine la scène, et provoque les accidents ultimes.

La durée totale de cette forme rapide ne dépasse pas trois mois, et souvent son évolution est beaucoup plus courte. MM. Poncet et Rollet (1) ont vu un malade âgé de trente-cinq ans, qui, trois semaines avant son entrée à l'hôpital, à la suite d'accidents d'oppression, vit bientôt sa tumeur thyroïdienne augmenter avec une vitesse telle qu'elle nécessita une intervention d'urgence. Le malade mourut avant qu'un mois se fût écoulé depuis le début des accidents.

Cet aspect curieux du cancer thyroïdien demande à être bien connu, parce que son allure inflammatoire et rapide permet une confusion facile avec une thyroïdite; Wölfler raconte qu'un jour Billroth incisa un sarcome, croyant avoir affaire à un phlegmon thyroïdien.

Beaucoup moins fréquente que les cancers à marche subaiguë, elle se développe sur des individus plus jeunes, qui pour la plupart sont atteints depuis longtemps de goitre.

L'accroissement de la tumeur se fait avec une rapidité foudroyante, les troubles respiratoires et les signes de généralisation sont précoce et d'une manière presque constante, on a trouvé à l'autopsie des noyaux secondaires nombreux disséminés dans le poumon, le squelette, le foie, etc.

Il existe un assez grand nombre d'observations de cancer suraigu; nous donnons comme exemple le cas typique d'un malade du service de M. Poncet.

Cancer suraigu du corps thyroïde. Évolution totale en un mois. [Rollet. *Gaz. méd. de Paris* 1888 (résumé).] — Un homme de trente-cinq ans entre, au mois de février 1888, dans le service de M. Lépine, pour des accidents d'asphyxie.

Bonne santé habituelle. Depuis son enfance, léger goitre, siégeant sur le milieu du cou. Pas de goitre dans son pays, ni dans sa famille. Vers l'âge de seize ans, quelques accès d'oppression légère.

Il y a trois semaines, il se mit à tousser beaucoup et commença à éprouver un peu d'oppression, et une certaine gêne au larynx. Il y a une quinzaine de jours, son goitre augmenta de volume, et l'oppression était de plus en plus vive.

Au moment de son entrée, l'oppression est très marquée, les veines jugulaires sont dilatées; tirage. Voix étouffée et rauque. Cou volumineux; à la partie moyenne, en avant de la trachée, on sent une masse plus dure, du volume d'un gros œuf. Température : 39 degrés.

La dyspnée devenant de plus en plus vive, le malade est amené dans le service de M. le professeur Poncet.

A ce moment les accidents d'asphyxie étaient d'une gravité extrême. La tumeur médiane était d'une grande mobilité, comme isolable facilement des lobes latéraux. Après une longue incision médiane, M. Poncet contourne la tumeur et l'isole. Mais, à ce moment, l'asphyxie est complète.



Fig. 6. — Cancer développé sur un goitre datant de l'âge de quatorze ans (femme de trente et un ans).

M. Poncet transforme l'incision vertébrale en une incision cruciforme. La tumeur est alors soulevée avec le doigt, mais elle cède à la pression et donne issue à une matière abondante, molle et diffluente. Celle-ci est vidée rapidement,

(1) Rollet. Note sur deux cas de cancer du corps thyroïde à forme suraiguë, *Gaz. méd. de Paris*, 19 et 26 mai 1888.

et la trachéotomie est pratiquée à travers la paroi postérieure.

Le malade est ranimé; l'état général s'améliore pendant quelques jours. Puis la dyspnée apparaît de nouveau. Accès de suffocation. Mort douze jours après l'opération.

Autopsie. — La tumeur s'étend du cartilage thyroïde à la crosse de l'aorte. Elle s'étend de chaque côté jusqu'aux artères carotides.

De chaque côté, cette tumeur a une coloration blanchâtre ressemblant à de la laitance de poisson. Dans certains endroits, existent des points jaunâtres ramollis. On incise la trachée et sur la muqueuse, dans la partie latérale droite, ulcération jaunâtre de la largeur d'une pièce de cinquante centimes.

Quelques ganglions carotidiens dégénérés. A l'ouverture de la cage thoracique, adhérences nombreuses, et épanchement dans la plèvre droite. Dans le poumon droit, une soixantaine de petits noyaux de la grosseur d'une lentille environ. A la partie antérieure et moyenne de ce même poumon, poche dure à contenu jaunâtre. A gauche, une vingtaine de noyaux. Congestion.

Deux noyaux dans le foie.

A l'examen histologique, sarcome de forme très maligne.

Il s'agit dans cette observation d'une tumeur volumineuse à développement rapide, avec phénomènes graves de compression et asphyxie terminale.

Dans quelques circonstances exceptionnelles, l'évolution du cancer suraigu prend un aspect plus insidieux. Les phénomènes locaux sont relégués au second plan, et ce sont alors les signes d'intoxication générale, hyperthermie, amaigrissement, perte des forces, cachexie, qui dominent la scène, épuisent le malade en quelques semaines et le tuent avant que la tumeur ait pu acquérir un volume suffisant pour provoquer les accidents respiratoires, signalés dans les observations précédentes. Voici un exemple de cette forme.

Cancer du corps thyroïde à marche aiguë. — Mort de cachexie en deux mois. (M. Rivière, thèse Bertrand.) — Mme X... vient consulter le docteur Gonnet le 1er février 1895. Très bonne santé antérieure. Pas de goitre.

Depuis un mois, lassitude très prononcée, toux, céphalée fronto-pariétale droite continue, avec exacerbation nocturne. La voix est normale et la respiration facile. Quelques râles muqueux aux bases du poumon. T = 38 degrés.

Le 10 février, un peu de changement dans le timbre de la voix. On observe alors un certain gonflement du corps thyroïde, plus marqué dans le lobe gauche où se découvre un petit noyau induré, engorgement manifeste des ganglions sous-maxillaires. La température oscille entre 38 et 39 degrés.

A partir du 25 février, le lobe gauche prend un développement de plus en plus marqué et refoule à droite le larynx et la trachée. L'état général est mauvais, toux, respiration difficile, dysphagie, voix modifiée dans son timbre.

Les ganglions cervicaux sont très gros; la fosse sus-claviculaire a disparu des deux côtés.

La malade succombe le 12 mars, à la diminution progressive des forces, un mois après le début des accidents

C. Forme latente ou médicale. — A côté des tumeurs à développement rapide qui envahissent les organes voisins, compriment la trachée, l'œsophage et les vaisseaux, il existe une forme beaucoup plus insidieuse, dont l'évolution ne s'entoure pas de l'appareil éclatant du cancer chirurgical. Certaines conditions, inconnues encore, permettent au néoplasme de rester indéfiniment à la période de végétation intra-capsulaire dans une glande d'aspect à peu près normal, tandis que les cellules cancéreuses, entraînées dans les voies lymphatique ou sanguine, vont se greffer dans les ganglions, le squelette ou les viscères. Cette variété de thyrocarcinose a donc comme caractère principal, l'extrême bénignité locale des noyaux dégénérés, qui évoluent silencieusement dans la glande, sans augmenter son volume de manière appréciable, pendant que des métastases s'établissent dans les viscères et le squelette, donnant ainsi à l'affection les aspects les plus étranges et les plus imprévus. Aussi n'est-il pas étonnant que cette forme soit restée inconnue pendant longtemps. Avant les observations de M. Bard, publiées dans les thèses d'Orcel, de Bertrand et de Gruié, on connaissait déjà quelques cas, où les généralisations viscérales et squelettiques avaient été le premier et le seul symptôme du cancer. Mayor (1), Giraudeau (2), Letulle (3), en France; Hinterstoïsser (4), Friedland (5), Middledorpf (6) à l'étranger, ont vu et décrit des cas analogues. Mais c'est à Lyon surtout, que cette étude de la forme latente du cancer thyroïdien a pu être faite, grâce à M. Bard (7), qui recherchait systématiquement les lésions du corps thyroïde chez les malades atteints de cancer généralisé d'origine douteuse. Le diagnostic de cette forme médicale, très difficile, ne se fait souvent de manière précise qu'au moment de l'autopsie.

En effet, les malades se présentent dans un service de médecine, en se plaignant de symptômes extrêmement variés, qui n'attirent pas l'attention du médecin sur le corps thyroïde. Il s'agit d'affection pulmonaire, de pleurésie d'aspect un peu anormal, d'hématuries et de tuméfaction lombaire, qui font songer au cancer du rein, de signes de tumeur cérébrale ou d'un néoplasme viscéral quelconque qui possède ici son allure clinique propre.

Si le corps thyroïde a son aspect habituel, on n'hésite pas à faire le diagnostic de néoplasme du rein, de tumeur du cerveau, d'ostéosarcome, etc. *(A suivre.)*

LES REMÈDES POPULAIRES

ET LE TRAITEMENT PAR LES SÉRUMS, DANS L'IVROGNERIE

Par M. F. Pommerol (de Gerzat).

Nous sommes tentés, moins il est vrai qu'au siècle dernier, de mépriser et de tourner en ridicule tout ce qui nous vient du peuple et de ses traditions. Cependant, il y a toujours quelque glane de vérité dans les contes, les légendes et même dans les médications populaires.

En lisant le compte rendu des tentatives actuelles pour trouver un sérum contre l'ivrognerie, en voyant que le sang de cheval alcoolisé, injecté aux ivrognes, déterminait chez eux une répugnance invincible pour le vin et l'alcool, je me suis souvenu de certaines pratiques employées de tout temps en Auvergne, par les mères de famille, afin de corriger les maris et les fils de leurs habitudes invétérées de buveurs.

Le remède est simple : il consiste à prendre du sang de taupe ou d'anguille, et à le verser dans le vin que doit boire

(1) Mayor. *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1881.
(2) Giraudeau. *Revue de méd.*, 1884.
(3) Letulle et Meslay. Cancer latent du corps thyroïde, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1894.
(4) Hinterstoïsser. Loc. cit.
(5) Friedland. Loc. cit.
(6) Middledorpf. *Arch. f. klin. Chir.*, 1894.
(7) Bard. Loc. cit.

l'intempérant. Des personnes, qui ont employé cette médication, m'ont assuré qu'il survenait chez l'ivrogne un état spécial, caractérisé par des nausées et un dégoût profond pour tous les liquides fermentés. Parfois même, on observait certains phénomènes ressemblant à de véritables symptômes d'empoisonnement.

J'ai lu, il n'y a pas longtemps, que le sang et même aussi la viande crue de l'anguille étaient essentiellement toxiques. Il n'y aurait rien d'étonnant à ce que ce poisson, qui a la conformité du reptile, qui vit et rampe sans cesse dans la vase des cours d'eau fangeux, contînt dans la chair et le sang certains éléments non étudiés encore, et dont l'action se rapprocherait de celle du virus, des venins ou des sérums.

On comprend aussi que la taupe, qui passe sa vie à creuser le sol, finit par s'imprégner de principes qui pourraient être toxiques ou infectieux.

Bien des points de l'œuvre médicale des Anciens devraient être revisés et étudiés à nouveau. Certaines données qui nous paraissent puériles ou incompréhensibles, s'éclaireraient sans doute à la lumière de la science moderne.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Idiosyncrasie pour le persil. — M. Jonathan HUTCHINSON rapporte le cas suivant : Un homme était sujet à de fréquents accès de défaillance s'accompagnant de douleurs de ventre, de gonflement de la langue et des lèvres, de lividité de la face. Pendant longtemps on chercha vainement la cause de ces phénomènes. Le malade les attribua d'abord à l'ingestion de chair de poisson. Mais il ne tarda pas à constater qu'il pouvait impunément consommer toute espèce de poisson sans provoquer le moindre accident.

Il découvrit enfin que le persil était la cause de tout le mal.

L'expérience lui montra en effet qu'après avoir absorbé la moindre parcelle de persil, frais ou desséché, mêlé à une sauce ou préparé d'une manière quelconque, il présentait infailliblement les mêmes symptômes d'intoxication. Il est intéressant de noter que cet individu avait quelques autres idiosyncrasies : la plus petite quantité de miel et certaines espèces de fruits l'empoisonnaient toujours d'une façon certaine. (*Archiv. of Surgery*, vol. IV, p. 78.) A. H.

Paralysie faciale congénitale. — Le professeur BERNHARDT publie deux observations de paralysie congénitale de la face. Dans le premier cas, il s'agissait d'une paralysie du moteur oculaire externe de l'œil droit associée à celle de quelques-uns des muscles de la face innervés par le facial. Dans le second cas, le pouce droit et son métacarpien manquaient ; avec cette lésion congénitale existait un certain degré de faiblesse du muscle oculaire palpébral; le muscle abaisseur de la commissure buccale droite faisait défaut. A moins de défectuosité particulière des muscles de la face, il est difficile, fait remarquer l'auteur, de ne pas voir là une paralysie faciale congénitale. (*Wiener klin. Wochens.*, 1899, n° 50, p. 1267.) P. V.

CHIRURGIE

Rupture traumatique du canal cholédoque. — M. GARRET publie une observation qu'il considère comme à peu près unique et qui, à divers points de vue, est des plus intéressantes. Un individu âgé de vingt et un ans, robuste et bien musclé, étant occupé à des travaux de démolition, reçut sur l'épaule une lourde pièce de bois. Il perdit l'équilibre et, dans sa chute, heurta violemment la poutre sur laquelle il se tenait debout. En revenant à lui, il ressentit une vive douleur abdominale entre l'ombilic et le neuvième cartilage costal droit.

Deux jours après l'accident existait une tympanite très accentuée qui fut peu à peu remplacée par une zone de matité révélant l'existence d'une collection intra-abdominale. Le onzième jour, une ponction fut pratiquée et l'on évacua par aspiration près de 7 litres d'une liquide jaune verdâtre. A ce moment, le sujet présentait un léger ictère. Le vingtième jour, M. Garret pratiqua la laparotomie; après avoir retiré une grande quantité de liquide et lavé le péritoine avec une solution saline, il put constater que les anses intestinales étaient plus ou moins adhérentes entre elles, la vésicule biliaire était vide et rétractée contre la paroi abdominale antérieure mais parfaitement intacte, ainsi que le canal cystique. Par l'hiatus de Winslow s'épanchait de la bile en abondance. Il fut impossible de découvrir le siège de la rupture, mais on pensa qu'elle avait dû se produire à la partie postérieure du canal, au point où il commence à se diriger en bas et à gauche pour cheminer entre les feuillets du petit épiploon. L'état de faiblesse du sujet ne permettant pas de prolonger l'opération pour découvrir et fermer l'orifice de la rupture, le chirurgien se contenta, au moyen d'un gros drain entouré de gaze, de ménager à travers la cavité péritonéale un trajet aboutissant à l'hiatus de Winslow.

Dans les premiers temps après l'opération, la bile s'écoula abondamment, puis diminua peu à peu et la plaie abdominale se ferma graduellement. L'opération avait eu lieu le 22 juin ; l'automne suivant le malade avait recouvré une santé parfaite et sa plaie était entièrement cicatrisée. (*Ann. of Surgery*, février 1890.) A. H.

Contrôle des appareils de stérilisation à vapeur. — Le docteur STICHER estime à bon droit que le thermomètre à maximum placé au centre des objets de pansements que l'on veut stériliser, n'est pas un moyen de contrôle suffisant, car il n'indique pas si la température atteinte a été *maintenue un temps suffisant* pour que la stérilisation soit complète. Il conseille de se servir de préférence d'un thermo-élément placé au centre des objets de pansement et relié par des fils à un galvanomètre placé en dehors de l'étuve. Par simple lecture ou enregistrement automatique, on pourra s'assurer de la température atteinte et de sa persistance. Le seul inconvénient est le prix de l'appareil, qui est assez élevé. (*Centralbl. f. Chir.*, n° 25, p. 633.) P. V.

OTOLOGIE

L'audition après l'opération de la cure radicale de l'otorrée. — L'ouverture complète des cavités de l'oreille moyenne est assez souvent pratiquée dans le but de tarir une suppuration chronique, pour qu'il soit intéressant de connaître les conséquences de cette intervention sur le fonctionnement de l'organe de l'ouïe. Nous trouvons des renseignements assez précis à ce sujet dans une communication faite par GOMPERZ à la Société autrichienne d'otologie, le 31 octobre 1899.

Des renseignements qu'il donne sur 11 de ses opérés il résulte que 5 fois l'audition est restée sensiblement stationnaire; 2 fois elle a été diminuée : l'audition pour la voix chuchotée est tombée de 1m50 à 0m40, de 9 mètres à 7 mètres. Ces résultats sont très encourageants, ils montrent que l'audition bénéficie plus souvent de l'opération qu'elle n'en souffre.

Elle en bénéficierait encore davantage, suivant Gomperz, si l'on veillait à ne pas léser l'étrier au cours de l'opération; deux de ses malades chez lesquelles l'étrier est demeuré intact entendaient la voix chuchotée à 7 mètres du côté opéré; lorsque l'étrier est absent, ajoute Gomperz, les ma-

lades ne perçoivent jamais la voix chuchotée qu'à une distance maxima de 2 mètres. Chez les deux malades de Gomperz, l'audition de la voix chuchotée était portée à 10 et 13 mètres par l'insufflation d'acide borique formant tympan artificiel (1).

Le même auteur relève dans une statistique personnelle de Stacke, publiée en 1897, 1 cas où les trois osselets étaient demeurés illésés, le chuchotement était perçu à 6 mètres, tandis que, pour les autres cas, il ne dépassait pas 3 mètres, 2^m50, 1^m50, 1 mètre, 0^m40, 0^m15, 0^m05, etc.

Aussi Gomperz recommande-t-il l'excision du marteau et la libération de l'articulation de l'étrier et de l'enclume ou tout au moins la ténotomie du tenseur, comme prélude à l'opération radicale avant de détacher le pavillon, alors que la vue n'est pas encore gênée par les hémorragies; la prudence lors de l'introduction du protecteur de Stacke ou des tampons de gaze le maniement circonspect de la curette, la douceur dans les soins consécutifs; pas de tamponnements trop énergiques, pas d'arrachement brusque de fragments de gaze, adhérents. (*Ann. des malad. de l'oreille*, juin 1900, p. 588.) P. V.

OPHTALMOLOGIE

Traitement de l'ophtalmie blennorragique par le calomel. — M. Ponkalof conseille de laver les yeux avec une solution boriquée à 2 p. 100, puis après les avoir séchés avec un tampon d'ouate, de saupoudrer largement de calomel la muqueuse des paupières, préalablement renversées, et la cornée.

En vingt-quatre heures, on obtient une notable diminution de la sécrétion et de l'œdème. On répète le traitement deux à trois fois par jour, jusqu'à ce que le malade n'ait plus les paupières accolées le matin; on passe alors à l'emploi des astringents usuels.

Dans les cas graves, on peut aussi appliquer sur l'œil des compresses imbibées d'une solution de chlorure de sodium à 1 p. 100. Cette méthode a donné à l'auteur d'excellents résultats dans 57 cas d'ophtalmie à gonocoques; la durée de la maladie a été réduite à sept jours dans les cas moyens, et n'a jamais excédé quinze jours dans les cas anciens ou graves. (*Thérap. mod. russe*, 1899, n° 2.) A. S.

THÉRAPEUTIQUE

L'alccol en thérapeutique. — On sait que, depuis quelque temps, de nombreux expérimentateurs ont étudié l'action physiologique de l'alcool, et beaucoup d'entre eux sont parvenus à établir que les notions admises jusqu'ici relativement aux effets de ce médicament sont absolument erronées.

Il est désormais avéré que, si l'alcool est doué de propriétés stimulantes, cette action spéciale est suivie d'une dépression considérable.

On a dit que l'alcool agit comme antithermique; or, en admettant qu'il abaisse réellement la température périphérique, il est possible de lui substituer d'autres substances n'exerçant pas sur l'économie l'influence dépressive qu'exerce nécessairement l'alcool.

De plus, l'alcool, exerce une action destructive sur les globules rouges; il empêche l'hémoglobine de se transformer en oxyhémoglobine; il diminue ainsi l'action oxydante du sang, ce qui constitue une condition défavorable chez les fébricitants.

Telles sont les considérations sur lesquelles s'est appuyé M. D'Hœnens pour soumettre à la Société de médecine d'Anvers, dans une séance récente, le vœu que la potion de Todd ne soit pas inscrite dans la nouvelle pharmacopée qui est préparée en ce moment en Belgique. (*Rép. de pharm.*, 1900, n° 9.)

Moyen d'enlever l'odeur du carbure de calcium. — M. G. Lenk recommande d'imprégner de pétrole le carbure de calcium tant que ses pores peuvent en absorber. Par ce traitement, d'une part, le carbure est garanti contre l'humidité, et, d'autre part, on évite tout dégagement de gaz nuisibles à la santé et explosifs. On peut facilement conserver à l'air libre le carbure ainsi imprégné de pétrole. Pour enlever au carbure son odeur désagréable, il suffit d'ajouter au pétrole quelques gouttes de nitrobenzol. Le traitement du carbure par le pétrole n'exerce aucune influence sur sa décomposition par l'eau. (*Pharmac. Rundschau* et *Répert. de pharm.*, 1900, n° 9.)

L'eau oxygénée contre les taches de rousseur. — Le meilleur moyen de faire disparaître les éphélides est d'employer l'eau oxygénée; matin et soir on applique sur les taches, pendant cinq minutes, un tampon d'ouate imbibée d'eau oxygénée. Pour calmer l'irritation et l'écaillement de la peau produits par ce traitement, on fait une onction avec la lanoline ou on lave avec une solution de glycérine boriquée. (*Pharmac. Post* et *Répert. de pharm.*, 1900, n° 9.)

HYDROLOGIE

L'origine de la douche écossaise. — L'expression de douche écossaise, si courante en France, est totalement inconnue en Ecosse. Les différentes variétés de douches chaudes et de douches froides sont désignées par les Anglais sous le nom de shower-bath. En Amérique et en Allemagne, cette expression est également peu usitée dans les livres d'hydrothérapie. M. Forestier a trouvé l'origine de ce nom dans deux livres anciens traitant des eaux d'Aix-en-Savoie. Le premier : « Manuel de l'étranger aux eaux d'Aix-en-Savoie, par M. Despine » (à Paris, chez Bechet et I. Rouvier, libraires, 1850, p. 168).

« *Douche écossaise.* — Nous appelons ainsi le bain froid, tiède ou chaud, administré sous forme de pluie, c'est le shower-bath des Anglais. Mon aïeul, M. Despine, l'ayant vu employer avec succès en Ecosse, dans les affections hypocondriaques, l'importa en Savoie, il y a cinquante ou soixante ans, en lui donnant le nom de bain anglais ou écossais. Mon père l'introduisit en 1882, dans l'établissement thermal d'Aix, à l'occasion de diverses affections nerveuses qu'il traitait par la méthode perturbatrice, et dès lors cette espèce de bain a reçu chez nous de nombreux perfectionnements, qui en ont rendu l'emploi fréquent dans un grand nombre de maladies. »

L'autre livre est le suivant : « Practical guide to the baths of Aix in Savoy, by the baron Despine » (Paris, Victor Masson et fils, 1871 (?), p. 25, en nota).

Le grand-père de l'auteur, qui fut nommé directeur de ces bains, par le gouvernement sarde, en 1787, fut élève de M. Cullen à l'Université d'Edimbourg, et là apprit l'emploi et l'application du shower-bath froid.

A son retour à Aix, il introduisit ce procédé de traitement des maladies nerveuses, auquel il donna le nom de douche écossaise en souvenir du pays où il avait étudié la médecine.

De la suite du texte, il ressort très nettement que Despine comprenait sous la dénomination de douche écossaise diverses combinaisons de la douche chaude et de la douche froide.

Ajoutons qu'aujourd'hui le sens de cette dénomination est mieux determiné. Selon les auteurs modernes (Beni-Barde et Materne), la douche écossaise « consiste d'une façon générale dans l'application d'une douche chaude ayant une durée de trois à six minutes, immédiatement suivie d'une douche froide de trois à dix secondes ». (*Arch. gén. d'hydrol., de climatol. et d'hydrot.*, mars 1900, et *Gaz. des eaux*, 12 juillet.)

---

(1) Il va sans dire qu'au point de vue de la préservation de l'audition, il est indispensable de veiller avec soin à la béance du conduit auditif externe lors des pansements consécutifs à l'opération.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Guerre. — *École du service de santé militaire (concours de 1900).* — Voici la liste par ordre de mérite des candidats admis à ladite école, par décision du ministre de la Guerre, en date du 15 septembre 1900 :

1. MM. Fourcade, Morisson, Beyne, Collin, Verdeaud, Delpy, Kliszowski, Joseph dit Orme, Moufeaux, Clarion.

11. Dumouliin, Lutrot, Liberge, Loygue, Pénot, Landret, Maratuech, Bergès, Diénot, Tournade.

21. Pheulpin, Billet, Crémadells, Laurent, Chaduc, Monéry, Giraud, Demonet, Dargein, Péchiné.

31. Cuisinier, Dirks-Dilly, Morisot, Pierrot, Bailly, Carpanetti, Couraud, Gay-Bonnet, Caubet, Bellot.

41. Vittenet, Michel, Chaufour, Mallet, Montet, Dornier, Fournier, Guillon, Policard, Barberousse.

51. Darthenay, Carayon, Valette, Robert, Touzet, Berton, Charpentier, Malard, de Gaulejac, Dupont.

61. Goursolas, Dayman, Raynaud, Dennery, Schneider, Chavannes, Rapp, Dabat, Jeannin, Blanchet.

71. Vielle, Cot, Rabaïoye, Maisonnave, Roué, Varatges, Martinet, Peyre, Marvy, Seigneurin.

81. Fontan, Mathieu, Colin, Lévy, Perret, Bonnet, Andrieu, Mairesse, Schickelé, Ségui.

91. Galimard, Revel, Muller, Cellerier, Pinat, Trollat, Castres, Déniau, Madranges, Barthélemy.

Les cinquante premiers candidats reçus devront se présenter à l'école le jeudi 25 octobre, à huit heures précises du matin, et les autres, le même jour, à deux heures précises du soir.

Marine. — Sont désignés pour embarquer le 1er octobre prochain :

1° Sur le *Jauréguiberry* (escadre de la Méditerranée), M. le médecin principal Gurzennec, du cadre de Brest, en remplacement de M. le docteur Cognes.

2° Sur l'*Amiral-Baudin* (escadre du Nord), M. le médecin principal Esclangon, du cadre de Cherbourg, en remplacement de M. le docteur Léo, et M. le médecin de deuxième classe Liffran, du cadre de Cherbourg, en remplacement de M. le docteur Caraës.

— Les désignations de MM. les médecins de deuxième classe Arnould, pour la *Durance*, et Charézieux, pour la prévôté de Ruelle sont annulées.

M. le médecin de deuxième classe Arnould, du cadre de Toulon, est appelé à servir, sur sa demande, à la prévôté de Ruelle, en remplacement de M. le docteur Toudié, démissionnaire.

M. le médecin de deuxième classe Delabaude, du cadre de Lorient, est désigné pour embarquer sur la *Durance*.

— M. Bartet, médecin de deuxième classe du cadre de Rochefort, est désigné pour embarquer le 1er octobre prochain, sur le *Pothuau* (escadre de la Méditerranée), en remplacement de M. le docteur Bellet.

— M. le médecin de première classe Coppin, du port de Cherbourg, a été mis à la disposition du ministère des affaires étrangères pour être détaché au service du gouvernement persan, en qualité de médecin de S. A. I. le prince héritier.

— MM. les médecins de première classe Gombaud, Condé et Porquier sont autorisés, sur leur demande, à prendre part aux concours pour les emplois de professeurs dans les écoles de médecine navale, qui doivent s'ouvrir à Brest et à Toulon, les 2 et 10 octobre 1900.

— M. Roquemaure, médecin de deuxième classe à Cherbourg, est désigné pour embarquer sur la *Meurthe*, qui entrera en armement à Brest le 1er octobre prochain.

— M. le médecin de première classe Kieffer, du cadre de Brest, est désigné, sur sa demande, pour servir comme médecin résidant de l'hôpital de Lorient, en remplacement de M. le docteur Jouenne.

— Un concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'École annexe de médecine navale de Brest s'ouvrira dans ce port le 22 octobre 1900 (remplacement de M. le médecin de deuxième classe Avérous).

Faculté de médecine de Paris. — *Justification du stage.* — MM. les étudiants délégués par l'administration de l'Assistance publique pour suppléer des externes absents fourniront à la Faculté : au moment de leur entrée en fonctions, un certificat de M. le secrétaire général de l'Assistance publique attestant leur délégation dans les fonctions d'externe; trimestriellement, pour les incriptions à prendre, un certificat de leur chef de service, dans les mêmes conditions que MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux.

MM. les internes en pharmacie, étudiants en médecine, sont autorisés à accomplir le stage hospitalier dans le service auquel ils sont attachés en qualité d'internes en pharmacie. Pour la prise des inscriptions trimestrielles, ils remplissent les mêmes formalités que MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux.

MM. les élèves officiers de santé ne sont pas compris dans le classement officiel des stagiaires. Ils se font inscrire au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique (3, avenue Victoria) sur la production d'un certificat de scolarité ou sur la présentation de leur feuille d'inscriptions; une carte leur est délivrée pour des services autres que ceux qui sont réservés aux stagiaires réguliers.

MM. les élèves officiers de santé justifient de leur stage au moyen d'un certificat de leur chef de service, qu'ils produisent trimestriellement dans les mêmes conditions que celles indiquées plus haut pour MM. les internes et externes titulaires des hôpitaux.

Médecine légale des aliénés, par von Krafft-Ebing, édition française traduite sur la dernière édition allemande et annotée, par A. Rémond, professeur de clinique des maladies mentales à l'Université de Toulouse. Premier fascicule « partie criminelle », les 2 fascicules, 20 francs. — Toulouse, Gimet-Pisseau; Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 108. — SAMEDI 22 SEPTEMBRE 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 22 SEPTEMBRE 1900. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. La méningite cérébro-spinale épidémique (*fin*), par M. Marcel LABBÉ, chef de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris. — L'ÉTHER PICRIQUÉ EN CHIRURGIE ET EN DERMATOLOGIE, par M. Roger DUPOUY, externe des hôpitaux de Paris. — MÉDECINE PRATIQUE. Hoquet; — Le permanganate de zinc dans l'urétrite; — Traitement du prurit survenant chez les femmes à la ménopause; — De l'acide oxalique comme expectorant; — Le salicylate de méthyle.— CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

La méningite cérébro-spinale épidémique (1).

Par M. Marcel LABBÉ,
Chef de clinique médicale de la Faculté.

V

SYMPTÔMES. — Rilliet (2) a donné de la méningite cérébro-spinale épidémique un tableau clinique auquel nous aurons fort peu à ajouter. Ce tableau rappelle celui de la méningite cérébrale aiguë, aux symptômes de laquelle viennent s'ajouter de la raideur du dos et des douleurs rachialgiques très vives.

Début. — La méningite cérébro-spinale épidémique débute généralement en pleine santé comme une maladie infectieuse aiguë, par des frissons, de la fièvre et des douleurs de la nuque et du dos.

Parfois cependant, elle est précédée de prodromes qui peuvent durer une ou deux semaines : c'est du malaise général, de la céphalalgie, des douleurs dans les extrémités des membres, ou dans la région lombaire, une tristesse ou un abattement insolites.

Quoi qu'il en soit, qu'il y ait eu ou non des prodromes, le début est toujours brusque, et les divers symptômes apparaissent rapidement. Le malade se plaint de frissons, d'une courbature intense, d'inquiétudes vagues, et d'une douleur sourde siégeant dans la nuque et dans le dos. Ses traits sont rapidement altérés, sa face, d'abord pâle, devient, au bout d'une heure ou deux, le siège d'une vive rougeur. La température s'élève rapidement, surtout chez les enfants : en quelques heures elle atteint 39 ou 40 degrés.

Etat. — Bientôt surviennent, surtout chez les enfants, des vomissements opiniâtres; ce sont des vomissements en fusée, ayant tous les caractères des vomissements d'origine cérébrale; parfois ils n'apparaissent qu'après un jour ou deux.

La céphalalgie est violente, intolérable, et arrache des gémissements au malade.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 1163.

(2) RILLIET et BARTHEZ. *Traité clinique et pratique des maladies des enfants.*

La douleur de la nuque et du dos augmente rapidement. Elle s'exaspère par la pression sur les apophyses épineuses et par les mouvements. Quelquefois elle irradie jusque dans les extrémités.

Elle s'accompagne d'une raideur et même d'une véritable contracture des muscles de la nuque et du cou, qui attirent la tête en arrière et l'immobilisent dans cette position. Si les muscles du dos sont également contracturés, le corps est arqué en arrière, et comme soudé, il y a un véritable opistothonos. Lorsqu'on cherche à soulever la tête du malade au-dessus du plan du lit, on soulève en même temps tout le tronc.

La douleur et la raideur de la nuque et du dos varient d'un moment à l'autre chez le même malade et se présentent suivant les cas à des degrés divers. Mais il ne semble pas y avoir de rapport constant entre leur intensité et la quantité et le siège de l'exsudat méningé (Wentworth). Ces symptômes ne font jamais défaut, et ont fait donner à la maladie, dans certains pays, le nom de « crampe de la nuque ».

L'existence de la contracture des membres est prouvée par la résistance que ceux-ci offrent aux mouvements de flexion et d'extension provoqués et surtout par la recherche du signe de Kernig.

Indiqué dès 1882 par le médecin de Saint-Pétersbourg, contrôlé par Henoch, Bull, Blumm, Friis, le signe de Kernig a passé longtemps inaperçu pour le plus grand nombre des médecins.

Sa recherche est pourtant des plus faciles. Examinant le malade dans le décubitus dorsal, on s'assure que les membres inférieurs sont relâchés, et qu'il est fort aisé d'amener le genou dans une extension complète. On maintient alors le malade assis, et dans cette position, il fléchit plus ou moins les genoux. Ceux-ci, malgré tous les efforts, ne peuvent être étendus complètement. La contracture des muscles fléchisseurs s'y oppose, et il reste un angle qui peut être de 90 degrés dans les cas très accentués, et qui n'est jamais supérieur à 135 ou 140 degrés. L'extension complète redevient aisée dès qu'on incline de nouveau le tronc du malade en arrière.

Le signe de Kernig persiste chez les convalescents et même après la guérison de la maladie pendant un temps plus ou moins long. Kernig et Henoch l'ont retrouvé après deux mois et demi. Il permet donc un diagnostic rétrospectif.

La pathogénie de ce phénomène est encore inconnue. Sa valeur clinique est incontestable, suivant M. Netter, qui, sur

45 méningites, ne l'a vu manquer que 5 fois : il est donc présent dans 90 cas sur 100.

On ne l'observe pas en dehors des méningites ; la recherche de ce signe dans de nombreux cas de fièvre typhoïde, de pneumonie, de rhumatisme articulaire aigu, de chorée, d'affection du système nerveux central chez les enfants, s'est toujours montrée négative.

La contracture en s'étendant aux muscles du tronc peut apporter une gêne assez marquée à la respiration. Le trismus s'observe aussi quelquefois.

Des secousses convulsives soulèvent les muscles de la nuque et du dos; quelquefois même, surtout chez les très jeunes enfants, se produisent des convulsions générales dont la présence n'aggrave point le pronostic.

Le pouls est très instable et varie d'un moment à l'autre; on compte des différences de 20 à 30 pulsations à la minute. Chez les adultes, dans la plupart des cas, il est ralenti, en dépit de la fièvre et des symptômes nerveux graves. Chez les enfants, il est souvent très rapide [Wentworth (1)].

La température, qui était souvent peu élevée au début, même dans les formes graves, monte rapidement à 40 degrés et au-dessus ; suivant Wunderlich, elle se maintient à ce degré pendant toute la période d'état; suivant Wentworth, elle présente des rémissions très accentuées et la courbe est très irrégulière.

Céphalalgie, douleur de la nuque et du dos, contractures, vomissements, troubles du pouls et de la température, tels sont les phénomènes primordiaux auxquels viennent souvent s'ajouter un certain nombre de symptômes secondaires.

L'intelligence reste souvent nette pendant longtemps; elle est seulement paresseuse. L'agitation est très grande, parfois même le malade est en proie à un délire violent avec jactitation, à peine interrompu par quelques moments de répit. Ce délire fait place plus ou moins rapidement, si la maladie évolue vers une terminaison fatale, à une apathie incoercible, à une prostration de plus en plus marquée et au coma.

L'hyperesthésie des téguments a été fréquemment notée et apparaît de bonne heure.

Les troubles pupillaires sont des symptômes fréquents et précoces : on a noté la dilatation, l'inégalité, la réaction incomplète des pupilles à la lumière. Le nystagmus, le strabisme, surtout convergent, sont fréquents et souvent passagers. La paralysie des muscles du globe oculaire, le ptosis ont été observés.

Les paralysies ne sont pas aussi communes que les autres symptômes nerveux; elles peuvent être précoces, et sont presque toujours passagères ; elles sont rarement complètes; elles affectent la face ou les membres, sous forme d'hémiplégie ou de paraplégie.

L'état des réflexes tendineux est très variable : ils sont exagérés, normaux ou absents; leur état semble indépendant de la gravité de la méningite.

Souvent on voit apparaître des éruptions cutanées. Ce sont des groupes de vésicules d'herpès siégeant autour des lèvres, au menton, aux oreilles, aux joues, aux amygdales, aux parties génitales. Dans l'épidémie récente de Bayonne, « l'herpès s'est montré chez presque tous les malades, on l'a même vu au tronc. » Plus rarement on a vu des pétéchies, de la roséole, de l'urticaire.

(1) Wentworth. *The Lancet*, oct. 1898.

Ces éruptions adoptent souvent une disposition symétrique, ce qui peut permettre de les attribuer, comme celles du zona, à des troubles trophiques. Une observation récente plaide d'une façon précise en faveur de cette opinion (1). Chez un sujet atteint de méningite cérébro-spinale, avec éruption confluente d'herpès au pourtour des lèvres du côté droit, MM. Josias et Netter ont constaté que le ganglion de Gasser du côté droit, ainsi que ses deux branches inférieures, baignaient dans le pus : cette localisation indique bien l'origine trophique de l'éruption qui mérite par là le nom de zona.

Les réflexes vaso-moteurs sont exagérés, et il est souvent facile de provoquer la raie méningitique.

La période d'état peut durer de dix à douze heures et même se prolonger pendant trois ou quatre jours.

VI

Marche. Durée. Terminaison. — Lorsque la méningite doit se terminer par la mort, à la période d'état succède une période terminale, pendant laquelle le malade est plongé dans le coma ou atteint de délire ininterrompu avec carphologie et agitation excessive.

Les convulsions diminuent d'intensité et prennent le type clonique. Le ventre est rétracté, la constipation persistante; il y a de la rétention des urines, et l'on est obligé de sonder le malade; l'urine est souvent albumineuse. La langue est sèche. Les pupilles sont dilatées. La respiration est irrégulière, entrecoupée de longues pauses ; quelquefois elle présente le rythme de Cheyne-Stokes; les bronches sont embarrassées et le visage prend une teinte cyanotique. Le pouls devient petit, misérable, irrégulier, intermittent et souvent ralenti, bien que la température demeure élevée. Celle-ci même peut encore s'élever, atteindre 42 degrés et au-dessus à l'approche de la mort; on l'a vue ainsi monter à 43°7 ; après la mort elle s'élève encore, et on l'a vue atteindre 44°1.

La méningite cérébro-spinale épidémique est loin d'être fatalement mortelle, elle peut aussi se terminer par la guérison. Dans ces cas, la marche est plus lente; le calme renaît d'abord, puis l'obnubilation de l'intelligence, la céphalalgie, la rachialgie, l'opistothonos diminuent lentement. La convalescence est très longue; elle se signale quelquefois par une exacerbation quotidienne de la raideur cervicale ou de la céphalalgie. Les forces tardent souvent à se restaurer. La maladie peut durer deux mois, comme dans un cas de M. Netter.

A la forme habituelle qui débute par des symptômes cérébraux on peut opposer une autre forme, dans laquelle les symptômes spinaux apparaissent les premiers et l'emportent par leur intensité sur les symptômes cérébraux; dans ces cas, la céphalalgie manque ou est très légère, la rachialgie et les douleurs lombaires prédominent; il y a de la rétention ou de l'incontinence d'urine et c'est seulement après quelques jours que les troubles cérébraux font leur apparition.

Il existe enfin des formes latentes, dans lesquelles très peu de symptômes indiquent une participation des méninges et où l'on est très étonné, à l'autopsie, de trouver le cerveau et la moelle entourés d'une épaisse couche de pus.

La marche de l'affection n'est pas toujours identique. Dans sa forme moyenne, la méningite cérébro-spinale épi-

(1) Josias et Netter. Soc. méd. des hôpit., 5 mai 1899.

démique dure cinq à six jours. Mais elle peut évoluer avec une rapidité foudroyante (1) et mener à la mort en quelques heures; après quelques prodromes, le malade tombe brusquement dans le coma.

D'autres fois, au contraire, elle est interrompue par des rémissions successives qui augmentent considérablement sa durée et la portent à quelques semaines et même à deux ou trois mois; elle prend alors une allure absolument chronique, les symptômes cérébraux et spinaux persistant malgré la chute de la température.

Enfin, la maladie peut aussi se présenter sous la forme abortive; elle se borne alors à quelques troubles nerveux, bientôt suivis de guérison; seule la notion épidémique permet de faire le diagnostic.

VII

Pronostic. — Le pronostic de la méningite cérébro-spinale est grave, mais il est loin d'être fatal. La mortalité varie, suivant les épidémies, de 20 à 70 p. 100. Il semble, dit Rilliet, que les premiers cas de l'épidémie soient les plus graves et les plus rapides; à la fin de l'épidémie, la guérison devient plus commune. D'ailleurs, rien ne peut faire prévoir quelle sera la terminaison de la maladie.

VIII

Complications. — Un certain nombre de complications peuvent apparaître au cours de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Les plus fréquentes sont les complications pulmonaires, la pneumonie et la broncho-pneumonie. Tantôt la pneumonie est la détermination primitive de l'infection, et la méningite fait son apparition au cours ou après la guérison de la pneumonie. Tantôt c'est la pneumonie qui vient compliquer la méningite cérébro-spinale épidémique. Le méningocoque a été rencontré dans certaines broncho-pneumonies (2).

Le cœur et les reins sont plus rarement touchés.

L'otite moyenne, les lésions des nerfs auditifs sont fréquentes.

La conjonctivite est si fréquente qu'on doit la considérer comme un symptôme plutôt que comme une complication (Wentworth). On n'y a point rencontré le méningocoque [Axenfeld (3)].

La kératite peut être due à un herpès fébrile de la cornée, ou à une irritation de la branche ophtalmique du trijumeau.

On a observé des rétinites, des choriorétinites suppurées et même la suppuration totale du globe de l'œil.

Les complications oculaires, dues à une altération des nerfs de l'œil ou des centres cérébraux, sont fréquentes. La cécité subite peut être causée par une lésion cérébrale, basale ou corticale. On peut voir une double névrite optique avec amaurose totale et altération de la papille; cette lésion peut guérir ou aboutir à une atrophie de la papille.

Les complications articulaires sont plus ou moins nombreuses suivant les épidémies. Osler (4), sur 111 cas de méningite cérébro-spinale, a vu 6 fois des arthrites. Dans l'épidémie récente de Bayonne, elles ont été fréquemment notées. Elles sont généralement peu intenses et passagères.

(1) Galliard. Méningite pneumococcique foudroyante sans pneumonie, Soc. méd. des hôpit., 19 mai 1899.
(2) Councilmann, Mallory et Wright. *Monogr.*, Boston 1898.
(3) Axenfeld. *Centralbl. f. innere Med.*, 12 nov. 1898.
(4) Osler. *Boston med. Journ.*, 28 déc. 1898.

Causées le plus souvent par la localisation dans la synoviale articulaire du méningocoque, elles peuvent être dues aussi à l'action d'un microbe d'infection secondaire. Fronz (1) a publié un cas de méningite cérébro-spinale chez un enfant, qui se compliqua d'abord d'une arthrite tibiotarsienne suppurée à méningocoque, puis d'arthrites des articulations des membres supérieurs dues au steptocoque. M. Netter a observé aussi dans un cas une arthrite du coude avec présence du méningocoque dans l'articulation. Généralement uniques, mais quelquefois multiples, les arthrites surviennent le plus souvent au cours de la méningite; quelquefois cependant elles peuvent précéder celle-ci et faire croire à un rhumatisme articulaire aigu (Osler).

M. Netter a signalé aussi, dans un cas, la production au niveau de la région sacrée d'un abcès sous-cutané à méningocoques, qui avait fusé du canal rachidien en suivant le trajet créé par l'aiguille au cours de la ponction lombaire. Le procédé de Quincke n'est donc pas absolument inoffensif dans tous les cas.

Après sa guérison, la méningite cérébro-spinale peut laisser des séquelles; ce sont des paralysies ou seulement des parésies des organes sensoriels, de la langue, de l'appareil urinaire et des membres, ainsi que des contractures permanentes, et une diminution de l'intelligence qui va parfois jusqu'à l'idiotie (Rilliet).

IX

Diagnostic. — Dans les cas typiques, le diagnostic de la méningite cérébro-spinale épidémique n'offre aucune difficulté : l'apparition brusque d'une céphalalgie intense accompagnée de douleur et de raideur de la nuque et du dos, les vomissements, les troubles du pouls et la fièvre, la notion de l'épidémicité suffisent pour lever tous les doutes.

Mais dans les formes abortives, dans les formes chroniques, lorsque la rachialgie est peu prononcée, le diagnostic peut rester hésitant. Il est alors absolument nécessaire de s'appuyer sur des signes plus précis, tels que le signe de Kernig, et les notions tirées de la ponction lombaire.

Le signe de Kernig a une grande valeur : sa constatation, même en l'absence de tout autre symptôme de méningite, permet de poser le diagnostic de méningite fruste [Netter (2)].

Il appartient à toutes les variétés de méningite, aussi bien à la méningite tuberculeuse et aux méningites secondaires, qu'à la méningite cérébro-spinale épidémique, Kernig l'a même observé dans les méningites chroniques, Widal (3) dans l'hémorragie méningée. Ce n'est donc point, à proprement parler, un signe pathognomonique, mais plutôt, comme l'a dit Kernig, un « signe d'orientation ». Il indique toujours une irritation ou une lésion des méninges spinales [Roglet (4)].

La ponction lombaire de Quincke constitue un procédé de diagnostic beaucoup plus délicat, mais qui donne des renseignements encore plus importants. Le liquide recueilli dans un vase stérilisé est étudié bactériologiquement par l'examen direct ou par l'ensemencement dans les divers milieux de cultures.

Si le liquide céphalorachidien est séropurulent, il est

(1) Fronz. *Wien. klin. Wochens.*, 1887.
(2) Netter. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 22 juillet 1898.
(3) Widal et Merklen. Soc. méd. des hôpit., 24 nov. 1899.
(4) Roglet. Th. de Paris, 1900.

facile d'y découvrir des micro-organismes; mais s'il est clair, comme de l'eau de roche, ainsi que cela arrive quelquefois, il faut se servir, pour l'examen et l'ensemencement, du dépôt qui se forme après le repos ou après la centrifugation, ou bien recueillir le léger coagulum fibrineux qui se produit au sein du liquide.

L'examen direct sur lamelles colorées permettra de reconnaître dans le liquide l'existence soit du pneumocoque intra-cellulaire, soit du méningocoque qu'on achèvera de caractériser par l'étude des cultures.

Ainsi ce procédé révèle non seulement l'existence de la méningite, mais aussi sa nature bactériologique; il permet donc de faire, outre le diagnostic, le pronostic de l'affection, la méningite à pneumocoque étant généralement plus grave que la méningite à méningocoque.

Un autre élément de pronostic est tiré de l'aspect du liquide cérébro-spinal: un liquide clair doit faire porter plutôt un pronostic favorable (Netter).

La méthode du séro-diagnostic ne peut être employée pour le diagnostic de la méningite cérébro-spinale. M. Griffon (1) a constaté que le sérum des malades était dépourvu de pouvoir agglutinant pour le méningocoque.

La méningite cérébro-spinale épidémique, surtout dans ses formes frustes ou anormales, peut être confondue avec un certain nombre d'affections.

Elle peut simuler le *tétanos* ou être simulée par cette maladie [Leroux et Viollet (2), Lannelongue].

L'observation attentive du malade permet cependant de faire le diagnostic : le trismus est généralement peu prononcé dans la méningite cérébro-spinale, tandis que dans le tétanos, il est souvent le premier symptôme et atteint une remarquable intensité, telle parfois que la langue ne peut être projetée hors de la bouche; il s'accompagne enfin de rictus grimaçant ou sardonique. Les contractions spasmodiques de la nuque ont moins d'importance que le trismus, pour le diagnostic du tétanos, car elles peuvent survenir tardivement et en nombre restreint dans le tétanos, ou au contraire se manifester à la moindre excitation dans la méningite, comme dans le cas de Leroux et Viollet. M. Roux insiste aussi sur l'impossibilité de vaincre par aucune manœuvre la contraction des muscles des membres inférieurs dans le tétanos. Le signe de Kernig s'est montré absent dans tous les cas de tétanos où il a été recherché. Les troubles du pouls n'existent pas dans le tétanos.

Enfin, la température présente toujours dans le tétanos mortel un degré très élevé et une marche progressivement croissante, tandis que, dans la méningite, la température est souvent moins élevée et présente de grandes irrégularités.

La méningite cérébro-spinale épidémique, lorsqu'elle s'accompagne dès le début d'arthropathie, comme dans le cas de M. Galliard, pourrait être confondue avec le *rhumatisme articulaire aigu*. Mais l'erreur ne sera généralement que passagère et bientôt l'apparition de symptômes méningitiques indubitables lèvera tous les doutes.

La *fièvre typhoïde* dans ses formes ataxodynamiques, et surtout lorsqu'elle est compliquée de méningite rachidienne, comme dans un cas rapporté par M. Netter (3), peut être confondue avec la méningite cérébro-spinale épidémique. L'étude du début de l'affection, qui montre l'existence de prodromes, la diarrhée fétide, l'absence de vomissements, le ballonnement du ventre, l'aspect de la langue feront penser à la fièvre typhoïde; la recherche de la réaction agglutinante, la ponction lombaire et l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien compléteront le diagnostic.

La *grippe* peut donner lieu à des réactions nerveuses qui simulent le tableau de la méningite cérébro-spinale. Elle peut même donner naissance à de véritables méningomyélites, avec présence du bacille de Pfeiffer dans les centres nerveux.

Le diagnostic repose sur la notion de l'épidémicité, sur la recherche des signes précis de la méningite cérébro-spinale, et particulièrement du signe de Kernig. Toutefois lorsque des épidémies de grippe et de méningite cérébro-spinale coïncident, les deux infections peuvent se combiner, comme dans un cas de Kischensky, et la ponction lombaire, suivie d'examen bactériologique, pourra seule faire reconnaître la méningite cérébro-spinale.

La *pneumonie*, surtout chez les enfants, peut s'accompagner de réactions nerveuses excessives, telles que convulsions, trismus, raideur de la nuque et des membres, inégalité pupillaire, simulant la méningite.

Mais la pneumonie peut aussi se compliquer de méningite vraie à pneumocoque, et les déterminations pulmonaires à forme pneumonique ou broncho-pneumonique sont extrêmement fréquentes au cours de la méningite cérébro-spinale épidémique. La question est donc fort complexe.

Le clinicien se posera successivement les deux questions suivantes : Y a-t-il méningite ou pseudo-méningite? La méningite est-elle une méningite à pneumocoques compliquant une pneumonie ou une méningite cérébro-spinale épidémique compliquée de pneumonie?

Les considérations tirées du jeune âge du sujet, de la constatation d'un foyer pneumonique à l'un des sommets des poumons, de l'absence du signe de Kernig, de l'évolution cyclique régulière de la maladie, permettront de répondre à la première question et d'éliminer la méningite pneumococcique secondaire, d'ailleurs plus rare que la pseudo-méningite.

L'évolution de la maladie, son mode de début, la prédominance des signes méningitiques sur les signes pulmonaires, la courbe irrégulière de la température, la notion épidémique, enfin les résultats de la ponction de Quincke qui fera constater la présence du méningocoque dans le liquide permettront d'établir le diagnostic de méningite cérébro-spinale épidémique.

Les formes chroniques, interrompues par des rémissions, de la méningite cérébro-spinale épidémique peuvent être confondues avec la *méningite tuberculeuse*. On s'appuiera pour faire le diagnostic sur la recherche des antécédents tuberculeux, ou des lésions tuberculeuses en un des organes de l'économie, sur le début insidieux, précédé de prodromes, sur l'absence d'épidémie, sur la faible élévation thermique, sur l'existence de symptômes indiquant une lésion de la base plutôt que de la convexité du cerveau, sur l'absence ou la faiblesse des troubles spinaux, sur l'examen ophtalmoscopique qui montrera parfois l'existence de tubercules choroïdiens.

La ponction lombaire peut aussi rendre de grands ser-

(1) V. Griffon. Méningite cérébro-spinale à méningocoque de Weichselbaum, Soc. de biol., 17 juin 1899.

(2) Leroux et Viollet. Un cas de méningite cérébro-spinale simulant le tétanos, *Presse méd.*, 21 déc. 1898.

(3) Netter. Soc. méd. des hôpit., 22 juillet 1898.

vices au diagnostic. Le liquide céphalo-rachidien est généralement clair dans la méningite tuberculeuse, trouble ou même purulent dans la méningite épidémique. Toutefois ces caractères ne sont pas constants. Le seul critérium absolu est la démonstration de l'existence du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien, soit par l'inoculation au cobaye, soit par l'examen direct, soit mieux encore par la culture sur sang gelosé, qui a permis à MM. Bezançon et Griffon (1) d'obtenir au bout de quatre semaines des colonies de bacilles tuberculeux dans un cas de méningite. La présence du méningocoque, dans ces cas, ne possède pas, en effet, une valeur diagnostique absolue, car Heubner, Lenhartz et M. Netter ont signalé son association possible avec le bacille de Koch dans la méningite tuberculeuse.

Quoi qu'il en soit, on devra par tous les moyens possibles s'efforcer de distinguer ces deux affections dont le pronostic est si différent, puisque l'une est fatalement mortelle, tandis que l'autre se termine par la guérison dans plus de la moitié des cas.

Lorsque la méningite débute par des symptômes spéciaux, comme dans un cas rapporté par M. Galliard (2), elle peut être confondue avec l'*arthrite sacro-iliaque* ou avec le *lombago*. Mais la persistance de la fièvre, la gravité de l'état général, inspireront déjà au clinicien des doutes sur le diagnostic, doute que l'apparition des autres symptômes de la méningite cérébro-spinale lèvera bientôt.

Dans les formes frustes et très rapides ou le coma survient presque d'emblée, on pourra penser aux accidents comateux du *diabète* ou de l'*urémie*. Le diagnostic reposera sur la notion des antécédents pathologiques du malade, sur l'examen des urines, sur l'étude de la température, et au besoin sur les résultats de la ponction lombaire.

X

Traitement. — La thérapeutique est à peu près désarmée en face de la méningite cérébro-spinale épidémique. La ponction lombaire, proposée par Quincke comme moyen de traitement, s'est montrée surtout d'une grande utilité comme moyen de diagnostic ; cependant, d'après une observation récente de M. Netter (3), dans laquelle cet auteur a pu suivre, par des ponctions successives, la transformation du liquide cérébro-spinal d'abord purulent, puis finalement clair et transparent, il semble qu'on doive accorder quelque valeur thérapeutique à la ponction lombaire, qui permet de soustraire le pus au fur et à mesure qu'il se forme. On ne saurait en dire autant de la laminectomie.

La thérapeutique s'adressera aux divers symptômes. Les enveloppements chauds, les bains chauds à 38 degrés ou 39 degrés, d'une durée de cinq à dix minutes, répétés plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, donnent de bons résultats en calmant l'agitation et en augmentant la diurèse. Les bains froids sont moins efficaces.

La révulsion le long de la colonne vertébrale par l'application de compresses trempées dans l'eau très chaude, les onctions avec l'onguent mercuriel à la dose d'une once par jour ont donné de bons résultats à Schirmer (4).

(1) Bezançon et Griffon. Culture sur sang gélosé du liquide recueilli par ponction lombaire dans la méningite tuberculeuse, Soc. de biol., 24 juin 1899.

(2) Galliard. Méningite à pneumocoque, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 20 mai 1898.

(3) Netter. Un cas de méningite cérébro-spinale prolongée, Soc. méd. des hôpit., 28 juillet 1899.

(4) Schirmer. *New-York med. Monats.*, 1898, nº 11.

Cutler (1) a obtenu la guérison dans deux cas, où il avait employé l'ergot de seigle. Moody (2) accorde surtout sa confiance à l'iodure de potassium à haute dose.

Le trional, le chloral et les divers hypnotiques seront employés pour calmer la douleur et l'agitation excessive.

Les injections sous-cutanées de sérum artificiel à haute dose ont semblé avoir une action favorable sur les formes comateuses.

L'isolement du malade devra toujours être pratiqué, car la méningite cérébro-spinale est épidémique et contagieuse ; dans les milieux épidémiques, le coryza devra être traité d'une façon rigoureuse par les antiseptiques, sous forme d'instillation d'huile mentholée ou d'irrigation d'eau boriquée.

L'ÉTHER PICRIQUÉ EN CHIRURGIE ET EN DERMATOLOGIE

Par M. Roger Dupouy, externe des hôpitaux de Paris.

I

Nous n'avons en vue, dans cette courte étude, que de préciser l'emploi en chirurgie et en dermatologie de l'éther picriqué, c'est-à-dire de la solution *à saturation* d'acide picrique dans l'éther sulfurique (environ 1 gramme d'acide pour 20 d'éther).

Les principes mêmes du traitement ont été exposés par notre maître, M. Thiéry, en 1896 et 1897 (3). Nous n'insisterons donc pas sur les qualités de l'acide picrique analgésique, antiseptique, kératoplastique, et sur son mode d'action dans la cicatrisation de plaies (4).

L'éther picriqué s'emploie de deux façons : en badigeonnages simples, en badigeonnages recouverts d'un pansement ouaté.

α. Dans le premier cas, les badigeonnages faits à l'aide d'un pinceau ou d'une floche de coton hydrophile montée sur un stylet, sur une baguette de bois..., sont suffisants pour former un vernis isolant parfaitement la surface cutanée de l'air ambiant. L'éther se volatilisant rapidement, l'acide picrique se dépose en effet sur la peau, lui forme pour ainsi dire un nouvel épiderme dans les cas où les couches superficielles de ce dernier ont été détruites. Trois ou quatre applications successives suffisent pour obtenir ainsi une pellicule adhérente, faisant à elle seule office de pansement.

De plus, la sueur perlant à la surface par les nombreux orifices cutanés, dissoudra l'acide picrique déposé sur la peau, l'entraînera à l'intérieur des tubes glandulaires et contribuera par ce mécanisme à hâter encore la kératinisation d'une plaie superficielle.

β. Quand on fait suivre les badigeonnages d'un pansement ouaté, il faut avoir soin de n'employer qu'une couche *très mince* de coton hydrophile, pour favoriser l'évaporation de tout l'élément perspirable, grâce à la facile circulation de l'air à travers le pansement. Puis, celui-ci sera maintenu

(1) Cutler. *Boston med. Journ.*, 24 nov. 1898.

(2) Moody. *Journ. of med. Assoc.*, 24 sept. 1898.

(3) Thiéry. Des applications de l'acide picrique à la thérapeutique des brûlures, *Gaz. des hôpit.*, 18 janv. 1896, nº 8 ; — Des applications diverses du pansement picriqué à la thérapeutique chirurgicale, *Ibid.*, 27 fév. 1896, nº 25 ; — Le pansement picriqué ; ses divers modes ; technique et innocuité, *Ibid.*, 11 sept. 1897, nº 104.

(4) Thiéry. Loc. cit. — Papazoglou. *Contribution à l'étude du traitement des brûlures par l'acide picrique*, Th. de Paris, 1896. — Thiéry. Cong. de méd., 1900.

à l'aide de quelques tours d'une bande de tarlatane que l'on ne devra pas serrer fortement.

Ce dernier pansement à l'éther se rapproche donc beaucoup du pansement à l'eau picriquée (à saturation) employé de préférence dans le traitement des brûlures.

Rappelons celui-ci : lorsqu'il se peut, on le fait précéder d'un bain local de quinze à vingt minutes; puis, on applique sur la région brûlée des compresses imbibées de la solution, et on termine comme précédemment : une très mince couche de coton hydrophile et quelques tours de bande peu serrés.

Le pansement primitivement humide se transforme pendant les heures qui suivent en pansement sec par évaporation de l'eau.

En *aucun* cas, on ne devra faire un pansement véritablement humide, c'est-à-dire recouvrir les compresses de *taffetas gommé*. Ce serait aller à l'encontre du résultat cherché, qui est la dessiccation de la plaie et la restauration de l'épiderme par la kératinisation de ses couches profondes.

Or, cette siccité du pansement, qui est précisément la base du traitement picriqué, est réalisée bien plus rapidement par l'éther que par l'eau.

En résumé, le pansement à l'éther picriqué a, sur celui fait avec la solution aqueuse, les avantages suivants :

D'abord, il est inutile de se servir, comme pour l'eau picriquée, de compresses qui, laissant le liquide s'égoutter, tachent les mains, le linge, etc.

Le maniement d'un pinceau permet, de plus, de recouvrir exactement la surface à badigeonner et de ne pas teinter inutilement en jaune les régions voisines, comme on le fait fatalement avec les compresses imbibées de la solution aqueuse.

La localisation exacte du pansement a son importance dans certains cas, à la face, par exemple, ou bien aux paupières (attouchement du bord libre dans la blépharite, Fage), etc.

Puis, un pansement à l'éther demande bien moins de temps que celui à l'eau, l'éther se vaporisant instantanément; enfin, le malade est renvoyé souvent sans pansement, et la suppression des bandages est encore un avantage très réel. Car certains pansements, à la face par exemple, sont souvent très gênants pour le malade et malaisés à faire pour le chirurgien. L'éther picriqué permet de supprimer nombre d'entre eux.

II

Dans quels cas, maintenant, doit-on employer l'éther picriqué de préférence à l'eau picriquée ?

Nous n'hésitons pas, pour notre part, à déclarer fort large l'emploi de la solution éthérée — que peu de chirurgiens ont encore employée, comme nous le verrons à propos du traitement picriqué de l'eczéma — et nous ne réserverons pour les pansements à la solution aqueuse que les plaies où l'épiderme présente de grandes dénudations (brûlures étendues et profondes, plaies de vésicatoires, vastes ulcères de jambe), et où par conséquent l'application de l'éther est douloureuse.

Partout ailleurs nous préconiserons l'emploi de la solution éthérée, bien plus pratique, comme nous l'avons vu.

Étudions séparément chacun de ces cas ; chemin faisant, nous ferons justice de quelques reproches faits à notre méthode de traitement.

a. *Plaies superficielles : éraflures, égratignures, écorchures.* — Ces sortes de plaies sont nettoyées, rasées s'il y a lieu, débarrassées de toutes les malpropretés plus ou moins pharmaceutiques dont les malades, souvent, ont jugé bon de les souiller (vaseline, huiles, onguents et baumes de nuances variées, cataplasmes divers : à la graine de lin, à la fécule de pomme de terre, à la mie de pain mâchée ou trempée dans du lait ou du vin, feuilles diverses, de salade, de chou..., macérées ou non dans une liqueur quelconque).

Elles sont dégraissées si un pansement gras a été appliqué au préalable par des mains plus ou moins inexpérimentées, à l'aide d'une solution de carbonate de soude, de l'alcool ou de l'éther. Et enfin, on badigeonne la plaie doucement et à trois ou quatre reprises à l'éther picriqué à saturation.

Puis, le malade est renvoyé sans autre pansement (à condition qu'il ne présente pas d'autres lésions plus sérieuses, lymphangite, adénite... pour lesquelles d'autres soins seraient nécessaires), la couche d'acide picrique étant suffisamment occlusive pour éviter l'infection par les germes de l'air.

Les *ampoules* superficielles seront traitées comme les phlyctènes des brûlures : incision de la phlyctène, évacuation de la sérosité et badigeonnages.

b. *Brûlures.* — Le traitement picriqué donne d'excellents résultats pour les brûlures superficielles : premier, deuxième et troisième degrés, avec escare superficielle, laquelle s'éliminera d'elle-même (1).

On a souvent reproché à ce traitement des brûlures par l'acide picrique en solution aqueuse d'être douloureux, au point d'arracher des cris aux malades. Ce reproche est mal fondé. Si nous faisons souffrir nos malades, ce qui nous arrive malheureusement assez souvent, c'est parce que nous sommes obligés de nettoyer la peau ; il nous faut la savonner, la frotter, enlever tous les corps gras que le malade ou... le pharmacien y a déposés, la décaper à l'alcool pour permettre à l'acide picrique de se fixer sur l'épiderme. Voilà la raison de la douleur, et nous ne pensons pas qu'elle soit imputable au traitement par l'acide picrique. Tout autre pansement antiseptique, fait dans les mêmes conditions *indispensables* de propreté, *doit être* pareillement *douloureux*.

Nous allons même plus loin, et nous prétendons que l'acide picrique est un analgésique. Nombre de nos brûlés pansés à la Pitié peuvent en témoigner. L'application du pansement picriqué calme très rapidement la douleur ou la fait même cesser complètement.

En dermatologie, nous retrouverons, d'ailleurs, la même propriété : l'acide picrique sera un antiprurigineux, et, comme tel, fera merveille dans le traitement des eczémas, du psoriasis et des érythèmes médicamenteux.

Quant à l'application de l'éther picriqué, elle peut être désagréable sur une surface dermique à vif. Mais les picotements, la sensation de cuisson que ressent le malade sont parfaitement tolérables, d'autant qu'ils sont de peu de durée.

---

(1) Voir notamment : Dakhyl. *Contribution clinique à l'étude du traitement des brûlures spécialement par l'acide picrique*, Th. de Paris, 1898. — Debacq. *Emploi de l'acide picrique en thérapeutique*, Th. de Paris, 1898. — Dousset. *Traitement des brûlures superficielles par l'acide picrique*, Th. de Toulouse, 1899. — Filleul. *Traitement des brûlures superficielles par la solution saturée d'acide picrique*, Th. de Paris, 1894. — Giraudon. *Contribution à l'étude du traitement des brûlures*, Th. de Paris, 1895. — Papazoglou. Loc. cit. — Robert. *Étude clinique et thérapeutique sur l'acide picrique*, Th. de Montpellier, 1899. — Thiéry. Loc. cit.

A peine a-t-on cessé le contact du pinceau avec la plaie, que la souffrance a disparu. La douleur, en admettant qu'elle existe, est due au fait même de l'attouchement de la plaie, ainsi qu'à la cautérisation superficielle par l'éther, et non à l'action de l'acide picrique. Ce qui nous le prouve, c'est l'indolence absolue, que nous avons si souvent remarquée, des pansements à l'eau picriquée — une fois la plaie ou la brûlure nettoyée.

Nous avons observé nous-même de nombreux cas de brûlures, parfois très étendues, dont la guérison a été obtenue en quelques jours et, le plus souvent, *sans aucune souffrance*, par l'emploi de l'éther picriqué.

Observation I (personnelle). — Mme H..., quarante-neuf ans, atteinte d'une brûlure de la face au deuxième degré, comprenant toute la figure (joues, lèvres, paupières, front), et causée par l'explosion d'une lampe à alcool.

Nettoyées au bicarbonate de soude et lavées à l'eau picriquée, les brûlures ont été badigeonnées à l'éther picriqué (5 juillet 1900). La malade part sans pansement.

6 juillet. Léger badigeonnage à l'éther picriqué. L'épiderme est déjà asséché. La malade est guérie et n'a plus besoin de revenir.

Obs. II (1). — *Brûlures par la chaux.* — Jean H..., vingt ans, débardeur, se présente à la consultation de la Pitié le 20 juillet 1899.

1° Brûlures au deuxième degré, étendues à toute la région antérieure du thorax et à la région péri-ombilicale où elles atteignent le troisième degré.

2° En arrière deux brûlures, de la dimension d'un fond de bouteille environ, symétriques, de chaque côté de la colonne vertébrale, à la hauteur de l'épine de l'omoplate et de la fosse sus-épineuse.

3° Aux jambes, deux brûlures circulaires et symétriques correspondant au haut de la chaussure, formant un anneau de 1 centimètre de hauteur environ.

4° Enfin, à la peau dorsale des orteils du pied droit, brûlures également au deuxième degré.

Ces brûlures ont été produites par de la chaux vive que le malade déchargeait d'un bateau, le torse nu, le 19 juillet.

Un premier pansement avait été fait le jour même à l'hôpital Saint-Maurice (eau phéniquée, pommade iodoformée). Après ce pansement, le malade dit avoir *beaucoup souffert*, au point de se trouver mal plusieurs fois et de n'avoir pu rester dans son lit la nuit (2).

Le 20 juillet, premier pansement picriqué.

Le 21, les brûlures sont cicatrisées, sauf celles du ventre et de l'épaule gauche, qui sont en bonne voie de guérison. Deuxième badigeonnage à l'éther picriqué.

Le 24, le ventre est presque sec. Troisième badigeonnage.

Le 27, le malade est guéri.

Obs. III. — Jean F..., quarante-sept ans, ébéniste. Brûlures au deuxième degré de l'index, du médius et du petit doigt de la main gauche, causées par la potasse.

Le malade ne se soigne pas, mais comme la douleur augmente, au point d'empêcher le sommeil, il se rend à la Pitié quatre jours après l'accident (18 juillet 1899).

On entreprend le traitement picriqué, d'abord par l'eau, puis par l'éther. Après quinze jours de ce traitement, la douleur avait complètement disparu, la peau était kératinisée sans cicatrices, les mouvements faciles.

Obs. IV. — Alfred C..., cinquante-quatre ans, garçon de laboratoire. Brûlures du cuir chevelu, de la moitié de la figure, de tout le membre supérieur gauche et de l'avant-bras droit, par térébenthine et essence (11 octobre 1898).

Les mains et les bras avaient été enduits d'huile après l'accident.

Dégraissage, évacuation des phlyctènes. Pansement à l'éther picriqué de la tête, de la figure, de l'épaule et de l'avant-bras droit. Deux badigeonnages le 11 et le 12.

Guérison le 13.

L'avant-bras gauche et les mains, qui avaient été huilés et plus sérieusement atteints, sont soignés à l'eau picriquée puis à la gaze sèche picriquée.

Guérison le 20 et le 22 octobre.

Obs. V. — Albert L..., quarante-quatre ans, charron. Brûlure par acide phénique fort, versé sur une plaie de la face dorsale de la main droite, 21 octobre 1899.

La plaie est noire. Œdème énorme de toute la main. Peu de souffrances. Pansement à l'éther picriqué.

Le 23, la main est désenflée. Même pansement.

Le 26, tout est cicatrisé; le malade ne reviendra plus.

Obs. VI. — B..., vingt et un ans. Brûlure circulaire au troisième degré, autour du poignet, sur une hauteur de 7 à 8 centimètres, étendue à la face dorsale de la main et au bord cubital de l'avant-bras jusqu'à la région olécranienne, due à une solution concentrée d'acide phénique délivrée par un pharmacien, pour soigner une écorchure de la main.

Pansée d'abord par ce même pharmacien avec de la vaseline et du liniment oléo-calcaire.

21 juillet 1899. Dégraissage de la peau. Pansement à l'eau picriquée.

Le 22. Amélioration très notable. Éther picriqué.

Les 24, 27 et 31. Nouveaux pansements à l'éther picriqué. La face dorsale est guérie.

Le 3 août. Dernier pansement.

La malade revenue le 5 part sans pansement.

Obs. VII. — Charles N..., dix-neuf ans, tireur de feuilles. Brûlure des bourses au deuxième degré, par l'acide sulfurique, le 19 juillet 1899.

Pansé d'abord à la vaseline boriquée. Souffre beaucoup.

Le 22 juillet, vient à la Pitié.

Badigeonnages à l'éther picriqué.

Guérison (un seul pansement).

Obs. VIII (personnelle). — Mme K..., masseuse. Brûlures des deux bras au premier degré, par l'acide phénique, 11 juillet 1900.

Pansement à l'eau picriquée aussitôt après l'accident. Nous la voyons le lendemain à la Pitié, où nous lui faisons des badigeonnages à l'éther.

Guérison en quarante-huit heures.

De l'aveu de la malade, le pansement picriqué l'a soulagée immédiatement de ses douleurs intenses.

c. *Érythèmes médicamenteux.* — Le traitement picriqué des érythèmes médicamenteux est simple, rapide, et totalement inoffensif (1). On a reproché, il est vrai, à l'acide picrique d'être lui-même cause d'érythèmes. Le fait a pu être observé, mais est extrêmement rare, à côté de ceux causés par le salol, l'iodoforme, l'acide phénique, l'onguent mercuriel, le sublimé, l'essence de térébenthine. Encore l'érythème picriqué est-il dû, dans la plupart des cas, à un usage défectueux de l'acide picrique (2). Témoin l'observation présentée

(1) Nous remercions bien vivement de son obligeance Mme de Saint-Amant, à qui nous devons la plupart de nos observations non personnelles.

(2) A méditer par ceux qui reprochent à l'acide picrique d'être douloureux.

(1) Pierridès. *Traitement des érythèmes médicamenteux par l'acide picrique*, Th. de Paris, 1898. — Thiéry. Loc. cit.

(2) Delebecque. *Traitement du zona par l'acide picrique* (Obs. V, Floquet), Th. de Paris, 1898. — Debacq. Loc. cit.

par Latouche [d'Autun (1)], d'accidents dus à « l'application de 200 grammes de pommade picriquée à 10 p. 100, ce qui fait 20 grammes d'acide picrique, sur un enfant de trois ans, et offrant de larges surfaces d'absorption » !

L'acide picrique ne doit pas être considéré comme toxique (2), son ingestion sans accidents graves le prouve (3) et son emploi dans le traitement des érythèmes doit être accepté.

« Je puis affirmer aujourd'hui, dit M. Thiéry (4), que l'érythème picriqué est non seulement beaucoup plus rare que les autres érythèmes médicamenteux, mais que les applications picriquées peuvent réprimer et faire rétrocéder une poussée d'érythème survenue à la suite d'une application d'un autre topique.

L'éther picriqué est la solution de choix pour ce traitement. »

Obs. IX. — Léon F..., cinquante ans, ajusteur.

Érythème iodoformé du pouce et de l'avant-bras droits, forte lymphangite de la main (14 octobre 1899).

Le pansement à l'éther picriqué est institué.

Le 15 octobre. Lymphangite de la main amendée; pouce en meilleur état. Deuxième pansement.

Les 17 et 19. Même traitement (éther picriqué).

Le 22. Guérison.

Obs. X. — Jean B..., cinquante-cinq ans, journalier.

Érythème phéniqué de la main gauche. Le malade nous est envoyé à la Pitié par le docteur D... le 22 octobre 1898.

Pansement à l'éther picriqué.

Guérison. Une seule application a suffi.

d. *Sutures.* — Au dernier Congrès de chirurgie (5), M. Thiéry préconisa « l'emploi de l'éther picriqué dans la réunion des plaies opératoires ou désinfectées par la suture ».

L'asepsie de la peau, dit-il, est toujours superficielle; sa couche profonde reste septique, et l'on peut retrouver dans ses glandes des organismes vivants, des demodex, à plus forte raison des bactéries que la perspiration cutanée et la sudation ramènent bientôt à la superficie. Les fils peuvent ainsi être infectés secondairement et produire une suppuration tardive.

L'évaporation sur la suture de quelques gouttes d'éther picriqué, rendrait les fils réfractaires à l'infection d'origine sébacée ou sudoripare; par la fixation des éléments de la peau, par la condensation des tissus, s'opposerait à l'exsudation, milieu de culture pour les micro-organismes; protégerait la plaie contre les poussières atmosphériques ou contre les souillures d'un pansement défectueux; enfin, par la kératinisation produite, hâterait la consolidation de la cicatrice.

Nous avons nous-même remarqué le bon effet de ce procédé sur les malades suturés à l'hôpital. Les lèvres de l'incision ou de la plaie étaient toujours parfaitement accolées et sèches. Aucun suintement autour des fils; pas d'infection de ceux-ci. L'éther picriqué fusant le long des crins de Florence, puis l'éther s'évaporant, l'acide picrique doit se déposer autour de ces crins, les isoler des parois cutanées, elles-mêmes recouvertes d'un enduit protecteur d'acide picrique. Et il nous paraît parfaitement logique de supposer qu'un fil même modérément septique puisse, par ce mécanisme, demeurer dans une plaie sans aucunement l'infecter.

Peut-être enfin pourrait-on conserver les fils à suture (crins, soies...) dans une solution picriquée qui assurerait leur asepsie, et dont l'emploi serait si pratique et si peu coûteux?

M. Thiéry a déjà imaginé une préparation de ce genre pour le catgut, ce qui le rend moins rapidement résorbable.

e. Avant d'entrer dans le domaine de la dermatologie, nous voulons signaler une application de l'éther picriqué encore peu connue : c'est son emploi comme agent de cicatrisation sur la plaie qui résulte de l'opération d'un *ongle incarné*.

Après ablation totale de l'ongle et extirpation de sa matrice et des parties charnues ulcérées au bistouri ou à la curette, nous faisons tomber sur la surface cruentée quelques gouttes d'éther picriqué, dont la volatilisation rapide est, au besoin, activée par le souffle jusqu'à la formation d'une pellicule jaune, recouvrant complètement la plaie. Puis, un pansement sec est appliqué, suffisament serré pour éviter toute hémorragie. Notre opéré revient trois jours après; un second pansement, lâche cette fois, lui est fait : la plaie est en bonne voie, la kératinisation commencée. Dès ce moment, nous le laissons, s'il le désire, reprendre peu à peu son travail et marcher; environ vingt jours après l'opération, la cicatrice est sèche, lisse, indolente; la guérison absolue et définitive.

f. *L'éther picriqué en dermatologie : Eczéma. Psoriasis. Zona.* — Cerasi, le premier, employa l'éther picriqué, et avec succès, dans un cas d'eczéma impétigineux (1). Gaucher, après lui, recommanda le traitement de l'eczéma par l'acide picrique (2). Une discussion s'engagea bientôt sur sa communication entre les dermatologistes (3), mais l'accord s'établit bientôt.

« J'ai obtenu de remarquables résultats dans l'eczéma aigu, dit Leredde (4)... Il suffit, pour en juger, de traiter les lésions d'un côté du corps par l'acide picrique, et celles de l'autre côté, par quelque autre traitement que ce soit, lorsque l'eczéma est bilatéral. »

Aubert (5), élève de Gaucher, écrit ceci dans les conclusions de sa thèse :

« 4° L'action de l'acide picrique est énergique et rapide, la guérison est obtenue dans un temps très court, variable entre dix et quinze jours.

5° Il n'est ni irritant, ni caustique, ni toxique; il est applicable chez les enfants et sur de larges surfaces. »

Taïx (6) précise ainsi l'emploi de l'acide picrique :

« A. Le traitement de l'eczéma par l'acide picrique est indiqué :

1° Dans les eczémas aigus;

2° Dans les poussées aiguës des eczémas chroniques, par-

(1) Pierridès. Loc. cit. p. 28.

(2) Mlle Reveliotti. *L'acide picrique est-il toxique?* Th. de Paris, 1899.

(3) Expériences de Soulier sur l'intoxication par l'acide picrique. (Soulier. *Traité de thérapeutique et de toxicologie.*)

(4) In Th. Pierridès.

(5) Thiéry. *Bull. du Cong. de chir.*, 1899, p. 614.

(1) Cerasi. *Gaz. med. di Roma*, avril 1889.

(2) Gaucher. Soc. méd. des hôpit., 21 mai 1897.

(3) Leredde, Besnier, Darier. Soc. de dermat., 10 juin 1897.

(4) Leredde. *Ann. de dermat.*, 1897, p. 664. — Voir aussi Debacq. Th. citée.

(5) Aubert. *Traitement de l'eczéma par l'acide picrique*, Th. de Paris, 1897.

(6) Taïx. *De l'emploi de l'acide picrique dans l'eczéma* (conclusions), Th. de Montpellier, 1899.

ticulièrement s'il y a tendance à l'exulcération épidermique et au suintement.

3° Dans les eczémas séborrhéiques (impétigineux de l'enfance).

B. Il est contre-indiqué dans les eczémas chroniques et généralement dans tous ceux qui s'accompagnent d'un épaississement de l'épiderme (eczémas lichénoïdes).

Néanmoins, il a l'avantage, même dans ces cas, de calmer les démangeaisons (1).

C. Dans aucun cas, l'acide picrique, employé suivant notre technique, ne peut faire courir de risques d'intoxication. »

Presque tous les dermatologistes emploient l'eau picriquée (2). La solution éthérée est cependant bien plus pratique.

Obs. XI (personnelle). — Séraphin A..., trente et un ans, cordonnier. Atteint depuis le mois de décembre 1899 d'eczéma suintant des deux oreilles. Soigné sans résultat.

Le 14 mars 1900 arrive à la Pitié avec des oreilles énormes, suintantes, le conduit auditif suppurant.

Injection d'eau boriquée. Attouchement à l'éther picriqué du conduit auditif avec un stylet boutonné garni de coton hydrophile. Badigeonnages de l'oreille externe.

Après quatre pansements faits tous les deux jours, le malade est guéri (20 mars).

Obs. XII (3). — Paul J..., quarante-quatre ans.

Psoriasis de la jambe droite, diagnostiqué et traité à la consultation de Saint-Louis, pendant huit jours par des pansements à l'eau boriquée.

Le malade n'étant aucunement soulagé cesse d'aller à Saint-Louis, sa jambe, dit-il, « était comme à vif » et des démangeaisons terribles troublaient chaque nuit son sommeil.

Le malade se fit lui-même des applications de farine de seigle, qui, prétend-il, le soulagèrent en partie.

Le 9 décembre 1899, il vient à la Pitié.

Les deux tiers inférieurs de la jambe moins atteints, moins recouverts de lamelles psoriasitiques que le tiers supérieur, furent traités par un pansement pulvérulent au sous-nitrate de bismuth ; le tiers supérieur par des badigeonnages d'éther picriqué ; on recommande au malade de cesser tout travail et de se reposer.

12 décembre. Le tiers supérieur de la jambe est très amélioré ; les squames sont tombées en grande partie, et la peau sous-jacente est lisse, sèche, élastique.

Les deux tiers inférieurs sont dans le même état que le 9. Enfin le malade raconte que, seule, la région soignée à l'éther picriqué ne le démange plus la nuit.

On remplace alors le pansement pulvérulent par l'éther picriqué ; toute la jambe est badigeonnée.

15 décembre. Toutes les squames sont tombées.

20. La peau, après la chute des écailles psoriasitiques, est rosée, sèche, fine.

Le malade n'éprouve plus aucune démangeaison, et peut rester longtemps debout sans fatigue.

On fait de nouveaux badigeonnages picriqués, ainsi que le 25.

30 décembre. On supprime l'éther picriqué. Pansement à la gaze stérilisée sèche.

2 janvier. Pansement pulvérulent au sous-nitrate de bismuth. Le malade est renvoyé avec le conseil de continuer à en saupoudrer sa jambe.

(1) Acide picrique antiprurigineux. (Aubert. Th. citée.)

(2) Brousse. Indications et mode d'emploi de l'acide picrique dans les affections eczémateuses, *Montpellier méd.*, 1897. — Gaucher, Leredde. Loc. cit. — Mac-Lennan (de Glasgow). *Semaine méd.*, 6 janv. 1897. — Waldo. Picric Acid in eczema, *Brit. med. Journ.*, London 1897.

(3) Due à l'obligeance de Mlle Mouroux, externe des hôpitaux.

5 janvier. Le malade, complètement guéri, revient dans le service adresser ses remerciements.

Le zona a été également traité avec succès par l'acide picrique : Thiéry et Floquet (1) ont employé les solutions aqueuse et éthérée ; Brocard le collodion picriqué.

Obs. XIII. — Etienne V..., douze ans, a été atteint le 16 juillet 1899 d'un zona avec phlyctènes, qui a débuté à la région deltoïdienne droite, a gagné la région occipitale puis les sus et sous-épineuses, formant ainsi une traînée rouge de la largeur de la main. Il existe de plus une petite plaque de zona à la région du pli du coude droit.

La mère avait mis de l'huile, sans résultat naturellement ; l'enfant accusait de vives souffrances.

18 juillet. Badigeonnages à l'éther picriqué.

19. Les phlyctènes sont affaissées, la rougeur est moins accusée ; l'enfant souffre moins et a mieux dormi.

Ether picriqué.

20 juillet. *Idem.*

21. Toute douleur a disparu ; la guérison est complète.

g. *Erysipèle.* — Calvelli (2), le premier, employa l'acide picrique dans le traitement de l'érysipèle, mais il se servait de la solution aqueuse. L'éther picriqué nous paraît plus pratique que l'eau, et d'une efficacité au moins aussi grande que tous les sérums plus ou moins antistreptococciques.

Obs. XIV. — Pierre M..., cinquante et un ans, cuisinier. A ressenti le 4 juin 1899, à cinq heures et demie du soir, de violentes douleurs dans les mâchoires ; puis à sept heures, en dînant, a été pris brusquement de malaise et de vomissents. La nuit a été très agitée, le malade n'a pas dormi. Le lendemain matin, à sept heures, il s'est mis à frissonner, a claqué des dents, en proie à un fort accès de fièvre ; il se rend aussitôt à la consultation de la Pitié où l'on diagnostique un érysipèle.

La joue et la tempe droites sont dures, rouges, bouffies, les paupières œdématiées.

Badigeonnages d'éther picriqué et enveloppement ouaté.

Le 6 juin, le malade, a bien dormi, n'a plus de fièvre ; il a recommencé à manger. La rougeur est déjà moins prononcée.

Pansement picriqué, à l'eau d'abord, puis à l'éther, toujours enveloppement ouaté.

Le 7. L'œdème a notablement diminué ; la rougeur diminue.

Gargarismes phéniqués. Pansement picriqué.

Le 8. La rougeur est plus accusée, envahissant le front, mais l'induration a disparu.

Même pansement.

Le 9. L'amélioration continue.

Le 10. Une petite plaque rouge, de la dimension d'une pièce de 2 francs, se dessine sous le maxillaire inférieur ; la paupière inférieure et la tempe droite n'ont pas complètement repris leur aspect normal.

Pansement picriqué.

Le 12. Il n'y a plus trace d'induration ni d'œdème, mais encore un peu de rougeur.

Pansement ouaté, sans badigeonnages.

Le 14. Pansement picriqué de la région sous-maxillaire seulement.

Le 15. Le malade part définitivement guéri.

Obs. XV (personnelle). — François M..., trente-deux ans, maçon, se présente à la consultation chirurgicale de la Pi-

(1) Voir les cas de Thiéry et de Floquet, in Th. Delebecque.

(2) Calvelli. *Gaz. degli Hosp.*, 1889, p. 8.

tié le 22 juin 1900, où M. Thiéry le reconnaît atteint d'un érysipèle de la face.

La région sous-orbitaire droite, la paupière inférieure et les ailes du nez, la droite principalement, sont rouges et empâtées, avec placards jaunâtres disséminés. L'œdème, limité par un bourrelet très net, a débuté avant-hier dans le sillon naso-génien droit et s'est surtout accentué depuis hier.

Le malade a perdu l'appétit, et a été pris la veille à quatre heures d'un accès de fièvre assez intense : frissons brusques, maux de tête violents accompagnés de nausées et de vomissements.

Sur son refus d'entrer à l'hôpital, nous lui faisons des badigeonnages d'éther picriqué, dépassant largement les limites du mal, c'est-à-dire le bourrelet érysipélateux. Puis, pansement à l'eau picriquée. Le malade n'a aucunement souffert de ce traitement.

23 juin. Le malade a passé une très bonne nuit, puis a mangé de bon appétit.

L'œdème a diminué, le bourrelet est moins saillant.

Deuxième pansement picriqué (éther).

25 juin. Le malade va beaucoup mieux; il n'accuse plus de douleur. L'œdème a complètement disparu à la paupière inférieure et aux ailes du nez; seule, la joue est encore légèrement tuméfiée.

Troisième pansement picriqué (éther).

27 juin. Il n'y a plus trace d'œdème.

Quelques croûtelles seules persistent à la région malaire que l'on badigeonne pour la dernière fois à l'éther picriqué.

Le malade est guéri.

IV

Bien d'autres applications de l'acide picrique ont été tentées avec succès, soit dans le traitement des ulcères de jambe (1), soit dans celui des chancres phagédéniques (2), du lupus (3), de l'épithélioma (4), de la pharyngite chronique (5), des blépharites (6), des otites suppurées (7), soit dans le pansement du cordon ombilical (8), soit enfin dans la blennorragie (9), la métrite, etc.

Mais comme il ne s'agit point dans ces cas de la solution éthérée, ou que, du moins, nous n'en possédons pas personnellement d'observations, nous n'en parlerons pas.

En terminant, nous signalerons la solution alcoolique d'acide picrique comme pouvant, à la rigueur, remplacer la solution éthérée; elle lui serait même préférable dans certains cas : froidures, engelures, hyperhydrose (10).

V

Nous voyons par cet exposé que l'éther picriqué est appelé à rendre au chirurgien et au dermatologiste d'importants services, chaque fois que ceux-ci veulent obtenir par la siccité des pansements la cicatrisation rapide d'une plaie, d'une excoriation ou d'une ulcération superficielle, et nous résumerons notre travail en quelques brèves conclusions.

1° L'éther picriqué (à saturation) est un kératoplastique puissant, rapide et inoffensif.

2° Il constitue le type du pansement sec, et, par conséquent, le taffetas gommé et les corps gras sont absolument contre-indiqués; il faut avoir soin, si un pansement gras a été antérieurement appliqué, de dégraisser soigneusement la peau.

3° C'est un analgésique et un antiprurigineux.

4° Plus facile à manier que l'eau picriquée, il doit remplacer cette solution dans tous les cas où les dénudations épidermiques ne sont pas trop étendues et où l'excitation superficielle des tissus par l'éther est sans difficulté tolérée par le malade.

5° La douleur que peut occasionner cette irritation est elle-même de courte durée.

6° En dehors des cas où le traitement picriqué est indiqué par la majorité des auteurs, de nombreux essais ont été faits qui doivent être encouragés.

(1) Vaugrente. *Traitement des ulcères de jambe*, Th. de Paris, 1894.
(2) Hawtorn. *Journ. de méd. et de gyn.*, 1899, p. 200.
(3) Spanocchi. *Semaine méd.*, 1895, annexes, p. XIV.
(4) Morau. *Bull. de la Soc. de biol.*, séance du 10 juin 1893.
(5) Levassort.
(6) Fage. *Écho méd. du Nord*, 2 janv. 1898.
(7) Lacroix. *Arch. internat. de laryngol.*, nov.-déc. 1897, p. 660.
(8) Rochon. *Semaine méd.*, 1897, p. 319.
(9) Voir : A. Casteau. *Bull. du Cong. d'urologie*, 1899. — Chéron. *Revue des mal. des femmes*, 1895, et *C. R. du Cong. de Bruxelles*, 1896. — Desnos et P. Guillon. *Journ. de méd. et de gyn.*, oct. 1899, p. 403.— Rochon. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 10 avril 1898. — Scatolari et Antonelli. *Semaine méd.*, 1898, p. 359. — Thomas. *Traité des urétrites par le protargol et l'acide picrique*, Th. de Paris, juillet 1899. — Vigneron. Th. de Paris, 1894.
(10) Debacq. Th. citée.

MÉDECINE PRATIQUE

Hoquet.

1° *Traitement du symptôme*. — *a*. M. G. Lyon recommande d'employer d'abord les petits moyens bien connus : suspendre la respiration, faire des inspirations lentes, applications chaudes ou froides, boire lentement quelques gorgées d'eau froide; la compression du phrénique pendant quelques instants entre les deux chefs sterno-claviculaires du muscle sterno-cléido-mastoïdien a donné d'excellents résultats.

b. Médicaments usités : eau chloroformée, éther (x à xx gouttes sur du sucre), laudanum, bromure de potassium, mentol, cocaïne, etc.

Duchenne (de Boulogne) a préconisé la galvanisation du phrénique : placer le pôle positif sur le trajet du phrénique, au niveau du cou, et promener l'électrode négative sur la base du thorax, au niveau des insertions du diaphragme.

2° *Traitement de la cause*.— Le hoquet dû à une cause locale, au cours d'une affection du tube digestif, de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire, au cours de la grossesse ou d'une intoxication, n'a pas de traitement particulier.

Au cours des maladies infectieuses, on note certaines indications. Dans le choléra, applications chaudes à l'épigastre, dans la péritonite morceaux de glace dans la bouche.

Dans le hoquet post-scarlatineux on recommande le drap mouillé [Chambard (de Lyon)].

Hoquet hystérique. — Il est bruyant, rauque, à timbre éclatant, remarquablement tenace.

On peut prescrire :

Hydrate de chloral	2 à 4 grammes.
Sirop de sucre................	40 —
Hydrolat de menthe..........	50 —

F. S. A. — A prendre en deux ou trois fois, à une heure d'intervalle.

Le permanganate de zinc dans l'urétrite.

Cristaux semblables au permanganate potassique, très hygroscopiques, facilement solubles dans l'eau. M. Ferkeley Hill a employé avec beaucoup de succès le permanganate de zinc pendant plusieurs années pour le traitement de toutes les formes d'urétrite, mais surtout pour les formes aiguës de cette maladie. Ce qui est particulièrement remarquable dans l'action de cette préparation, c'est qu'elle est absolument dépourvue des effets irritants sur les muqueuses. On fait bien de ne jamais ordonner le permanganate de zinc en

solutions concentrées, la dose de 5 grammes sur 2000 grammes d'eau est la plus convenable. Il faut écarter rigoureusement des formules l'alcool, les extraits végétaux, etc., avec lesquels le permanganate de zinc forme des composés explosibles. (*Nouv. remèdes.*)

Traitement du prurit survenant chez les femmes à la ménopause (W. Shœmaker).

Oxyde de zinc	0gr3 centigr.
Quinine	2gr5 —
Extrait d'aloès	1 gramme.
Suc de réglisse	Q. S.

Pour faire pilules n° 20 (chaque pilule contient 0gr015 milligrammes d'oxyde de zinc). A prendre, par une pilule, trois fois par jour.

En même temps, les parties prurigineuses seront lavées à l'eau phéniquée faible additionnée de menthol ou d'alcool aromatique.

De l'acide oxalique comme expectorant.

M. V. Poulet (de Plancher-les-Mines), qui emploie depuis quelque temps déjà l'acide oxalique dans les cas d'asthme, de bronchite capillaire et même de bronchite tuberculeuse, continue à obtenir de bons résultats par l'usage de ce médicament, qu'il considère comme un excellent expectorant. Notre confrère l'emploie sous la forme d'une potion dont voici la formule :

Acide oxalique	2 grammes.
Infusion de thé	190 —
Sirop d'éc. d'oranges amères	75 —

F. S. A. — A prendre une cuillerée à bouche d'heure en heure.

Cette médication, qui serait d'une innocuité parfaite, amènerait rapidement la disparition de tous les symptômes menaçants de la bronchite capillaire : angoisse, suffocation et cyanose. (*Gaz. hebd.*)

Le salicylate de méthyle.

1° Liniments huileux

A. Salicylate de méthyle	20 grammes.
Baume tranquille	50 —

F. S. A.

B. Salicylate de méthyle	20 —
Huile de camomille camphrée	50 —

F. S. A.

C. Salicylate de méthyle	20 —
Chloroforme	10 —
Laudanum	10 —
Huile de jusquiame	80 —

F. S. A.

2° Friction alcoolique

Salicylate de méthyle	10 grammes.
Baume de Fiovaranti	80 —

F. S. A.

3° Pommades

A. Salicylate de méthyle	10 grammes.
Cire	15 —
Axonge	35 —

F. S. A.

B. Salicylate de méthyle	10 —
Lanoline	20 —
Vaseline	10 —

F. S. A. — P. L. (*Anjou médical.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, vient d'être élevé au grade de commandeur dans l'ordre du Mérite agricole.

— M. le médecin-major de première classe Prieur vient d'être promu au grade de chevalier de la Légion d'honneur.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Suberbie, Viron (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Dauriac, G. Paul-Boncour, R. Raimondi, Reuet (de Paris); G. Bourée (de Châtillon-sur-Seine); Bret (de Lyon); Tassard (de Saint-Laurent-du-Jura); Troyon (de Rethel).

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 37e semaine, 842 décès, au lieu de la moyenne 810.

La fièvre typhoïde a causé 19 décès; la variole, 12; la rougeole, toujours rare en automne, seulement 3; la coqueluche 1; la diphtérie 4. Il n'y a pas eu de décès par scarlatine.

La diarrhée infantile, en baisse, a causé 58 décès de 0 à 1 an au lieu de 66 pendant la semaine précédente, de 95 pendant la semaine antérieure et au lieu de la moyenne 82.

En outre, 13 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 62 décès, au lieu de 48 pendant la semaine précédente et au lieu de 64, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 8 décès (au lieu de la moyenne 6); bronchite chronique, 15 (chiffre identique à la moyenne); broncho-pneumonie, 13 (au lieu de la moyenne 22); pneumonie, 26 (au lieu de la moyenne 21).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 21 décès, dont 15 sont dus à la congestion pulmonaire. Il n'y a pas eu de décès par grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 173 décès (au lieu de la moyenne 171); la méningite tuberculeuse, 8 décès; la méningite simple, 18; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 42 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 59 décès; les maladies organiques du cœur, 59; le cancer a fait périr 56 personnes; enfin 23 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 109. — MARDI 25 SEPTEMBRE 1900. 73e ANNÉE. MARDI 25 SEPTEMBRE 1900. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — ZONA AU COURS D'UNE DIPHTÉRIE PSEUDO-MEMBRANEUSE DES FOSSES NASALES, par M. Paul VIOLLET. — DU CANCER THYROÏDIEN; SYMPTÔMES ET FORMES CLINIQUES (*fin*), par M. A. CARREL, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon. — MÉDECINE PRATIQUE. Comment le médecin non spécialiste doit traiter l'otorrée; — Bruit de frottement pleural et moyen de le produire; — Traitement de la parotidite; — Collyres contre les kératites ulcéreuses. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

ZONA AU COURS D'UNE DIPHTÉRIE PSEUDO-MEMBRANEUSE DES FOSSES NASALES

Par M. Paul VIOLLET.

La diphtérie limitée aux fosses nasales est assez fréquemment observée (1); c'est, pour ma part, le second cas de ce genre que j'observe. En revanche, l'apparition d'un zona au cours de la diphtérie doit être rare; je n'ai pu trouver explicitement mentionnée cette éventualité dans les principales revues bibliographiques ou traités classiques, bien que le zona ait dû, je pense, être déjà signalé comme complication possible de cette maladie. Dans son *Traité de la diphtérie* (2), Sanné dit à propos de la diphtérie cutanée :

« On admet généralement que la privation de l'épiderme est indispensable au développement de la diphtérie cutanée, il peut en être ainsi quand le sujet est sain et que l'excoriation sert de porte d'entrée au poison diphtérique. Lorsque le malade est infecté antérieurement, il arrive souvent, que la fausse membrane se développe sous l'épiderme; l'exsudation se fait aux dépens du corps muqueux de Malpighi et donne lieu à des vésicules où à des phlyctènes dont le fond est tapissé par la fausse membrane. Dans ces cas une simple irritation de la peau suffit pour faire appel à la diphtérie. »

A l'exception du terme de fausse membrane employé peut-être d'une façon impropre par Sanné, à une époque où la bactériologie ne permettait pas encore de faire le départ des lésions toxiques et bactériennes, cette description ne peut-elle pas s'appliquer au zona? On en jugera par l'observation que je publie, où précisément l'enfant qui en est l'objet avait été à plusieurs reprises « antérieurement infectée ».

(1) Déjà connue et décrite par Rilliet et Barthez, Bretonneau, Isambert, Laboulbène et Sanné (voir *Traité de la diphtérie* de cet auteur, 1877, p. 67), on la trouvera mentionnée dans les traités spéciaux, notamment dans le *Traité des maladies des fosses nasales* de Moldenhauer, trad. Potiquet, 1888, p. 113; dans la *Thérapeutique des fosses nasales*, de M. Lermoyez, t. I, p. 316; enfin et surtout dans l'article DIPHTÉRIE, écrit par Ruault dans la nouvelle édition du *Traité de médecine* de Bouchard, t. II, 1899, pp. 711, 753.

(2) SANNÉ. Loc. cit., p. 264.

OBSERVATION. — Lucienne L..., trois ans, soignée à l'hôpital Péan depuis le 8 janvier 1900 pour otite moyenne suppurée droite, survenue au cours de la scarlatine que l'enfant a eue au mois d'octobre précédent. La scarlatine avait été tout à fait bénigne; en revanche, au printemps de la même année (1899), l'enfant avait eu une coqueluche fort grave, compliquée de congestion pulmonaire, qui avait failli l'emporter.

Quand je la vis, en janvier, la fillette avait un eczéma péri-auriculaire étendu, avec écoulement purulent de l'oreille; l'eczéma céda assez rapidement à des applications d'iodol combinées à des lavages de l'oreille, avec une solution faible d'ichtyol, mais le suintement de la caisse persistait malgré des cautérisations répétées du fond de la caisse à l'acide chromique et des lavages au sublimé faible, quand l'enfant fut prise d'une diphtérie nasale bien caractérisée, sans que rien n'ait attiré bien particulièrement l'attention de ce côté jusque-là. Disons cependant que dès le 8 janvier nous constations que l'enfant avait du coryza; qu'à la fin de janvier elle fut prise d'une sorte de toux coqueluchoïde pour laquelle elle fut soignée chez elle pendant tout le mois de février par M. Belin, médecin de la famille; qu'enfin depuis sa scarlatine sa mère et M. Belin qui voyait de temps en temps l'enfant ont constaté à plusieurs reprises du jetage nasal. Quoi qu'il en soit, le nez n'avait pas attiré bien particulièrement l'attention de l'élève qui la soignait depuis quelque temps à l'hôpital, puisqu'il ne crut pas nécessaire d'examiner le nez quand il la vit la dernière fois pour son oreille le 8 juin. Le 15, son attention fut attirée par la mère sur l'éruption de la main de l'enfant, l'idée me vint alors d'examiner le nez et je constatai qu'il était rempli de pus.

En interrogeant la mère le 16 juin j'apprends que le nez a coulé depuis huit jours, que dans la nuit du 13 au 14 juin, l'enfant a eu un saignement de nez qui a taché l'oreiller assez largement, il s'est répété plus faible la nuit dernière; avant-hier soir, le 14 par conséquent, l'enfant s'était plaint de mal au doigt; on n'y avait pas attaché d'importance; le 15 au réveil, on constatait à la main droite la présence de petites vésicules claires que l'on crut être des brûlures que s'était faites l'enfant, bien qu'il fût impossible de découvrir comment elle aurait pu se brûler. Le 15 en la couchant et ce matin, la fillette se plaint un peu de sa main quand on l'habille.

A l'heure actuelle, je constate une large plaque vésiculeuse de plus de 2 centimètres carrés sur le dos de la main droite, au voisinage du bord cubital; une autre occupe la face

interne de l'annulaire au voisinage de la racine du doigt sur une hauteur de près de 2 centimètres; l'extrémité du petit doigt, au voisinage de l'ongle, face interne et face dorsale, présente aussi deux petites plaques de vésicules peu étendues mais gorgées de liquide; la paume de la main au milieu de la partie correspondant à ces deux doigts, présente deux plaques, l'une distale de la largeur d'une pièce de 50 centimes, l'autre proximale, située immédiatement en arrière de celle-ci, beaucoup plus petite; enfin on note sur le bord cubital de la main, un peu au-dessous de la racine du petit doigt, une ou deux vésicules isolées, de même sur le dos de la main dans le prolongement du bord interne de l'annulaire et à 1 centimètre environ de sa racine on trouve encore une ou deux vésicules isolées. L'emplacement de ces dernières vésicules isolées est intéressant à noter parce qu'il marque la limite du territoire atteint sur la face dorsale de la main. Ces limites sont à peu près exactement celles de la distribution cutanée du nerf cubital à la main, nulle part l'éruption n'empiète sur le domaine du nerf radial ou du médian. L'éruption est constituée par de petites vésicules claires de la grosseur d'un grain de chènevis, encore bien isolées et intactes hier, elles sont en parties confluentes aujourd'hui, on verra plus loin qu'elles avaient dû apparaître sur un fond nettement érythémateux qui s'atténuait sans doute par la suite. Sur la paroi interne de l'aisselle droite on sent un ganglion du volume d'une petite noisette, peu douloureux, roulant sous le doigt; on n'en sent pas à gauche. L'enfant ne présente aucune éruption caractéristique ailleurs, sur la lèvre supérieure il a quelques petits boutons sans grand caractère, qui semblent résulter de l'irritation produite par le voisinage du nez, dont l'entrée est rouge et excoriée, et existeraient depuis trois ou quatre jours.

L'état général est relativement peu touché, l'enfant mange un peu moins bien depuis une huitaine de jours, la nuit dernière a été agitée, la langue est rosée, le pouls bat à 88, l'enfant va régulièrement à la selle, les urines ne contiennent pas d'albumine; l'enfant ne tousse pas, et ne se plaint pas de la tête.

L'examen de la gorge ne montre rien d'anormal; en revanche la muqueuse nasale dans son ensemble, dans toutes les parties accessibles par la rhinoscopie antérieure tant à droite qu'à gauche, sur les deux faces de la cloison, comme sur les cornets, est recouverte d'une fausse membrane; mince à droite où elle forme une pellicule blanche et adhérente, elle est épaisse de près d'un millimètre à gauche où elle se laisse détacher assez facilement sur la tête du cornet inférieur avec un petit tampon d'ouate; l'oreille malade suinte à peine et ne présente rien de particulier; le fond de la caisse ne bourgeonne plus et la portion du tympan restant est blanche.

Je pratique un double ensemencement sur sérum coagulé et gélose du muco-pus nasal en faisant ma prise avec un stylet flambé dans la profondeur du nez, après avoir fait moucher à plusieurs reprises l'enfant, et en la protégeant du contact du vestibule, à l'aide de deux spéculums nasi et auri introduits l'un dans l'autre.

J'ensemence également le contenu d'une des vésicules de l'éruption cutanée nettoyée avec grand soin avec de l'eau et de l'ouate bouillie.

L'examen des tubes ensemencés pratiqué au bout de vingt heures de séjour à l'étuve 37 degrés me montre pour le nez une culture discrète de colonies toutes semblables sur sérum coagulé, qui à l'examen se montrent constituées par un bacille diphtérique long et moyen gardant le Gram; l'ensemencement des vésicules n'a rien donné.

En présence de cette constatation je pratique dans la journée (17 juin trois heures après midi) une injection sous-cutanée de 16 à 18 centimètres cubes de sérum antidiphtérique frais et je prescris des lavages du nez à l'eau boriquée plusieurs fois par jour.

A ce moment l'enfant n'a toujours rien d'apparent à la gorge, le nez est à peu près dans le même état; il existe de l'adénite sous-maxillaire des deux côtés, les plaques de vésicules de la main forment aujourd'hui de grosses phlyctènes à bords polycycliques présentant une petite bordure rosée peu marquée; l'adénite axillaire est devenue douloureuse, l'enfant se défend quand on cherche à en apprécier le volume.

De plus on constate sur le dos de la main droite l'apparition de quelques vésicules nouvelles qui n'existaient pas hier, elles siègent toutes sur la face dorsale de la main et des doigts au voisinage du bord radial de la main; c'est ainsi qu'on constate la présence de deux petites vésicules au niveau de la portion moyenne de l'index; une petite plaque érythémateuse rouge, semée de petits points clairs, vésiculeux, à peine perceptibles au niveau de la racine du médius, partie moyenne; immédiatement en arrière de ce point, sur la face dorsale de la main, une ou deux vésicules : toutes vésicules qui n'existaient pas hier, et qui par leur siège répondent assez bien à une nouvelle localisation très discrète dans le domaine du nerf radial.

Le 18 juin l'enfant est vu par M. J. Belin, qui confirme sans hésitation le diagnostic de zona; l'enfant dont la main est un peu tuméfiée ne consent pas à remuer les doigts de la main qui est toujours sensible; il existe un peu d'hyperesthésie. L'enfant a très bien supporté l'injection de sérum; température 37 degrés; aucune vésicule nouvelle à la main ou ailleurs; les battements du cœur sont normaux; les paupières se relèvent bien.

Le 19 juin, M. Gellé père, appelé en consultation par M. Belin, constate le bon état de l'oreille (un coton, placé dans l'oreille le 16 juin, était intact le 19); il constate que la gorge ne présente rien de particulier, la fosse nasale gauche est obstruée de fausses membranes; la droite est libre, l'entrée des narines est rouge et excoriée, l'enfant a saigné du nez la veille.

M. Gellé conseille des lavages du nez à l'eau oxygénée, coupée de moitié eau de Vichy (source Hauterives), pour arrêter les saignements de nez, puis des lavages au salicylate de soude (6 gr. p. 200), une cuiller à soupe par bol d'eau bouillie.

L'état général de l'enfant est parfait, il n'existe toujours pas de température, pas de vésicules nouvelles, sauf une plaque d'érythème assez large à l'avant-bras droit, au voisinage du poignet face dorsale, toujours dans le domaine du radial; l'adénite sous-maxillaire a disparu des deux côtés.

La nuit dernière a été un peu agitée, ce qui s'explique par l'état de tuméfaction de la main, dont les phlyctènes semblent toujours grossir, formant d'énormes boursouflures; l'enfant immobilise toujours la main et le bras. Je fais un enveloppement de la main et des doigts avec une solution saturée d'acide picrique.

Le 20, l'enfant a bien dormi, l'oreille ne coule plus, le nez est débarrassé de ses fausses membranes des deux côtés, chaque lavage fait encore sortir des mucosités épaisses, mais il n'y a plus de jetage dans l'intervalle. L'eau

oxygénée a arrêté les saignements de nez. Le pansement picriqué n'a occasionné aucune douleur, les phlyctènes semblent s'être un peu affaissées sous son influence, l'enfant lève le bras, l'érythème constaté l'avant-veille à l'avant-bras droit a disparu, pas de vésicules nouvelles.

Le 22 juin, sous l'influence des pansements picriqués les bulles continuent à s'affaisser, l'enflure de la main a disparu, l'enfant remue les doigts, le ganglion de l'aisselle droite, toujours perceptible, est devenu tout à fait indolent; en revanche, les urines examinées montrent des traces d'albumine; le nez est complètement nettoyé, même à l'entrée.

Le 23, albumine disparue; le nez, qui n'a pas été lavé depuis plus de quatre heures, ne contient pas trace de sécrétion; je prélève une parcelle de mucus dans la profondeur, en me servant toujours du double spéculum auri et nasi pour protéger ma prise du contact du vestibule, j'ensemence sur sérum coagulé. La culture examinée le lendemain n'a pas poussé, l'enfant est considéré comme guéri.

Le 23, quelques-unes des grosses phlyctènes de la main tardant à se résorber, je les avais ouvertes, sur les conseils de M. Belin, avec une grosse aiguille flambée; il en était sorti un liquide sirupeux, épais, un peu louche, qui s'écoulait difficilement; les piqûres étaient indolentes, la sensibilité de la main paraissant un peu émoussée dans sa totalité, résultat sans doute des applications répétées d'acide picrique, qui ont tanné l'épiderme.

Le 25, la pellicule des vésicules se détache, le fond en est sec et en bonne voie de cicatrisation.

A aucun moment l'enfant n'avait eu de mal de gorge.

J'ai revu l'enfant le 18 juillet, le coryza n'a pas reparu, l'oreille seule suinte toujours un peu. A la main chaque phlyctène, vésicule ou même simple érythème passager, tel que celui de l'avant-bras, a fait place à une cicatrice très fine au niveau de laquelle la peau est un peu plus blanche par places, et que l'on pourrait comparer à des cicatrices de brûlure légère. La surface m'en a paru comme mouchetée, comme si chaque vésicule constituante de la phlyctène avait laissé sa marque en blanc. Chaque cicatrice dans son ensemble reproduit le contour de l'ancienne plaque; les plus petits amas de vésicules ont laissé une cicatrice apparente, seules peut-être les vésicules isolées n'en ont pas laissé. La sensibilité subsiste, autant qu'on en peut juger à l'âge de l'enfant, même au niveau des plaques cicatricielles, la motilité des doigts et de la main ne paraît pas avoir souffert.

A aucun moment, du reste, les vésicules n'ont suppuré, l'épiderme était déjà reconstitué au fond des phlyctènes quand elles ont été ouvertes avec une aiguille flambée; rappelons seulement qu'elles contenaient un liquide tant soit peu louche.

Le visage de l'enfant, toujours très pâle et un peu anémié quand nous le soignions, est d'un teint meilleur, ce qui doit être attribué au séjour que fait l'enfant à la campagne en ce moment.

Cette observation est intéressante à divers titres :

On remarque d'abord l'existence d'une scarlatine compliquée d'otite sept mois et demi avant l'attaque de diphtérie; de plus, dès le début du mois de janvier, j'avais noté l'existence d'un coryza, dont M. Belin eut à plusieurs reprises l'occasion de constater l'existence depuis l'époque de l'atteinte de la scarlatine jusqu'en juin; le coryza que je constatais moi-même persista jusqu'à la fin de janvier, époque à laquelle nous cessâmes de voir l'enfant, gardée à la maison pendant le mois de février entier, pour une toux ressemblant à celle de la coqueluche, maladie dont la fillette avait eu une atteinte fort sérieuse l'année précédente.

Plus tard l'enfant fut ramenée à plusieurs reprises à notre consultation, par sa mère, qui attira l'attention d'un des élèves sur l'écoulement nasal jaune qu'elle présentait parfois; celui-ci ne semble pas y avoir attaché grande importance, car il prescrivit des instillations d'huile mentholée sans me consulter.

Ainsi, voici un enfant qui a la scarlatine; sept mois et demi après, il fait de la diphtérie, et, dans l'intervalle, il ne cesse pas d'avoir du coryza compliqué à un moment donné de laryngite.

Il est vraisemblable qu'il s'est agi d'un coryza diphtérique post-scarlatineux; l'apparition des fausses membranes l'a révélé, on aurait dû y penser plus tôt, lorsque surtout on voyait l'écoulement d'oreille, qui était apparu au cours de la scarlatine, s'éterniser malgré tous les soins.

Cette hypothèse n'aurait rien d'étrange aujourd'hui que l'on connaît l'existence des coryzas ou rhinites diphtériques sans fausses membranes (1), la fréquence de ces rhinites d'un type spécial chez les enfants convalescents de scarlatine (2); enfin, la persistance possible pendant des mois, sinon des années, d'un bacille diphtérique virulent dans le nez d'enfants convalescents de la diphtérie (3), d'un bacille diphtérique non virulent (bacille pseudo-diphtérique) dans le nez normal de personnes saines (4); ce coryza n'aurait de particulier dans notre cas que sa transformation à un moment donné en rhinite pseudo-membraneuse typique; il n'y a rien là de bien surprenant; la raison seule de cette transformation nous échappe.

Notre observation ne nous permet pas de conclure à l'origine scarlatineuse de cette rhinite, je crois cependant qu'elle peut servir d'avertissement en ce sens que, chaque fois qu'un enfant conserve un coryza persistant dans les quelques mois qui suivent une scarlatine, on peut craindre qu'il ne soit de nature diphtérique; l'on doit par suite pratiquer l'examen bactériologique de ce mucus et faire l'épreuve de la virulence du bacille de Löffler si on l'y rencontre, puisqu'en l'absence de fausses membranes c'est le seul caractère qui nous permette d'affirmer l'existence d'une diphtérie.

---

(1) Grenet et Lesné. *Arch. de méd. des enfants*, août 1898, n° 8; — C. R. in *Presse méd.*, 1898, n° 78, p. 175 (corps du journal).

(2) C. Todd et A. Kanthrack. *The Lancet*, 28 mai 1898, p. 1458; C. R. in *Presse méd.*, p. 134 (corps du journal), et *Centralbl. f. Inn. Med.*, p. 982. En dix-huit mois, sur 365 enfants vus à Londres au « Fever Hospital », C. Todd voit 51 cas de rhinite due à un bacille diphtérique virulent pour le cobaye. Sur ce nombre, 13 enfants meurent, âgés pour la plupart de quatre à cinq ans. Ces rhinites de la convalescence, par leur date d'apparition, sont à rapprocher des angines tardives de la scarlatine, avec lesquelles elles doivent souvent coexister et que l'on sait, depuis les recherches de Bourges, être ordinairement dues au bacille de la diphtérie.

(3) Voir à ce sujet, entre beaucoup d'autres, la très intéressante observation de MM. Legendre et Pochon, in *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1895, n° 37. Cf. aussi le cas de Wolff, cité par Sevestre et Méry au cours d'un article paru dans le même bulletin, même année, p. 103.

(4) Richardière et Tollemer. *Presse méd.*, 1899, n° 25. L'absence de virulence est encore aujourd'hui le seul caractère important sur lequel on puisse se baser pour distinguer un bacille pseudo-diphtérique du bacille vrai; ce caractère est insuffisant, il ne permet pas de distinguer le bacille vrai non virulent qui doit exister.

Notre observation a un autre intérêt, je veux parler de l'apparition au cours d'une diphtérie purement nasale d'une névrite infectieuse périphérique, ou zona des plus typiques, d'abord strictement limité aux terminaisons du nerf cubital (peau de la main), puis étendu d'une manière très discrète à celle du radial (même siège). Cette complication survenue, si l'on se fie au dire de la mère, sept jours après le début du jetage nasal, s'est étendu au nerf radial deux jours après l'atteinte du cubital.

Il s'est agi indubitablement de zona, MM. Belin et Gellé, qui ont vu l'enfant, n'ont pas hésité plus que moi sur ce diagnostic, les caractères de l'éruption strictement localisée au territoire respectif de deux nerfs cutanés qui sont atteints successivement, la présence de vésicules claires, appararaissant sur un fond érythémateux qui grossissent de façon à simuler complètement des vésicules d'herpès, puis deviennent confluentes, donnant lieu à la production de grosses phlyctènes remplies d'un liquide citrin, qui peu à peu se trouble et s'épaissit par suite sans doute du temps qu'il met à se résorber (1), l'adénite, tout concorde de telle manière que le doute n'est pas possible.

L'enfant a relativement peu souffert de sa main, elle était endolorie, un peu œdématiée, immobilisée. Mais jamais l'enfant n'a eu de névralgies proprement dites, c'est là un caractère du reste assez fréquent, semble-t-il, du zona infantile (2) qui cependant peut être également douloureux.

J'avais pensé d'abord, avant de faire l'examen bactériologique des fausses membranes du nez, que ce zona pouvait traduire une intoxication par le mercure, ainsi que le fait a été déjà signalé (3), on traitait à ce moment l'oreille de l'enfant par des lavages faits avec une solution de sublimé à 1/4000, et on y instillait des gouttes de glycérine et liqueur de Van Swieten mélangées par parties égales. Mais la fillette avait déjà à plusieurs reprises été soumise à ce traitement que nous prescrivons quotidiennement à l'exemple de notre maître, M. Châtellier, sans avoir jamais constaté d'accident. J'abandonnai, pour ma part, complètement cette hypothèse quand les cultures m'eurent révélé la nature diphtérique de l'affection nasale. On s'explique du reste fort bien l'apparition d'un zona dans une maladie comme la diphtérie, maladie infectieuse qui s'attaque volontiers aux nerfs (il est vrai ordinairement moteurs) et au système nerveux en général. L'apparition du zona au cours de maladies infectieuses a été souvent signalée (4).

L'apparition du zona chez notre malade est-elle une conséquence de la localisation nasale de l'affection? Je ne le pense pas, je serais plutôt porté à voir là le résultat de la virulence particulière du bacille (5) ou plutôt de la moindre résistance d'un enfant qui, en moins d'un an avait eu à repousser successivement l'attaque de trois maladies infectieuses : coqueluche grave compliquée de congestion pulmonaire qui avait failli l'emporter, scarlatine compliquée d'otite et suivie de coryza à répétition, enfin diphtérie.

Il serait intéressant de savoir si l'apparition d'un coryza dans un cas de diphtérie ne doit pas faire craindre celle de paralysies ; à mon sens c'est une indication d'agir vite et avec énergie ; une forte injection de sérum antidiphtérique promptement faite est la meilleure garantie. Le cœur doit être surveillé avec soin en pareil cas à cause des atteintes possibles du pneumogastrique.

Quant à moi je n'ai eu qu'à me féliciter de l'injection d'emblée, aussitôt le diagnostic confirmé, de 20 centimètres cubes de sérum, ce qui est une assez forte dose pour un enfant de trois ans, puisqu'en huit jours son nez était nettoyé, et ne contenait plus de bacilles, le zona flétri et l'état général de la petite fille, aussi parfait que possible. La maladie a évolué le plus simplement du monde. Or, on peut supposer que le bacille existait dans le nez depuis plusieurs mois et en tout cas la diphtérie devait être virulente puisque le zona a été constaté en même temps que les fausses membranes, signe d'une intoxication générale.

Des cas de ce genre pourraient peut-être servir à expliquer la pathogénie de certains zonas contagieux ou épidémiques (1).

(1) J'ai ensemencé le liquide d'une des premières vésicules sur sérum coagulé; je n'ai pas obtenu de colonies.

(2) Voir Mettenheimer. C. R. in *Jahresb. f. Allg. med.*, 1888, t. II, p. 754.

(3) Voir *Jahresb. f. Allg. med.*, 1890, t. II, p. 592, et *Vierteli. f. Dermat.*, 1889, Bd. XXI, p. 775.

(4) Voir Clément. Th. de Paris, 1897.

(5) Il s'agissait, ainsi qu'on a pu le voir, d'un bacille long et moyen, que j'ai eu le tort de ne pas inoculer.

(1) Voir, à ce sujet, les cas de contagion publiés par Erb et Walther, par Hagopoff (*Gaz. méd. de Paris*, 15 déc. 1894) et la thèse de Debray (Paris 1894) sur le zona épidémique.

DU CANCER THYROIDIEN

SYMPTÔMES ET FORMES CLINIQUES (2)

Par A. Carrel,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

Les observations suivantes montrent combien il est difficile de faire le diagnostic des formes latentes.

Cancer latent du corps thyroïde. [Résumé] (M. Mouisset, in Th. Gruié.) — Mme M..., soixante et un ans, entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse salle Sainte-Clotilde, le 18 mars 1899, décédée le 4 avril 1899.

Pas d'antécédents héréditaires. Excellente santé antérieure. Pas d'alcoolisme, ni de syphilis ; pas de rhumatisme.

En 1890, elle eut l'influenza pendant un mois.

L'affection actuelle a débuté il y a deux ans ; à l'occasion de la mort de son mari, elle se surmena et eut des palpitations violentes, se trouva très oppressée, et eut alors pour la première fois de l'œdème des jambes. Au bout de six mois, incomplètement remise, elle dut reprendre son travail. Ces accidents se reproduisirent au bout de cinq mois, et ne disparurent jamais complètement depuis. Au mois de janvier dernier elle aurait présenté un anasarque considérable pendant six semaines. Il y a trois semaines, les accidents aigus ont repris, et c'est pour eux qu'elle se décide à entrer à l'hôpital.

Elle présente alors tous les signes objectifs de l'asystolie : dyspnée, tirage, cyanose, etc.

Palpitations légères, vertiges, et petits signes du brightisme. Les mictions sont très abondantes, les urines limpides, disque épais d'albumine.

Depuis trois semaines, l'appétit est très diminué, et les digestions sont pénibles.

Le cœur bat dans le cinquième espace, un peu en dehors de la ligne mamelonnaire, révélant une légère hypertrophie. Choc énergique, et léger frémissement à la palpation. À l'auscultation, battements forts, et bruits un peu sourds, bien frappés, sans souffles. Pas de galop. Battements épigastriques très nets. Pouls à 96, mal senti, donnant l'impression d'un peu d'hypertension.

Aux poumons, signes d'emphysème, râles de bronchite nombreux.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 1183.

Abdomen souple ; la région hépatique est douloureuse à la percussion, et le foie semble congestionné. Œdème des jambes très marqué. Pas d'épanchements dans les séreuses.

Température à l'entrée : 38 degrés.

L'état de la malade s'aggrave de plus en plus malgré la caféine et la digitale, et elle meurt le 4 avril, après avoir présenté des signes de pleurésie à la base gauche.

Le diagnostic clinique était : artério-sclérose, néphrite, albuminurie. Bronchite aiguë récente avec fièvre et dyspnée. Pleurésie aiguë ultime.

Autopsie le 5 avril 1899. La plèvre gauche présente quelques adhérences. La plèvre droite est remplie dans toute sa hauteur par un exsudat gélatino-fibrineux, atteignant jusqu'à 4 centimètres. Le poumon gauche (420 grammes) présente des lésions banales de bronchite. Le poumon droit (640 grammes) présente en outre de la congestion, mais flotte sur l'eau.

Le cœur (320 grammes), tout en ayant une légère hypertrophie du ventricule gauche, n'offre en rien l'aspect du cœur de Traube ; pas de lésions orificielles ni valvulaires.

Le foie (940 grammes) et la rate (160 grammes) ne présentent rien à signaler.

Le rein gauche (220 grammes) est considérablement hypertrophié. Il a conservé sa forme générale, mais il présente extérieurement des lésions marquées de sclérose, aspect granuleux du parenchyme : kystes nombreux, adhérence assez nette de la capsule. A la coupe, mêmes lésions de sclérose, se manifestant par la présence de nombreuses cavités kystiques, à la partie supérieure. L'une d'elles est plus déchiquetée que les autres, et a son fond rempli d'une substance presque caséeuse, très adhérente au parenchyme.

Le rein droit (100 grammes) est extrêmement atrophié. Extérieurement, signes nets de sclérose ; adhérence à la capsule ; kystes dont un très vaste à la partie supérieure. A la coupe, atrophie extrême et décoloration des deux substances ; toute la partie supérieure est formée par un kyste volumineux.

Les centres nerveux sont intacts.

Examen histologique pratiqué par M. le professeur agrégé Paviot.

Il s'agit, à n'en pas douter, d'une belle généralisation de cancer du corps thyroïde. Les kystes n'ont en rien la constitution des kystes du rein ; ils sont tapissés par un bel épithélium cubique, et à leur intérieur est la substance colloïde prenant au picrocarmin la teinte jaune d'or typique.

Cancer du rein droit ; ganglions sus-claviculaires ; hématurie ; myocardite interstitielle sans asystolie. (Thèse de Gruié, Obs. XVI, très résumée.) — Il s'agit d'une femme de soixante-quatre ans, entrée, en 1892, dans le service de M. Bard pour des crises de palpitations et d'étouffement.

Rien d'intéressant à noter dans ses antécédents héréditaires et personnels. Cependant, elle est atteinte depuis très longtemps d'un petit goitre dont les dimensions ne se sont pas accrues ces derniers temps, et qui ne détermine pas de dyspnée. Hématuries il y a quelques jours.

Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, on constate : une dyspnée assez prononcée, bruits du cœur sourds et irréguliers, œdème des jambes, etc. Le côté droit du cou présente une saillie assez considérable. Paquet ganglionnaire assez volumineux dans la fosse sus-claviculaire gauche.

La pointe du cœur bat dans le sixième espace. Souffle systolique, etc.

Quelques jours après, on découvre une tumeur rénale droite, du volume du poing, hématurie.

L'affaiblissement et l'amaigrissement s'accentuent avec une grande rapidité et la malade meurt.

A l'autopsie, la cavité abdominale est remplie par un épanchement sanguinolent. Le foie très volumineux est le siège d'une infiltration cancéreuse, totale en apparence.

Rate normale. Le rein droit est comme distendu par un noyau sphérique, inclus dans son épaisseur. A la coupe, on constate qu'il est complètement détruit par des noyaux néoplasiques. Au-devant de la colonne, ganglions blanchâtres et assez durs. Les ganglions sus-claviculaires sont nettement cancéreux.

Les autres organes sont normaux.

Le corps thyroïde est augmenté de volume dans tous ses lobes, l'aspect du lobe droit, du lobe moyen et de la moitié inférieure du lobe gauche, est celui de la thyroïde saine. Par contre, la moitié supérieure du lobe gauche, présente l'aspect néoplasique. Il s'agit d'un nodule cancéreux primitif.

Pleurésie de la base droite. État cachectique. [Obs. XVII, de Gruié (résumée).] — Un homme de cinquante-huit ans, entre à l'hospice de l'Antiquaille au mois de février 1894, pour des phénomènes pulmonaires. Le diagnostic clinique est : pleurésie de la base droite ; état cachectique ; arythmie légère ; pas d'asystolie.

A l'autopsie, on trouve un épanchement pleural hématique à droite, de nombreux noyaux cancéreux secondaires sur la plèvre et dans le parenchyme pulmonaire. A gauche, noyau néoplasique sur le péricarde. Il s'agit d'une généralisation de cancer du corps thyroïde, non diagnostiquée pendant la vie.

L'analyse des observations de cancer latent montrent que, dans la plupart des cas, la glande thyroïde est modifiée dans son volume ou dans sa consistance.

Tantôt, le malade présente depuis un grand nombre d'années un goitre, qui paraît cependant n'avoir subi aucune modification récente, tantôt il est possible de sentir au milieu d'un lobe un peu hypertrophié un petit noyau plus dur. Parfois aussi une légère augmentation de volume, survenant dans une tumeur ancienne, un peu de douleur, quelques troubles de compression peuvent aiguiller le médecin dans la bonne voie, mais ce sont des phénomènes de si mince importance à côté des désordres causés par les métastases qu'ils passent presque complètement inaperçus. Il en résulte que *le cancer latent, soupçonné pendant la vie, ne peut être diagnostiqué de façon certaine qu'après la mort et l'examen histologique.*

MÉDECINE PRATIQUE

Comment le médecin non spécialiste doit traiter l'otorrée.

L'otorrée est une affection bien plus grave que ne le croient la plupart des praticiens, car elle peut amener la surdité, la pyémie mortelle, la méningite, la phlébite du sinus transverse et de la jugulaire interne, un abcès cérébral, etc., toutes complications d'une haute portée et menaçant directement la vie du sujet. Aussi M. Gadeau a-t-il fait une œuvre utile en indiquant au praticien quelles sont d'après M. Botey (de Barcelone), les médications qui peuvent porter préjudice aux malades et quelles sont celles qui pourront lui être utiles (1).

S'il existe un état aigu, des douleurs plus ou moins fortes au fond de l'oreille survenues après un refroidissement, etc., il s'agit très probablement d'une inflammation aiguë de la caisse et ce qu'il y a de mieux, c'est d'instiller

(1) *Gaceta med. Catalana*, 1900, nos 8 et 9, et *Rev. de thérap.*, no 13.

un liquide antiseptique et calmant à la fois, comme par exemple :

Eau distillée.................		5 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne..	àà	0,50 centigr.
Acide phénique.........		
Glycérine neutre.............		10 grammes.

De cette solution tiédie, on verse dans le conduit auditif IV à V gouttes toutes les deux heures en faisant incliner la tête du côté opposé : en agissant ainsi, on calme beaucoup la douleur L'action fortement antiseptique du mélange peut empêcher le tympan de se perforer et la suppuration ne se produira pas alors. Si les douleurs d'oreille étaient très fortes et que la solution ne les calme pas tout à fait, on ferait les instillations toutes les heures et en plus on appliquerait sur le pavillon et les régions voisines une compresse trempée dans une solution chaude de thymol.

Si, malgré tous ces soins, l'oreille suppurait, il ne faudrait pas avoir recours aux injections émollientes, car on ne fait qu'augmenter l'infection : on nettoie le conduit avec de la gaze aseptique, ou bien, si la suppuration est très abondante, on ferait des injections avec une solution de formol au millième, qu'on peut préparer extemporanément en versant IV ou V gouttes de formol dans un verre d'eau. Après l'injection, on sèche légèrement et on instille quelques gouttes de la solution cocaïnée ci-dessus indiquée.

Si, malgré le traitement, le processus passait à l'état chronique, ou bien si le médecin était consulté pour une suppuration déjà ancienne, on doit agir différemment : on a le choix entre la méthode radicale et la méthode expectante que préconise l'auteur.

L'école comtemporaine démontre que, pour traiter une otorrée chronique, il faut avant tout établir un diagnostic étiologique précis, bien déterminer le siège de la lésion, il faut traiter localement l'otorrée, pendant quelques mois avant de ce décider pour une intervention, à moins que des complications obligent à opérer tout de suite.

Cette intervention rentre dans le domaine du spécialiste ; le médecin traitant doit, en tout cas, se rappeler qu'il ne faut pas regarder avec indifférence une otorrée chronique et cela pour plusieurs raisons : l'odeur infecte, la difficulté de maintenir la propreté de la région, le fait que l'affection compromet l'audition (à cause des granulations, des polypes, des destructions de la membrane, etc.). Enfin, il faut songer à éviter les complications cranio-cérébrales toujours possibles. M. Botey insiste sur ce dernier point, en s'appuyant sur les relations de voisinage de l'organe auditif, sur la structure des cavités de l'oreille moyenne, etc.

Le médecin non spécialiste doit éviter : 1° d'introduire des instruments dans le conduit ou dans un trajet fistuleux péri-auriculaire; 2° d'arracher avec des pinces une tuméfaction rosée faisant saillie par le méat, car s'il s'agit d'un polype il risque d'arracher le tympan et les osselets; 3° si les lavages rapportent quelques pellicules brillantes, ressemblant à des cristaux d'acide borique, il faut s'abstenir de tout lavage, car on peut alors être en présence d'un choléastome, dont l'hydratation serait dangereuse; il faut alors employer l'alcool boriqué à saturation; 4° si, pendant le cours d'une otorrée, survient une paralysie faciale, cela indique qu'il y a carie des parois de la caisse et qu'il faut opérer; 5° si, dans le cours d'une otorrée, la suppuration diminue ou cesse en peu de jours, et qu'il survient de la fièvre, des douleurs derrière l'oreille, de la céphalalgie, des frissons, de la somnolence, etc., il faut envoyer le malade à un spécialiste; 6° si un malade avec otorrée ancienne consulte pour un gonflement rougeâtre douloureux et fluctuant derrière l'oreille, il ne faut pas croire à un simple abcès susceptible d'être guéri par un petit coup de bistouri. La lésion siège probablement plus profondément au fond de l'apophyse mastoïde et doit être traitée par la trépanation.

Dans les cas simples, on se bornera à s'informer de la durée de la suppuration et à déterminer autant que possible la cause de celle-ci; on verra si le malade respire bien par le nez et ne souffre pas de la gorge ; on s'informera si la suppuration est constante ou intermittente ; si le malade souffre de bourdonnements, de vertiges, etc. ; si le pus est abondant et fétide ou s'il est séro-muqueux ou encore sanguinolent (polype ou granulations dans la caisse).

S'il s'agit d'un cas exempt de complications, on peut recourir aux lavages et aux applications médicamenteuses.

M. Botey recommande une poire de caoutchouc pour la douche d'Esmarch. Il faut éviter l'excès de pression et la canule doit être étroite et stérilisable ; les lavages seront faits une à trois fois par jour selon l'abondance de la suppuration; l'eau doit être tiède et récemment bouillie : on doit tirer en haut et en avant le pavillon pour redresser le conduit. Pour ces lavages M. Botey utilise la solution de formol précédemment citée ou bien la solution saturée d'acide borique additionné de 1/2 p. 100 d'acide phénique. Le conduit une fois lavé et séché, le malade incline la tête du côté sain et fait tomber quelques gouttes de glycérine phéniquée à 5 p. 100 dans le conduit, puis comprime le tragus pour que le liquide pénètre profondément.

Si l'otorrée ne diminue pas, on emploie la solution suivante :

Eau distillée.................	8	grammes.
Alcool de 40 degrés...........	4	—
Perchlorure de fer pur........	2	—

Instiller III ou IV gouttes dans le conduit auditif, deux ou trois fois par jour, après lavage.

Si malgré cela on n'obtient pas encore le résultat voulu, on peut essayer des instillations d'un mélange d'une partie de teinture de cantharides pour deux d'eau et terminer avec le mélange à parties égales.

Si le pansement humide ne donne pas de résultat, il faut essayer le pansement sec, quoiqu'il soit plus difficile à exécuter.

Après lavage et séchage du conduit, on fait une insufflation de poudre d'acide borique, en remplissant le conduit jusqu'à son ouverture.

On peut ainsi traiter le malade pendant quatre, cinq, six et même huit semaines. Si après ce temps la suppuration persiste, il faut envoyer le malade chez le spécialiste, car il est probable que des lésions profondes avec carie, etc., existent dans ce cas.

Bruit de frottement pleural et moyens de le produire.

M. Abranye donne trois moyens qui permettent de distinguer le bruit de frottement pleural des bruits pulmonaires.

Le premier est la manœuvre du bras. On fait suspendre au malade sa respiration après une grande inspiration, une inspiration ordinaire, ou la fin de l'expiration. Alors on élève le bras du côté malade en extension sur les côtés de la tête. Pendant ce mouvement on ausculte. Les frottements des feuillets pariétal et viscéral de la plèvre se font alors en sens inverse de ce qui arrive dans la respiration. Le bruit ainsi produit ne peut venir que de la plèvre. On l'entend mieux quand la respiration est suspendue après une profonde inspiration, moins souvent après une expiration forcée.

Le second moyen consiste dans ce que l'auteur appelle la manœuvre du décubitus. On fait coucher le patient une à deux minutes sur le côté malade, puis on le fait lever rapidement et suspendre sa respiration. On ausculte en disant au malade de respirer profondément. Les bruits pleuraux sont accrus ou se montrent. Il peut cependant y avoir des erreurs avec la crépitation atélectasique, qui peut exister par cette manœuvre chez presque tous les sujets. Mais les

chances d'erreurs diminuent si le poumon s'est bien dilaté avant la manœuvre et si le décubitus latéral a été de courte durée. D'ailleurs, avec un peu d'expérience, on arrive facilement à différencier les deux bruits. Ce décubitus a pour action de rapprocher les feuillets pleuraux.

Le troisième moyen, la pression sur l'espace intercostal, consiste d'abord à lever le bras pour élargir les espaces, puis à placer au point à examiner le bouton du phonendoscope construit de manière à pénétrer juste dans l'espace intercostal (1).

Traitement de la parotidite.

R. Teinture de belladone... } ââ 15 grammes.
— d'aconit.......
— d'opium.......

pour appliquer au moyen d'un pinceau plusieurs fois par jour.

Ou :

R. Ichtyol .... } ââ 1 gramme.
Iodure de plomb........
Chlorhydrate d'ammoniaque.. 2 —
Axonge.................... 30 —

appliquer trois fois par jour et recouvrir d'ouate (2).

Collyres contre les kératites ulcéreuses
(R. WILLIAMS et PUECH).

Sulfate neutre de quinine..... 10 centigr.
Eau distillée................ 10 grammes.

F. S. A. — Usage externe.

Sulfate neutre de quinine .... 10 centigr.
Sulfate neutre d'atropine..... 5 —
Eau distillée .... 10 grammes.

F. S. A. — Usage externe.

La première solution est employée dans les ulcérations de la cornée sans symptômes d'irritation du côté de l'iris. La seconde est destinée aux cas où ces symptômes d'irritation existent.

Le sulfate neutre de quinine modifie avantageusement les sécrétions conjonctivales irritantes et agit comme un astringent spécial sans irriter la surface ulcérée de la cornée Il est surtout utile dans les ulcères infectieux de la cornée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Boy, du cadre de Toulon, est désigné pour embarquer le 1er octobre prochain sur le *Dunois* (escadre de la Méditerranée), en remplacement de M. le docteur Taddéi (dit Torella).

Bourses de doctorat. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu le vendredi 26 octobre 1900. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie où ils résident. Les registres d'inscription seront clos le vendredi 19 octobre, à quatre heures.

Seront admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année. — L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire. Les épreuves consisteront en une épreuve d'anatomie (névrologie, splanchnologie) et une composition d'histologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le deuxième examen probatoire. Les épreuves sont : une composition de physiologie et une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le troisième examen probatoire. Les épreuves sont : une composition de médecine et une composition de chirurgie.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Les candidats qui justifient de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres, philosophie) et d'un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, pourront obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de première année.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Warenghem (de Calais).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Conférences pour l'externat des hôpitaux de Paris (anatomie, pathologie et petite chirurgie), par J. SAULIEU et A. DUBOIS, internes des hôpitaux de Paris. Fascicule IV. *Anatomie* : Nerfs radial et cubital, veines superficielles du membre supérieur, os iliaque, tiers supérieur du fémur, tiers inférieur du fémur, articulation coxo-fémorale. — *Pathologie* : Saignée, injections du sérum artificiel, appareils à extension continue, fractures du col du fémur, adénites suppurées, symptômes et diagnostic de la coxalgie. Un vol. gr. in-8° de 720 pages, illustré de 200 figures, publié en 15 fascicules bi-mensuels, depuis le 1er janvier. Chaque fascicule : 1 franc. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les fumisteries à la salle de garde, par le docteur MATHOT, illustré par COLLOMBAR. Un vol. — Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Cirrose atrophique du foie, d'origine toxi-alimentaire, par le professeur GRASSET, leçons recueillies par le docteur GIBERT. — Montpellier, Delord-Bœhm et Martial, éditeurs.

Mobilisation précoce dans la phlébite, par le docteur DAGRON. Un fascicule. — Imprimerie Daix, à Clermont (Oise).

(1) *Philad. med. Journ.*, 17 fév. 1900, et *Rev. internat. de méd. et de chir.*
(2) *Journ. Amer. med. Assoc.*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 110. — JEUDI 27 SEPTEMBRE 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 27 SEPTEMBRE 1900. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Les intoxications alimentaires. — Un cas d'occlusion intestinale traité et guéri par la strychnine a haute dose, par M. Pujol, médecin-consultant à Ussat-les-Bains (Ariège). — Revue de la Presse. *Médecine* : Dans quelle portion de la séreuse cardiaque siège le liquide des péricardites aiguës; — Les hôpitaux spéciaux pour cancéreux; — *Chirurgie :* De la laparotomie dans la tuberculose péritonéale. — Intérêts professionnels. Responsabilité médicale; — Les époux, même séparés de biens, doivent les honoraires médicaux. — Formulaire. — Chronique et nouvelles scientifiques.

LES INTOXICATIONS ALIMENTAIRES

Longtemps ignorée ou méconnue, la question des intoxications alimentaires vient d'entrer dans une voie nouvelle; grâce aux progrès réalisés par la chimie et la physiologie, nous commençons à savoir le pourquoi et le comment de certaines de ces intoxications et à baser sur l'étude de leur mécanisme une thérapeutique efficace. Aussi faut-il louer M. Richard (1) de nous avoir, dans une thèse récente, exposé les idées actuelles sur cet important sujet.

Matières alimentaires animales. — « Les viandes qui ont causé des accidents d'intoxication peuvent se diviser en trois groupes distincts : viandes d'animaux malades, viandes d'animaux sains ayant subi un commencement de putréfaction, enfin viandes de conserve. »

On sait depuis longtemps que les *viandes d'animaux malades* peuvent être nuisibles à la santé, et c'est précisément en vue d'interdire leur vente qu'a été instituée l'inspection sanitaire de la viande sur les marchés et dans les abattoirs. On peut les diviser en deux catégories : viandes infectées de parasites (cysticerques, trichines, distomes, etc.), viandes d'animaux atteints de maladies infectieuses transmissibles à l'homme (actinomycose, charbon, morve, tuberculose, typhus, peste bovine). Ces dernières présentent un aspect assez caractéristique : la chair est molle, flasque, humide, de couleur anormale; elle se putréfie rapidement; l'examen bactériologique y décèle souvent l'existence de microbes spécifiques. Dans cette catégorie rentrent encore les viandes d'animaux ayant, de leur vivant, ingéré des substances toxiques ou médicamenteuses. La viande du cheval traité par la médication arsenicale a causé de fréquents accidents. On a, dans ces dernières années, signalé des empoisonnements dus à l'ingestion de viandes d'animaux tués par la strychnine. On connaît enfin quelques cas d'intoxication à la suite de l'absorption du gibier forcé, l'intoxication semblant due alors à l'accumulation dans l'organisme de l'animal d'une forte proportion de leucomaïnes non éliminées. La putréfaction rapide de la viande, aussitôt après la mort de l'animal, vient d'ailleurs confirmer cette hypothèse.

Dans tous ces cas, les accidents présentent une gravité moyenne et consistent surtout en manifestations gastro-intestinales simulant tantôt une attaque de choléra, tantôt une fièvre typhoïde, tantôt enfin — et c'est le cas le plus fréquent — un catarrhe gastro-intestinal.

Les *viandes en putréfaction*, en raison même de leur aspect, ne causent que peu d'accidents. Elles contiennent un certain nombre de bases toxiques (analogues aux ptomaïnes de Brieger et Gautier) et dont quelques-unes sont extrêmement toxiques, même à faibles doses. Ce sont surtout la névrine, la choline et leurs dérivés, qui se forment soit sous l'influence de l'air seul, soit par suite de l'action de ferments solubles sécrétés par les bactéries qui viennent presque toujours coloniser sur ces viandes en putréfaction.

Dans ces cas, l'intoxication se traduit par des troubles gastro-intestinaux, souvent accompagnés de manifestations typhoïdes ou adynamiques. Ces troubles sont parfois assez lents à apparaître : c'est que la cuisson a, partiellement ou totalement, détruit les microbes saprogènes; c'est aussi que le milieu gastrique suspend momentanément les effets de la putréfaction. Quant à l'intestin, il absorbe au fur et à mesure les produits solubles fabriqués dans son intérieur, comme l'ont démontré les expériences de Jeannel et de Laulanié.

Le *botulisme* est une intoxication alimentaire occasionnée d'ordinaire par des viandes conservées depuis plus ou moins longtemps : il est caractérisé par la prédominance des troubles nerveux moteurs, sensitifs et sécrétoires.

Les symptômes n'apparaissent d'habitude que quinze à dix-huit heures après l'ingestion. Aux simples phénomènes d'indigestion du début succèdent bientôt des douleurs abdominales violentes, des nausées, des vomissements bilieux. La constipation est habituelle : elle présente ce caractère spécial de ne pas s'accompagner de ballonnement du ventre; les premières selles sont le plus souvent noires et gluantes.

Au bout de trente-six à quarante-huit heures, les troubles gastriques subissent encore une recrudescence; l'haleine devient extrêmement fétide; toutes les sécrétions digestives se réduisent; une soif ardente torture le malade. La muqueuse buccale présente une coloration rougeâtre, parfois

(1) Th. de Paris, 1900.

localisée; les amygdales se tuméfient et se recouvrent d'un enduit blanchâtre, parfois même d'un véritable exsudat pseudo-membraneux. La respiration ne tarde pas à devenir irrégulière; l'angoisse précordiale, l'affaiblissement des contractions cardiaques, la cyanose des extrémités, les troubles urinaires (tantôt polyurie, tantôt oligurie ou même anurie) indiquent la participation du système circulatoire à l'intoxication. Les phénomènes nerveux viennent enfin compléter le tableau clinique : les malades se plaignent de vertiges, de céphalalgie, d'une fatigue musculaire extrême, de fourmillements et de crampes dans les extrémités des membres. Sonckpiehl a bien étudié les troubles que l'on observe du côté des nerfs craniens, paralysie des nerfs moteurs de l'œil, névrite optique pouvant aller jusqu'à l'amaurose, paralysie fréquente des filets moteurs du trijumeau, du facial, de l'hypoglosse, du pneumogastrique.

Le pronostic des accidents dus au botulisme devra toujours être réservé. Lorsque le malade doit guérir, la convalescence est lente et pénible, les troubles nerveux ne disparaissent qu'à la longue; le plus souvent, peut-être, la mort survient sans que l'autopsie permette de constater l'existence de lésions véritablement spécifiques.

L'empoisonnement dû aux *conserves alimentaires* ne reconnaît point une pathogénie univoque. Tantôt il faut invoquer le botulisme vrai, avec une bactérie anaérobie ayant cultivé dans la conserve, tantôt il faut incriminer soit une altération de la viande employée, soit une faute de préparation, soit enfin la putréfaction plus ou moins tardive de la viande, par suite d'une obturation incomplète de la boîte.

Les symptômes occasionnés par les conserves avariées sont extrêmement variables; parfois ils se confondent avec ceux du botulisme; d'autres fois la gastro-entérite domine le tableau clinique; d'autres fois encore le système nerveux réagit seul à l'intoxication. Les symptômes atteignent en peu de temps toute leur intensité, et la gravité de la maladie est d'ordinaire en rapport avec la quantité de matière absorbée, ce qui indiquerait nettement qu'il s'agit plutôt dans ces cas d'*intoxication* que d'*infection* (Viallard).

Poisson. — « Le poisson, au point de vue alimentaire, ne se distingue guère de la viande que par une plus grande proportion d'eau. Il doit toujours être consommé très frais et très cuit, » sinon il détermine des accidents ordinairement peu graves et consistant en quelques coliques suivies de diarrhée.

Les poissons vénéneux dont l'ingestion détermine des accidents d'intoxication sans que l'on puisse incriminer l'altération *post mortem* ni le mode de préparation, habitent les mers chaudes. Les accidents qu'ils causent sont connus sous le nom de *ciguatera*. Dans nos pays, certains poissons au moment du frai (carpe, barbeau, brochet) peuvent donner lieu à des phénomènes d'intoxication. On a constaté que les œufs étaient la principale cause de ces accidents.

Il existe dans la science un certain nombre de cas d'intoxication par les poissons cuits et conservés, cas qui offrent la plus grande ressemblance avec les accidents de botulisme. La morue rouge, contrairement à l'opinion ancienne, n'est pas toxique, mais simplement plus altérable que la morue ordinaire. Par contre toute morue dont la chair s'effrite par le grattage doit être considérée comme suspecte et rejetée de l'alimentation.

La symptomatologie de ces intoxications se rapproche beaucoup de celle du botulisme; c'est-à-dire qu'on y rencontre des troubles digestifs et nerveux; mais de plus il n'est pas rare de noter des symptômes appartenant en propre à l'icthyosisme, des manifestations cutanées précoces (urticaire, érythème scarlatiniforme) et aussi de véritables paralysies motrices. Les lésions communément rencontrées à l'autopsie consistent en une hyperémie généralisée qu'accompagnent parfois de petits foyers hémorragiques.

Les *crustacés* ont causé un grand nombre d'intoxications (*carabisme*) que caractérise, avec leur début tardif, l'intensité des phénomènes gastro-intestinaux; les éruptions cutanées et les phénomènes nerveux sont rares. L'existence de la fièvre est très discutée; considérée comme exceptionnelle par Brouardel et Pouchet, elle est regardée comme constante par Paulin et Labit.

Les causes de l'intoxication sont assez mal connues : dans certains cas (épidémie d'Epinal) on a incriminé une maladie des crustacés; dans d'autres, c'est à l'accumulation d'alcaloïde dans certains organes à la période du *frai* qu'il faut attribuer les accidents observés. Quoi qu'il en soit, il s'agit là d'accidents tardifs mais ordinairement curables; le nombre des cas mortels actuellement publiés est en effet très restreint.

Depuis quelques années, les accidents causés par l'ingestion de certains *mollusques* (huîtres, moules) sont devenus relativement nombreux, et ont donné lieu à d'importants travaux. L'existence de la mytilotoxine (Brieger) reste un fait acquis à la science, mais relativement à l'origine de cet alcaloïde, les théories les plus diverses ont été émises, sans qu'il soit actuellement possible de se faire à ce sujet une opinion définitive. L'intoxication, dans ces cas, présente une physionomie caractéristique; début des accidents *peu après* l'ingestion, troubles de l'équilibration; excitation psychique, paralysies partielles, éruptions cutanées. La mort survient en quelques heures, soit dans le collapsus, soit par asphyxie. Il n'est pas enfin jusqu'aux escargots qui n'aient parfois donné lieu à des accidents d'intoxication habituellement peu graves, et dont la pathogénie reste encore indécise.

Le lait, le beurre et le fromage ont, dans certains cas, déterminé des empoisonnements à marche rapide. « Les premiers symptômes sont une sensation invincible de fatigue et de langueur. Viennent ensuite l'anorexie, le pyrosis, des nausées, des uomissements avec une constipation opiniâtre. La soif est vive, la peau sèche, la respiration anhélante et angoissée. » La mort survient dans le coma, au bout d'une semaine, parfois de deux.

Dans les cas légers, la convalescence est toujours longue et pénible. Bien que la nature de ces intoxications soit encore assez mal connue, il semble que l'on peut, du moins dans certains cas, invoquer une affection microbienne spéciale dans ce que l'on a appelé la *milk-sickness*, et au contraire, une intoxication définie, due au *tyrotoxicon* de Gautier et Vaughan dans certains empoisonnements par les fromages gras.

Les empoisonnements par les végétaux sont actuellement assez bien connus. Parmi les *céréales* qui ont causé des accidents il faut citer surtout celles dont les farines sont contaminées, soit par des champignons (ergot de seigle, de maïs), soit par le mélange de leurs graines avec certaines graines de légumineuses toxiques (gesse, lupins, etc.); le blé

contaminé par la rouille a parfois déterminé des accidents assez graves.

Les moisissures qui envahissent le pain ne sont pas toutes toxiques : seules, les moisissures noires et orangées communiquent à cet aliment des propriétés vénéneuses assez semblables à celles de la muscarine (Bomfield).

Les CHAMPIGNONS sont peut-être de toutes les substances alimentaires celles à qui il faut attribuer le plus grand nombre d'intoxications. Les champignons vénéreux forment quatre groupes principaux : *amanites*, *lactaires et russules*, *bolets*, *morilles*.

Le principe actif des amanites est la muscarine, aldéhyde intermédiaire entre la choline et la bétaïne, souvent associée à une albumine qui en favorise l'absorption et en augmente la toxicité. Les empoisonnements dus aux amanites présentent une symptomatologie extrêmement variée; ils se reconnaissent cependant à leur début tardif, à l'intensité des phénomènes gastro-intestinaux et nerveux. Leur pronostic est grave. La dose mortelle varie avec les espèces et les individus : il suffit en général de 5 milligrammes de muscarine pour produire, chez un adulte, des accidents sérieux. L'empoisonnement par les bolets présente des caractères très semblables. Quant aux intoxications dues aux lactaires et aux russules, elles diffèrent notablement des précédentes : le poison paraît agir comme un diurétique énergique; aussi ces intoxications sont-elles rarement mortelles, une grande partie des champignons étant rejetée par les vomissements; mais il reste toujours une gastro-entérite intense persistante, et fort difficile à guérir.

La substance toxique des morilles et helvelles a été désignée par Böhm sous le nom d'acide helvellique. Elle produit des accidents d'intensité variable, parfois suivis d'une néphrite diffuse avec albuminurie et hémoglobinurie plus ou moins considérable, suivant les cas.

Toutes les intoxications dues aux *solanées* sont dues à une seule et même substance : la solanine. Les accidents n'apparaissent que quelques heures après le repas; ils consistent en céphalalgie, vertiges, bourdonnements d'oreilles, vomissements et coliques plus ou moins vives. Leur durée moyenne est de quatre à cinq jours. La mort n'a que rarement été notée, la solanine étant presque totalement évacuée par les vomissements. Signalons enfin les *crosnes du Japon*, que l'on a récemment essayé d'introduire dans l'alimentation, et qui ont provoqué des accidents toxiques (urticaire) assez fréquents.

Nous n'insisterons pas sur la pathogénie de ces accidents, laquelle tient dans les deux termes d'*intoxication* et d'*infection* (sans qu'il soit toujours facile de faire la part de ces deux facteurs), pour arriver à la prophylaxie et à la thérapeutique des intoxications alimentaires.

« Les moyens *prophylactiques* consistent surtout dans la stricte application des règles hygiéniques que nous connaissons : » l'inspection sanitaire de la viande dans les abattoirs et marchés doit avant tout être faite avec une extrême conscience; les tueries particulières seront supprimées; les établissements ostéréicoles soigneusement surveillés, pour empêcher leur contamination par les eaux d'égout. De leur côté, les consommateurs devront rejeter systématiquement : *a.* toute viande ne présentant pas une apparence normale, ayant un goût fade, une odeur suspecte; *b.* les salaisons présentant des taches colorées (indices de la présence de végétations inférieures) et donnant, à la coupe, une surface humide et molle; *c.* les conserves contenues dans des récipients à couvercle bombé (signe de fermentation), ou encore celles dont la gelée est liquéfiée, acide, la graisse saponifiée, l'odeur aigre, la consistance anormale; *d.* les champignons cueillis depuis quelque temps déjà. Quant à la *thérapeutique*, essentiellement symptomatique, elle devra surout viser à l'élimination *rapide* et *totale* des poisons ingérés. Les purgatifs salins (sulfate de soude, de magnésie) seront prescrits avec avantage; les antiseptiques internes (naphtol β, benzonaphtol, bétol, salol), associés à la poudre de charbon lavé, modéreront les fermentations intestinales; les médicaments appropriés (calomel, boissons abondantes, bains tièdes, injections intra-veineuses d'eau chlorurée [Dastre et Loye] stimuleront les fonctions des émonctoires; les injections sous-cutanées d'éther, le champagne, l'alcool, le café contribueront, enfin, à relever l'état général du malade.

UN CAS D'OCCLUSION INTESTINALE

TRAITÉ ET GUÉRI PAR LA STRYCHNINE A HAUTE DOSE

Par M. PUJOL,
Médecin consultant à Ussat-les-Bains (Ariège).

V... (Jean), cinquante-six ans. — Antécédents personnels: Il y a une vingtaine d'années, il fut atteint d'une entérite violente qui dura deux mois; il avait joui d'une bonne santé antérieurement.

Depuis un an, le malade était devenu jaunâtre, se sentait fatigué; il lui semblait qu'on lui avait administré de grands coups de bâton dans les jambes. Il y a trois mois environ, à la suite d'une trop grande ingestion de cerises avec leur noyau, le cours des matières fécales fut interrompu. Les selles se rétablirent au bout de deux jours et peu à peu se régularisèrent. L'embarras avait duré une quinzaine de jours. Depuis lors, le malade avait trois selles dans la journée, molles, glaireuses, surtout celle du matin qui contenait fréquemment un peu de sang.

Malgré cela, l'appétit était conservé. Cet état persista jusque vers le 1er septembre. Le 31 août, à midi, V... fit encore un assez bon repas; le soir il ne mangea guère selon son habitude. Le 1er septembre il déjeuna à onze heures, pas de très bon appétit; le soir vers cinq heures, il vomit son déjeuner. Le ventre devint douloureux subitement. La douleur siégeait dans tout l'abdomen, mais plus intense du côté droit, à quinze centimètres environ au-dessous des fausses côtes; elle n'était pas continue, mais présentait quelques rémittences pendant lesquelles le malade avait un peu de repos, puis reprenait avec toute son acuité. Le hoquet apparut le même soir, ainsi que les vomissements dont la fréquence augmenta et qui, de verdâtres, devinrent fécaloïdes. La dernière selle avait eu lieu le 31 août vers dix heures du matin, et à partir de ce moment il n'y eut même plus de gaz rendus par l'anus. La douleur fut de plus en plus violente.

Nous vîmes le malade le lundi soir 3 septembre à neuf heures. Le facies était grippé, les yeux excavés, le pouls filiforme à 140, la température voisine de 37 degrés. La langue était sèche et jaunâtre, le hoquet ne laissait aucun repos au malade, les vomissements étaient fécaloïdes depuis la veille. Le malade même était incommodé par l'odeur du liquide qu'il rejetait. En deux jours, il s'était considérablement amaigri. Le ventre était ballonné, surtout

dans le haut, dans la région sus-ombilicale. On sentait sous la paroi les anses intestinales distendues par les gaz. Nous avons déjà dit que le ventre était douloureux dans son ensemble. Les membres et le corps étaient couverts de quelques placards psoriasiformes.

Le malade avait déjà absorbé force lavements et une bouteille d'Hunyadi Janos.

Nous nous trouvions manifestement en présence d'une occlusion intestinale. La situation du malade nous commandait d'agir rapidement, sans nous arrêter au diagnostic de la cause, temporisant encore un peu avant de tenter une intervention chirurgicale. Nous instituâmes le traitement suivant : 1° grands bains prolongés à 32 degrés, grands lavements d'eau bouillie à 25 degrés, avec une sonde n° 20, eau froide en boisson.

2° Chaque demi-heure, jusqu'à nouvel ordre, une des pilules suivantes :

Arséniate de strychnine...	} *ãã*	0,005 milligr.
Extrait de belladone......		
Extrait de cannabis indica....		0,02 centigr.

4 septembre matin. Le lendemain matin, vers sept heures, nous revîmes notre malade. Le ballonnement du ventre avait augmenté et cependant l'état général était plus satisfaisant que la veille au soir. V... se sentait moins fatigué ; le pouls était à 120, le hoquet un peu moins fréquent, les vomissements plus rares. Il a pris, dans la nuit, un bain où il a pu rester une heure et demie, et douze pilules.

Soir. La journée a été meilleure, pouls 120, temp. 37°5. Le malade a pris un bain et deux ou trois lavements, il n'y a pas eu encore de gaz ni de selles, malgré 50 grammes d'huile de ricin, donnés dans la matinée ; plus de vomissements, encore du hoquet ; une pilule chaque deux heures.

5 septembre matin. Pouls à 110 ; plus de vomissements, ventre ballonné, hoquet persistant, je donne moi-même un lavement, et, après une demi-heure, une selle se produit au moment où nous quittions la maison du malade.

Soir. Dans la journée, les selles ont été nombreuses, le malade a rendu une grande quantité de matières fécales ; le ventre est beaucoup moins ballonné, le pouls est à 100, plus de hoquet, plus de vomissements.

Depuis ce moment, dans les jours qui ont suivi, les selles ont été très molles, sanguinolentes ; le ventre est encore douloureux, il persiste du tympanisme, surtout dans la fosse iliaque droite. La langue est sale. Il y a une éruption de clous sur l'abdomen et sur la fesse droite. Il est sorti un bourrelet hémorroïdaire énorme et très douloureux.

Régime : jusqu'à nouvel ordre lait et bouillon ; deux cachets composés de magnésie calcinée et rhubarbe par parties égales, pour assurer la liberté du ventre et la régularité des selles.

Si nous donnons cette observation, banale en soi, c'est à cause du traitement qui a été employé et de la dose énorme de strychnine que le malade a absorbée, sans en éprouver d'intoxication. Et cependant M. Paul Delbet dit dans la *Gazette des hôpitaux* (n° du 6 septembre) que la strychnine à la dose de 10 centigrammes est un poison mortel.

Dans notre cas, V... en a pris 10 centigrammes dans les premières vingt-quatre heures et 10 centigrammes dans les quarante-huit heures qui ont suivi, c'est-à-dire 20 centigrammes en trois jours.

Selon la méthode usitée pour le traitement des affections abdominales, nous avons formulé le médicament par doses fractionnées et continues jusqu'à l'effet que nous voulions obtenir, c'est-à-dire le rétablissement du cours des matières fécales. La strychnine nous a paru s'imposer pour combattre la paralysie intestinale réflexe qui suit toutes sortes d'étranglements. Nous avons ajouté la belladone et le cannabis indica pour combattre l'élément douleur, sans pour cela nuire en aucune façon au bon fonctionnement de l'intestin, la belladone n'empêchant pas les mouvements péristaltiques puisqu'elle conserve leur contractilité aux muscles lisses. Le chanvre indien agit de même, tout en donnant un peu d'excitation cérébrale.

Nous n'avons pas voulu nous servir de l'opium qui, s'il calme la douleur, ne fait qu'exagérer la paralysie intestinale que nous avions comme objectif.

Le résultat obtenu nous est un encouragement pour l'avenir, et en présence d'une occlusion intestinale, nous emploierons le même traitement. Ici l'occlusion intestinale était formelle. A quelle cause devions-nous la rattacher ? Les antécédents du malade, son entérite chronique, la douleur plus vive de l'hypocondre droit devaient nous faire penser que l'obstacle siégeait au niveau du côlon ascendant. Le tympanisme trouvé, après la disparition de l'occlusion à ce même endroit, le démontrent également alors que le ballonnement n'existait plus dans le reste de l'abdomen. Il est donc probable que c'était de l'invagination.

Pour conclure, nous engageons vivement nos confrères à ne plus redouter la strychnine comme on nous l'a enseigné à l'école. Les malades la supportent très bien. Nous ne pensons pas que cette tolérance soit spéciale au milieu dans lequel nous exerçons.

Quand ils seront familiarisés avec l'administration de la strychnine, les médecins seront absolument étonnés des doses qu'ils arriveront à employer. Dans tous les cas, maniée avec prudence et à doses progressives, ils n'ont aucun accident à craindre, mais seulement de bons effets à espérer.

C'est ce que nous nous sommes proposé de faire ressortir par cette note.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Dans quelle portion de la séreuse cardiaque siège le liquide des péricardites aiguës ? — MM. F. Aporti et P. Figaroli, assistants du professeur A. Riva à la clinique de l'Université de Parme, ont recherché, sur le cadavre, la confirmation des déductions cliniques et anatomomo-pathologiques énoncées par Concato au sujet du siège occupé dans le péricarde par le liquide sécrété dans les affections aiguës de cette séreuse ; ils sont tombés d'accord sur tous les points mis en évidence par Concato, dont ils adoptent les conclusions.

Ces conclusions, qui ont un intérêt pratique très grand au point de vue du diagnostic et du traitement par la ponction, des péricardites, sont les suivantes :

1° Les épanchements péricardiques ne sont décelables par la percussion que s'ils dépassent 150 à 200 centimètres cubes ;

2° La quantité maxima du liquide épanché que puisse contenir le péricarde est de 650 à 700 centimètres cubes ;

3° Dans le décubitus, la matité précordiale est proportionnelle au volume de l'épanchement et élargie en tous sens ; dans la station debout, la matité s'étend surtout vers la pointe du cœur et vers l'angle d'insertion du sac péricardique qui avoisine le foie (Herz-Leberwinkel).

Dans le premier cas, la face antérieure du cœur n'est recouverte qu'en partie par l'exsudat; on peut donc percevoir par l'auscultation des frottements, alors même que l'épanchement est considérable quand le malade est couché; quand il est debout, le cœur peut être, au contraire, complètement recouvert.

Il résulte de ces données que la limite inférieure de la matité précordiale, dite « ligne arquée de Concato » (Concato's Bogenlinie), sera plus concave en bas dans la station debout que dans le décubitus. La courbure de cette ligne, très nettement marquée quand l'épanchement ne dépasse pas 200 à 250 centimètres cubes, va en s'atténuant à mesure que sa quantité augmente et détermine l'affaissement du dôme diaphragmatique;

4° Dans le décubitus, les gros vaisseaux de la base du cœur sont déjà baignés par une petite quantité d'exsudat; cette base reste libre, au contraire, dans la station debout, alors même que l'épanchement est abondant.

Les auteurs ont employé pour leurs recherches une solution d'agar à 1 p. 100, qu'ils injectaient à travers le quatrième espace intercostal gauche, à 1 centimètre et demi du bord sternal. La solution de gélose, au titre employé, avait le grand avantage de rester longtemps liquide et de se prendre lentement en masse; le liquide pouvait ainsi cheminer dans toutes les parties du péricarde jusqu'à ce que sa coagulation, en les fixant, rende possible l'observation exacte des positions.

Cette méthode semble avoir l'avantage, sur celle de O. Damsch, de ne pas déformer les parties. Cet auteur, faisant des recherches analogues à celles d'Aporti et de Figaroli, était arrivé à la conclusion que le liquide péricardique recouvrait constamment la face antérieure du cœur dans le décubitus; mais, en réséquant, comme il le faisait, pour pousser l'injection, les cinquième et sixième cartilages costaux gauches et même parfois une portion du bord sternal, il s'exposait à fausser les résultats de ses recherches. Aporti et Figaroli se sont mis à l'abri de cette critique. (*Centrabl. f. Inn. Med.*, 1900, n° 29, p. 737, et n° 31, p. 785.) P. V.

Les hôpitaux spéciaux pour cancéreux. — CZERNY (de Heidelberg) a prononcé récemment à la Société allemande de chirurgie (1) un éloquent réquisitoire en faveur des malades atteints de cancers inopérables et de l'assistance qui leur est due. Après avoir montré combien petit était le nombre des tumeurs justiciables d'une intervention chirurgicale (Czerny estime que ce nombre ne dépasse pas 25 p. 100 des cas), combien petit aussi celui des opérations efficaces (les malades opérées de cancer de l'utérus ne seraient sauvées, selon lui, qu'une fois sur dix), rappelle que 40000 individus meurent chaque année de cancer en Allemagne et qu'un nombre au moins triple y mène une existence de supplicié. Il trace le tableau de ces malheureux qui vont quémandant à tous quelque soulagement ou quelque conseil, persuadés que quelqu'un doit connaître l'endroit où croît la plante qui calmera leurs douleurs et dont l'existence est pour eux certaine; abandonnés par nombre de médecins qui se désintéressent des tumeurs inopérables, ils se confient, dit Czerny, à de jeunes médecins qui font sur eux l'essai de médicaments nouveaux d'une efficacité non démontrée au lieu d'utiliser ceux dont ils pourraient obtenir quelque effet utile.

Énumérant alors longuement toutes les ressources dont dispose dès aujourd'hui la médecine pour soulager ces malades, sinon les guérir définitivement, les débarrasser des symptômes les plus pénibles de leur affection, les mettre à l'abri des hémorragies, etc.; il conclut en se félicitant de la constitution récente à Berlin d'une société allemande placée sous les auspices du ministère des cultes, qui se propose l'étude de toutes les questions relatives au cancer (Gesselschaft für Krebsforschung), mais Czerny croit qu'il y aura lieu de faire mieux en créant, à l'exemple de l'Angleterre et des États-Unis, quelques hôpitaux spéciaux destinés à servir d'asiles aux malades, et en même temps, de centre pour les recherches scientifiques et l'apprentissage clinique des jeunes médecins en ce qui concerne le cancer; il invite la société allemande de chirurgie à seconder vivement ces efforts.

(1) *Centralbl. f. chir.*, 1900, n° 28, supplément compte rendu de la Société allemande de chirurgie, p. 24.

L'Angleterre possède depuis longtemps, dans un certain nombre de grandes villes, des hôpitaux de cancéreux, tous soutenus par l'assistance privée; New-York possède un hôpital analogue construit par Elisabeth Collum et Mrs Astor; l'Université de Buffalo possède un laboratoire pour l'étude du cancer.

Avec l'aide de tous les cercles médicaux, des autorités administratives impériales, provinciales et des municipalités, avec le concours de l'initiative privée, Czerny espère arriver à créer dans toutes les provinces d'Allemagne des hospices et de modernes écoles pour le traitement et l'étude des tumeurs malignes. Czerny aurait pu ranger la France au nombre des pays qui comptent des hôpitaux spéciaux de cancéreux. Il existe en effet dans notre pays depuis 1842 une œuvre privée qui s'est proposé de soigner les femmes atteintes d'affections cancéreuses. Peut-être n'a-t-elle pas tout le relief ni la même allure scientifique que les hôpitaux similaires à l'étranger dont elle ne se propose du reste pas absolument le même but, puisqu'elle ne reçoit que les cancéreuses incurables (pourquoi pas les cancéreux?) et n'a pas par suite de grande préoccupation étiologique ou thérapeutique. Néanmoins cette œuvre répond bien au premier des desiderata exprimés par Czerny et peu connue elle mérite de l'être davantage par son caractère d'association libre et laïque, secourant gratuitement les malades qui lui sont adressées, sans distinction de nationalité, ni de religion, et aussi par le caractère des personnes qui la constituent. Des dames veuves l'entretiennent, ont fondé cette œuvre, faisant l'office de sœurs ou de surveillantes dans leur hôpital, pansant et soignant les malades, payant une pension si elles résident dans la maison, constituant ainsi un personnel hospitalier, idéalement économique et d'autant plus relevé qu'il se donne volontairement (1).

CHIRURGIE

De la laparotomie dans la tuberculose péritonéale. — M. O. BORCHGREWINK (de Christiania) fait la critique de l'emploi de la laparotomie dans la tuberculose péritonéale. L'examen microscopique de tubercules péritonéaux, recueillis au cours de laparotomies pour péritonite tuberculeuse séreuse, lui ont montré que les cas qui guérissaient le plus facilement étaient ceux dont les tubercules étaient déjà en voie de régression au moment de l'opération, tandis que les cas dans lesquels il avait recueilli des tubercules en pleine maturité n'étaient pas ou n'étaient que peu influencés par la laparotomie.

L'auteur a eu l'occasion d'observer six malades ne présentant aucune tare héréditaire, aucune tuberculose d'autres

(1) Fondée à Lyon en 1842 par Mme veuve Garnier-Chabot, cette œuvre compte aujourd'hui six maisons dans les principales villes de France et de Belgique : Lyon, Paris, Saint-Étienne, Marseille, Bruxelles et Rouen. A Paris, elle a été établie par Mme veuve Jousset, aidée de trois autres veuves en 1874, et est installée, 55, rue de Lourmel à Grenelle, où elle dispose de 42 lits, nombre trois fois insuffisant, paraît-il.

Cette œuvre, d'une organisation si touchante, qui répond à une si pressante nécessité, a inspiré à Maxime du Camp un des plus beaux chapitres qu'il ait écrit, sur la charité privée à Paris. (*Revue des Deux Mondes*, 15 mai 1883.)

organes; ces malades avaient joui d'une santé parfaite jusque-là. Laissés en observation pendant une période variant de cinq semaines à quatre mois, ils avaient guéri définitivement; il s'agissait cependant bien de péritonite tuberculeuse vraie, car la nature infectieuse des exsudats fut confirmée par l'inoculation aux cobayes.

Se basant sur l'observation d'un nombre à peu près égal de malades laparotomisés (25) ou non (22), en tout 47, l'auteur émet les conclusions suivantes : les formes de tuberculose péritonéale évoluant sans fièvre, ou à peu près, guérissent spontanément; en pareil cas, la laparotomie est inutile. Dans les cas à marche progressive, s'accompagnant de fièvre continue, la laparotomie devient nuisible; l'opération est ainsi contre-indiquée dans tous les cas. (*Centralbl. f. Inn. Med.*, 1900, n° 34, p. 879.) P. V.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Responsabilité médicale.

Le tribunal de Cambrai vient de condamner un médecin qui avait accepté de faire le service de l'Assistance médicale gratuite dans la commune de Saint-Waast, à 6000 francs de dommages-intérêts, pour négligence matérielle dans les soins qu'il aurait donnés à un indigent, mort dans la suite, et laissant dix orphelins. Les considérations de ce jugement méritent d'être rapportés :

Attendu qu'à la date du 30 avril 1899, à Saint-Waast, le sieur L..., laissant dix enfants, est mort, à la suite des coups qui lui ont été portés, le 16 avril, par son beau-fils Leroy, condammé, pour ce délit, le 17 mai, par le tribunal correctionnel de Cambrai, à la peine de six mois d'emprisonnement;

Attendu que la demanderesse ès qualités attribue le décès de son mari à l'imprudence et à la négligence du sieur X..., médecin du bureau de bienfaisance de la commune de Saint-Waast et qu'elle demande : 1° principalement la condamnation du médecin X... en 6000 francs de dommages-intérêts; 2° subsidiairement et avant de faire droit, l'autorisation de rapporter, par tous moyens de droit, notamment par témoins, la preuve de certains faits articulés dans ses conclusions;

Attendu que le défenseur soutient, qu'en droit sa responsabilité ne pouvant être engagée qu'à raison de fautes lourdes qu'il n'a pas commises, la demande principale formée contre lui n'est pas fondée, et que, en outre, les faits articulés dans les conclusions subsidiaires de la demanderesse ne sont ni pertinents ni admissibles;

Attendu que, dans le silence, sur ce point, des lois des 19 ventôse an XI et 30 novembre 1892, la responsabilité des médecins découle des principes généraux de l'article 1832 du code civil; qu'ils doivent être déclarés responsables, non pas des erreurs qu'ils peuvent commettre de bonne foi, dans l'exercice de leur profession, mais de leur négligence et de leur légèreté, lorsque les faits qui leur sont reprochés sortent de la classe de ceux qui, par leur nature, sont exclusivement réservés aux doutes et aux discussions de la science;

Que ces principes d'une équité parfaite et faisant au corps médical toutes les concessions possibles, constituent la base de la responsabilité médicale, reconnue et consacrée par la jurisprudence; qu'il convient seulement de les appliquer avec discrétion pour ne pas gêner dans son application le libre exercice et les progrès de l'art de guérir;

Attendu qu'en l'espèce il ne s'agit pas pour le tribunal d'entrer dans l'examen et la discussion de théories médicales, pour lesquelles il est incontestablement incompétent; qu'il y a lieu uniquement de rechercher si le médecin X... n'a pas, en sa qualité de mandataire salarié du bureau de bienfaisance de la commune de Saint-Waast, manqué au devoir de sa profession vis-à-vis d'un indigent, en tardant à se rendre auprès de lui, alors qu'il était sur les lieux, en négligeant de tenir compte des souffrances qu'il accusait dans la région abdominale, et en n'apportant matériellement à l'examen de son état qu'une attention distraite et insuffisante;

Attendu que le médecin, libre en théorie et abstraction faite des devoirs qu'impose l'humanité, de choisir et de restreindre sa clientèle, perd cette faculté vis-à-vis des indigents, lorsque, par suite d'un contrat à titre onéreux intervenu entre lui et une commune, il accepte d'être médecin des pauvres de cette commune;

Attendu que, si certains faits articulés sont reconnus et ne peuvent, en l'état de jurisprudence, avoir aucune importance pour la solution du litige, il en est d'autres, spécifiés sous les numéros 3, 5, 6, 7, 8, 20, qui, si la preuve en était rapportée, tendraient à établir, à la charge du médecin X..., une négligence matérielle de nature à engager sa responsabilité; que la preuve de ces faits n'est pas défendue par la loi;

Par ces motifs, avant dire droit, admet la veuve L... à prouver dans la forme des enquêtes ordinaires et par témoin, etc. (*Journ. des prat.*)

Les époux, « même séparés de biens, » doivent les honoraires médicaux.

Attendu que M. R... réclame aux défendeurs conjointement et solidairement la somme de 150 francs pour soins médicaux et visites au feu sieur G... pendant sa dernière maladie et comme telle privilégiée :

Attendu que la dame veuve G... prétend qu'elle était séparée de bien d'avec son mari et qu'elle n'avait pas appelé le médecin pour donner ses soins à son mari;

Attendu que le sieur G... fils a de son côté soutenu que, n'ayant pas hérité de son père, il ne devait pas les dettes de son père;

En ce qui concerne la veuve G...;

Considérant que les époux se doivent mutuellement secours et assistance, que la femme même séparée de biens doit contribuer aux frais du ménage et même les supporter entièrement s'il ne reste rien au mari;

En ce qui concerne le sieur G... fils;

Considérant que les enfants doivent secourir leurs ascendants dans le besoin;

Que d'ailleurs les soins médicaux ont été donnés au sieur G... père au domicile commun et que ni la veuve G... ni le sieur G... fils n'ont pu les ignorer et ne peuvent pas aujourd'hui se soustraire au payement;

Considérant que la dame veuve G... et le sieur G... n'allèguent même pas qu'ils aient renoncé à la succession de leur mari et père;

Que, dans ces conditions,... condamnons... (*Bulletin des syndicats.*)

FORMULAIRE

Injection désinfectante antileucorréique.

Chlorate de potasse.........	12	grammes.
Laudanum de Sydenham....	10	—
Eau de goudron............	300	—

Faites dissoudre deux ou trois cuillerées à bouche pour chaque litre d'eau chaude, à employer en injections, matin et soir, dans le but de faire cesser l'odeur fétide des écoulements leucorréiques qui accompagnent parfois certains cas d'endométrite, de polypes, de corps fibreux, d'ulcérations du col ou même de simple vaginite. La durée de l'injection sera chaque fois de cinq à six minutes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — Voici la liste, par ordre de mérite, des étudiants en médecine nommés après concours élèves du service de santé de la marine à l'École de Bordeaux :

1. MM. Lebœuf, Pezet, Cazanove, Janicot, Pouillot, Cazaneuve, Le Gorgeu, Cauvin, Goéré, Lailheugue.

11. Brimont, Jarland, Busquet, Challier, Collin, Vielle, Bodiou, Quéré, Morin, Néel.

21. Gaubin, Patterson, Lestage, Bertholet, Izard, Gatrot, Passa, Carmouze, Dumoulin, Rouch.

31. Fulconis, Hutin, Lecalvé, Colomb, Giraud, Perret, Cavaud, Dupuy, Duvard, Fockenberghe.

41. Fatôme, Nègre, Cozanet, Vaillant, Ginoux, Garrot, Moitron, Millous, Caille, Gallier.

51. Kervern, Wadoux, Bellot, Combe, d'Adhémar de Lantagnac, Mignon, Garnier, Loréal, Foll, Bellonne.

61. Guégan, Poncin, Guérard, Cotard, Javelly.

MM. Pezet, Janicot, Pouillot, Cazeneuve, Lailheugue, Busquet, Vielle, Quéré, Morin, Carmouse et Garrot sont autorisés à se présenter au concours pour l'externat des hôpitaux de Bordeaux et devront être rendus à l'école le 28 septembre courant.

Pour les autres élèves, la rentrée est fixée au 22 octobre prochain.

Hôpitaux d'Amiens. — *Service génito-urinaire.* — Il vient de s'ouvrir à Amiens un service destiné à recevoir des malades atteints d'affections génito-urinaires. Ce service installé dans le pavillon Victor-Duvauchel, nouvelle construction dépendant des hospices d'Amiens, est placé sous la direction de notre ami M. Victor Pauchet, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien des hôpitaux d'Amiens.

Prophylaxie de la tuberculose dans les hôpitaux de Marseille. — La Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Marseille a adressé, sur ce sujet, à la Commission administrative des hospices, un rapport dont voici les conclusions :

1° Dans toutes les salles : éviter la poussière en défendant le balayage à sec et l'époussetage ;

2° Dans toutes les salles de médecine : supprimer le linge qui sert de crachoir et le remplacer par des crachoirs couverts et désinfectables;

3° Mettre dans les salles, les galeries, les escaliers, les cours et jardins des crachoirs collectifs désinfectables;

4° Appliquer rigoureusement le règlement qui défendra, sous peine d'expulsion, de cracher à terre;

5° Faire désinfecter tous les objets à l'usage des malades dans toutes les salles;

6° Cette désinfection nécessitera des innovations coûteuses certainement, mais qui néanmoins ne pourraient être longtemps différées : *a.* La remise d'un vêtement aux malades hospitalisés; *b.* La création dans chaque hôpital d'une escouade d'infirmiers sanitaires;

7° Attirer et fixer les bons infirmiers en augmentant leur salaire et leur bien-être, ne pas accepter ou réformer les infirmiers tuberculeux;

8° Au fur et à mesure remplacer le mobilier usé par de nouveaux types de meubles faciles à désinfecter. Sans attendre l'usure des tablettes, les remplacer par des tables de nuit;

9° L'isolement des tuberculeux devra être réalisé au plus tôt.

A propos de la fièvre jaune. — M. Lucciardi, chancelier du consulat de France à Santiago de Cuba, a adressé la lettre suivante au *Matin* :

« Je lis dans votre numéro du 8 août un filet intitulé : « La fièvre jaune au Sénégal. » Au moment où ma lettre vous parviendra, l'épidémie aura certainement disparu de notre colonie africaine. Mais je tiens, pour l'avenir, dans l'intérêt de ceux de vos lecteurs qui seraient appelés à vivre dans les pays où sévit ce terrible mal, à vous faire part des observations que j'ai pu faire et des renseignements que j'ai pu recueillir.

La fièvre jaune, autrement dit *vomito negro*, ne s'attaque qu'aux Européens. Les créoles et les gens de couleur sont « immunes », dit-on dans ce pays, où il n'y a pas d'exemple de Cubains atteints par le fléau. Comme préventif, les vieux créoles et certains médecins recommandent la verveine, non pas la verveine d'Europe, mais une plante qui porte ce nom et dont l'effet est des plus efficaces, ainsi que j'ai pu m'en rendre compte.

L'Européen arrivant dans les pays exposés au *vomito* doit prendre chaque matin, à jeun, une tasse d'infusion de cette verveine, dont je vous envoie un petit paquet, afin que vous puissiez faire analyser la plante à l'Institut Pasteur. S'abstenir de tout excès, surtout de l'alcool.

On a remarqué depuis « l'intervention » américaine, que sur cent personnes atteintes du *vomito*, quatre-vingt-dix étaient des soldats américains, faisant une consommation parfois exagérée de whisky.

Aux premiers symptômes du *vomito*, les médecins ordonnent une purgation énergique. Les vieux médecins et les vieux créoles disent : « Soigner le malade avec une potion ainsi composée : jus de citron 50 p. 100, huile d'olive 50 p. 100. » Employer de préférence l'huile catalane, dite « huile verte », dont on fait une grande consommation dans les pays d'origine espagnole. Le mal ne résiste pas, paraît-il, à cette médication. Au cours de la maladie, continuer, bien entendu, les infusions de verveine.

Autres remarques : le voisinage de la mer est très mauvais, l'éviter soigneusement; les bruns sont moins exposés que les blonds ; les personnes faibles et anémiques sont presque à l'abri du fléau; une personne ayant eu le *vomito* ne peut être atteinte une seconde fois.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau.* — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de la Société des voyages économiques, une excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau pour le *dimanche 30 septembre 1900.*

Départ de Paris, 9 h. 10 matin ; retour, 9 h. 57 soir. Prix (tous frais compris): 1re classe, **20** fr. ; 2e classe, **17f50** ; 3e classe, **15** fr.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'agence des « Voyages économiques », 10, rue Auber et, 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 111. — SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1900. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. La ponction lombaire, par M. Ch. LEVI-SIRUGUE, ancien interne des hôpitaux de Paris. — HYGIÈNE ET DÉSINFECTION; PROCÉDÉ DE DÉSINFECTION PAR LA FORMACÉTONE ET OUTILLAGE NÉCESSAIRE A SON APPLICATION, par M. Eugène FOURNIER. —FORMULAIRE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

La ponction lombaire.

Par M. Ch. LEVI-SIRUGUE, ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Il y a dix ans que la ponction lombaire est entrée dans la pratique médicale. Employée d'abord par Quincke (de Kiel), qui fit à ce sujet une première communication en 1890, elle a été depuis l'objet de nombreuses discussions dans les sociétés allemandes et dans les congrès; elle suscite, en effet, des questions intéressantes au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique de certaines affections nerveuses.

Quincke, ayant remarqué que par l'injection de liquide dans le canal rachidien la pression s'élevait à la région lombaire, fut amené à tenter de diminuer les élévations de pression pathologiques par une ponction à ce niveau. Depuis son premier travail, présenté au IXe Congrès de médecine interne, il est revenu sur cette question à plusieurs reprises, et en particulier dans un important article publié en 1895 (1), où il exposait en détail sa technique. A la Société des médecins de la Charité, Heubner avait rapporté, le 1er novembre 1894, le résultat de 50 ponctions faites chez l'enfant. Lichtheim (2), Stadelmann (3), Ziemssen, Fürbringer insistaient sur la valeur diagnostique de cette opération. Krönig (4), récemment Gumprecht (5), en faisaient par contre voir les dangers; et ce dernier, dans son récent article, a collecté les cas de mort survenus quelques heures après la ponction et y a ajouté deux faits personnels.

Les médecins français se sont montrés plus réservés dans l'emploi de la ponction lombaire. M. Marfan, qui l'a essayée le premier en 1893, l'a surtout étudiée dans la méningite tuberculeuse, tant au point de vue du diagnostic que de la thérapeutique. Les résultats, en partie consignés dans la thèse de G. Bernard (1), ont été résumés par lui dans un article paru en 1897 (2) et dans son étude sur la méningite tuberculeuse du *Traité des maladies de l'enfance* (3). M. Chipault a modifié un peu la technique et proposé, au lieu de la ponction lombaire, la ponction lombo-sacrée, plus généralement adoptée aujourd'hui, même à l'étranger, chez l'adulte au moins, et qui réduit les chances de blesser la queue de cheval. M. Netter (*Semaine méd.*, 1898) a montré les données que peut fournir l'opération de Quincke dans la méningite cérébro-spinale.

En Italie, elle a été l'objet de publications de la part de plusieurs médecins d'enfants; parmi ces travaux, nous signalerons ceux de Concetti (4), Giarré (5), Bozzolo (6).

II

On sait que l'axe médullaire ne descend pas jusqu'à la terminaison de la colonne vertébrale. La moelle va chez l'adulte jusqu'à la deuxième lombaire, chez le nouveau-né jusqu'à la troisième. On pourra donc faire la ponction à partir de ce niveau, d'autant plus que chez l'enfant il y a là un espace libre de 5 millimètres de large, occupé seulement par du liquide et ayant à ses côtés les racines nerveuses. Chez l'adulte, la queue de cheval forme un faisceau dense, mais la ponction peut néanmoins, dit Quincke, y être faite sans danger.

Pour cette opération, Quincke se servait de canules de 3 à 7 centimètres de long, et de 0mm6 à 1mm2 d'épaisseur. Ces canules étaient munies d'un mandrin et un tube de caoutchouc pouvait s'adapter par une extrémité conique à la canule. Le malade étant couché sur le côté gauche, les jambes repliées sur le ventre, le dos fortement courbé, après désinfection de la région lombaire on s'oriente sur le siège des apophyses épineuses; on dessine avec un crayon dermographique leur surface horizontale à gauche de la ligne médiane. On choisit le troisième ou le quatrième espace, qui ont l'avantage d'être plus larges. Chez l'enfant on ponctionne dans la ligne médiane, chez l'adulte à 5 ou

(1) QUINCKE. *Berl. klin. Wochens.*, 14 oct. 1895.
(2) LICHTHEIM. *Deuts. med. Wochens.*, 1893, n° 46.
(3) STADELMANN. *Berl. klin. Wochens.*, 8 juillet 1895.
(4) KRÖNIG. Soc. méd. int. de Berlin, in *Semaine méd.*, nov. 1897.
(5) GUMPRECHT. *Deuts. med. Wochens.*, 11 juin 1900.

(1) G. BERNARD. *Tentatives chirurgicales dans le traitement de la méningite tuberculeuse*, Th. de Paris, 1895.
(2) MARFAN. *Presse méd.*, 8 sept. 1897.
(3) MARFAN. *Traité des maladies de l'enfance*, t. IV.
(4) CONCETTI. *Ann. de méd. et chir. infant.*, 15 avril et 1er mai 1899.
(5) GIARRÉ. La puntura lombare nella pratica pediatrica, *Riv. crit. di clin. med.*, 3 et 10 fév. 1900.
(6) BOZZOLO. Il meningismo e la puntura lumbare, *Riv. crit. di clin. med.*, 31 mars 1900.

10 millimètres à droite, et on dirige l'aiguille obliquement de façon à traverser la partie moyenne de la dure-mère. Si on tombe sur un plan osseux, on arrivera avec un peu de tâtonnement à trouver l'espace, dont la largeur est de 17 à 20 millimètres et la hauteur de 10 à 15. Dès qu'on sent qu'on a pénétré dans la dure-mère, qui est chez l'enfant à 2 centimètres de profondeur, et chez l'adulte à 4 ou 6, on enlève le mandrin et on adapte le tube de caoutchouc. Si le liquide n'apparaît pas tout de suite on retire un peu l'aiguille et on cherche à déplacer avec précaution les racines nerveuses ou les feuillets de l'arachnoïde qui peuvent l'obturer. Pour activer l'issue du liquide on peut incliner le tube à quelques centimètres au-dessus de l'orifice de ponction. Afin de mesurer la pression du liquide céphalo-rachidien Quincke se sert d'un tube de verre adapté au tuyau de caoutchouc, et il mesure le niveau auquel y arrive le liquide, ce tube de verre étant maintenu dans une direction perpendiculaire à celle de la canule. Normalement le liquide monte à 40 ou 60 millimètres dans le décubitus latéral, position dans laquelle est faite la ponction. Ce niveau est d'ailleurs variable à l'état normal et est influencé par la respiration, la circulation, surtout par les mouvements qui peuvent amener des oscillations de 10 à 20 millimètres.

Quand on voit le liquide couler plus lentement, ou que la pression est tombée au-dessous de 40 millimètres, on arrête l'opération avant que le malade accuse de la céphalalgie. Pour cela on retire la canule; on débarrasse par une légère pression la plaie des petits caillots sanguins qui peuvent s'y trouver, on la nettoie avec un tampon imbibé de sublimé et on fait un pansement avec un peu d'ouate et de collodion iodoformé, en laissant le malade vingt-quatre heures au repos complet.

Dans les cas où il voulait obtenir un écoulement plus prolongé, Quincke faisait à la dure-mère une incision avec une lancette. Le petit écoulement amène de l'œdème autour de l'incision.

Telle est la technique de la ponction lombaire proprement dite, telle que Quincke l'a décrite. Cette opération a été modifiée par M. Chipault et c'est la *ponction lonbo-sacrée*, préconisée par lui, qui est préférée aujourd'hui. Cette opération se fait dans l'espace entre la cinquième vertèbre lombaire et la première sacrée, on court ainsi moins de risques de léser la queue de cheval. Cet espace répond au cul-de-sac arachnoïdien inférieur; il est très grand, moins haut mais plus large que les troisième ou quatrième espaces lombaires. Chipault se sert d'un trocart de 10 centimètres de longueur et de 1 à 2 millimètres de diamètre. La canule est graduée pour permettre d'apprécier le degré de pénétration. On a soin de diriger l'instrument en haut et en dedans vers la ligne médiane. Fürbringer (1) a adopté ce procédé mais il ponctionne sur la ligne médiane au lieu du bord latéral de la première apophyse sacrée.

Le procédé opératoire de M. Chipault paraît devoir être surtout appliqué à l'adulte. Chez l'enfant on peut s'en tenir à la ponction de Quincke entre la troisième et la quatrième lombaires en se servant du point de repère indiqué par M. Marfan, qui consiste à mener une ligne horizontale tangente à la partie la plus élevée de la crête iliaque et passant sur l'apophyse de la quatrième lombaire. M. Marfan plonge l'aiguille immédiatement au-dessus de cette apophyse tout près de la ligne médiane. Pour éviter de blesser le plexus veineux préméningé, il vaut mieux ponctionner un peu obliquement de bas en haut qu'horizontalement comme le fait Quincke.

III

La plupart des auteurs qui ont fait un certain nombre de ponctions lombaires s'accordent pour en proclamer la facilité d'exécution, à condition d'avoir présentes les notions que nous venons d'établir. Cette opération n'est guère plus douloureuse qu'une thoracentèse et ne nécessite pas le plus souvent une anesthésie préalable, tout au moins une anesthésie générale. Quincke, M. Marfan, et beaucoup d'autres l'ont faite sans narcose.

Chez les individus agités, chez des enfants indociles, l'opération peut être rendue plus difficile. Les mouvements de contorsion du tronc gênent dans l'appréciation exacte du siège de l'espace à choisir; la contraction des muscles lombaires qui sont doués d'une grande puissance, peut courber l'aiguille contre la colonne vertébrale, et en amener la rupture. Cet accident a été plusieurs fois observé. Stadelmann a vu un cas où deux aiguilles furent successivement brisées. Gumprecht qui a observé une fois cet accident dans un cas où il put parvenir à extraire le fragment rompu, conseille de faire la ponction dans la position assise, mais de coucher aussitôt le malade.

La ponction peut ne pas donner issue à du liquide ou l'écoulement peut s'arrêter trop tôt. Ce fait est dû soit à la consistance trop grande du liquide, soit à l'obturation de la canule par un cailiot ou par l'interposition des racines nerveuses ou des feuillets de la séreuse arachnoïdienne. Il suffira alors, pour rétablir l'écoulement, de déboucher la canule en introduisant légèrement le mandrin, ou dans le dernier cas de déplacer un peu l'aiguille, de l'enfoncer ou de la retirer de quelques millimètres.

Du sang peut s'écouler par la canule sans qu'il s'agisse d'hémorragie intra-rachidienne par suite de la piqûre d'une veine superficielle. Il s'agit alors d'hémorrhagies qui ne présentent pas de gravité, qui s'arrêtent facilement mais qui peuvent faire croire à tort à la nature hémorragique du liquide céphalo-rachidien; le sang est cependant moins intimement uni au liquide que dans ce dernier cas et ne se montre qu'au début de la ponction. Quant à la blessure du plexus préméningé, qui pourrait arriver si on enfonçait trop brutalement l'aiguille au travers de la dure-mère, elle sera évitée si on fait la ponction un peu obliquement.

Chez les nourrissons, on ira avec prudence pour ne pas entamer le tissu cartilagineux des vertèbres, comme l'a vu Lichtheim, et risquer de blesser l'aorte. On évitera une issue trop rapide et trop abondante de liquide, quoique Gumprecht dans 10 cas en ait laissé venir jusqu'à la dernière goutte sans avoir remarqué d'accidents consécutifs, pas même de céphalée. Il n'est pas rare cependant d'observer, dans les heures qui suivent l'opération, des douleurs de tête, quelquefois de la rachialgie, une démarche titubante, et il sera bon de maintenir le malade au lit pour atténuer ces symptômes. On a vu plusieurs fois des douleurs assez pénibles dans les membres inférieurs dues certainement à la blessure des nerfs de la queue de cheval, ce qu'on évitera par la ponction sacrée.

Mais l'accident qui domine tous les autres et a pu faire discuter sur la gravité de l'opération de Quincke, c'est la *mort subite*, qu'on a vu survenir quelques heures après la ponction. Récemment Gumprecht en a réuni 15 cas, observés par

(1) Furbringer. *Semaine méd.*, 1897, p. 241.

Fürbringer, Lichtheim, etc., et y a ajouté deux faits personnels. Dans la plupart de ces cas la mort survient par paralysie respiratoire, la respiration s'arrêtant avant le cœur; dans presque tous, il s'agissait de tumeurs cérébrales surtout postérieures, dans lesquelles il peut y avoir fermeture des communications lymphatiques entre la moelle et les ventricules cérébraux. Chez ces malades la céphalée augmente à un degré extrême pendant la ponction, et souvent oblige à la suspendre. La pression du liquide n'est pas toujours accrue, malgré les signes évidents de compression cérébrale (vomissements, céphalée, anomalies du pouls, étranglement papillaire); la pression peut diminuer rapidement et tomber à 0 déjà après l'issue de 5 centimètres cubes. La mort peut survenir quelques minutes après la ponction; si elle est plus tardive on observe la persistance de la céphalée, et bientôt le malade tombe dans un état comateux, où il peut rester plusieurs heures; alors tout à coup il se cyanose, la respiration s'arrête. La respiration artificielle peut prolonger quelque temps la vie. Peut-être en y joignant la trépanation et la ponction des ventricules cérébraux pourrait-on sauver le malade. On comprend que dans des affections comme les tumeurs cérébrales où il n'est pas rare d'observer spontanément la mort subite, il soit difficile de fixer exactement l'influence de la ponction sur ces 17 cas de mort, mais néanmoins ce chiffre est assez imposant, les phénomènes qui ont précédé la mort assez semblables pour permettre d'incriminer la ponction et de n'en user qu'avec prudence quand on peut soupçonner une obturation des orifices de l'encéphale.

IV

Cherchons maintenant à voir quels avantages on peut tirer de la ponction lombaire tant au point de vue du *diagnostic* que du *traitement*. Mais avant d'entrer dans l'étude de la valeur diagnostique, nous rappellerons en quelques mots les propriétés normales du liquide céphalo-rachidien nécessaires à connaître pour juger de son état pathologique.

Normalement, la pression du liquide extrait au niveau de la région lombaire est de 40 à 60 millimètres dans le décubitus latéral. Ce liquide, qui vient en quantités variables de 3 à 60 centimètres cubes, est limpide comme de l'eau de roche, ne déposant pas par le repos. Sa densité est de 1007. Il renferme de 0,25 à 0,50 p. 100 d'albumine et un peu de sucre (Quincke); il est dépourvu de microbes.

Nous sommes maintenant en mesure d'étudier dans quelles affections le liquide céphalo-rachidien présente des modifications intéressantes pour le clinicien.

Dans l'*hydrocéphalie*, l'aspect du liquide se rapproche beaucoup de l'état normal. Il est parfaitement limpide, ne donne pas de coagulum, ne montre pas au microscope d'éléments figurés, ne renferme pas de microbes. Il contient peu d'albumine, alors que celle-ci est augmentée dans les inflammations méningées aiguës et dans les cas de tumeur amenant de la stase veineuse dans les plexus choroïdes. La quantité extraite est généralement augmentée, à moins qu'il n'y ait obturation des communications médullo-encéphaliques. La pression est assez forte, le liquide sort en jet à moins que cette obturation ne soit réalisée.

Dans les cas de *tumeur cérébrale* la présence de sucre, d'albumine, peut fournir quelques indications, mais peu précises.

Dans les cas d'*hémorragie méningée* ou *ventriculaire* le liquide peut être sanglant. Mais ce phénomène n'est pas constant. On peut le trouver limpide comme aussi dans des cas de thrombose des sinus ou de suppuration intra-cranienne : abcès entre la dure-mère et l'arachnoïde.

Où la valeur diagnostique de la ponction lombaire est le mieux établie, c'est dans les *méningites aiguës*. Tout d'abord elle peut renseigner sur la nature purulente ou non de la méningite, ce qui est d'une grande importance pour le diagnostic de la *méningite tuberculeuse*. Dans celle-ci en effet il est de règle d'extraire un liquide limpide, mais qui se trouble un peu par le repos. Dans les autres formes de méningite, le liquide est généralement purulent. L'examen microscopique montre, comme on était en droit de s'y attendre, très peu de leucocytes dans la tuberculose, alors que les liquides purulents en présentent de très nombreux. D'autres données viennent différencier le liquide tuberculeux ; il renferme plus d'albumine que le liquide normal ou que celui de l'hydrocéphalie (plus de 1 p. 100); c'est même dans la méningite, tuberculeuse que le taux de l'albumine est le plus considérable. Le sucre fait défaut dans ces cas. La pression est généralement très élevée; c'est là qu'on a obtenu les chiffres les plus forts (200 à 450), sans que cependant ce soit un phénomène constant, car il n'est pas rare qu'au cours de la méningite tuberculeuse les communications des ventricules avec l'espace sous-arachnoïdien viennent à se fermer, comme l'a démontré M. Marfan au moyen d'injections colorées dans deux cas sur quatre. Ces caractères du liquide, quoique intéressants, ne donnent pas la certitude du diagnostic de méningite tuberculeuse. Elle ne peut être fournie que par la démonstration dans le liquide du bacille de Kock. Aussi la question que l'on a surtout discutée parce qu'elle résume la valeur diagnostique de la ponction dans la méningite tuberculeuse, c'est celle de la *présence du bacille*. Les résultats obtenus à ce point de vue ont été très différents. Tandis que Heubner n'a pas trouvé le bacille de Koch, que Monti conteste la valeur diagnostique de cette opération dans la méningite tuberculeuse à cause de la trop fréquente absence du bacille, Braun, en examinant le dépôt, l'aurait trouvé 5 fois sur 7 cas; Pfaundler l'a vu dans 90 p. 100 des cas, Furbringer dans 70 à 75 p. 100, Lichtheim dans presque tous, Lenhartz dans presque la moitié, Stadelmann dans 22 p. 100. Pour avoir le plus de chances de succès il convient d'examiner les dépôts fibrineux qui apparaissent au milieu du liquide que l'on pourra laisser au repos à l'étuve; si l'on voulait faire un examen immédiat il faudrait centrifuger le liquide. La recherche ne présente ici rien de spécial. Comme on le voit, la présence du bacille est loin d'être constante et son absence peut tenir à plusieurs causes dont les principales sont la rareté des tubercules, l'absence de tubercules ramollis, la fermeture des communications ventriculaires et sous-arachnoïdiennes. Naturellement l'absence de bacille ne prouve pas à l'encontre du diagnostic de tuberculose, et un examen positif a seul de la valeur.

On a conseillé dans les cas d'examen négatif de tenter l'inoculation au cobaye. Bernheim et Moser (1) ont obtenu ainsi des résultats plus certains, mais il faut attendre au moins trois semaines, et avant ce moment le diagnostic aura pu être fait par l'évolution et souvent par la mort du malade.

La ponction lombaire pourrait servir à éclairer la question si discutée de la curabilité de la méningite tuberculeuse. A

(1) Bernheim et Moser. *Wiener med. Wochens.*, mai 1897.

ce point de vue nous citerons une curieuse observation de Henkel (1), où il s'agit d'un enfant de dix ans, qui présenta des signes typiques de méningite cérébro-spinale. La ponction lombaire donna issue à 40 centimètres cubes de liquide assez clair où on colora dans le dépôt après vingt-quatre heures de séjour à l'étuve de nombreux bacilles de Koch sans autres microbes. Cependant l'enfant guérit complètement.

Il est une autre grande forme de méningite où la ponction lombaire a plus de valeur diagnostique, c'est la *méningite cérébro-spinale*. Le liquide retiré dans ce cas est d'aspect très variable; il peut être purulent ou limpide, et cela, comme l'a fait remarquer M. Netter (2), même dans des cas de méningite suppurée. Le seul élément utile au diagnostic est le résultat des cultures. M. Netter conseille, s'il y a des flocons, de faire des cultures en milieux solides (gélose glycérinée, sérum coagulé de Löffler); s'il n'y a pas de sédiment on aura recours aux milieux liquides (bouillon) qui permettront des réensemencements ultérieurs. Les microbes de la méningite cérébro-spinale sont, comme on sait, d'espèces diverses. A côté du diplocoque intra-cellulaire de Weichselbaum, qui en est le principal élément pathogène, M. Netter a rencontré souvent le pneumocoque et quelquefois un streptocoque voisin du pneumocoque. Il convient de remarquer qu'il sera toujours bon dans ces cas de s'assurer de l'absence du bacille de Koch, car la présence d'autres microbes tels que le méningocoque de Weichselbaum n'exclut pas la nature tuberculeuse possible de la méningite. M. Netter a vu sur dix méningites tuberculeuses six fois le liquide rester stérile en ensemencement sur les milieux ordinaires; une fois il poussa du staphylocoque, trois fois le méningocoque.

Dans d'autres méningites aiguës primitives ou secondaires la ponction lombaire peut permettre le diagnostic des agents pathogènes en cause; c'est ainsi qu'on a démontré la présence du pneumocoque, ou même d'autres microbes plus rares (pyocyanique).

La ponction lombaire peut servir enfin au diagnostic de tout un groupe de cas intéressants, décrits pour la première fois par Quincke sous le nom de *méningite séreuse*. Il s'agit d'infections atténuées, susceptibles de guérison, mais qui peuvent être dans l'avenir l'origine d'affections chroniques, telles que l'hydrocéphalie. Dans certains de ces faits on ne trouve pas de microbes, comme dans un cas de M. Netter. Dans d'autres on pourrait rencontrer des microbes atténués au point de vue de leur virulence et de leur puissance de végétation. Dans ces conditions, comme nous l'avons observé (3) dans un cas de méningite séreuse à pneumocoques, il peut arriver que le microbe ne pousse pas en culture et puisse reprendre un peu de sa faculté végétative si on l'inocule à l'animal. Dans notre cas il avait fallu inoculer à la souris un centimètre cube de liquide céphalo-rachidien pour amener la mort de l'animal seulement au bout de quatre jours. Il s'agissait d'un pneumocoque très atténué. Il est donc bon, avant d'affirmer la stérilité du liquide, de faire des inoculations à des animaux réactifs.

Dans les cas où le liquide est démontré stérile, on peut supposer qu'il contient des toxines, et on a admis (Hutinel, Belfanti, etc.) que les accidents congestifs désignés sous le nom vague de *méningisme infectieux* pourraient tenir à l'action vaso-dilatatrice des toxines. Malheureusement nous ne possédons guère de moyen de les mettre en évidence; dans le travail que nous venons de citer nous nous demandions, en nous appuyant sur une de nos expériences et bien que sachant combien sont encore peu établies ces notions, si on ne pourrait pas démontrer dans le liquide la présence de produits de sécrétion du pneumocoque par l'espèce d'immunisation que l'injection de ce liquide pourrait conférer à la souris à l'égard d'inoculations de pneumocoque virulent.

On comprend tout l'intérêt que peut avoir la ponction lombaire pour débrouiller ces faits obscurs du méningisme, où la guérison empêche le plus souvent l'étude bactériologique *post mortem*.

On a utilisé encore en Allemagne la ponction lombaire pour le diagnostic entre le delirium tremens et les méningites qu'on peut observer chez les alcooliques. Concetti (1) rapporte un cas où la ponction lombaire a été utilisée au point de vue médico-légal. Il s'agissait d'un pharmacien qui avait donné une préparation d'opium pour calmer un enfant agité; des phénomènes méningés étant survenus, le pharmacien fut poursuivi comme coupable d'avoir intoxiqué l'enfant; la ponction lombaire en démontrant la présence de bactéries vint affirmer la méningite et disculper le pharmacien.

Comba (2) a tiré de la recherche de l'azote contenu dans le liquide céphalo-rachidien des conclusions intéressantes pour le diagnostic de l'*urémie*. L'augmentation de la quantité d'azote serait en rapport avec une lésion rénale et des manifestations urémiques. On comprend l'importance de ce fait si des recherches ultérieures en apportent la confirmation. Les chiffres moyens sont de 0,0186 p. 100 pour l'azote total, 0,0030 p. 100 pour l'azote de l'albumine, et 0,0150 p. 100 pour l'azote résiduel.

Pour nous résumer, la ponction lombaire a une valeur diagnostique indiscutable. Sans doute comme tout symptôme en médecine elle ne répond pas à l'attente du clinicien dans tous les cas, et les résultats négatifs sont dénués de valeur; mais lorsqu'elle fournit des résultats positifs, ces résultats sont certains, et n'eût-elle d'utilité que dans certains cas de méningite tuberculeuse, elle devrait encore être conservée en raison des difficultés souvent insurmontables de ce diagnostic en clinique infantile. Mais ses résultats sont plus féconds et c'est grâce à elle que nous connaissons mieux la méningite cérébro-spinale et que nous arriverons plus tard à pouvoir mettre un peu d'ordre dans l'histoire confuse des réactions méningées dans l'enfance. Elle pourra servir à démontrer la nature infectieuse de la paralysie infantile, comme l'ont prouvé quelques cas où on a pu ainsi établir la présence du méningocoque (Schultze). Si elle a été suivie d'accidents, ce n'est pas en tant qu'instrument de diagnostic. Dans ce cas, en effet, il suffit de très peu de liquide, et les accidents ne sont à craindre que lorsqu'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien a été soustraite. Dans les accidents rapportés s'il y en a un où la mort subite est survenue après l'extraction de 5 centimètres cubes seulement, le plus souvent on avait extrait au moins 15 à 20 centimètres. Or dans la ponction faite pour le dia-

(1) Henkel. *Münch. med. Wochens.*, 5 juin 1900.
(2) Netter. *Semaine méd.*, 1898.
(3) Levi-Sirugue. *Arch. de méd. expérim.*, janv. 1897.

(1) Concetti. La ponction lombaire dans la paralysie infantile, *Ann. de méd. et chir. infant.*, avril et mai 1900.
(2) Comba. Untersuch. über die Menge des Strickstoffgehaltes in der cerebro-spinalen Flüssigkeit der Kinder bei einigen Krank., *Arch. f. Kinderheilk.*, XXVIII Bd., 5 et 6 h., 1900.

gnostic, 1 centimètre cube est suffisant; on peut même se contenter de moins.

Enfin, la ponction lombaire peut être utile pour le pronostic. Leyden a vu, dans un cas de méningite cérébro-spinale, les bactéries diminuer à mesure que le malade s'acheminait vers la guérison. M. Netter a vu le liquide, d'abord purulent, devenir clair.

V

Si la valeur diagnostique de la ponction lombaire dans les méningites est indiscutable, il n'en est pas de même de sa *valeur thérapeutique*, bien que Quincke l'ait conseillée au début plutôt comme agent de traitement dans les cas où la pression intracranienne était exagérée. Quincke avait vu quelquefois, immédiatement après ou même pendant la ponction, la disparition de certains phénomènes cérébraux, la diminution de la céphalée, de la raideur de la nuque, des troubles intellectuels. Il aurait pu ainsi guérir des cas de méningite séreuse. Mais d'autres auteurs n'ont pas eu de résultats même palliatifs. Lichtheim dans 15 cas n'a pas vu de soulagement, même à la suite de ponctions de 80 grammes. La ponction peut même présenter des dangers particuliers chez les apoplectiques, dans l'urémie, les encéphalites hémorragiques, l'hydrocéphalie. Dans les cas chroniques (hydrocéphalie, tumeur cérébrale) où le cerveau est habitué à supporter une pression élevée, il y a danger à la diminuer trop brusquement. C'est ce qui explique que les accidents de la ponction lombaire sont plus à redouter dans ces affections chroniques que dans les méningites aiguës. Chez les typhiques, les scarlatineux, la ponction a été suivie d'une amélioration nulle, ou seulement très passagère, de l'état cérébral. D'après Lenhartz (1), dans la chlorose grave avec œdèmes et céphalée, où la pression monte de 300 à 500 millimètres, la ponction aurait été utile; d'après le même auteur elle aurait rendu service dans un cas d'œdème cérébral consécutif à une fracture du crâne.

Récemment, Bozzolo (2) a publié les résultats obtenus dans 3 cas de chorée de Sydenham. Dans ces cas, où les autres traitements avaient été peu efficaces, il y eut, peu après la ponction, une notable diminution des mouvements et une guérison rapide. Bacialli (3) aurait aussi observé une amélioration dans deux cas de chorée.

M. Marfan a étudié la valeur thérapeutique de la ponction lombaire dans la méningite tuberculeuse. Il a publié ses résultats dans la thèse de G. Bernard (1895) et dans une leçon de la *Presse médicale* (8 septembre 1897) reproduite dans le 4e volume du *Traité des maladies de l'enfance*.

Dans ses premiers essais, M. Marfan avait obtenu une notable amélioration. Mais dans d'autres cas il n'a pas même vu cette amélioration des symptômes, ce qu'il attribue à la fréquente interruption des communications des ventricules avec l'espace sous-arachnoïdien. Comme il est impossible de prévoir d'avance cette condition, que l'on peut soupçonner seulement au moment de la ponction, quand il ne s'écoule que quelques gouttes, on sera en droit de tenter l'opération à titre, bien entendu, purement palliatif. Bozzolo et un élève de sa clinique, Mangianti (4), ont vu des améliorations réelles, consistant en diminution de la céphalée, réveil de l'état soporeux, quelquefois même pendant quelques heures le tableau morbide s'effaçait. Ne servirait-elle qu'à diminuer la céphalée souvent si pénible et si rebelle, elle pourrait être tentée.

Au premier stade de la méningite cérébro-spinale, la ponction pourrait être quelquefois utile, au dire de Monti (1), qui sur 5 cas récents aurait vu 2 guérisons, mais un si petit nombre de faits est peu probant, vu la fréquence assez grande de la guérison dans cette affection.

M. Netter (Soc. méd. des hôpit., 28 juillet 1899) a obtenu dans la méningite cérébro-spinale prolongée de bons résultats par la ponction lombaire, faite tous les trois ou quatre jours, et par laquelle on retirait de 30 à 70 grammes de liquide. Le signe de Kernig disparaissait, le pouls se relevait.

Dans la méningite séreuse, les résultats sont assez favorables. Oppenheim, Goldscheider, Leyden ont signalé des améliorations, mais on devra être prudent et ne la pratiquer que si réellement il existe des phénomènes de compression.

Dans l'hydrocéphalie, Leyden a vu au bout de trois mois après six ponctions donnant un total de 180 grammes de liquide un petit malade marcher et présenter une réelle amélioration. Grober (2) a fait une série de ponctions lombaires dans deux cas d'hydrocéphalie; dans l'un on en fit vingt-cinq dans l'autre douze. Dans le premier cas il y eut une guérison complète; dans le second une amélioration légère mais durable. On ne peut certes pas dans ces cas espérer évacuer tout l'excédent du liquide, mais par ces petites évacuations répétées on peut espérer la résorption d'une partie, par un mécanisme analogue à celui qui amène la résorption du liquide qui reste après la thoracentèse.

En somme la ponction lombaire faite prudemment peut rendre service comme opération palliative dirigée contre les signes de compression (convulsions, coma), mais il est difficile d'apprécier exactement sa valeur thérapeutique, encore aujourd'hui très discutée.

(1) Lenhartz. *Semaine méd.*, 1897, p. 437.
(2) Bozzolo. *Riv. crit. di clin. med.*, 31 mars 1900.
(3) Bacialli. Soc. méd.-chir. de Bologne, in *Gazz. degli Osped.*, 29 avril 1900.
(4) Mangianti. *Giorn. med. del R. esercito*, 1896.

(1) Monti. *Arch. f. Kinderheilk.*, 1898, Bd. XXIV.
(2) Grober. *Münch. med. Wochens.*, 1900, n° 8.

HYGIÈNE ET DÉSINFECTION

PROCÉDÉ DE DÉSINFECTION PAR LA FORMACÉTONE ET OUTILLAGE NÉCESSAIRE A SON APPLICATION (3)

Par M. Eugène Fournier.

Il y a tout lieu de croire, et l'on peut même affirmer que, du Congrès international de 1900, il va résulter un immense essor de l'hygiène et que désormais on mettra tout en œuvre pour en propager les règles dont les plus élémentaires sont encore loin d'être observées dans tous les pays.

L'enseignement primaire, avec ses livres si attrayants de leçons de choses, peut contribuer pour une grande part à détruire les pratiques et les préjugés qui se transmettent d'une génération à l'autre.

L'administration française vient, dans cet ordre d'idées, de réaliser une importante innovation en ce qui concerne la rage.

Tout propriétaire de chiens reçoit une feuille spéciale de contributions portant au verso, résumées dans un style aussi clair que concis, les observations les plus importantes concernant cette maladie.

Pourquoi, en ce qui touche l'hygiène, la feuille person-

(3) Mémoire communiqué au Xe Congrès international d'hygiène et de démographie.

nelle d'impositions de chaque habitant ne porterait-elle pas, elle aussi, au verso, les observations les plus indispensables sur l'hygiène dans la famille, sur les maladies infectieuses et, pour les campagnes, quelques lignes supplémentaires sur l'hygiène et les maladies contagieuses du gros et du petit bétail?

En France, il est remis, par l'officier de l'état civil qui procède au mariage, un livret de famille aux conjoints. Pourquoi n'y condenserait-on pas aussi les mêmes recommandations? La dépense qui en résulterait pour l'État serait insignifiante, et Dieu sait que de gratitude lui serait journellement témoignée par les mères de famille au chevet d'un enfant atteint de scarlatine, de diphtérie ou de toute autre maladie contagieuse!

En dehors de l'Administration, le médecin est le premier et le principal vulgarisateur pour inculquer dans la famille les règles de l'hygiène, pour faire prévaloir l'importance de l'assainissement de l'habitation et la nécessité de la désinfection des appartements après une épidémie ou une maladie contagieuse, et pour en obtenir, bien que n'étant pas obligatoire, la pratique courante.

Mais... comment dirai-je la chose? — car de ma part il n'y a ni hostilité, ni parti pris — n'y aurait-il pas intérêt à ce que le médecin exerçant, déjà si terriblement sceptique, se dépouillât de l'indifférence qu'il manifeste encore aujourd'hui en fait d'assainissement ou de désinfection, et qui parfois pourrait engager sa responsabilité professionnelle?

Je m'empresse d'ajouter, à sa décharge, qu'il n'existe aucun procédé vraiment officiel de désinfection, que le praticien est sollicité constamment par des ordres de procédés inactifs ou insuffisants, et que les cas de réinfection, après désinfection par un procédé même presque officiel, qu'on signale de temps à autre, ne sont pas faits pour battre en brèche son scepticisme.

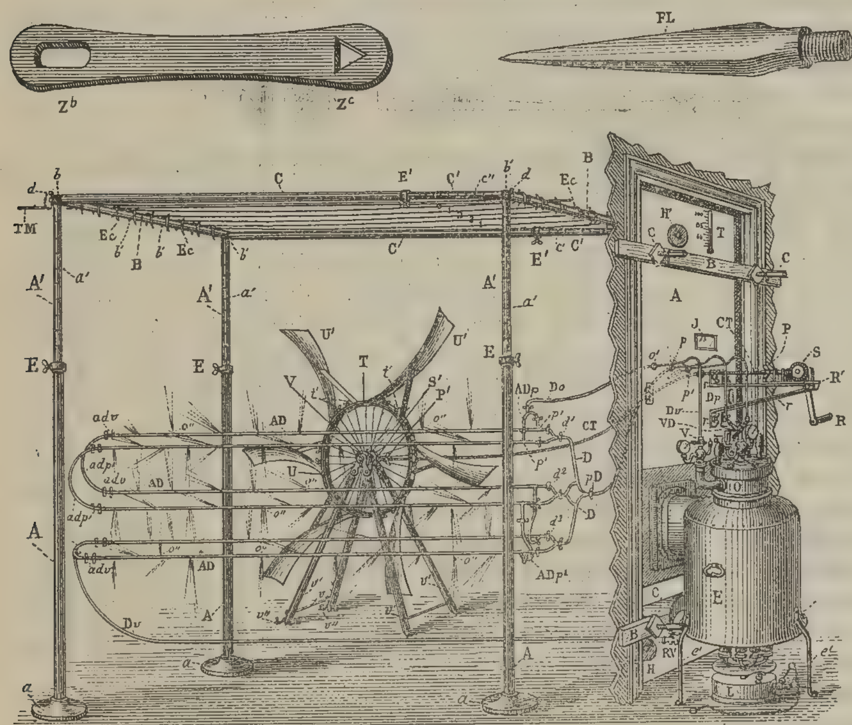


Fig. 1.

A O E L Porte-omnibus avec les appareils de chauffage et de désinfection.

A A' Cadre démontable pour la suspension des matelas, vêtements, etc. — R R' Manivelle flexible C T actionnant le mélangeur d'air T U U'. — Vv'v'' Support articulé du mélangeur. — Dv Tube de vapeur d'eau continue traversant les lances AD et aboutissant au robinet extérieur de purge RV de la porte. — Dp Raccord du cylindre au système D de pénétration des lances-sondes AD. — FL Fer de lance se vissant sur les sondes. — Zb Zc Clé de serrage.

Dans de semblables conditions, qu'arrive-t-il? Les familles, qui n'ont aucune notion de cette importance de la désinfection, loin d'en faciliter le plus possible les moyens, se voient avec défiance obligées de laisser bouleverser une chambre ou un appartement toujours plus ou moins encombrés, et de rester une journée et souvent plus, sans pouvoir en disposer. Aussi, pour elles, une simple projection de vapeurs quelconques suffit; plus le dérangement est faible, plus la durée de l'opération est courte et les frais minimes, et plus elles sont satisfaites.

Il ne peut malheureusement en être ainsi dans la pratique; il est donc indispensable que le médecin fasse à l'avance toutes les recommandations nécessaires.

Après le médecin, le pharmacien me paraît devoir être désormais le plus important auxiliaire.

Les limites de la science s'étendent tellement de jour en jour, qu'il est impossible à un seul homme d'approfondir toutes les branches qui se rapportent à son art.

Au médecin, le soin de prévenir la maladie ou de la guérir; au pharmacien qui, en France, en dehors de ses connaissances de chimie biologique, va recevoir un enseignement spécial de bactériologie et d'hygiène, une chaire étant créée à cet effet à l'École supérieure de pharmacie de Paris, celui de tenir à la disposition du médecin, au moment du besoin, les sérums appropriés, les solutions et les pansements stérilisés, avec toutes les garanties que le praticien seul peut offrir, et enfin, pour les cas contagieux, de pratiquer rapidement et sûrement l'assainissement ou la désinfection indispensables à l'hygiène publique.

Aujourd'hui l'expérience oblige à reconnaître qu'une désinfection complète n'est pas une opération banale, et que pour celui qui veut fixer les règles d'un procédé nouveau, et surtout pour celui qui a mission de le juger, il faut non seulement des connaissances étendues en chimie biologique et en bactériologie, mais aussi une pratique qui ne s'acquiert pas du jour au lendemain.

Des traces d'aldéhyde formique entravant ou détruisant, selon les proportions employées, le développement des cultures, il est évident, même pour le bactériologue le plus novice, que si, préalablement au réensemencement, l'aldéhyde dont les types sont imprégnés n'est pas entièrement saturée, les résultats de l'opération seront retardés ou détruits et les conclusions complètement faussées.

Je ne vois pas d'autre explication à donner de certaines expériences qui vont, ainsi que je le démontre plus loin, à l'encontre des lois de la physique, et qu'on a exploitées avec beaucoup de bruit sans rehausser d'autant l'autorité des personnalités scientifiques ou officielles qui les avaient consacrées de trop bonne foi.

Autre chose est de faire une expérience de laboratoire sous une cloche ou dans une étuve, ou d'opérer, pour se rapprocher de la réalité, dans les locaux de 15, de 50, de 100 ou de 250 mètres cubes, avec des hauteurs de 2m50 à 5 mètres comme dans certains locaux officiels.

Il se peut que des cultures sur gélose ou en bouillons, dans des tubes à essai ouverts ou bouchés avec du coton, permettent de donner des appréciations bactériologiques bien caractérisées et mettent à l'abri des risques de réinfection, mais on s'écarte là singulièrement des conditions que j'appelle *normales* de la désinfection.

Dans mon mémoire du 12 juin 1898 au Comité de perfectionnement dans l'assainissement et de la désinfection de l'habitation, j'insistais sur ce point que, quel que soit le procédé employé, il faut tenir compte de ce que les gaz et les vapeurs ne peuvent pénétrer rapidement à une grande profondeur à la température et à la pression ambiantes, alors que cette durée devient de plus en plus courte avec l'élévation de la température. On doit nécessairement tenir compte également de l'épaisseur et de la nature des substances à désinfecter.

La dernière opération de mon procédé, c'est-à-dire la projection ammoniacale destinée à faire disparaître, en s'y combinant instantanément, toutes traces d'aldéhydes qui, en raison de leur causticité, rendraient l'application du procédé désagréable, sinon dangereuse, en est une preuve bien évidente. Les vapeurs ammoniacales arrivant dans un milieu saturé d'aldéhydes, la réaction est immédiate, et cependant l'opération n'est complète, s'il s'agit de vêtements ou de tapis épais, qu'au bout de deux, de quatre, de six heures, et plus, selon leur épaisseur.

La capillarité n'est pas seule en cause ici. S'il s'agit de poussières ténues, la pénétration s'en fait plus ou moins rapidement; mais qu'il s'agisse de terre sous une certaine épaisseur, il n'en sera plus de même. Selon la durée du contact des vapeurs désinfectantes, la surface des grumeaux plus ou moins durs sera bien stérilisée, mais si l'on introduit ces grumeaux dans un tube de bouillon, il en résultera, qu'en se délitant, les parties inférieures qui n'ont pu être pénétrées par les vapeurs cultiveront rapidement.

Dans la pratique, les inconvénients résultant de cet état de choses sont à peu près nuls et ne se présentent guère que pour les sols de locaux industriels, d'étables, d'écuries, etc. Dans ce cas, on se contente d'arroser fortement avec de l'eau formacétonée. Au bout de deux heures, on renouvelle l'arrosage avec de l'eau ammoniacale qui détruit instantanément toute odeur.

La désinfection par les gaz ou par les vapeurs a donc une limite; mais aujourd'hui, ces observations ont perdu toute leur importance en raison des traitements qui sont pratiqués pour ces cas particuliers et qui donnent les effets recherchés.

Dans ces conditions, il est indispensable que le milieu soit bien approprié, comme dispositif et COMME TEMPÉRATURE; *toutes mes expériences concordent sur ce point.*

J'établis, dans les conclusions qui suivent, les relations qui existent entre la durée du temps de pénétration et la température. C'est ainsi que la désinfection d'un local, celle des couvertures, des tentures, des tapisseries, sous une seule épaisseur, demandent une durée de vingt-quatre heures à la température ambiante; à 40 ou 42 degrés, cette durée n'est plus que de six heures, et dans la **Formacétone-Étuve**, à 85 degrés, elle est ramenée à une heure. A cette dernière température, la pénétration atteint, pour ainsi dire, son maximum d'intensité et permet d'agir sur les objets les plus épais tels que les matelas, les oreillers.

Malgré cette grande pénétration, la température de l'intérieur des matelas n'atteint que de 65 à 68 degrés, alors que celle de l'étuve est de 85 degrés; elle est suffisante cependant pour la désinfection par mon procédé. *Elle atteint ou dépasse de quelques degrés celle de l'étuve si l'on fait intervenir le système de pénétration par les lances-sondes* dont il est question plus loin.

On obtient approximativement les mêmes effets *dans la désinfection en six heures*, si, comme ici, on fait intervenir le système des lances.

L'expérience du 23 et du 24 août 1898, à l'observatoire de Montsouris, fournit la preuve évidente de tout ce qui précède.

La proportion de formacétone était la même que celle employée actuellement, la durée de contact identique, et pourtant l'expérience répétée aujourd'hui donnerait un résultat entièrement positif, alors qu'elle ne l'a pas donné à cette époque. Pourquoi ?

C'est que, dans cette expérience, le calorique employé ne possédait pas l'intensité nécessaire ; *constatation importante*, qui a été démontrée depuis par la pratique, notamment dans les opérations qui ont suivi celle de l'hôpital de Lorient et qui ont été renouvelées le 22 février dernier dans la salle de réunion du comité de perfectionnement de l'assainissement et de la désinfection de l'habitation.

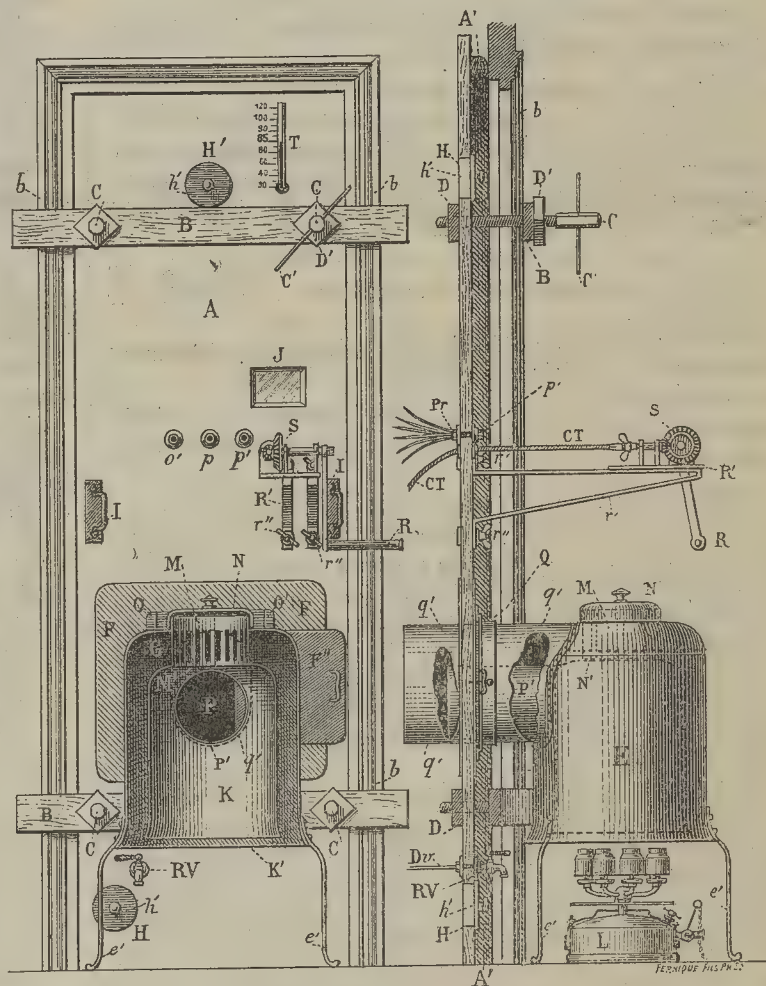


FIG. 2.
Porte-omnibus avec les appareils de chauffage et de projections.

A Porte-omnibus à fermeture hermétique instantanée. — H H' Tampons des ouvertures de ventilation. — Q E L Appareil de chauffage. — R R' Manivelle du câble flexible CT actionnant le mélangeur d'air. — o' Raccord du tube de vapeur d'eau aboutissant au robinet purgeur extérieur RV. — p Raccord du système de projection des matelas. — p' Raccord du projecteur Pr.

Dans cette même expérience, on a démontré à nouveau que la vapeur d'eau acétonée et celle de formacétone, à haute pression, ne sont pas inflammables et ne peuvent occasionner de mélange détonnant, bien qu'en contact direct avec la flamme de la lampe par suite du refoulement provoqué par la pression à l'intérieur du local.

A ce sujet, il s'est produit une confusion dans mon mé-

moire du 12 juillet 1899 et dans la communication qui en a été faite à l'Académie des sciences et à l'hôpital maritime de Lorient, en prêtant à la solution aqueuse d'acétone et à la formacétone les propriétés de leurs vapeurs. Cette expérience du 22 février a donné des résultats bactériologiques insuffisants ou nuls parce que les appareils grossiers, faits à la hâte, n'ont pas fonctionné convenablement, et par suite n'ont pas donné le calorique prévu et indispensable.

A l'observatoire de Montsouris, M. le docteur **Miquel** était convaincu de l'impossibilité de stériliser, sous une certaine profondeur, les crachats tuberculeux desséchés sur toile, et son observation, en disposant ses types dans les poches d'un habit, m'est restée gravée dans la mémoire :

« *Quant à ceux-ci, disait-il, si vous arrivez à les stériliser, vous aurez bien mérité de la patrie.* »

Eh bien, si l'expérience de Montsouris était à renouveler, les résultats bactériologiques seraient concluants. C'est qu'en effet, je ne négligerais plus le facteur indispensable, *la chaleur*, et qu'au lieu d'opérer à la température ambiante, j'amènerais la température du local à 40 degrés ou à 42 degrés.

Les critiques et les réserves faites au même point de vue à l'hôpital maritime de Lorient, n'ont plus, elles aussi, leur raison d'être.

J'arrive enfin à une objection qui m'a été régulièrement faite dans mes expériences officielles :

« *Votre procédé, me disait-on, est trop compliqué, et le prix des appareils trop élevé, de même que celui du prix de revient de l'opération.* »

A cela je réponds qu'étant donné les observations qui précèdent et les règles, pour ne pas dire les lois, qui régissent la désinfection et dont on n'a tenu aucun compte jusqu'à ce jour, le procédé à la formacétone est le plus simple, le plus rationnel et le seul qui donne satisfaction à toutes les exigences d'une bonne désinfection.

En ce qui concerne les prix des appareils, les projections se faisant à haute pression pour éviter les condensations et la polymérisation, il est nécessaire de donner à ces appareils une grande résistance.

D'autre part, le praticien qui veut s'occuper d'hygiène est tenu aujourd'hui d'avoir à sa disposition non plus un appareil, *un autoclave*, mais trois appareils : *un autoclave*, *une étuve à température constante* et *un désinfecteur*. Or, ces trois appareils sont réunis d'une façon pratique dans mon **Stérilisateur-autoclave portatif à 3 fonctions**. Le prix de l'appareil complet, avec la lampe, est de850 à 900 francs et peut aller à 1200 francs ; celui du désinfecteur seul est de 600 à 650 francs.

Il ne faut pas oublier que *les accessoires du stérilisateur* comprennent : un panier à stérilisation à la vapeur, une étuve cylindrique pour les stérilisations humides ou sèches et une autre étuve pour la stérilisation des instruments, à 128 degrés, dans une solution boratée à 5 p. 100 ; que *ceux de l'étuve à température constante* se composent d'un couvercle de l'étuve approprié, avec un thermomètre et avec une veilleuse spéciale s'adaptant à la lampe.

Ce qui caractérise l'étuve à température constante, *c'est qu'elle ne porte pas de régulateur à mercure*, puisqu'elle est destinée surtout aux localités dépourvues de gaz, ainsi que je l'ai fait remarquer au jury de la classe 16, et qu'elle peut être maintenue néanmoins à une température fixe, *sans variation de plus d'un degré a un degré et demi*, grâce à cette veilleuse spéciale qui jusqu'alors s'adaptait à la lampe à alcool de l'appareil primitif.

Aujourd'hui, la veilleuse, par une nouvelle adaptation remplace le support des brûleurs vissé sur le récipient de la *naphteuse*, de telle sorte que si, pour l'étuve, on substitue de l'alcool au pétrole de la lampe, on n'a plus qu'un seul récipient pour le chauffage des trois appareils, stérilisateur, étuve et désinfecteur.

Le *désinfecteur* permet d'opérer sur des cubages de 100 à 200 mètres cubes.

Dans les petites localités où le médecin et le pharmacien ne sauraient trouver les ressources nécessaires pour acquérir les appareils indispensables, la municipalité pourrait se pourvoir, sans grand sacrifice, d'un **stérilisateur-autoclave** *à trois fonctions* et le tenir à leur disposition, soit pour une stérilisation d'instruments ou de pansements au moment d'une opération urgente, soit pour procéder à un contrôle bactériologique ou pour établir le diagnostic d'une maladie infectieuse, soit enfin pour pratiquer la désinfection d'un local contaminé (1).

Les appareils industriels sont destinés à des locaux de 600, de 1200 et de 1800 mètres cubes et au-dessus.

L'étuve (**Formacétone-Étuve**), à revêtement extérieur en tôle ou en maçonnerie et à air surchauffé, peut comporter de très grandes dimensions. Le type destiné à la classe 111 de l'Exposition universelle est démontable et a une capacité de quatre mètres cubes ; son prix, avec les appareils de chauffage et de projection, est de 2500 à 2800 francs.

Celles qui sont destinées aux grands hôpitaux ou aux lazarets sont fixes, à revêtement en briques et peuvent atteindre 48 mètres cubes et plus.

Leur système de chauffage au pétrole est assurément le seul pratique pour tous les pays et le moins onéreux.

Si l'on compare les prix qui précèdent à ceux des appareils actuellement en usage dans les hôpitaux, dans les lazarets ou à bord des navires, la différence est immense et d'autant plus considérable que les chaudières à vapeur sont

---

(1) Le cadre restreint de ce mémoire ne me permet pas d'entrer dans les détails de mes recherches qu'il pourrait paraître anormal de me voir porter, de prime abord, sur un appareil de désinfection, avant même de m'être préoccupé du procédé.

Or, ces recherches ne sont pas l'effet du hasard, et j'y ai été entraîné, en 1894, au sujet de la stérilisation des sérums artificiels et des solutions glycérophosphatées pour injections hypodermiques.

Tout d'abord, il me fallait une seringue de précision, pratique et facilement stérilisable.

Le type que j'ai voulu soumettre au jury de la classe 16 offre toutes ces garanties, et aucun autre système ne lui est supérieur.

J'établissais ensuite un Stérilisateur-Autoclave portatif et de dimensions suffisantes pour les praticiens des petites localités éloignées des grands centres, comme pour ceux des colonies et de l'étranger. La soupape est munie d'un *sifflet avertisseur* et le levier porte des graduations correspondant à 1 k. 1/2, 2, 3 et 4 kilos.

Le chauffage s'en faisait au gaz, au pétrole et surtont à l'alcool ; il était muni comme aujourd'hui des accessoires indiqués plus haut.

Un autre appareil me paraissait présenter aussi une certaine importance, alors qu'actuellement il est indispensable ; c'était une *étuve à température constante*. Mais il surgissait une grosse difficulté : *la plupart de ces petites localités étaient dépourvues de gaz, et conséquemment, on ne pouvait établir de régulateur à mercure.*

L'alcool me fournit les moyens de tourner cette difficulté et de garantir une température fixe de 37°5 à 38 degrés, sans variation de plus d'un degré à 1°5, grâce à une veilleuse spéciale, décrite dans une autre publication et que je viens d'adapter à l'appareil à pétrole qui me sert exclusivement aujourd'hui pour le chauffage du stérilisateur et du désinfecteur.

La question de la désinfection à l'ordre du jour et le retentissement des propriétés désinfectantes quelconques, m'entraînèrent à une deuxième transformation de l'autoclave, *un appareil à projections, sous haute pression, de vapeurs quelconques, et désinfectantes en particulier.* »

Le désinfecteur était créé et avec lui le *stérilisateur-autoclave portatif à trois fonctions.*

Je présentai alors l'appareil, sous les auspices de M. le docteur Roux, au comité de perfectionnement de l'assainissement et de la désinfection de l'habitation qui me répondit « que le plus petit procédé de désinfection ferait bien mieux son affaire.

De là datent mes expériences qui se sont continuées sans interruption jusqu'à ces temps derniers.

elles-mêmes d'un prix élevé; tous les avantages sont donc de mon côté, et aussi bien au point de vue de la commodité qu'à celui des capacités.

Enfin, je conteste formellement le prix de revient exagéré de l'opération.

Le problème qu'il m'a été donné de résoudre était d'obtenir une désinfection pratique, aussi complète et dans des conditions aussi défavorables que possible.

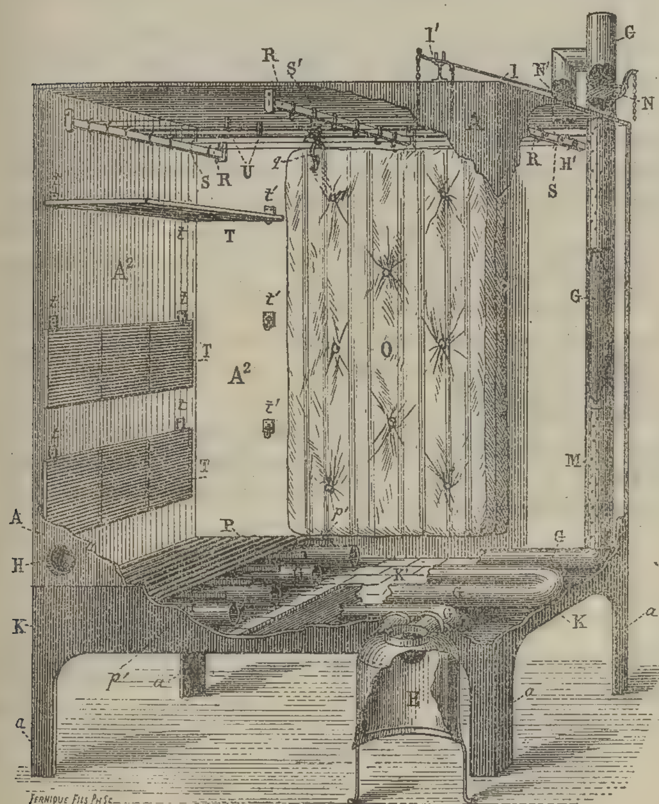


Fig. 3.

Coupe de la Formacétone-Étuve.

A² Revêtement intérieur de l'étuve. — E Coupe de l'appareil de chauffage. — G G G Tuyaux de chauffage. — N Clé à manivelle *g'* pour le réglage du départ de l'air. — H Ouverture inférieure de ventilation. — H' Ouverture supérieure se fermant au moyen d'une clé N' à manivelle I I'. — P Plancher de l'étuve. — R R R Traverses à écrous-cablots mobiles, pour la suspension des objets. — O Matelas suspendu. — T T T Étagères mobiles se rabattant sur une paroi, pour les objets de petit volume.

Il ne s'agissait plus d'opérer dans un local nu, mais dans des locaux garnis de 60 à 150 mètres cubes dans lesquels on avait réparti jusqu'à 50 et 60 types à désinfecter : cultures de charbon, d'Eberth, de mégatérium, de massaoua, de prodigiosus, de pyocyanique, de tétragène, de staphylocoque blanc, de subtilis, de sarcines; matières fécales et crachats tuberculeux, soit frais, soit desséchés sur papier ou sur linge; poussières plus ou moins ténues sous des épaisseurs de 2, 3, 5, 8 et 10 millimètres, et tous ces types exposés librement ou dans des *sachets fermés* de papier, de toile, de flanelle ou de drap de différentes épaisseurs.

Les cafards ou cancrelats généralement, les rats d'égout parfois, étaient de la partie.

L'opération portait ainsi sur des bacilles avec spores les plus résistants, dans les conditions les plus diverses et les plus mauvaises. Il s'ensuivait que les proportions du produit désinfectant, devant être employées au maximum, dépassaient de beaucoup celles d'une opération normale, dans les cas d'une rougeole, d'une scarlatine, d'une diphtérie ou d'une fièvre typhoïde, et qu'il est facile de déterminer.

Si l'on ajoute à cela, pour que la comparaison soit complète, le matériel et le personnel nécessaires : un cadre et une étagère démontables, soit pour étendre les vêtements, les tapis, les couvertures, soit pour recevoir les coiffures, les chaussures, les livres et autres objets, et une équipe d'au moins deux hommes, selon l'importance de la désinfection, et que l'on mette en parallèle mon système avec les systèmes municipaux actuels, le premier offre des avantages considérables et incontestables au point de vue de la main-d'œuvre, de la *sécurité* et du prix de revient.

On ne peut mieux s'en rendre compte qu'en consultant la monographie du **Service municipal de désinfection de la ville de Paris** *que vient de faire distribuer ce matin dans les bureaux du Congrès, M. le docteur A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation.*

Pour terminer, je rappellerai que le procédé à la **Formacétone** n'occasione aucune altération des coiffures, des chaussures, des meubles, des tableaux et des objets d'art. De tous les métaux, l'acier, le cuivre et le fer polis sont seuls légèrement ternis, mais une simple friction en ramène le brillant. Il suffit, du reste, de les couvrir de papier mince, d'une gaze ou d'un linge quelconque pour les garantir complètement.

J'insisterai enfin sur cette constatation capitale, que les linges et les effets contaminés sont immunisés au fur et à mesure de leur enlèvement, en les immergeant dans de l'eau formacétonée, d'où des risques énormes d'infection évités au personnel préposé à la désinfection et au blanchissage.

A côté de cette si importante question de la désinfection des locaux, il en existe une autre qui, quoique secondaire, n'en est pas moins très intéressante et qui est à l'ordre du jour : c'est celle de la désinfection des crachats et des crachoirs.

Le crachoir actuel, pas plus que ses devanciers, n'est pratique. Le crachoir de poche qui n'intéresse, en somme, que les malades et surtout les tuberculeux, ne l'est pas du tout, et de plus, son nettoyage, à moins d'être fait par le malade lui-même, est entièrement désagréable, pour ne pas dire répugnant. Il faut s'être trouvé pendant quarante-huit heures seulement dans l'entourage d'un tuberculeux pour en être convaincu.

Celui qui me paraît le moins incommode est la bourse des rouliers ou camionneurs, se serrant par un lacet à la partie supérieure ; elle est garnie intérieurement d'un sac imperméable renfermant une poudre inodore, absorbante et désinfectante. Tous les jours, ou aussi souvent qu'on le juge nécessaire, on en retire le sac que l'on jette au feu, et on le remplace par un nouveau.

J'ai donné à ce crachoir la désignation de *sputoir*.

Les crachoirs ordinaires disposés sur le sol dans les vestibules, dans les bureaux, dans les ateliers, doivent être couverts; ils renferment la même poudre absorbante disposée de la même façon, et le nettoyage en est le même. Une poignée à hauteur d'appui soulève le couvercle dès qu'on y exerce la moindre pression, et le laisse retomber dès que la pression cesse.

On a préconisé également les mouchoirs en papier qui me paraissent présenter encore plus d'inconvénients, surtout en voiture ou dans la rue. Si l'on oublie de les brûler, qui peut affirmer que tous ces foyers d'infection seront détruits (1)?

---

(1) En parlant des dangers que présentent les crachats tuberculeux à la campagne où l'on voit les poules et les porcs se précipiter sur le crachat qu'un malheureux tuberculeux vient d'expectorer avec tant de peine, je me suis laissé aller à une confusion dans la citation d'un fait qui m'avait frappé beaucoup, il y a une douzaine d'années. Il s'agissait de l'infection tuberculeuse de trois générations successives de fermiers, et cette confusion aurait pu faire croire que l'infection s'était établie par les crachats au dehors de l'habitation, ce qui est inexact.

Trois générations de fermiers, indemnes de toute tare tuberculeuse avant la prise de possession de la ferme, ont bien disparu successive-

A mon avis, le meilleur et le plus sûr des crachoirs, étant donné l'école permanente d'hygiène faite désormais par le médecin dans les familles, est assurément le mouchoir traditionnel que l'industrie ne tarderait pas à fournir en tissu plus ou moins spongieux.

Il suffit de disposer dans le vêtement, à la portée de la main, une poche garnie intérieurement d'une doublure mobile imperméable, maintenue d'une façon quelconque, par des agrafes ou par des boutons. Les mouchoirs souillés sont introduits au fur et à mesure dans la poche, et, *à la maison*, vont directement de la poche à l'*assainissoir*; au besoin, la doublure de la poche y fait un séjour de deux à trois heures, puis est lavée à grande eau.

Mais, qu'est-ce que l'assainissoir?

Dans tous les ménages, il existe le panier ou coffret au linge sale, où, jusqu'à ce jour, les linges souillés vont contaminer les autres. A côté de ce panier, la maîtresse de maison peut faire installer un récipient fermé, en bois ou en tôle émaillée, de capacité plus ou moins grande, renfermant de l'eau additionnée de 2 p. 100 de formacétone ou de tout autre antiseptique énergique, et réservé pour les linges souillés. C'est là l'**assainissoir**.

Ici encore, quoi qu'on en dise, la formacétone présente une supériorité incontestable : elle agit en même temps comme dégraissant, à tel point qu'*elle dispense de l'essangeage, et permet de recourir directement au lessivage*.

Les préposés au blanchissage sont d'accord pour reconnaître que le linge ainsi traité se nettoie bien plus facilement, use moins de savon, et est plus blanc, ce qui s'explique par la composition du produit.

Le linge immergé de la sorte pendant deux heures est complètement stérilisé; on peut alors le rincer dans de l'eau à 1 p. 100 d'ammoniaque si l'on veut enlever toute odeur, l'essorer quelque peu et le donner au blanchissage.

Dans le service hospitalier, les avantages sont encore plus considérables et, en temps d'épidémie, le personnel préposé à la buanderie se trouvera d'autant plus immunisé que le rinçage à l'ammoniaque ne s'y faisant alors généralement pas, il en résulte une certaine volatilisation de vapeurs formacétones.

Conclusions. — Tout ce qui précède m'amène aux conclusions suivantes, étant bien entendu que les gaz ou les vapeurs peuvent seuls donner une désinfection parfaite des locaux de toutes dimensions, nus ou garnis, habités ou non :

1° La Formaldéhyde, sous n'importe quelle forme, n'agit pas en profondeur, c'est-à-dire en pénétration ;

2° De tous les produits employés, la formacétone, à base de formaldéhyde et d'acétone, peut être considérée comme le désinfectant le plus énergique et comme un des insecticides les plus actifs, sinon le plus actif;

3° Les proportions de vapeurs nécessaires sont en raison directe du cubage du local et du volume des objets poreux ou absorbants ;

4° Il est indispensable d'humidifier préalablement les locaux et les objets par une projection de vapeur d'eau acétonée ;

Ces vapeurs, comme celles de formacétone, ne sont pas inflammables et ne forment pas avec l'air de mélange détonant ;

5° Les projections doivent être faites à une pression de 4 kilos; cette pression doit être maintenue pendant toute la durée de la projection ;

6° La durée de contact des vapeurs désinfectantes est en raison inverse de la température.

A la température ambiante de Paris, elle ne peut être inférieure à vingt-quatre heures et n'agit que sous une faible épaisseur ; si la température du local est amenée à 40 degrés ou à 42 degrés, elle est réduite à six heures ; à 85 degrés, dans la **formacétone-étuve**, elle n'est plus que d'une heure et sa pénétration est aussi grande que possible.

Dans ces deux derniers cas, on utilise, pour le chauffage, l'excès de calorique nécessité par les projections ;

7° La désinfection des vêtements épais, celle des objets de literie, ne sont complètes qu'à 85 degrés ; mais si la pénétration de ces objets se fait de l'intérieur à l'extérieur au moyen de projecteurs à lances-sondes spéciales, le même résultat est obtenu à la température de 40 degrés à 42 degrés ;

8° Après une immersion de deux heures dans de l'eau formacétonée à 3 p. 100, et même à 2 p. 100, les linges souillés sont stérilisés et peuvent être soumis au lessivage, sans essangeage préalable, et sans présenter le moindre danger pour le personnel préposé au blanchissage.

Les drains, les sondes, les compresseurs et les bandages en caoutchouc sont stérilisés de la même façon.

9° Dans les localités dépourvues d'appareils de désinfection, les vêtements sont stérilisés par immersion ; après rinçage et séchage, un coup de fer permet de leur rendre leur aspect primitif ;

10° Les instruments de chirurgie, les sondes et les bougies sont stérilisés par la formacétone, d'une façon très pratique, à 45 degrés, dans une étuve spéciale, sans en éprouver aucune altération.

ment, dans l'espace de quelques années. C'est alors seulement que l'opinion publique s'en émut et que l'on fit procéder à une désinfection minutieuse de tout le logement par l'acide sulfureux. L'épidémie disparut complètement.

FORMULAIRE

Vin tonique pour tuberculeux (Blanc).

La formule suivante a l'avantage de réunir l'arsenic et la solution phosphatée :

Arséniate de soude		10 centigr.
Gouttes amères de Baumé		3 grammes.
Vin de quinquina		250 —
Vin de coca	*ãã*	125 —
Vin de kola		
Bi-phosphate acide de chaux		20 —

Une cuillerée à soupe après les deux principaux repas.

Contre la dysurie blennorragique (E. Gerbert).

Salicylate de soude	10 grammes.
Extrait de belladone	30 centigr.
Eau	195 grammes.
Teinture d'écorce d'oranges amères	5 —

F. S. A. — A prendre une cuillerée à bouche toutes les deux à trois heures.

Teinture contre la dysenterie et les diarrhées d'origine diverse (M. Gelpke).

Écorce de racine de grenadier	*ãã*	10 grammes.
Écorce de racine de simarouba		

Mêlez.

Faites macérer pendant vingt heures dans :

Eau-de-vie blanche .... 750 grammes.

F. S. A. — A prendre de six à huit cuillerées à bouche (à café ou à dessert chez les enfants, suivant l'âge) dans les vingt-quatre heures.

Cette médication serait, d'après M. Gelpke (de Java), un moyen absolument sûr contre la dysenterie, qu'elle guérirait en quatre à huit jours, même dans les cas les plus rebelles. Elle agirait aussi plus rapidement que les autres moyens dans les diarrhées simples d'origine diverse, surtout dans les diarrhées infantiles et estivales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat en médecine. — La composition écrite du concours de l'Internat aura lieu à la date fixée, le lundi 15 octobre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'Administration au moment de leur inscription au concours.

Écoles de médecine. — *Besançon.* — Un concours s'ouvrira le 27 mars 1901, devant l'École de médecine et de pharmacie de Besançon, pour l'emploi de chef des travaux de physiologie à ladite école.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Gros, médecin de la Maison d'éducation d'Ecouen, vient d'être nommé chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Guerre. — M. le médecin de première classe Labit, du 50e d'infanterie, est désigné pour faire partie de l'état-major particulier du ministre.

Marine. — M. le médecin de première classe Hutre, du cadre de Toulon, est désigné pour embarquer sur le contre-torpilleur d'escadre le *Dunois* au lieu et place de M. le médecin de deuxième classe Boy, dont la désignation est annulée.

Sont désignés pour embarquer sur le transport le *Mytho* : M. Touchet, médecin principal à Lorient; MM. Loro et Béguin, médecins de deuxième classe à Toulon.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 38e semaine, 808 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (842) et à la moyenne ordinaire des semaines de septembre (810).

La fièvre typhoïde a causé 36 décès; la variole, 3; la rougeole, 2; la scarlatine, 1; la coqueluche 3; la diphtérie 4.

La diarrhée infantile a causé 69 décès de 0 à 1 an, chiffre un peu supérieur à celui de la semaine précédente (58), mais inférieur à la moyenne ordinaire des semaines de septembre (82).

En outre, 23 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 62 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente, au lieu de 64, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 4 décès (au lieu de la moyenne 6); bronchite chronique, 15 (chiffre identique à la moyenne); broncho-pneumonie, 13 (au lieu de la moyenne 22); pneumonie, 30 (au lieu de la moyenne 21).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 32 décès, dont 26 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 166 décès (au lieu de la moyenne 171); la méningite tuberculeuse, 14 décès; la méningite simple, 14; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 26 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 44 décès; les maladies organiques du cœur, 45; le cancer a fait périr 43 personnes; enfin 26 vieillards sont morts de débilité sénile.

La peste en Angleterre. — Les cas de peste constatés à Glascow vont en augmentant. Bien que des mesures rigoureuses aient été prises, il faut s'attendre à voir l'épidémie faire de nouveaux progrès. Des mesures préventives ont été prises dans tous les ports de France et d'Allemagne pour éviter la contamination.

Nouveau moyen de constater la mort réelle. — Bien souvent nous lisons, dans les faits-divers de nos quotidiens, que des cas de ces erreurs terribles viennent de se présenter; c'est pourquoi nous n'avons pas à hésiter d'aborder ce sujet macabre, malgré l'aversion bien naturelle qu'il produit, pour indiquer un moyen qui permet de constater d'une façon catégorique la mort réelle, et la pensée que celui-ci serait appliqué sur chacun de nous à notre heure dernière est faite pour nous débarrasser d'une grande inquiétude et, d'un autre côté, son application rendue générale serait d'un intérêt d'ordre public en cas d'épidémie, où on ne serait plus obligé de conserver vingt-quatre heures les cadavres à domicile, puisque, grâce à lui, on peut constater le décès immédiatement après la cessation de la vie. Voici donc le procédé permettant de bien constater un décès sans laisser de doute ni dans l'esprit du médecin, ni dans celui des familles ; il suffit de produire une ampoule sur un doigt de la main ou du pied, à l'aide de la flamme d'une bougie, qu'on laisse en contact pendant quelques secondes, jusqu'à ce que la vésicule se forme, ce qui a toujours lieu.

Si la vésicule contient de la sérosité, c'est un signe évident qu'il y a vie; c'est la brûlure ordinaire. Si la vésicule ne renferme que de la vapeur, on peut affirmer que l'on a affaire à un cadavre et ordonner l'inhumation sans craindre de se tromper.

En voici la raison : le cadavre, qui n'est qu'une masse inerte, obéit aux lois physiques qui veulent que tout liquide, chauffé à un certain degré, passe à l'état de vapeur : l'épiderme se soulève, l'ampoule est produite, elle éclate avec un certain bruit et s'affaisse aussitôt laissant échapper la vapeur.

Si, malgré les apparences, il y a un reste de vie, les tissus organiques ne seront plus soumis aux lois physiques, mais bien aux lois physiologiques, et, alors, l'ampoule sera pleine de sérosité, comme on le constate dans toutes les brûlures.

Ainsi donc, vésicule sèche, mort; vésicule liquide, vie. Tout est là; il n'y a pas d'erreur possible. (*Journ. de méd. de Paris.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs E.-A. Weber, membre de l'Académie de médecine; E. Albert (de Vienne); Bénezet (d'Alger).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 112. — MARDI 2 OCTOBRE 1900. 73e ANNÉE. MARDI 2 OCTOBRE 1900. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Rôle considérable de l'animalité dans l'étiologie et la pathogénie des maladies dans les contrées chaudes et tropicales, par M. J. Brault, professeur à l'École de médecine d'Alger. — Variétés. La Croix-Rouge japonaise, par le professeur Nagao Ariga. — Chronique et nouvelles scientifiques.

ROLE CONSIDÉRABLE
DE L'ANIMALITÉ DANS L'ÉTIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DES MALADIES
DANS LES CONTRÉES CHAUDES ET TROPICALES

Par M. J. Brault,
Professeur à l'Ecole de médecine d'Alger.

Dans les zones chaudes et torpicales, le rôle de l'animalité prend une importance considérable, soit en pathologie humaine, soit en pathologie vétérinaire, soit même, je puis bien le dire, en pathologie végétale.

Ici, la faune est plus variée, et plus complexe, et le parasitisme entre les divers animaux, voire même entre animaux et plantes, nous offre un spectacle d'une richesse inouïe. La nature plus exubérante, plus féconde, semble avoir multiplié ses embuches. Elle possède, comme nous allons le voir, à l'encontre de nous, des procédés d'une infinie variété.

Je dois tout d'abord signaler les animaux nuisibles : les uns sont venimeux : poissons, serpents, sauriens, batraciens, fourmis, araignées, myriapodes, mollusques, échinodermes; d'autres sont vulnérants ou carnivores : grands fauves, poissons divers; d'autres encore sont friands de notre sang : insectes, acariens, sangsues aquatiques ou terrestres; d'autres enfin sont réellement parasitaires : insectes, acariens à l'état larvaire ou adulte, vers (cestodes, trématodes, nématodes).

Et ce n'est pas tout, d'autres espèces animales ou même celles dont nous venons de parler à un autre titre, sont porteurs de maladies transmissibles à l'homme et s'en font les propagateurs actifs ou passifs, suivant les circonstances; quelques autres servent d'hôtes intermédiaires à des parasites à développement plus ou moins compliqué.

Enfin dans les pays chauds, les intoxications alimentaires d'origine animale peuvent nous fournir encore un curieux appoint.

I

ANIMAUX NUISIBLES

Vertébrés. — Grands fauves. — Les traumatismes occasionnés par les grands fauves sont devenus assez rares dans les contrées chaudes.

Dans l'Afrique tropicale, dans l'Inde et dans l'Amérique du Sud, ils sont encore assez fréquemment observés. Dans l'Hindoustan seul, deux à trois mille personnes sont encore victimes des fauves, chaque année; il ne s'agit donc pas d'une quantité négligeable. Les plaies par morsure, de même que les déchirures occasionnées par les griffes des félins, sont d'ailleurs très dangereuses, parce qu'elles sont toujours irrégulières, contuses et généralement très septiques.

Poissons. — *Poissons venimeux.* — Les mers chaudes et tropicales renferment un grand nombre de poissons venimeux.

Citons parmi les poissons cartilagineux, la raie pastenague que l'on trouve surtout dans les parages du Japon.

Les poissons osseux nous fournissent une riche nomenclature, signalons rapidement : les siluroïdes, les ptéroïs (Mascareignes), les bagres, les plotons nombreux dans l'océan Indien et dans l'océan Pacifique, les synancées (Réunion, Maurice, Java, Nouméa, Tahiti), les trachines que l'on rencontre en Méditerranée, les scorpènes (Méditerranée, Antilles, Pacifique), le diodon orbiculaire, l'acanthure chirurgien (Antilles), le niphon épineux (Japon), les talassophrynes (océan Atlantique, Pacifique, côtes de l'Amérique).

Tous les poissons que j'ai cités sont armés d'un appareil extérieur, composé d'une poche à venin et d'épines plus ou moins creuses ou cannelées.

Restent les murènes (Méditerranée), qui ont au contraire leur appareil à venin situé à l'intérieur de la bouche, dans un réceptacle [illegible]

Poissons vulnérants. — Dans les mers du Sud et dans les fleuves des pays chauds et tropicaux, nous avons encore à compter avec les poissons dits vulnérants.

Il y a tout d'abord les *poissons électriques* : torpedo marmorata, gymnotus electricus, malapterurus electricus; viennent ensuite les poissons carnivores, les tétrodons s'attaquent de temps à autre aux membres inférieurs et aux organes génitaux des baigneurs imprudents; à la Guyane les « piraï », au Brésil les « candirus », les « piranhas », sont aussi d'une extrême voracité et attaquent l'homme ainsi que les bestiaux à la traversée des fleuves.

Serpents. — Les serpents sont, pour ainsi dire, quantité négligeable dans nos pays tempérés, où la vipère seule présente quelque danger; ils prennent au contraire une importance considérable, lorsqu'il est question de pathologie exotique. Ils comprennent deux grandes classes : les aglyphes

et les odontoglyphes; nous passerons sur les premiers, qui peuvent être simplement vulnérants (boas); les seconds nous retiendront davantage.

Dans les odontoglyphes, on reconnaît trois groupes : les opistoglyphes, les protéroglyphes et les solénoglyphes.

Les opistoglyphes, dont les dents sont situées très en arrière, ne méritent qu'une simple mention.

Les protéroglyphes ou serpents à dents antérieures cannelées, possèdent un venin qui asphyxie d'abord, pour convulsiver ensuite, ils comportent la division suivante :

Protéroglyphes.

SERPENTS TERRESTRES *Conocerques.*	SERPENTS DE MER *Platycerques.*
Najas: Naja Haje, Naja noir, Naja tripudians (cobra di capello),	Hydrophides.
Elaps.	

Les solénoglyphes ou serpents à dents canaliculées, plus dangereux peut-être encore que les précédents, se subdivisent ainsi qu'il suit :

Solénoglyphes.

VIPÉRIDES	CROTALIDES
Vipères,	Crotales,
Péliades,	Lachésis,
Cérastes,	Trigonocéphale,
Échides: Éch. élégant, Éch. arietans (serpent minute). Éch. mauritanica.	Bothrops.

La distribution géographique de ces divers serpents montre bien leur importance en pathologie exotique.

Commençons par l'Afrique :

En Algérie et en Tunisie, on ne compte pas moins de six espèces de serpents, qui se retrouvent dans les collections de charmeurs qui parcourent les villes et les marchés de nos contrées, citons ces espèces : vipera ammodytes, cerastes vipera, cerastes cornutus, vipera mauritanica, echis carinata, naja haje.

En Égypte, nous retrouvons les espèces les plus dangereuses, d'ailleurs beaucoup plus répandues : naja Haje (aspic de Cléopâtre), vipère à corne, echis carinata (vipère

Dans l'Afrique tropicale citons : le naja noir, appelé encore serpent cracheur.

Dans l'Afrique centrale et australe, nous avons, d'autre part : le serpent minute (echiden arietans), la vipère rhinocéros du Gabon et diverses variétés d'elaps ; signalons enfin le langaha de Madagascar, espèce d'ailleurs peu dangereuse.

En Asie, nous devons citer l'Inde en toute première ligne. Malgré les prouesses des kanjars (chasseurs de serpents), qui en tuent, bon an mal an, plus d'une centaine de mille, la population est encore très éprouvée par la morsure des ophidiens; je ne ferai qu'indiquer les espèces les plus communes : naja tripudians, saboïe (serpent tapis), bongares, etc...

En Indo-Chine, signalons simplement les elaps, les bothrops; au Japon, citons les trigonocéphales.

L'Océanie, comme la presqu'île de l'Hindoustan, est véritablement infestée par les serpents; on y rencontre d'ailleurs toutes les espèces asiatiques.

Ajoutons que, dans les îles de Sonde, en Nouvelle-Calédonie et aux Philippines, on observe, en outre, de temps à autre, des morsures occasionnées par les serpents de mer (hydrophides).

Reste l'Amérique, on y rencontre : les elaps, diverses variétés de crotales (crotalus durissus, serpent à sonnettes, grage). Dans l'Amérique équatoriale, on doit signaler : le lachesis muet; à la Martinique, le bothrops fer-de-lance; ajoutons enfin que les trigonocéphales, que nous avons déjà signalés en Asie, sont aussi représentés dans le Nouveau-Monde.

Sauriens. — Les sauriens nous arrêteront peu; signalons simplement : l'holoderma horridus, qui est assez fréquent dans l'Arizona.

Batraciens. — Parmi les batraciens venimeux, nous devons accorder une mention toute particulière aux pélabates (phyllobates melanorrhinus). Ce crapaud fournit un venin laiteux légèrement jaunâtre, qui sert aux Indiens (Chocoes, Cunas, Noanamas) pour empoisonner leurs flèches; ce venin très actif tue les grands fauves eux-mêmes, en l'espace de quelques minutes.

Invertébrés. — Il serait véritablement puéril de vouloir s'appesantir sur les quelques méfaits produits de temps à autre par les crustacés, les mollusques et les échinodermes; la plupart du temps les baigneurs imprudents en sont quittes pour présenter une urticaire plus ou moins intense.

Sangsues. — Les sangsues, par contre, jouissent d'une assez grande importance, en fait de pathologie exotique.

Au point de vue pratique, on peut très simplement diviser ces dernières en sangsues aquatiques et sangsues terrestres.

Sangsues aquatiques. — En Asie, et plus particulièrement dans l'Extrême-Orient, en Indo-Chine notamment, dans les marais profonds, on en rencontre diverses espèces, dont une surtout est remarquable par ses dimensions (20 centimètres de long sur 5 de large); ces sangsues, dites « sangsues buffles », s'attaquent aux gros animaux à la traversée des marécages (éléphants, etc.).

Indépendamment des accidents extérieurs produits par les sangsues aquatiques, je dois mentionner les accidents plus redoutables occasionnés par l'ingestion des jeunes sangsues. La limnatis nilotica (vulgairement voran) qui vit en abondance dans les eaux douces du littoral de l'Afrique septentrionale et aussi en Grèce, peut en s'introduisant dans les voies aériennes et digestives (larynx, pharynx) déterminer des accidents très alarmants, soit chez l'homme, soit chez les animaux.

Sangsues terrestres. —Les plus curieuses parmi les sangsues exotiques sont, sans contredit, les sangsues terrestres; on en reconnaît plusieurs espèces, suivant l'habitat.

Une mention tout d'abord à la sangsue dite de « montagne », l'hœmadipsa japonica (Yamabiru des Japonais). Cette dernière ne descend jamais en plaine, on la rencontre sur divers sommets de l'Akihazan dans la province de Totomi et aussi sur plusieurs montagnes des provinces de Mino et Iga, enfin sur le Suberiyama, montagne du Hawone (côte orientale du Japon).

Plusieurs sangsues terrestres, dites de plaines, peuvent,

d'ailleurs parfaitement se rencontrer dans les lieux très élevés, jusqu'à 11000 pieds sur les pentes de l'Himalaya, 4000 pieds à Ceylan. Ces sangsues de plaine « con-viet » des Annamites par opposition à la sangsue des eaux « con-dia », ont des mœurs fort intéressantes. De très petite taille, en général (de 1 à 2 centimètres, au repos), elles s'allongent considérablement dans l'action, elles sont d'ailleurs filiformes (2 à 3 millimètres de large). Tapies sous les feuilles, sur lesquelles elles se fixent à l'aide de leur ventouse postérieure, elles se tiennent pour ainsi dire à l'affût; d'une agilité et d'une voracité surprenantes, malgré les guêtres, les brodequins, les lacets mis au bas des pantalons, elles arrivent presque toujours à leurs fins. Elles attaquent les chasseurs dans les sous-bois humides et rendent les étapes très pénibles. En raison de leur nombre, de leurs piqûres répétées elles anémient leurs victimes, sans compter qu'elles peuvent en outre ouvrir la porte à une foule d'infections (tétanos, ulcère phagédénique, etc.).

La classification des sangsues terrestres n'est pas encore une chose arrêtée; l'on reconnaît jusqu'à présent les variétés suivantes : hæmadipsa japonica, sangsue de montagne, hæmadipsa ceylanica, hæmadipsa sexpunctata (Cochinchine), géobdella (Pineau) variété australienne, enfin à Formose, les hommes et les singes sont attaqués par une autre espèce de sangsue qui n'a pas encore été déterminée d'une façon bien précise.

Quoi qu'il en soit, les sangsues terrestres, dans les pays qui nous occupent, possèdent une très large distribution géographique, on les rencontre dans les contrées suivantes ; Inde anglaise, Ceylan, Cochinchine, Annam, Batavia, Sumatra, Nouvelle-Guinée, Nouvelle-Galles du Sud, Queensland Luzon, Mindanao, îles Pelew, Japon central et oriental, Chili méridional, Trinidad, etc., etc.

Arachnides. — Les scorpions, dont le venin à la propriété de convulsiver tout d'abord pour paralyser ensuite, ne tuent en général que les petits animaux; signalons le scorpion flavicaudis (région méditerranéenne), le buthus afer (Afrique, Inde anglaise), le scorpion occitanus (Méditerranée, Afrique septentrionale).

Araignées. — Aujourd'hui on est bien revenu de la légende concernant la piqûre de la tarentule (Europe méridionale, Afrique du Nord), je ne ferai que signaler les principales espèces de grosses araignées venimeuses, susceptibles d'être rencontrées aux colonies : mygale olivâtre (Egypte), araignée crabe (Amérique du Sud), araignée orange, vancoho (Madagascar) lathrodectes (Vénézuéla, Curaçao, Madagascar), aviculaire de la Martinique, micrommata sparassus (Nouvelle-Calédonie), epeira diadema.

Acariens. — Ici nous avons un groupe des plus riches. La gale prend en général, dans les zones qui nous occupent, un développement inusité. En Amérique, en Afrique, chez les nègres, de même que chez les aborigènes de l'Océanie, certaines gales invétérées ont pu en imposer à des observateurs consciencieux, pour toutes espèces d'affections cutanées.

En Amérique, les acariens sont largement représentés dans le parasitisme humain. Nous comptons : le thalsuate du Mexique, le pou d'Agouti (Guyanne, Antilles, Honduras); de nombreux argas : argas Talaje (Amérique centrale), argas chinche (Colombie), argas Megnini [argas turicata (Mexique)]; enfin, nous devons signaler encore, parmi les ixodidés, le boophilus bovis, qui sert à la propagation de la fièvre du Texas.

L'Asie possède également de nombreux acariens plus ou moins nuisibles à l'homme. Citons : l'akamushi du Japon, les argas qui sont surtout cantonnés dans la Perse septentrionale : argas Persicus ou punaise de Miané, argas Tholozani ou punaise de Djemalabad.

L'Afrique nous fournit : l'argas Moubata et l'argas Savignyi qu'il faut peut-être confondre avec l'acarien venimeux signalé par Livingstone dans la possession portugaise de Tété.

Pour être complet, il me faut encore dire un mot de certains animaux difficiles à classer et qui tiennent le milieu entre les arachnides et les insectes : les *galéodes*. Ces galéodes ont des mœurs nocturnes ou crépusculaires; leurs morsures sont douloureuses, mais non envenimées; on les rencontre surtout dans le grand Sud algérien et en Nubie.

Parmi les Myriapodes, l'ordre des chilopodes est seul venimeux, donnons une simple mention à la scolopendra insignis et à la scolopendra morsitans que l'on trouve en Afrique et dans les Antilles. Les piqûres produites à l'aide des forcipules en communication avec une glande à venin ne sont d'ailleurs pas bien dangereuses; pour mon compte en Algérie, lors des manœuvres, j'ai vu à diverses reprises des hommes mordus par des scolopendres de forte taille, les accidents ont toujours été insignifiants.

Insectes. — Les *moustiques* que nous devons citer en toute première ligne existent un peu partout et contribuent, surtout dans les endroits humides et boisés, à nous anémier, par leurs fréquentes piqûres.

Il faut toutefois reconnaître que les culicidés qui comprennent trois genres : culex, anopheles, aedes, ne sont pas tous également nuisibles. Nous verrons plus loin que certains culex servent à la propagation de la filariose nocturne et que divers anopheles nous inoculent les hématozoaires du paludisme.

Les mouches : sarcophaga magnifica, carnaria, domestica, sont également très répandues dans les pays chauds, elles peuvent infecter directement les plaies ou diverses cavités, elles servent en outre à la véhiculation de germes de toute sorte. Je dois rappeler ici la piqûre de la tsé-tsé, si funeste aux chevaux, aux mulets, bœufs et buffles, dans l'Afrique australe.

Les *chenilles* processionnaires assez nombreuses dans les pays chauds, en particulier en Algérie, peuvent, disons-le en passant, occasionner des éruptions impétigineuses lorsqu'elles viennent à toucher nos téguments.

Parmi les hémiptères, signalons : le carteria lacca mâle et femelle qui vivent dans des logettes spéciales à la surface de certains végétaux et occasionnent, principalement au Japon, des accidents chez les ouvriers qui travaillent la laque. Cette laque, d'ailleurs, produit complexe, se compose de la matière laque exsudée par toute la surface du corps des insectes sus-dénommés et de teinture de laque localisée dans l'ovaire de la femelle.

Les *poux* pullulent sur les indigènes peu soigneux de nos régions. Le pou du pubis est toutefois un peu plus rare chez les races colorées, en raison surtout de ce que beaucoup de peuplades ont la coutume de se raser ou même de s'épiler la région pubienne.

Les puces ne sont intéressantes qu'au point de vue de la

transmission de certaines affections contagieuses, nous aurons à en reparler.

Les *fourmis*, si répandues dans les contrées chaudes et tropicales, occasionnent parfois des morsures assez douloureuses et envenimées : fourmis blanches, termites, fourmis rouges du Gabon, guissoudés, fourmis noires du Soudan, flamants de Cayenne. Les fourmis voyageuses, telles que l'eciton hamota et l'eciton drepanophora attaquent actuellement les explorateurs dans la grande forêt africaine (Stanley).

D'autre part, la petite fourmi rose envahit tout dans les habitations des pays chauds et les termites, véritables démolisseurs, creusent les charpentes les plus dures et compromettent la solidité des habitations qui seront ensuite enlevées à la prochaine « tornade ».

II

ANIMAUX PARASITAIRES

J'arrive aux animaux qui sont pour nous de véritables parasites, leur nombre est sans doute plus restreint, mais leur rôle est aussi plus considérable en pathologie; toutefois, dans une revue générale, comme celle-ci, je dois me borner encore ici à une sorte d'énumération.

Parasites cuticoles. — Parmi les parasites de notre revêtement extérieur, signalons tout d'abord la *chique*; son domaine s'étend dans toute l'Amérique inter-tropicale, transportée en Afrique, elle y occupe toute la côte occidentale, du Sénégal au sud du Benguela; à l'opposite, on l'observe à Zanzibar, et tout dernièrement M. le professeur R. Blanchard a appelé l'attention de l'Académie sur sa présence à Nossi-Bé et dans le nord-ouest de Madagascar (Nossy-Faly, pointe d'Ambato, cercle d'Analalova). L'Asie elle-même est atteinte (Bombay, Ning-Po?).

Dans les pays où elle règne, la chique se rencontre à la fois en montagne et en plaine, le long des cours d'eau et dans les sous-bois les plus reculés; elle attaque surtout les pieds des gens malpropres et misérables : coolies dans les placers, déportés dans les bagnes, etc. Les accidents (abcès, ulcères, onyxis), déterminés par cette infestation douloureuse et des plus gênantes pour la marche, peuvent être le point de départ de très graves complications.

Larves cuticoles des diverses mouches. — Les larves cuticoles qui sont déposées sous nos téguments (1) par certaines mouches (œstrides principalement) se rencontrent en Amérique et sur le continent africain.

Dans l'Amérique tropicale, du Mexique au Brésil, on rencontre deux larves aujourd'hui bien connues : les larves de la dermatobia noxialis et de la dermatobia cyaniventris.

En Afrique, signalons dans la Sénégambie et les territoires des rivières du sud, une autre larve cuticole, le ver du Cayor, qui provient très probablement d'une œstride cutérèbre : l'ochromya anthropophaga.

Dragonneau. — On sait que le ver femelle long de cinquante centimètres à un mètre sur un millimètre de large, en moyenne, est en général logé sous nos téguments et détermine des accidents redoutables, lorsque son élimination n'est pas bien surveillée. L'animal en question est surtout répandu dans la zone tropicale, avec une prédominance marquée pour l'hémisphère boréal. C'est aussi, dans l'ancien plutôt que dans le nouveau monde, que le parasite se rencontre, il est d'ailleurs connu depuis la haute antiquité. L'endémie est surtout corrélative d'une forte chaleur alliée à un certain degré d'humidité du sol (marécages, rizières, etc).

A la suite du dragonneau, donnons une simple mention à la filaria dermathemica, au gnathostomum et à la filaria volvulus, parasites cuticoles très rarement observés, du moins jusqu'à ce jour.

Parasites sanguicoles. — En tête des parasites sanguicoles il nous faut inscrire l'*hématozoaire du paludisme*, si répandu dans les pays chauds et dans la zone intertropicale des deux hémisphères, avec prédominance le long des côtes, des rivières et des marécages.

Très voisins des coccidies, les hématozoaires de Laveran nous sont inoculés par diverses espèces d'anopheles (A. superpictus, A. pseudo-pictus, A. bifurcatus, A. claviger, A. funestus, etc.). On sait que les Laverania se présentent chez nous sous divers aspects (corps sphériques, croissants, corps en marguerite, flagelles) et que leur évolution varie suivant le type de fièvre envisagé); d'après Mac Callum, les corps sphériques ou macrogamètes (éléments femelles), fécondés par les flagelles (éléments mâles) chez le moustique qui a sucé le sang d'un fiévreux, se transforment en corps amiboïdes (zygotes) qui se résorbent en une foule d'éléments filamenteux qui gagnent les glandes venimeuses et la trompe du moustique, tout prêts à être de nouveau inoculés.

En montant beaucoup dans l'échelle des êtres, nous rentrons ensuite la *bilharzioze*, maladie surtout africaine qui est due à un trématode, le *schistosomum hæmatobium*. Cet animal a un cycle qui ne nous est pas encore entièrement connu. Nous connaissons : la phase adulte, l'œuf et l'embryon; mais nous ignorons totalement ce que devient ce dernier et l'évolution qu'il subit pour reproduire l'animal sexué. C'est dire que nous ignorons complètement sous quelle forme et comment nous absorbons le parasite.

Pour la plupart des auteurs, l'infestation se ferait par l'eau de boisson; pour quelques autres, Harley, Kartulis, le parasite pourrait pénétrer à travers le tégument externe. Quoi qu'il en soit la bilharziose porte tantôt sur le système génito-urinaire, tantôt sur la fin du tube intestinal, suivant que les femelles pondent dans les plexus veineux vésico-prostatiques, ou dans les veines mésaraïques. Dans le premier cas, on observe des hématuries et des symptômes prédominants de cystite; dans le second cas, on se trouve en présence d'une pseudo-dysenterie tout à fait caractéristique.

A côté de la bilharziose humaine, je dois réserver une petite place à la bilharziose animale.

Depuis Cobblod, qui observa en 1859 un bilharzia mâle dans la veine d'un singe égyptien (cercopithecus fuliginosus), on a observé trois espèces de schistosomum chez les animaux, je ne ferai que les énumérer :

1° Le schistosomum polonicum; 2° le schistosomum Kowaleski; 3° le schistosomum bovis; les deux premières variétés sont des raretés zoologiques, la troisième seule présente un certain intérêt, elle est assez répandue en Sicile (Grassi, Rovelli, Barbagallo); on l'a retrouvée à Calcutta, à Saïgon, et tout dernièrement en Annam (Railliet).

Après les diverses *bilharzioses*, viennent tout naturellement les filarioses sanguines.

Parmi les filaires du sang, la *filaire nocturne* est la plus répandue et la plus anciennement connue, nous allons donc commencer par elle.

Après de nombreuses étapes, marquées par des noms célèbres (Demarquay, Wucherer, Lewis, Bancroft), l'histoire

(1) A l'aide de lour oviscapte.

de la filaire nocturne nous est enfin parfaitement connue grâce aux remarquables travaux de Manson et de ses élèves. Nous savons aujourd'hui que les embryons de la filaire, pompés par certains moustiques, en particulier le culex ciliaris d'Australie, gagnent ensuite les muscles du thorax de l'hôte intermédiaire, puis finalement leur trompe, pour être réinoculés à l'homme sain, à la façon de l'hématozoaire, dont nous parlions il n'y a qu'un instant.

Beaucoup plus répandue que la bilharziose, la filariose nocturne se rencontre dans toute la zone intertropicale et sur tous les continents.

On sait que les principales manifestations de la filariose nocturne chez l'homme sont les suivants : adéno-lymphocèles, lympho-scrotum, varices et abcès lymphatiques; hydrocèle, ascite, diarrhée chyleuses; chylo-thorax, hématochylurie (1), éléphantiasis des Arabes, accès pseudo-intermittents.

Cinq autres filaires peuvent, en dehors de la filariose nocturne, se rencontrer dans le sang des habitants des pays chauds, j'ai nommé : la filaire diurne, la filaire persistante, la filaire de Demarquay, la filaire de Magalhaës, la filaire d'Ozzard, qu'il faut peut-être confondre avec la perstans.

L'histoire de ces diverses filaires est bien moins connue. L'embryon diurne a probablement pour origine la filaria loa, que l'on trouve sous la conjonctive des nègres au Gabon et au Congo; l'embryon persistant est peut-être issu de la filaire d'Ozzard (Daniels); enfin, nous ne connaissons que le stade embryonnaire de la filaire de Demarquay et la phase adulte de la filaire de Magalhaës. Nous ne savons pas non plus quel crédit il faut accorder aux auteurs qui, à la suite de Teissier, veulent voir, dans les filarioses sanguines, des helminthiases avec migration ultérieure des embryons dans le système circulatoire.

Ces filarioses, qui ont des symptômes beaucoup plus atténués que la filariose nocturne (2), ont aussi une aire de distribution géographique beaucoup plus limitée.

Je laisse de côté les filarioses qui s'attaquent aux animaux.

Parasites cavicoles. — *Myasis.* — Dans les pays chauds, plus encore que dans les pays tempérés, l'on rencontre du myasis des diverses cavités; le plus souvent on a affaire à des larves de sarcophaga carnaria ou magnifica; on a constaté aussi l'infestation du tube digestif par la mouche vulgaire, musca domestica. Mais l'infestation de beaucoup la plus grave dans les pays chauds est celle produite par la lucilie (lucilia macellaria), que l'on rencontre depuis le sud des États-Unis jusque dans la République argentine. Depuis quelque temps, en outre, la lucilia macellaria a été signalée en Cochinchine et au Tonkin; on soupçonne l'affection appelée « pienash », dans l'Inde, d'être produite par cette mouche.

Cestodes. Tænias. — Le tænia solium est un peu plus rare que dans la zone tempérée, grâce aux prescriptions religieuses (juifs, musulmans), et aussi au peu d'appétence pour la chair de porc. En revanche, le tænia inerme est extrêmement commun (Afrique septentrionale, Abyssinie, Sénégal, Gabon, Cochinchine, Amérique du Sud).

Au Demerara, dans les îles qui avoisinent Madagascar et au Siam, on a observé un tænia particulier, le Davainea Madagascariensis. On ne connaît que neuf cas d'infestation humaine chez de très jeunes enfants; enfin, tout dernièrement, M. le professeur R. Blanchard, en revisant la collection de Davaine, en a trouvé un exemplaire inerme provenant de Nossi-Bé.

Je ne fais qu'énumérer les autres sortes de tænias que l'on peut rencontrer, plus ou moins fréquemment, dans les diverses contrées exotiques : tænia echinococcus (Algérie, Tunisie, Égypte, Australie), tænia nana, tænia diminuta.

Le botriocéphale large se rencontre dans les pays chauds, tout comme dans les pays du Nord, chez les peuples ichthyophages (Japon, grands lacs de l'Afrique centrale), etc. Le botriocéphale de Manson, qui s'observe chez l'homme à l'état larvaire, a été observé par Manson en Chine (Amoy) et plusieurs fois ensuite au Japon.

Reste encore un cestode qui a été déterminé par M. le professeur R. Blanchard, le *Krabbea grandis*, qui n'a encore été rencontré qu'au Japon par Ijima et Kurimoto.

Trématodes. — Signalons tout d'abord la fasciola hepatica, qui infeste si souvent l'homme et surtout les animaux herbivores dans les pays chauds (Afrique septentrionale, Inde, Indo-Chine, etc.).

En dehors de la douve commune, j'ai encore une longue liste à fournir; citons simplement : la fasciola gigantea (Égypte), le distomum sinense (Inde, Annam, Chine, Japon), le distomum conjunctum (Asie), le distomum Buski (Chine, Malaisie), le distomum hétérophyes (Égypte), le distornum Ringeri [Formose, Corée, Japon (1)], l'amphistome de l'homme (Annam, Guyane anglaise).

Nématodes. — Les *ascarides* sont très fréquents dans la zone tropicale, les *oxyures* vermiculaires et les *trichocéphales* ne sont pas rares non plus; j'ai trouvé maintes fois les œufs si caractéristiques de ces derniers, en examinant les selles des rapatriés du Tonkin.

Le *strongylus subtilis*, trouvé par Looss en 1895, chez les fellahs du Caire et d'Alexandrie, est un parasite tout à fait inoffensif qui mérite une simple mention.

L'*ankylostomasie* (mal-cœur) est très répandue dans les pays tropicaux (cachexie africaine, chlorose d'Égypte); les zones les plus entachées sont : l'Égypte, la côte orientale d'Afrique, les Antilles, le Brésil, les Guyanes, le Pérou, l'Inde, le Bengale, le Japon, la Malaisie.

L'ankylostome duodénal détermine des phénomènes de perversion du goût (géophagie) et une chlorose très accentuée. Au Bengale, certains auteurs le considère comme le facteur étiologique de la fièvre noire (le kala-azar).

La trichnina spiralis, moins fréquente peut-être que dans certains pays tempérés, se rencontre néanmoins, de temps en temps, dans les pays chauds.

Dans ces derniers temps, Kolbe a trouvé dans l'Afrique orientale (Mazzaï), ainsi qu'à Zanzibar, une filaire qui s'enkyste à la face inférieure du foie chez l'homme et chez les animaux; cet animal encore mal déterminé porte le nom de *filaire du Kilimandjaro.*

Rhabdonemiase intestinale. — On a beaucoup exagéré le rôle des anguillules stercorale et intestinale, qui ne représentent pas deux espèces ou plutôt deux variétés, mais deux phases d'un cycle évolutif assez compliqué. Ces anguillules ne sont d'ailleurs nullement particulières aux pays chauds.

---

(1) En dehors des tumeurs, des adhérences péritonéales, certaines chyluries, qui peuvent d'ailleurs s'observer également en Europe, sont dues à l'ankylostome ou encore au tænia nana.

(2) Manson rapporte cependant à la filaire perstans la maladie du sommeil.

(1) Province d'Okoyama dans l'île de Nippon. Cette infestation donne lieu à des hémoptysies où l'on rencontre les œufs du distome.

Acariens linguatules. — La linguatula rhinaria n'a pas été rencontrée dans les pays chauds ; le pentastomum constrictum, forme larvaire de la linguatula armillata, qui a pour hôtes les pythons africains et les lions, a été recueilli dans le foie, l'intestin et le mésentère des nègres égyptiens (Pruner, Bilharz, Fenger), et sur des soldats anglais provenant de Sainte-Hélène et de Gambie.

Amibes, flagellés, infusoires. — Ces animaux, qui ne sont intéressants que par le rôle étiologique qu'on leur a fait jouer dans la pathogénie de diverses affections des contrées chaudes, ne méritent pas de nous arrêter, ils ont d'ailleurs une distribution géographique absolument diffuse.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

La Croix-Rouge japonaise (1).

Par le professeur NAGAO ARIGA.

Nos lecteurs savent quel merveilleux essor emporte, depuis quelques années, la nation japonaise ; ils connaissent la gloire de ses armes, le succès de ses productions artistiques, le développement de son industrie. La science médicale japonaise commence à briller du plus vif éclat : les travaux de Kitasato préparent la voie aux découvertes de Roux ; les recherches de Koganeï éclairent d'une lueur singulière l'anatomie comparée et l'ethnologie ; les mesures prises par le service de santé japonais pendant la guerre de 1894-95 forcent l'admiration des médecins d'armée. A l'heure même où presque seuls, les Japonais assurent l'organisation des secours aux blessés de toutes nationalités, nous avons cru intéressant de montrer, par une analyse succincte du livre de M. Nagao Ariga, quel degré de perfection pouvait atteindre, en peu de temps, un peuple jeune, passionné de progrès, et confiant dans ses destinées.

« Il se produit actuellement, au fond de l'Extrême-Orient, un développement de l'œuvre de la Croix-Rouge dont il n'y a jusqu'ici aucun précédent dans les autres parties du monde. Le Japon, sur une population de 45 millions d'habitants, en compte 600.000 à faire partie de cette Société. Ce nombre, déjà si imposant, va toujours en augmentant. Il s'ensuit que la Société peut, dès à présent, dès le temps de paix, faire grandement les préparatifs nécessaires pour les services en temps de guerre. »

Cette Société, dont l'idée fondamentale est « Dette à la Patrie et secours aux soldats », a recruté des adhérents dans tous les milieux sociaux ; placée sous le haut patronage du Mikado, elle utilise sans arrêts tous les moyens de propagande : les fonctionnaires nationaux, les gouverneurs des départements lui prêtent en toute circonstance un dévoué concours.

A cette Société est attaché un hôpital modèle, dû à l'initiative du baron Hashimoto. Le règlement en est simple : L'hôpital a pour but : 1° l'instruction du personnel de secours ; 2° l'utilisation de l'hôpital en temps de guerre comme hôpital de réserve de l'armée ; 3° le traitement des malades et des blessés du peuple dans le but d'exercer le personnel. Il se compose d'un grand bâtiment central où sont localisés les bureaux et la pharmacie ; de ce point central, partent dans tous les sens, dix-neuf ailes de bâtiments dont neuf sont consacrées aux maladies ordinaires et les autres aux opérations chirurgicales et anatomiques ainsi qu'aux malades atteints d'affections contagieuses. Ces ailes sont toutes réunies ensemble par des passages couverts très larges, et qui pourraient être facilement utilisés pour les malades et les blessés en temps de guerre.

(1) Paris, A. Pedone édit., 1900.

Le but unique de la Société étant de faciliter la préparation du service en temps de guerre, l'hôpital est divisé en trois parties dont chacune est soumise à une réglementation spéciale : *éducation des médecins*, *instruction des infirmières*, *instruction des infirmiers*. Il possède encore deux fonctions extraordinaires : 1° en temps de paix, envoi du personnel et du matériel pour établir un service de prompt secours en cas de calamité publique ; 2° en temps de guerre, affectation de l'hôpital en hôpital de réserve de l'armée, et envoi du personnel pour aider le service de santé de l'armée en campagne.

C'est encore dans cet hôpital que toutes les questions techniques des services de la Croix-Rouge sont approfondies. Les diverses sortes de médicaments à employer, les appareils chirurgicaux les plus commodes, le mode d'instruction des infirmières, la façon de traiter les malades y sont l'objet d'études constantes de la part du personnel.

La guerre de 1894-1895 ayant laissé à la Société une grande force, une grande expérience ainsi que beaucoup de ressources, on se hâta d'utiliser tous les enseignements de la guerre pour réorganiser la Société sur de nouvelles bases. De plus, différents dignitaires furent envoyés à l'étranger avec mission d'étudier les différents systèmes de préparatifs à faire pour le temps de guerre en Europe. De toutes ces études, menées avec une célérité peu européenne, sortit le nouveau règlement du service en temps de guerre, dont voici les dispositions principales. Il comporte les cinq subdivisions suivantes :

1° Service des détachements de secours ;
2° Service des colonnes de transport ;
3° Service sur les bateaux d'évacuation ;
4° Service dans les stations halte-repas ;
5° Service des dépôts de matériel.

Les *détachements de secours* ont pour objet de venir en aide au service des hôpitaux militaires et au service d'escorte des malades. Chacun comprend deux médecins, un pharmacien, un chef infirmier, dix infirmiers, un administrateur, deux coolies. Le nombre des détachements de secours à fournir pour une division est de 20, et la règle pour chaque détachement est de venir en aide à 100 malades environ.

Les *colonnes de transport* ont pour objet de secourir le service de santé de l'armée pour l'évacuation par terre des malades et des blessés. Chacun se charge de l'évacuation de 20 malades et se compose du personnel suivant : un médecin, deux infirmiers, un administrateur, un chef porteur, soixante transporteurs, deux coolies. Chaque division pourra disposer de deux colonnes de transport.

Les *bateaux d'évacuation* ont pour but de venir en aide au service de santé de l'armée en ce qui concerne l'évacuation par mer des malades et des blessés. Ils sont divisés en deux classes, A et B.

Les bateaux de la classe A doivent transporter 200 malades : ils se composent du personnel suivant : un délégué, un médecin chef, trois médecins, un pharmacien, deux pharmaciens assistants, un secrétaire, deux chefs infirmiers, quarante infirmiers, un aiguiseur.

Les bateaux de la classe B ne transportent que 100 malades et comportent un personnel moitié moindre que les bateaux précédents. Le nombre de bateaux d'évacuation à fournir est de deux de la classe A et de deux de la classe B pour toute l'armée.

Les *stations halte-repas* ont pour but de donner de la nourriture et des stimulants aux malades et aux blessés se trouvant sur les routes d'évacuation. Elles sont établies dans les ports de débarquement, les stations de chemin de fer, etc., où les malades arrivent ou restent sur les routes d'évacuation.

Les *dépôts de matériel* sont permanents ou temporaires. Permanents, ils sont établis au siège central de la Société

à Tokio et dans les sections locales pour conserver différents matériels en temps de paix, ramener également en temps de guerre le matériel qui est procuré, et l'envoyer à tous endroits où le besoin s'en fait sentir. Temporaire, ils sont établis dans les places nécessaires en temps de guerre pour recevoir du dépôt permanent le matériel nécessaire, pour l'envoyer ensuite en avant sur les champs de bataille ou recevoir le matériel qu'on renvoie en arrière.

La place nous manque ici pour exposer, avec tous les détails nécessaires, la préparation du personnel (médecins, pharmaciens, infirmiers et transporteurs), et celle du matériel de la Société. Les chapitres que consacre M. Nagao Ariga à l'étude de ces questions montrent bien que, dans l'organisation du service de santé japonais, rién n'a été laissé au hasard, que les dispositions les moins importantes ont été l'objet de minutieux calculs. Heureux pays, où les hôpitaux reluisent de propreté, où les infirmiers prennent goût à leur tâche, et où civils et militaires travaillent côte à côte avec ardeur à améliorer le sort des victimes de la guerre!

L. B.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat et de l'externat. — Le jury de l'internat est provisoirement composé de MM. Le Dentu, Delbet, Villemin, Picqué, Bonnaire, Guéniot, Dieulafoy, De Gennes, Hudelo, Queyrat.

Le jury de l'externat est provisoirement composé de MM. Chevallier, Marion, Riche, Bouffe de Saint-Blaise, Soupault, Bruhl, Gouget, Macaigne.

Guerre. — *Corps de santé militaire.* — Sont promus dans le corps de santé militaire pour prendre rang au 1er octobre 1900 :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins aide-majors de deuxième classe Lafforgue, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce à Paris; — Metzquer, au 10e cuirassiers; — Rivet, au 1er cuirassiers; — Tartavez, au 39e d'infanterie; — Duchêne-Marullaz, au 27e dragons; — Sandras, au 20e dragons; — Raoult-Deslongchamps, au 22e dragons; — Jodry, au 2e d'artillerie; — Viry, au 13e d'artillerie; — Canel, au 6e d'artillerie; — Doumène, au 20e d'infanterie; — Duchesne, au 2e hussards; — Peltier, au 10e d'artillerie; — Boullier, au 31e d'artillerie; — Demilly, au 4e chasseurs d'Afrique; — Fischerau, au 5e dragons; — Carrive, au 163e d'infanterie; — Daireaux, au 101e d'infanterie; — Mazellier, au 4e hussards; — Desse, au 117e d'infanterie; — Raymond, au 29e d'artillerie; — Mazière, au 19e de chasseurs à pied; — Bernard, au 47e d'infanterie; — Lambroschini, au 15e chasseurs à cheval; — Chassin, au 110e d'infanterie; — Cousergue, au 13e bataillon de chasseurs à pied; — Rauzy, au 143e d'infanterie; — Pascal, au 3e génie; — Melliès, au 41e d'infanterie; — Longau, 11e cuirassiers; — Magerand, au 118e d'infanterie; — Vidal, au 7e dragons; — Grysez, au 27e d'artillerie; — Vincent, au 5e bataillon de chasseurs à pied; — Oullier, au 73e d'infanterie; — Clerc, au 12e cuirassiers; — Drevet, au 144e d'infanterie; — Dupuy, au 152e d'infanterie; — Bonhomme, au 154e d'infanterie; — Neumann, au 13e hussards; — Donier, au 12e dragons; — Imbert, au 24e bataillon de chasseurs à pied; — Fournereaux, au 17e bataillon de chasseurs à pied; — Anthony, au 129e d'infanterie; — Combe, au 6e cuirassiers; — Escheverry, à l'hôpital militaire de Briançon; — Deyrolle, au 4e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — Bourgeois, au 5e chasseurs à cheval; — Natalelli, au 146e d'infanterie; — Ménard, au 20e bataillon de chasseurs à pied; — Le Teinturier de la Chapelle, au 44e d'infanterie; — Thomas, au 157e d'infanterie; — Chambon, au 22e bataillon de chasseurs à pied; — Blary, aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; — Blan, au 148e d'infanterie; — Rousset, au 49e d'infanterie; — Béranger, à l'hôpital militaire de Longwy.

Marine. — M. le médecin principal Cognes, actuellement embarqué sur le *Jauréguiberry*, passe, sur sa demande, du cadre de Brest à celui de Toulon.

MM. les médecins de deuxième classe Mourron, du cadre de Rochefort, et Reboul, du cadre de Brest, sont affectés, sur leur demande, au cadre de Toulon.

M. le médecin de deuxième classe Boy, du cadre de Toulon, est désigné pour aller servir sur le *Capricorne* (station locale du Sénégal), en remplacement de M. le docteur Chabal, qui a terminé sa période réglementaire d'embarquement.

Une place d'interne est offerte dans un sanatorium des environs de Paris à un externe des hôpitaux ayant seize inscriptions de doctorat. — S'adresser pour les renseignements, à M. le docteur Plicque, 6, rue de Belzunce, lundi, mercredi, vendredi, de une heure à deux.

Erratum. — Nous apprenons avec plaisir que l'information de la mort du docteur Chauvel (de Quimper) est heureusement inexacte.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

OBÉSITÉ — GOITRE — MARQUE DE FABRIQUE — MYXŒDEME

THYROÏDINE FLOURENS

PASTILLES { ADULTES, 2 à 5 pr jour. / ENFANTS, 1 à 2 pr jour. } suivant tolérance. | PILULES { ADULTES, 8 à 20 pr jour. / ENFANTS, 1 à 8 pr jour. } suivant tolérance.

Expérimentées dans les hopitaux, ces préparations rigoureusement dosées ont donné les résultats les plus satisfaisants Chaque pastille contient exactement 20 centigrammes de corps thyroïde frais et sain provenant du mouton et les pilules 5 centigrammes.

Leur mode d'administration est facile, leurs effets sont très rapides et l'amélioration qu'elles déterminent est de longue durée.

PHARMACIE FLOURENS, à BORDEAUX ET DANS TOUTES LES PHARMACIES.
PARIS, Société Française de Produits Pharmaceutiques, *9 et 11, Rue de la Perle.*

CONSTIPATION

DYSPEPSIES • MIGRAINES • INSOMNIES

Leur Traitement RATIONNEL, INOFFENSIF et toujours EFFICACE PAR LES

PILULES DE SURINAM DE DÉJARDIN

(Quassine, Maltine et Lupuline pures)

TONI-DIGESTIVES, LAXATIVES et NÉVROSTHÉNIQUES

De 1 à 4 par jour. — Une à deux, prises le soir en se couchant, procurent un sommeil calme et sans cauchemars. L'effet désiré est obtenu régulièrement, le lendemain, sans occasionner la moindre douleur de l'intestin.

E. DÉJARDIN, *Phen-Chte de 1re Classe, Fournisseur des Hôpitaux de Paris,* 109, Boulᵈ Haussmann, Paris.
(MAISON DE L'EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS)

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE
NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure;*
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

SERUMS ARTIFICIELS WUHRLIN

Sérums sel. la f. des Drs Chéron, Hayem, Huchard.
Sérums *antisyphilitiques au bichlorure,* selon la formule des Drs Chéron et Maurange.

Sérum *antibacillaire à l'hétol,* stérilisés en flacons de 100 c. c.
Phie WUHRLIN, 11, rue Lafayette, Paris.

TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées pr jour. Bd Haussmann. 41. Paris et phies.

Traitement nouveau de la **FURONCULOSE,** des **CLOUS,** de l'**ANTHRAX,** de l'**ACNÉ** et autres **DERMATOSES,** du **DIABÈTE** et de la **DYSPEPSIE** par la

MYCODERMINE DÉJARDIN

ou Extrait Inaltérable de

LEVÛRE DE BIÈRE PURE SÉLECTIONNÉE

recueillie au cours de la fabrication de l'**EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS**

Absolument INVARIABLE dans sa COMPOSITION comme dans sa REMARQUABLE EFFICACITÉ

E. DÉJARDIN, Pharmacien-Chimiste de 1re Classe. Ex-Interne et *Fournisseur des Hôpitaux de Paris,* 109, Boulᵈ Haussmann, Paris.

Actol	Remplace avantageusement le Sublimé en solution aqueuse, pour lavage des Abcès, Clapiers, Fistules.
Acoïne	Anesthésique, rend absolument indolores les injections hypodermiques et sous-conjonctivales.
Créosotal et Duotal	Les plus efficaces dans les affections de Poitrine ; employés avec succès certain dans la Tuberculose, Bronchite, Phtisie, etc.

BROCHURES & RENSEIGNEMENTS: L. BARBERON, 15, Place des Vosges, PARIS. *Téléphone 113-70.*

Par Jour 5 à 8 **CAPSULES CRÉOSOTAL HEYDEN** à 50 centgr.

NEURASTHÉNIE
GLYCÉROPHOSPHATES de BRUEL

ÉLIXIR : 2 à 4 cuillerées à soupe pour les adultes. 2 à 4 cuillerées à café pour les enfants.

SIROP : Mêmes doses que l'Elixir.

GRANULÉ : 1 à 4 cuillerées à café pour les adultes. 1/2 à 2 — — enfants.

SOLUTION INJECTABLE (de Glycérophosphate de Soude) : 1 à 2 seringues par jour pour les adultes, une demi-seringue pour les enfants.

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

CONGESTIONS, DILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES
2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
HAMAMELINE-ROYA
Le Principe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA
pie LACHARTRE 19, R. Mathurins, PARIS
HÉMORROÏDES
HÉMORRAGIES-PHLÉBITES-VARICES-HÉMORROÏDES

N° 113. — JEUDI 4 OCTOBRE 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 4 OCTOBRE 1900. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — La perforation typhique de l'intestin et de ses annexes; son traitement chirurgical, d'après M. N. Mauger. — Rôle considérable de l'animalité dans l'étiologie et la pathogénie des maladies dans les contrées chaudes et tropicales, par M. J. Brault, professeur à l'École de médecine d'Alger (*fin*). — Séance de l'Académie de médecine. — Médicaments nouveaux. La Listérine. — Revue de la Presse. *Médecine* : Le traitement sénégalais de la fièvre jaune; — *Chirurgie* : Fistule appendiculaire; — *Thérapeutique* : Les injections hypodermiques de composés iodés contre la syphilis. — Chronique et nouvelles scientifiques.

LA PERFORATION TYPHIQUE DE L'INTESTIN ET DE SES ANNEXES

SON TRAITEMENT CHIRURGICAL, D'APRÈS M. N. MAUGER (1)

L'extrême gravité des perforations typhiques de l'intestin, l'impuissance d'une thérapeutique purement médicale à modifier leur évolution ont depuis longtemps suggéré l'idée de leur opposer le seul traitement curatif qui leur convienne : l'intervention chirurgicale; mais ce n'est que dans ces dernières années que les indications et le mode opératoire de cette intervention ont pu être déterminés d'une façon précise.

L'*étiologie* de ces perforations fournit quelques renseignements importants. C'est presque toujours de *dedans* en *dehors*, de la muqueuse vers la séreuse, qu'elles se produisent, et l'on peut, pratiquement, négliger les cas où, consécutivement à l'ouverture d'un abcès de voisinage, à la rupture d'un ganglion suppuré, elles se produisent de dehors en dedans. Leur fréquence a donné lieu à de nombreuses discussions. Évaluée à 3 p. 100 par Murchison, à 2,5 par Griesinger et Flint, elle varie suivant les contrées (Angleterre) et les épidémies. La perforation se produit d'habitude vers le troisième septénaire; elle peut être précoce, comme le montrent les observations de Potain, de Rilliet et Barthez, où elle apparut vers la fin du premier septénaire; elle peut être tardive et menacer les premières semaines de la convalescence.

La perforation accompagne d'ordinaire les dothiénentéries graves; elle survient fréquemment à la suite d'hémorragies intestinales (dans un tiers des cas, d'après Chantemesse). Elle frappe surtout les adultes du sexe masculin, mais sans épargner aussi complètement l'enfant qu'il est classique de le dire. Comme causes prédisposantes, on a invoqué la constipation, l'usage intempestif des purgatifs, les efforts. En réalité, elle relève le plus souvent d'un écart de régime, et l'on connaît aujourd'hui bon nombre de perforations consécutives à une alimentation trop précoce.

(1) Th. de Paris, 1900.

La première des questions que soulève l'étude *anatomo-pathologique* des perforations est celle de leur *siège*. Bien que l'on ait noté quelques cas de perforations gastriques, c'est ordinairement l'intestin grêle qu'elles frappent et, particulièrement, les soixante derniers centimètres de l'iléon. Le duodénum et le jéjunum, les différentes parties du gros intestin ne sont qu'exceptionnellement atteints. Il importe cependant de savoir que les altérations de l'appendice sont fréquentes au cours de la dothiénentérie et que toutes les modalités cliniques y sont possibles (Murchison, Millard, Morin, Guinard, etc.).

Les lésions de cet organe peuvent s'arrêter à l'infiltration et à l'hyperhémie; elles peuvent aussi aller jusqu'à la perforation : les différentes tuniques sont successivement envahies, et un orifice vient établir la communication entre la cavité de l'appendice et le péritoine. Plus tard, au cours de la convalescence, l'appendice peut encore se perforer. Il ne s'agit plus là, à vrai dire, de perforations appendiculaires d'origine spécifique, mais d'appendicites banales, *paratyphoïdes*, dues à des infections secondaires [Dieulafoy (1)]. Enfin le diverticule de Meckel, dont Blanc (2) a récemment décrit les inflammations, a été trouvé perforé dans quelques rares observations (Chauffard, Galton, Dreyfus, Lépine, etc.).

« Le *nombre* des perforations intéresse le chirurgien : leur multiplicité complique l'intervention et rend incertains les résultats attendus. Fort heureusement, la perforation typhique est le plus souvent unique, comme en font foi les statistiques les plus récentes (138 fois sur 167 cas dans la statistique de W. Keen). »

La *forme* et les *dimensions* présentent les plus grandes variétés : « les dimensions exagérées peuvent rendre délicate la suture : mais ce sont là cas exceptionnels, et les petites perforations sont surtout rencontrées. »

Quelles vont être les *conséquences* de la perforation? Il est rare que l'exsudat se localise (et cette terminaison, relativement heureuse, ne s'observe guère que dans les perforations de l'appendice et du gros intestin). Dans la plupart des cas, les adhérences n'ont pas le temps de se former : une péritonite généralisée suraiguë se déclare brusquement avec ses

(1) Voir pour plus de détails : L. Babonneix. La fièvre typhoïde en 1899, *Gaz. des hôpit.*, 1900, n° 2.
(2) Th. de Paris, 1900.

lésions bien connues (liquide grisâtre, trouble fétide, fausses membranes visqueuses adhérant à la surface de l'intestin, etc.).

La perforation intestinale se présente à l'observateur sous des modalités cliniques très différentes. Parfois, et particulièrement dans les formes adynamiques, elle est tout à fait latente, une péritonite généralisée emporte le malade avant que le diagnostic ne soit posé. Mais le plus souvent, elle se traduit par un ensemble de symptômes caractéristiques. Une douleur abdominale subite et violente, d'abord localisée (point de Mac Burney), annonce la perforation; presqué aussitôt apparaissent les premiers symptômes de collapsus : la face se grippe, les extrémités se refroidissent et se couvrent de sueurs visqueuses, le pouls devient fréquent et misérable, la température s'abaisse. La douleur ne tarde pas à se généraliser à tout l'abdomen, l'hyperesthésie, la constipation, la rétention d'urine qui l'accompagnent trahissent l'irritation et la souffrance de la séreuse péritonéale.

L'examen physique de l'abdomen donne alors les résultats suivants : « les muscles abdominaux, contracturés, résistent à la main qui cherche à les déprimer, la *défense musculaire* est précoce et constante. Le ventre est partout sonore, la matité hépatique peut même disparaître, et cette disparition constituer un signe précieux. Ces différents symptômes s'accusent d'heure en heure, le ballonnement s'accroît, la paroi abdominale ne se soulève plus, le hoquet survient, la dyspnée augmente, la respiration est courte, pénible, haletante, la voix est cassée, les extrémités se cyanosent. La mort survient le deuxième ou le troisième jour, quelquefois avant, rarement après. »

Ces derniers symptômes peuvent s'accompagner des signes physiques habituels de l'épanchement, mais il est rare que ce dernier soit assez abondant pour donner lieu à des symptômes nets.

La valeur respective des différents symptômes de la perforation peut être ainsi précisée. La précocité et la constance du symptôme *douleur*, le fait qu'elle est parfois le seul signe évident suffisent à lui attribuer une importance séméiologique extrême : il en est de même des *variations du pouls* : « lorsque le nombre des pulsations, relativement peu élevé dans la fièvre typhoïde par rapport à la température, s'élève brusquement et perd de son ampleur, il faut surveiller le péritoine, la *fréquence* et la *dépression* du pouls doivent donc, au cas de dothiénentérie confirmée, faire réserver le pronostic. La *température* du début a donné lieu à des interprétations diverses, hypothermie pour M. Dieulafoy, hyperthermie pour M. Lereboullet. Ces deux modifications s'observent avec une égale fréquence; aussi l'examen de la température constitue-t-il un signe incertain et susceptible d'induire en erreur le clinicien (1). Les *modification de la physionomie, l'existence du tympanisme abdominal*, la *défense musculaire* présentent au contraire une grande importance pronostique et devront toujours être soigneusement recherchées.

Le *diagnostic* des perforations ne comporte guère de difficultés sérieuses que lorsque la fièvre typhoïde est latente. Il faudra éliminer alors la hernie étranglée, l'occlusion intestinale, l'appendicite perforante, les perforations de la vessie, de l'utérus et de la vésicule. Lorsque la perforation survient au cours d'une dothiénentérie manifeste, le diagnostic s'impose le plus souvent. Mais parfois le tableau clinique est peu net. C'est alors qu'il faudra peser la valeur de chaque symptôme, se rappeler que l'hyperthermie peut accompagner la perforation, mais qu'on l'observe également au cours d'une rechute, d'une appendicite paratyphoïde, d'une complication suppurative de la convalescence. Réciproquement, l'hypothermie n'est pas toujours symptomatique d'une perforation : elle peut être causée par une hémorragie intestinale ou même survenir au cours d'une fièvre typhoïde normale (Jaccoud). On a signalé des abaissements considérables, avec frissons et collapsus, survenus après le bain. Les complications pulmonaires, les épistaxis répétées, l'apparition des règles, l'avortement, etc., peuvent encore s'accompagner d'hypothermie. Il ne faut donc conclure directement de l'hypothermie à la perforation que dans les cas où l'on ne saurait invoquer une des causes précédentes.

Bien que la guérison ait été signalée (et particulièrement dans le cas de péritonites circonscrites à point de départ appendiculaire ou cæcal), le pronostic des perforations typhiques est grave, et courte la liste des guérisons signalées, surtout lorsqu'on la soumet à un examen méthodique. Les observations de Bucquoy, de Trousseau, de Cruveilhier, de Brühl, de Chantemesse constituent d'heureuses exceptions sur lesquelles il serait fort imprudent de compter et l'on peut poser en principe que *le pronostic des perforations traitées est presque toujours fatal.*

D'où la nécessité d'un *traitement chirurgical* précoce; cette intervention est *légitime* : *a*. les lésions sont habituellement uniques; *b*. le point perforé se trouve assez facilement; *c*. le siège approximatif de la perforation est connu; *d*. l'occlusion de l'orifice se produit souvent quelques heures après l'opération. Elle est *nécessaire*, puisque le pronostic est absolument fatal dans les perforations non traitées ou traitées par les seuls soins médicaux (95 p. 100 de morts, Murchison). Les statistiques recueillies par M. N. Mauger élevant à 23 p. 100 la guérison post-opératoire de la perforation typhique, il n'est plus possible d'hésiter aujourd'hui et l'on peut dire que « *tant que le collapsus n'est pas absolu, tant que le malade n'est pas à l'agonie, on a le devoir d'intervenir* ». Sans doute, les résultats ne sont pas encore entièrement satisfaisants : ils le deviendront plus à l'avenir, lorsqu'on saura diagnostiquer de bonne heure les perforations et leur opposer dès le début, avant que le péritoine entier ne soit infecté, une intervention chirurgicale complète et méthodique.

(1) Cette remarque avait déjà été faite par MM. Huchard et Guéniot, Soc. anat., 1899.

ROLE CONSIDÉRABLE
DE L'ANIMALITÉ DANS L'ÉTIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DES MALADIES (1)

DANS LES CONTRÉES CHAUDES ET TROPICALES

Par M. J. Brault,
Professeur à l'Ecole de médecine d'Alger.

Vue d'ensemble sur le role de l'animalité dans diverses infections ou infestations dans les pays chauds et tropicaux. — Maintenant que j'ai terminé avec les animaux nuisibles et parasitaires qui attaquent l'homme dans les pays chauds, je tiens à donner une vue d'ensemble sur les procédés d'infection et d'infestation employés par l'animalité dans les contrées qui nous intéressent.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 1231.

Transport simple. — Tantôt après s'être traînés dans la poussière si fournie en germes nocifs, tantôt, après avoir séjourné sur les excreta des malades ou sur les cadavres, les insectes et autres animaux qui vivent et rampent sur notre corps, peuvent y apporter les micro-organismes pathogènes les plus variés, et surtout grâce à leurs pattes, inoculer la moindre solution de continuité de nos téguments ou de nos muqueuses. Veut-on des exemples? Tout le monde connaît le rôle des mouches dans la transmission du pian, du bouton des pays chauds, des ulcères phagédéniques, voire même de certains éléphantiasis streptococciques, sans parler : du charbon, de la morve, des érysipèles ordinaires, des phlegmons et des lymphangites diverses, qui ne nous intéressent pas particulièrement. Quiconque s'est promené dans le sud algérien, a vu les enfants indigènes avec le visage couvert de mouches; ces dernières pompent les liquides sortant des divers orifices sensoriels, or, beaucoup de ces enfants sont atteints de trachome, d'ophtalmie purulente, etc., on comprend donc aisément la part de ces insectes dans la propagation de toutes ces affections. La simulie de Pondichéry propagerait de même l'ophtalmie purulente (1). On signale également, en Floride, un autre insecte qui porte le nom d'hippelates flaviceps, qui agirait un peu de la même façon. Les punaises chinche garrapata et chinche cucarocha, du genre acanthia, transportent avec elles les caratès de Colombie (Montoya). Les tiques, dans certaines circonstances, peuvent agir de même pour la propagation de la fièvre du Texas chez les bovidés.

Souillure des aliments, poussières cadavériques. — Ce n'est pas seulement en butinant, pour ainsi dire, à la surface de notre corps que les animaux nous infectent, mais bien encore en rampant sur les substances alimentaires que nous ingérons, ou en les souillant par leurs déjections [mouches, rongeurs (2)].

Il n'est pas jusqu'aux poussières ultimes provenant de la désagrégation de leurs cadavres, qui ne puissent servir à la propagation des maladies infectieuses. Les déchets, les peaux provenant des animaux morts sont aussi très dangereux. Toutes ces choses ont d'ailleurs été vérifiées expérimentalement, je ne puis que rappeler ici les expériences de Raimbert et de Davaine, de Spillmann, d'Haushalter, de Yersin. Ce dernier, notamment, a montré que les cadavres de mouches chargés de bacilles pesteux étaient dangereux, un cobaye inoculé ainsi avec un cadavre broyé pris dans le laboratoire, est mort en quarante-huit heures. Ce qui est vrai pour la peste, l'est aussi très probablement pour la fièvre jaune, le choléra, la dysenterie, etc.

Piqûres. — Passons maintenant aux parasites mieux armés qui nous attaquent à l'aide de leurs mandibules ou de leurs tarières.

Ceux qui ont le rôle prépondérant, ce sont sans contredit les culicidés. Tout d'abord, les moustiques du genre anopheles nous inoculent les hématozoaires du paludisme (Manson, Ronald Ross), soit qu'ils les portent d'homme à homme, soit qu'ils les prennent dans la nature à l'état saprophytique; il en est d'ailleurs absolument de même pour les hématozoaires des oiseaux. D'autres moustiques du genre simulium, les « gegen », nous inoculeraient, paraît-il, les spores des aspergillus, qui produisent les caratès.

(1) Dernièrement, on a voulu faire jouer également un rôle aux mouches et aux moucherons dans la propagation de la variole en Algérie; l'hypothèse est très plausible.

(2) Sacs de céréales contaminés par les rats atteints de peste.

D'après Finlay, les moustiques joueraient un rôle actif dans la propagation de la fièvre jaune, ceci va bien avec ce que nous savons désormais des mœurs du bacille de Sanarelli, qui a surtout le sang pour habitat. Finlay aurait même essayé les moustiques comme vaccinateurs dans le vomito : sur 24 cas, il aurait obtenu 6 fièvres jaunes atténuées et 11 immunisations. J'ai déjà dit plus haut que le culex ciliaris nous inoculait la filariose nocturne.

A l'instar des moustiques, certaines mouches peuvent percer les téguments. C'est ainsi que les pangonies (pangonia neo-caledonica) ont été accusées de semer le charbon chez l'homme et chez les animaux, à l'île des Pins.

L'issue des larves de certaines mouches : ochromye, dermatobies déposées sous nos téguments, peuvent aussi donner lieu à des accidents très sérieux.

Le nagana ou maladie de la mouche « tsé-tsé » observée dans l'Afrique australe, sur les bêtes de somme, résulte de l'inoculation par la mouche en question d'un trypanosome. Il faut savoir que le surra de l'Inde, et la dourine, si fréquente en Algérie (Rouget, Schneider), sont aussi fonction d'un trypanosome.

Citons enfin en passant la mouche de jour de Madagascar : la « mokafohy ».

Les puces et probablement d'autres insectes, par leurs piqûres, peuvent transmettre les maladies contagieuses, la peste en particulier (1), ainsi qu'en témoigne la phlyctène initiale 1/20 (Simond). Toutefois, si l'on doit considérer les puces comme pouvant propager le fléau dans une même espèce, il est peu vraisemblable que les puces des rats attaquent l'homme, comme on a semblé le prétendre.

On a rapporté des exemples d'infection tétanique, de phagédénisme, ou même d'infections plus banales encore, à la suite de piqûres de chique ; les annales coloniales pullulent de ces faits.

Les thalsuates, les poux d'Agouti, de même que les divers argas, en particulier l'argas persicus, si redouté d'après Kotzebue, ne donnent d'accidents graves qu'en inoculant à leurs victimes diverses maladies infectieuses, qui ne manquent pas, d'ailleurs, dans les pays où l'on rencontre ces parasites.

Il est une larve hexapode d'acarien, l'akamushi, qui a fait grand bruit et a été accusée de donner la fièvre fluviale du Japon, maladie qui débute par une escare initiale et une adénopathie régionale très marquée.

Il n'est pas jusqu'à l'acare de la gale qui ne puisse devenir un inoculateur, certains l'ont accusé de propager la lèpre (?).

Mode mixte. — A côté du simple transport et de l'inoculation active, je dois placer un autre mode de transmission que j'appellerai mixte. Voici en quoi consiste ce dernier : les parasites par leurs piqûres déterminent des démangeaisons, tout en promenant des germes à la surface de notre corps ; ces germes, nous nous les inoculons ensuite par le grattage. Ce serait même de cette façon que certains parasites qui rampent à la surface de notre corps, les punaises entre autres, qui seraient incapables de nous inoculer directement, arriveraient cependant à nous infecter. La chose aurait été constatée pour le typhus récurrent dans les asiles de nuit d'Odessa (Tiktine). Parfois le corps de l'animal se trouve même écrasé sur une piqûre ou sur toute

(1) C'est ainsi que l'on expliquait encore tout dernièrement l'immunité des veuves de la ville de Mengstz (Yunnan), les femmes du pays s'entortillent les jambes de bandelettes et sont ainsi protégées jusqu'à un certain point de la piqûre des insectes (?).

autre solution de continuité de nos téguments. On sait que la mouche à tête rouge d'Abyssinie produit des ampoules et des furoncles, lorsqu'on vient à l'écraser sur la peau. D'autre part, il est bien possible que, dans certaines circonstances, ce soit ainsi que les bovidés s'inoculent la fièvre du Texas, car d'après Mégnin, les femelles fécondées du boophilus bovis qui se fixent seules sur l'animal, tombent et meurent ensuite et ne sauraient, par conséquent, transporter la maladie d'un animal à l'autre (1).

Hôtes intermédiaires. — En outre de ce que je viens de dire, je tiens encore à signaler brièvement le rôle pathogénétique important que jouent certains animaux comme hôtes intermédiaires.

Certains culex servent d'habitat à l'embryon de la filaire nocturne, avons-nous dit (2); les mangrove flies (Uyo, Ukpom) jouent probablement le même rôle vis-à-vis de l'embryon diurne; les anopheles, dont nous parlions tout à l'heure, servent également au développement de l'hématozoaire [germinal threads, black spores (Ronald Ross)]. Je rappellerai aussi pour mémoire la façon dont la limnea truncatula (Leuckart) héberge les rédies de la douve hépatique et le cyclope (3) les embryons du dragonneau (Fedtshenko).

Il est bien vraisemblable que, pour plusieurs maladies parasitaires encore incomplètement connues dans leur cycle, en particulier les bilharzioses humaine et animale, il existe quelque chose de tout à fait analogue.

Intoxications alimentaires d'origine animale dans les pays chauds. — Les intoxications qui proviennent des altérations de la viande ou des conserves s'observent encore plus souvent dans les pays chauds que dans les contrées froides ou tempérées (botulisme, ichthyosisme).

Les empoisonnements par les poissons toxiques sont également beaucoup plus fréquents et plus graves que dans nos pays; ils méritent de fixer un instant notre attention.

Les accidents ainsi produits portent le nom général de « ciguatera » (médecins espagnols des Antilles). Il ne faut pas confondre la « ciguatere » avec l'ichthyosisme, qui sert à dénommer, comme nous l'indiquions tout à l'heure, les accidents produits par la chair de poisson, plus ou moins putréfiée.

La ciguatere peut être due à ce que le poisson a ingéré une nourriture particulièrement toxique pour nous (coraux), ou bien à ce que la chair musculaire ou certains organes (organes génitaux, surtout au moment du frai; foie; etc.) sont vénéneux par eux-mêmes.

Nous n'avons pas, bien entendu, à insister sur les diverses formes de la « ciguatere » (forme foudroyante, algide, gastroentérique), et nous ne signalerons que les principales espèces, avec leur habitat, renvoyant pour le détail à l'excellente thèse de M. Pellegrin (4), faite sous l'inspiration de M. le professeur R. Blanchard.

C'est surtout l'ordre des plectognathes qu'il faut incriminer. Citons dans cet ordre :

Les balistes (parties tropicales de l'Atlantique, océan Indien); les diodons, qui habitent presque toutes les mers tropicales; les tétrodons, qui ont surtout une mauvaise réputation, d'ailleurs bien méritée, nommons : le tétrodon lunaris, le T. sceleratus, le T. Houckenyi qui a surtout déterminé des accidents au Cap de Bonne-Espérance, le T. rubripes, le T. Heraldi (Californie), ce dernier présente un foie très toxique. Toutes ces espèces, assez répandues dans les mers du sud, se rencontrent surtout au Cap, dans l'océan Indien, la Malaisie, dans les mers du sud de la Chine et du Japon.

Je passe rapidement sur les apodes; les murènes, en particulier, si abondantes dans la Méditerranée, sont surtout dangereuses par leurs morsures.

Dans les malacoptérygiens abdominaux, les clupéidés nous fournissent plusieurs espèces nuisibles : l'engraulis bœlama (mer Rouge, Zanzibar), le clupea Thrissa [Cailleu-Tassart] (États-Unis, Antilles, Brésil), la meletta venenosa (océan Indien et Pacifique).

Finissons par les acanthoptérygiens, ici nous avons : les sphryènes qui ont été, nous semble-t-il, un peu surfaites ; les gobius (océan Indien); les carangues : caranx Plumieri (coulirou de la Guadeloupe), caranx hippos (fausse carangue des Antilles); les trachines, les tassards (genre cylium); les scorpènes, les pagres, lethrinus (lethrinus Nambo de la Nouvelle-Calédonie); les épiniphèles (mérous de la mer des Antilles).

Si résumé que soit cet aperçu concernant le rôle des animaux dans la pathologie exotique, il nous semble suffisant pour montrer l'extrême importance de la part dévolue, au règne animal dans la pathogénie et l'étiologie des maladies des pays chauds et pour nous engager à nous prémunir contre ses invasions par tous les moyens que la prophylaxie et l'hygiène mettent à notre disposition : stérilisation des ingesta, hygiène corporelle minutieuse, surveillance des inhumations, protection à l'aide de toiles, de grillages et de moustiquaires, désinfection des habitations (soufre, formol, etc.), destruction systématique des insectes et des divers parasites par les différents moyens appropriés.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(2 octobre 1900)

Courte séance de rentrée hier à l'Académie. M. Delorme présente un opéré guéri par le procédé qu'il préconise d'un **prolapsus du rectum**, long de 5 centimètres, pendant les efforts de défécation et datant de l'âge de quinze ans. La résection a porté sur 20 centimètres de muqueuse. Le résultat est parfait. Le sphincter retient non seulement les selles liquides et les gaz.

M. Delorme, pour éviter toute ascension de la muqueuse pratique en dehors de la suture de soutien des sutures en U réunissant la musculeuse aux fibres les plus internes du sphincter externe.

M. Vallin lit ensuite un rapport tout d'actualité sur le travail de M. Kitasato (de Tokio) sur les **épidémies de peste observées au Japon.**

Sur 69 cas dans une ville (Osaka) il y eut 63 morts; les rats paraissent avoir joué un grand rôle dans l'épidémie; leur destruction a été encouragée. On a trouvé sur ces rats des bacilles analogues à ceux de la peste, mais que Kitasato en distingue soigneusement. Des rats furent trouvés fréquemment morts, au voisinage des centres atteints. Le travail de Kitasato a pour but véritable d'indiquer le fonctionnement des services sanitaires au Japon.

(1) Les bovidés peuvent également se contaminer par l'herbe qui renferme des tiques. On sait que le parasite de la fièvre du Texas s'appelle le piroplasma bigenimum.

(2) Sonsino a essayé avec d'autres parasites; il n'a rien obtenu.

(1) Beaucoup pensent que c'est en avalant ce petit crustacé que nous nous infestons.

(2) Th. de Paris, 1899.

La déclaration des cas de maladies infectieuses est obligatoire; les individus atteints sont hospitalisés; les suspects peuvent même être mis en observation.

Enfin, l'incinération forcée des corps, après les maladies infectieuses, complète un ensemble de mesures rigoureusement hygiéniques.

MÉDICAMENTS NOUVEAUX

La Listérine.

Par M. le docteur P.-L. Lectoure.

On se rappelle les vives discussions soulevées il y a quelques mois à la Société de chirurgie de Paris, sur la question de l'asepsie et de l'antisepsie. Entre les opinions extrêmes soutenues énergiquement par des maîtres éminents, il semble qu'il y ait, comme en toutes choses, un juste milieu à garder, excellemment défini autrefois par le regretté Dujardin-Beaumetz : « Le meilleur antiseptique est, sans contredit, celui qui est le moins nuisible à l'homme, à la dose nécessaire pour produire l'asepsie. »

C'est donc aux antiseptiques non toxiques et puissants tout à la fois, qu'est réservé l'avenir. Parmi ceux-ci, la Listérine, un nouvel antiseptique qui nous vient d'Amérique, semble devoir occuper la première place. A vrai dire, il ne s'agit pas là d'un médicament nouveau, car si la Listérine n'est pas encore très répandue en France, il n'en est pas de même en Amérique où, depuis longtemps, elle est connue et fort appréciée.

La Listérine est un composé d'essences ozonifères, d'antiseptiques végétaux et d'acide benzo-borique.

Elle se présente sous la forme d'un liquide clair, de couleur ambrée à la température de 15 degrés; à mesure que la température diminue, ce liquide devient opaque. Cette propriété caractéristique de la Listérine est due à la congélation partielle de ses constituants essentiels; elle reprend sa transparence à mesure que la température primitive lui est rendue. La Listérine présente une réaction légèrement acide, elle a une odeur forte, suave, aromatique, et une saveur piquante, qui toutes deux sont agréables. Sa densité est moindre que celle de l'eau avec laquelle elle se mélange en toute proportion, sans précipitation ni séparation des éléments constituants.

L'étude du pouvoir antiseptique de la Listérine a donné lieu à de nombreux travaux : Signalons, en particulier, ceux de M. Frank M. Deems (de New-York). Les conclusions de cet auteur nous montrent qu'une solution de Listérine à 50 p. 100 stérilise les cultures les plus virulentes; en dilution jusqu'à 10 p. 100, elle empêche la putréfaction et conserve les tissus animaux; en solution à 33 p. 100, elle arrête la fermentation alcoolique, etc.

Notons que, même à l'état de pureté, elle ne coagule pas l'albumine.

Grâce à ses propriétés, la Listérine laisse loin l'acide phénique qui est toxique, corrosif pour la peau des mains des opérateurs et qui cause souvent des accidents de gangrène redoutables. D'une puissance supérieure à celle du sublimé, la Listérine possède, en outre, l'avantage de ne pas être vénéneuse et de pouvoir s'employer impunément sur les muqueuses. Enfin, grâce à son odeur agréable, elle présente de grands avantages sur l'iodoforme, nauséabond, toxique, et qui expose si souvent à des eczémas artificiels tenaces.

La Listérine en solution au dixième est donc d'un emploi courant en chirurgie. Dans les plaies infectées, on utilise une partie de Listérine pour quatre parties d'eau; enfin, sur les plaies indolentes on peut, sans inconvénient, l'appliquer pure.

Mais la Listérine n'est pas seulement un antiseptique pour l'usage externe. On peut l'employer aussi avec avantage, soit en lotions, soit en injections ou en pulvérisations dans les cavités naturelles, dans les oreilles, le nez, la bouche, la gorge, le rectum, le vagin, l'urètre, la vessie.

Les muqueuses les plus délicates la supportent parfaitement; les travaux de Lefferts, Porter, Seiler, Ingals, etc., montrent qu'on peut l'employer également en laryngologie, sous la forme de pulvérisations, seule en solution, ou associée à d'autres médicaments.

A l'intérieur, on en obtient les meilleurs résultats, et les malades l'absorbent d'autant plus facilement, qu'on peut l'associer avec d'autres médicaments.

C'est ainsi que dans la phtisie pulmonaire, la formule suivante donne les meilleurs résultats.

Listérine	} ââ	90 grammes.
Eau pure	}	
Créosote de hêtre		XXIV gouttes.

Mêlez. Prendre une cuillerée à soupe toutes les trois heures.

La Listérine trouve donc son emploi dans les occasions les plus diverses, mais il est un point qui mérite encore d'être signalé : par sa composition même, la Listérine jouit, en effet, de propriétés analogues à celles des éthers ozonifères préconisés par sir Benjamin Ward Richardson pour désinfecter les chambres de malades. Là encore, elle sera employée efficacement.

Cette énumération, si incomplète qu'elle soit, des indications de la Listérine, laisse prévoir le rôle que cet antiseptique est appelé à jouer dans la pratique journalière.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Le traitement sénégalais de la fièvre jaune. — M. Sadoul, médecin de première classe de la marine, rappelle que dans les épidémies de fièvre jaune au Sénégal, en 1878 et en 1881, comme dans l'épidémie actuelle, on a toujours constaté une mortalité plus faible chez les malades traités par les médecins indigènes que chez ceux traités par les médecins européens.

La fièvre jaune n'ayant point de spécifique, la thérapeutique européenne consiste en évacuants, quinine, injections de sérum artificiel et bains froids.

« Seuls les évacuants doux, tels que le ricin, paraissent efficaces. Le sérum artificiel n'a pas trop sa raison d'être dans une maladie où le sang n'épaissit pas comme dans le choléra. La quinine est sans action et plutôt contraire. Les lotions et bains froids sont désastreux. On n'en conçoit pas l'utilité dans une affection où l'hyperthermie est loin d'être le grand danger.

Les rares malades qui n'ont pas succombé à cette médication déclarent qu'après chaque bain ils sentaient leur force diminuer.

Le traitement indigène consiste dans l'emploi des évacuants, des stimulants et des diurétiques. Au point de vue scientifique, il est donc parfaitement rationnel. Le voici en quelques mots :

Débuter par une forte purge d'huile de ricin; 80 à 100 grammes. Le lendemain et les jours suivants on donne 250 grammes d'huile d'olive coupée à parties égales de jus de citron, puis à doses fractionnées.

En même temps on pratique sur tout le corps, — en commençant par en haut, — des frictions faites avec un mélange des plantes ci-dessous, — vertes ou sèches, — triturées avec du jus de citron ou du vinaigre :

Lougouty [*Vernonia amygdalina*, Del]. (Composée.)
Begnefala [*Andropogon Schœnanthus?*]. Graminée.)
Basilic [*Ocymam album*]. (Labiée.)

Les deux premiers sont en langue volofe. La classification est celle du traité de botanique du R. P. Sebire. Pour le *lougoutj* et le *basilic*, on se sert de feuilles ; pour le *begnefala*, des sommités florales ou des racines. Ces frictions paraissent avoir une action très énergique. La peau doit absorber les principes des drogues, car les selles des malades en conservent l'odeur. Ce sont en somme des stimulants. Le *begnefala* est en outre fébrifuge et également employé à l'intérieur en tisane.

Diète sévère pendant la durée du traitement. Le malade prend en outre, à l'intérieur, des tisanes fébrifuges et stimulantes. En 1878, on donnait beaucoup la tisane faite avec parties égales de racines de baki [*Cocculus bakis*, Guill. et Perr.] (Ménispermée) et de racines de bantamaré [*Cassia fedegosa*] (Légumineuse). Actuellement on préfère la tisane de kinkeliba [*Combretum Raimbaultii*] (Combretée).

Les *Cassia fedegosa* et *kinkeliba* ont été étudiés par le professeur Heckel. Ce sont des fébrifuges cholalogues. Le second est en outre très diurétique. Il est regrettable que ces deux médicaments ne soient pas plus employés.

Enfin, dans les cas graves, quand le malade tombe dans le coma, on administre une infusion d'une forte poignée de feuilles de *kordio* [*Rhynchosia glomerata*] (Légumineuse). C'est un purgatif drastique extrêmement violent.

En somme, ce traitement est scientifiquement fort logique. Il est facile; les plantes nécessaires abondent dans le pays, et enfin il a fait ses preuves. » (*Archives de médecine navale*, n° 8, août 1900).

CHIRURGIE

Fistule appendiculaire. — M. J. B. Deaver insiste sur la fréquence des fistules après les opérations pratiquées dans l'appendicite aiguë. Il en existe plusieurs variétés. Le type commun consiste en un simple trajet partant d'un abcès non cicatrisé pour aboutir à la peau ; il correspond au passage du drain et reconnaît souvent pour cause la présence d'un corps étranger. La guérison se fait d'ordinaire spontanément. Dans certains cas, lorsque le trajet est en communication directe avec la lumière de l'appendice, on voit sourdre par la plaie un mucus clair; l'absence de matières fécales dans ce mucus indique que le processus inflammatoire a isolé l'une de l'autre les cavités cæcale et appendiculaire.

Les fistules stercorales sont dues à l'abouchement du trajet soit dans l'appendice, soit dans le côlon ou l'intestin grêle. Dans ce dernier cas, ce sont de véritables anus contre nature. Elles apparaissent d'habitude peu de jours après l'opération ; mais on peut aussi observer cette complication au bout de huit, dix jours, et même beaucoup plus tard.

La fistule interne constitue une variété beaucoup plus rare. Elle est consécutive à l'évacuation d'un abcès dans un viscère creux. Ce mode de terminaison des abcès appendiculaires est loin d'être toujours favorable, car on les a vus s'ouvrir dans la vessie ou dans l'uretère.

Le traitement varie suivant les cas : diète et propreté suffisent le plus souvent pour amener une guérison spontanée. D'autres fois, on aura recours au curettage et au tamponnement du trajet. Dans les fistules stercorales, on peut enlever l'appendice, détruire les adhérences, suturer l'intestin et, si besoin, le réséquer. (*Journal of the Americ. medic. assoc.*, 14 juillet 1900.)

A. H.

THÉRAPEUTIQUE

Les injections hypodermiques de composés iodés contre la syphilis. — Dans les rares cas où il est impossible de faire ingérer de l'iodure de potassium à des syphilitiques en raison de l'intolérance absolue de l'estomac à l'égard de ce médicament, on arrive généralement à résoudre la difficulté au moyen de petits lavements iodurés. Cependant, si la muqueuse du rectum est très irritable ou s'il existe de l'incontinence du sphincter anal, cet expédient ne peut être utilisé. En pareille occurence, Lang, privat-docent de dermatologie et de syphiligraphie à la Faculté de médecine de Vienne, administre l'iodure de potassium par la voie sous-cutanée en se servant de la solution ci-dessous formulée :

Iodure de potassium..........	5 grammes.
Chlorhydrate de codéine......	0g05 à 0g10.
Eau distillée.......	5 grammes.

On injecte chaque jour 1 à 3 centimètres cubes de ce liquide qu'on a soin de chauffer préalablement pour qu'il n'y subsiste plus de particules non dissoutes. La codéine rend ces injections peu douloureuses, sans entraver la rapidité de l'absorption du médicament.

Dans d'autres cas, notre confrère emploie dans le même but une préparation d'iodoforme qu'il formule ainsi :

Iodoforme....................	5 grammes.
Vaseline liquide..............	6g50 centigr.

On fait, chaque jour ou tous les deux jours seulement, une injection de un demi à un centimètre cube de ce mélange.

Enfin, M. Lang obtient la résorption rapide de certaines infiltrations syphilitiques, notamment des tuméfactions ganglionnaires, en pratiquant à leur voisinage des injections sous-cutanées d'une faible dose (1/10 de centimètre cube au maximum) d'iodoforme en suspension 10 p. 100 de la vaseline liquide. (*La Presse médicale belge*, n° 39, 30 septembre 1900.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat et de l'externat. — Le jury de l'internat est provisoirement composé de MM. Rieffel, Delbet, Villemin, Picqué, Bonnaire, Championnière, Raymond, De Gennes, Hudelo, Queyrat.

MM. De Gennes, Delbet et Picqué ont accepté.

Le jury de l'externat est provisoirement composé de MM. Chevallier, Marion, Riche, Tissier, Soupault, Bruhl, Gouget, Macaigne.

Marine. — M. le médecin principal Hervé est appelé à servir comme médecin-major de l'amiral Duperré, en remplacement de M. le docteur Arami.

— M. le médecin de deuxième classe Bavay, du cadre de Brest, est désigné pour embarquer en sous-ordre sur le *Formidable*, escadre du Nord, en remplacement de M. le docteur Gachet.

— M. le médecin de première classe Robert, du port de Rochefort, est autorisé à prendre part au concours qui doit s'ouvrir à Toulon, le 10 décembre courant, pour un emploi de professeur d'histologie et physiologie dans les écoles annexes de médecine navale.

Distinctions honorifiques. — Une médaille des épidémies en bronze est décernée à Mme Pierre (Marie-Anne), en religion sœur Eugénie, attachée à l'hôpital de Trouville (Calvados).

Nominations. — M. Macqret est nommé maire du XIVe arrondissement de Paris.

La lèpre à Madagascar. — On continue de lutter, autant que possible, contre la lèpre, qui fait des ravages chez les indigènes. Le *Journal officiel* vient de publier, notamment, un arrêté soumettant les habitants de la province de Betafo à une taxe annuelle de 65 centimes pour l'entretien des lépreux de la province.

Voici les principaux considérants de l'arrêté du gouverneur général, qui fait connaître le fonctionnement de ce service :

« Article premier. — Chaque habitant de la province de Betafo, inscrit au rôle de la taxe personnelle, sera soumis à une taxe spéciale de 65 centimes par an. Chaque taxe sera perçue en

une fois, au profit du budget local, par les soins des autorités indigènes, qui en délivreront reçu tiré d'un livre à souche. Elle sera centralisée entre les mains de l'administrateur de la province et destinée à faire face à la subvention annuelle à allouer à la Mission norvégienne, dans les conditions prévues à la convention passée pour l'entretien des lépreux de la province. » (*Débats.*)

Faculté de médecine de Paris. — ANNÉE SCOLAIRE 1900-1901. — I. *Immatriculation.* — Nul n'est admis aux travaux de la Faculté (cours, bibliothèque, travaux pratiques, laboratoires, cliniques, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 21 juillet 1897).

L'immatriculation a lieu soit d'office, soit sur demande :

L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle est immatriculé d'office ; il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Doivent se faire immatriculer : 1° les étudiants pourvus de toutes les inscriptions réglementaires ; 2° les étudiants dont la scolarité est interrompue ; 3° les docteurs français et étrangers ; 4° les étudiants français et étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté. — La seizième inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. — A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 30 francs.

Les immatriculations d'office auront lieu aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles. — Les immatriculations sur demande seront effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) les lundis, mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance ni par tiers.

II. *Inscriptions.* — Les inscriptions seront délivrées, pendant l'année scolaire 1900-1901, dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à trois heures :

Premier trimestre 1900-1901 : 1° inscriptions de première année (voir l'affiche) ; 2° inscriptions de deuxième, troisième et quatrième années, du 10 au 27 octobre (lundis et mardis exceptés).

Deuxième trimestre 1900-1901 : les inscriptions des quatre années seront délivrées du 9 au 26 janvier 1901 inclus (excepté les lundis et mardis).

Troisième trimestre 1899-1900 : 1° les inscriptions des quatre années seront délivrées du 27 mars au 27 avril inclus (excepté les lundis et mardis) ;

Quatrième trimestre 1900-1901 : 1° inscriptions de deuxième, troisième et quatrième années (officiat), le 20 juin ; 2° inscriptions de première, deuxième, troisième et quatrième années (doctorat), du 1er au 15 juillet inclus.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris l'inscription trimestrielle, aux dates ci-dessus indiquées.

Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les étudiants sont priés de déposer, deux jours à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants internes et externes des hôpitaux devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'internes et d'externes pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

III. *Cartes.* — Cartes d'immatriculation. — Une carte est délivrée gratuitement à tout étudiant immatriculé. Elle ne vaut que pour l'année scolaire et doit être renouvelée chaque année contre la remise de la carte précédente. En cas de perte, il ne peut en être délivré un duplicata. Les cartes sont rigoureusement personnelles et ne doivent pas être prêtées.

Pour l'année scolaire 1900-1901, les cartes d'immatriculation seront délivrées, contre la remise de la carte précédente, au secrétariat de la Faculté, au moment de l'immatriculation, qu'il s'agisse d'une immatriculation d'office, ou d'une immatriculation sur demande.

MM. les étudiants qui désireraient la carte avec photographie, feront coller la photographie au verso de cette carte, qu'ils présenteront ensuite au guichet n° 4, les lundis et mardis, de midi à trois heures, pour apposition du cachet de la Faculté.

MM. les étudiants admis dans les laboratoires de recherches recevront une carte d'entrée dans ces laboratoires. Elle sera délivrée au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), les lundis, mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures, sur la présentation de la quittance du versement des droits réglementaires.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Foucart (de Paris) et Lartail (de Marseille).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 114 — SAMEDI 6 OCTOBRE 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 6 OCTOBRE 1900. — N° 114.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Revue générale. Les lipomes de la parotide, par M. R. Baudet, ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris. — Séance de la Société de chirurgie. — Médecine pratique. L'hépatite aiguë dysentérique; son traitement par la saignée du foie; — Le bromoforme dans le traitement de la coqueluche. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Les lipomes de la parotide.

Par M. R. Baudet,
Ex-interne lauréat des hôpitaux.

Les traités classiques n'accordent qu'une courte mention aux lipomes de la parotide. Ces tumeurs en effet sont rares et toute leur histoire se réduit aux 4 observations de Richet, Hamilton, Demarquay et Walzberg.

Nous avons pu en recueillir 7 nouvelles, dont 5 éparses dans la littérature médicale, et 2 inédites que nous devons à l'obligeance de notre maître, M. Quénu.

Ces 11 observations nous permettent d'esquisser en quelques traits l'étude des lipomes parotidiens.

I

Anatomie pathologique. — C'est à Richet (1861) que nous devons la première observation. Il s'agissait d'une tumeur située au sein même de la glande et qui s'était diffusée dans tout l'organe. Hamilton (1863) publia un cas de lipome parotidien sous-aponévrotique, placé entre la face externe de la glande et l'aponévrose. Dans le cas de Walzberg (1881) et dans un des notres le siège de la tumeur était le même. Enfin Demarquay (1873) publia un cas de lipome sous-parotidien, développé entre la face profonde de la glande et le pharynx; ce cas reste unique.

On voit par cette simple énumération que le siège de ces tumeurs est variable; aussi a-t-on essayé de les classer.

M. Duplay en décrit quatre variétés : le lipome sous-cutané; le lipome de la boule graisseuse de Bichat; le lipome sous-parotidien; le lipome intra-parotidien.

Les lipomes sous-cutanés et de la boule graisseuse de Bichat ne nous arrêteront pas. Ils n'ont avec la région parotidienne que des rapports de contiguité. Ce sont des tumeurs de la joue, de la face, ou du cou; ce ne sont pas des tumeurs parotidiennes.

Les lipomes de la loge glandulaire sont les seuls à notre avis qui doivent être décrits. Car seuls par leur siège sous-aponévrotique, par leurs rapports avec les organes vasculo-nerveux qui traversent la glande et avec la glande elle-même, ils sont vraiment parotidiens.

Lipomes parotidiens. — Quoiqu'ils se trouvent placés sous l'aponévrose superficielle, il peuvent occuper trois sièges bien différents : ou bien ils siègent dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique, c'est-à-dire entre la glande et l'aponévrose; ils sont alors sous-aponévrotiques : ou bien ils occupent le sein même de la glande; ils sont alors intra-glandulaires; ou bien ils siègent au-dessous de l'aponévrose profonde, entre le prolongement pharyngien de la parotide et le pharynx; ce sont les lipomes sous-aponévrotiques profonds.

L'aponévrose cervicale superficielle ne forme en effet qu'une enveloppe incomplète à la parotide; elle présente deux interruptions. L'une à la partie supérieure au niveau du conduit auditif; l'autre en dedans au niveau du pharynx. Il existe en ce point du tissu conjonctif assez abondant qui sépare la glande du pharynx, et au sein duquel se développent les lipomes profonds.

De sorte que trois variétés de tumeurs graisseuses prennent naissance et évoluent dans la loge parotidienne :

1° Le lipome sous-aponévrotique superficiel;
2° Le lipome sous-aponévrotique profond;
3° Le lipome intra-glandulaire;

C'est cette dernière classification que nous conserverons.

A. *Lipomes sous-aponévrotiques superficiels.* — Nous avons pu rassembler quatre observations qui attestent l'existence de cette variété de tumeurs. Ce sont les observations de Hamilton, Sacchi, Walzberg et la nôtre (1). Dans ces quatre cas, les auteurs ont nettement reconnu, au cours de l'intervention, que la masse graisseuse était située entre l'aponévrose superficielle et la face externe de la glande. La parotide repoussée vers le pharynx s'écrase devant la tumeur qui l'aplatit et qui creuse une dépression à sa surface.

La tumeur est encapsulée; son énucléation est facile. Cependant elle présente quelques tractus conjonctifs qui l'unissent soit à la glande, soit au périoste des os voisins, maxillaire supérieur et zygoma. Dans le cas de Walzberg, ces adhérences étaient dures et vasculaires. Il fallut les sectionner au bistouri et les lier.

La masse graisseuse se confond quelquefois par sa coloration avec le tissu glandulaire; et dans le cas d'Hamilton, on enleva par mégarde toute la partie postérieure de la parotide que l'on avait confondue avec la tumeur.

(1) Deuxième observation recueillie par M. Toumire, dans le service de M. Quénu.

B. *Lipomes sous-parotidiens profonds.* — Ces tumeurs, avons-nous dit, naissent dans le tissu cellulaire qui se trouve entre le pharynx et le prolongement pharyngien de la parotide, au-devant des muscles styliens (1) et du paquet vasculo-nerveux.

Ces lipomes une fois constitués s'adossent à la paroi pharyngienne, mais sans la refouler, sans faire saillie dans l'intérieur de sa cavité. Ils recouvrent en avant les vaisseaux carotidiens sur lesquels il s'étalent par leur partie postérieure. En dehors, ils repoussent la parotide et la projettent à l'extérieur, de telle sorte que la tuméfaction que l'on palpe n'est pas formée par le néoplasme mais par la glande refoulée.

C. *Lipomes intra-glandulaires.* — Leur caractère essentiel, c'est de se développer dans l'intérieur même de la glande, de telle façon que, pour arriver sur eux, il faut sectionner d'abord l'aponévrose cervicale et en second lieu une couche plus ou moins épaisse de tissu parotidien.

Mais leur rapport intime avec le tissu parotidien peut être assez variable. Les uns en effet sont nettement encapsulés : ils ne présentent que des adhérences insignifiantes avec les lobules glandulaires, de sorte qu'après avoir incisé la face externe de la parotide, ils s'énucléent spontanément. La tumeur sort d'elle-même à travers les lèvres de la plaie et, pour l'en dégager, il suffit de rompre quelques tractus celluleux avec la pointe mousse des ciseaux.

C'est ce qui est arrivé dans notre premier cas.

D'autres au contraire ne présentent pas la moindre trace de capsule. La tumeur se diffuse dans le tissu parotidien. Les tractus celluleux qui séparent les lobes graisseux se continuent sans interruption avec les cloisons connectives des lobes glandulaires, de sorte qu'il y a une véritable continuité de tissu et que l'on ne peut dire en quel point commence la glande, en quel point finit la tumeur. Et pour enlever ces lipomes, il ne faut plus songer à procéder par énucléation, ni même à disséquer leur surface externe. Il n'y a pas de surface externe. Il faut couper en plein tissu parotidien ; c'est ce qui s'est présenté dans le cas de Richet.

II

Caractères généraux. — Volume. — Le volume de ces tumeurs est variable : un demi-œuf de poule (Demarquay), un citron (Hamilton). Dans les cas exceptionnels de Sacchi, l'adéno-lipome était gros comme une tête d'enfant.

Dans un de nos cas, la tumeur se présentait comme une bande graisseuse allongée et festonnée, ayant 12 centimètres de long ; comme une bande enroulée sur elle-même, et qui s'était déployée quand on l'eut énucléée de la loge parotidienne.

Dans le deuxième cas, il s'agissait de deux boules graisseuses grosses comme un petit œuf reliées entre elles par une étroite bande de tissu graisseux. Le poids du premier lipome était de 25 grammes, celui du second 15 grammes.

Capsule. — La capsule est formée tantôt au dépens de l'aponévrose et du tissu conjonctif sous-aponévrotique, tantôt au dépens du tissu conjonctif interstitiel, quand la tumeur est intra-glandulaire. Des adhérences peuvent rattacher cette capsule au périoste du maxillaire et du zygoma ou à la glande.

Les vaisseaux et nerfs contenus dans la loge ne sont que très faiblement comprimés même quand la tumeur est volumineuse ; ils ne présentent pas d'adhérences avec elle, et la plupart du temps, on ne les voit pas au cours de l'intervention.

Le lipome n'a que peu d'adhérences avec la glande, et sauf le cas de Walzberg, ces adhérences insignifiantes n'apportent pas d'obstacle à l'énucléation. La plupart du temps, ces lipomes n'offrent rien de spécial dans leur structure et, dans nos deux cas (1), l'examen histologique resta stérile.

Mais dans le cas de Sacchi, il existait certains détails histologiques qui rendaient le pronostic un peu plus grave.

Si l'on se rapporte à l'observation, on peut voir qu'il y avait, au milieu du tissu graisseux des acini glandulaires et des tubes diversement groupés ; que quelques-uns de ces tubes, sur la préparation même, se divisaient dichotomiquement et se terminaient par des acini.

A dire vrai, ce ne sont plus des lipomes purs. Ce sont des adéno-lipomes, des adénomes dont le stroma conjonctif, au lieu d'être embryonnaire ou fibreux, est graisseux. Ce ne sont pas, croyons-nous, des lipomes subissant une dégénération maligne ; ce sont des adénomes dont la néoformation acineuse est restée quelque temps peu active dont la malignité ne s'est révélée que tardivement. Le pronostic de cette variété exceptionnelle doit être réservé, et dans le cas de Sacchi, on vit le néoplasme acquérir en six mois le volume d'une tête d'enfant. Aussi histologiquement et cliniquement faut-il séparer ces tumeurs des lipomes de la parotide.

Le tissu glandulaire réagit quelquefois au contact du lipome, et dans notre première observation nous avons trouvé deux ordres de lésions. La glande était indurée et comme lardacée : en outre, un fragment de tissu sain examiné au microscope présentait une infiltration graisseuse très avancée de sa trame conjonctive.

Cette dernière lésion est intéressante. On sait que, normalement, on trouve des petits dépôts graisseux dans le tissu connectif interstitiel de la parotide. Il y en avait dans notre cas une production exagérée, et cela, dans un point de la parotide éloigné de la tumeur.

Cette diffusion graisseuse dans les interstices conjonctifs interacineux nous explique comment la tumeur peut perdre son caractère de tumeur encapsulée. Il suffit que la surcharge graisseuse interstitielle devienne plus abondante pour que la masse principale se trouve reliée à tous les points de la glande par des travées graisseuses. Il en était ainsi dans le cas de Richet.

Dans quelques cas, les tumeurs graisseuses parotidiennes coexistent avec des lipomes situés dans d'autres régions (Broca, Hallopeau, Jeanselme). Mais, il faut bien le dire, il ne s'agit que d'une simple constatation clinique ; la constatation anatomique n'a pas été faite. Aussi nous contentons-nous de signaler la possibilité de lipomatoses parotidiennes coïncidant avec des lipomes multiples des différentes parties du corps, sans affirmer que ces lipomatoses aient existé. Elles sont probables, en effet. Mais de ce que les parotides sont grosses, il ne faut pas conclure qu'elles contiennent une tumeur graisseuse. Ce qui nous rend si réservé, c'est que nous avons nous-même commis une erreur. Il s'agissait d'un malade qui avait deux lipomes cruraux pré-herniaires et une tuméfaction volumineuse de la parotide gauche.

(1) Nous n'avons que la seule observation de Demarquay.

(1) Dans nos deux cas, l'examen histologique, fait par M. Landel montra qu'il s'agissait de lipomes typiques.

Après avoir fait les deux cures radicales, nous avons incisé la joue, pensant trouver une tumeur graisseuse. Cette tumeur n'existait ni dans la glande, ni à sa face profonde. Il ne faut donc pas trop se baser sur l'existence de lipomes multiples pour affirmer l'existence de lipomes parotidiens, quand la parotide présente un volume anormal.

III

Symptômes. — Age. Sexe. — Ce sont des tumeurs qui surviennent en général à l'âge moyen de la vie, entre trente et cinquante ans. Cependant, notre deuxième malade n'avait que onze ans et celui de Sacchi n'était âgé que de six mois. Il est vrai que, dans ce dernier cas, il s'agissait plutôt d'un adénome que d'un lipome.

Quant au sexe, il paraît avoir une plus grande importance clinique, puisque tous les malades, sauf celui de Walzberg, étaient des hommes.

Siège. — Dans tous les cas, sans aucune exception, les lipomes siégeaient dans la région parotidienne gauche. N'y a-t-il là qu'une simple coïncidence? C'est ce que des observations plus nombreuses apprendront. En tout cas, cette notion de siège nous paraît avoir, même actuellement, une certaine valeur symptomatique.

Symptômes fonctionnels. — Les symptômes fonctionnels sont nuls. On ne trouve signalé dans aucune observation de douleurs localisées ou irradiées, de gêne de la mastication, de trouble dans la salivation.

Seul, le malade de Richet présentait quelques élancements dans la zone du nerf auriculo-temporal, en même temps qu'un léger degré de paralysie faciale.

Mais en relisant l'observation, on se convainc que les troubles nerveux ne sauraient être mis sur le compte exclusif de la tumeur graisseuse; qu'on doit les attribuer plutôt au traitement antérieur, aux applications répétées de pâtes caustiques qui avaient laissé des cicatrices profondes. Il est probable que quelques filets sensitifs et moteurs avaient été englobés dans le tissu inodulaire.

Symptômes physiques. — Le premier symptôme qui attire l'attention, c'est l'apparition d'un gonflement parotidien qui déforme la face.

Dans les cas légers (1), la tumeur ne dépasse pas le volume d'un petit œuf. Sa forme est régulièrement arrondie et non pas acuminée, comme dans les cas d'adénomes. Ce n'est pas une tumeur limitée qui tend à s'énucléer hors de la glande. C'est plutôt une tuméfaction, un soulèvement d'ensemble de toute la loge. Il semble qu'on vient de l'injecter à la gélatine. On retrouve très exactement cette disposition sur les cadavres qui ont été un peu trop pénétrés par les liquides conservateurs. Il existe alors un peu d'œdème dur, qui se traduit par la production de bourrelets saillants situés de chaque côté de la face.

Ce gonflement est si peu marqué, dans certains cas, que la différence entre les côtés sain et malade s'accuse mal à la simple inspection. Mais par la palpation, on sent très bien l'existence de la tumeur, on apprécie très nettement ses divers caractères.

Dans les cas plus marqués, le lipome atteint les dimensions d'une orange (Hamilton); la déformation de la région est alors très accentuée. La tumeur se projette hors de la parotide; elle a une forme arrondie, avec une base généralement assez large. Le gonflement s'étend en avant sur la face, en suivant le prolongement génien de la parotide; il repousse en haut et en avant le pavillon de l'oreille qui s'étale transversalement, et efface le sillon rétro-auriculaire. Ces déformations sont constantes.

Lorsque la tumeur volumineuse déborde vers la joue, les commissures labiales et palpébrales s'étirent légèrement, sans qu'il y ait de paralysie faciale. La difformité est alors très accusée; c'est elle alors qui décide le malade à réclamer une intervention (Hamilton et Richet).

La consistance de ces tumeurs est variable; et cette variabilité même rend le diagnostic quelquefois difficile.

Dans les cas les plus fréquents, la tumeur est molle et légèrement élastique. D'autres fois, elle est rénitente et fluctuante; elle simule un kyste (Hamilton). Enfin sa consistance peut être ferme, dure même, à tel point que l'on pense à un enchondrome (Richet).

La mobilité est un caractère constant; et cela malgré les quelques adhérences que la tumeur présente avec le périoste des os voisins, ou avec les organes du plan profond.

On peut donc la mouvoir dans le sens vertical et transversal.

La peau est également mobile au-devant de la tumeur; quand on la tend avec les doigts on ne fait jamais saillir les lobulations graisseuses sous-jacentes. Ce caractère si important pour le diagnostic des lipomes, manque ici comme il manque du reste dans certains lipomes de la face et du cou.

IV

Marche. Pronostic. — Ces tumeurs ont une marche lente et régulière. Aucun accident ne complique leur évolution essentiellement bénigne. Elles peuvent durer deux ans, cinq ans, vingt ans même (Hamilton) sans apporter aucun trouble fonctionnel.

Malgré cela, leur pronostic, favorable sans aucun doute, comporte deux réserves.

Une première réserve d'abord pour les tumeurs intra-glandulaires diffuses, qui, bénignes par leur structure, ne peuvent s'enlever qu'en sacrifiant une grande quantité de parotide.

Une deuxième réserve pour les tumeurs lipomateuses mixtes (Sacchi), qui évoluent comme des adénomes.

V

Diagnostic. — Le diagnostic de lipome parotidien est difficile; les meilleurs cliniciens ont commis des erreurs. Les uns ont cru à l'existence d'un kyste, les autres à celle d'un enchondrome, trompés qu'ils étaient par la consistance élastique ou bien par la dureté du lipome.

La situation profonde de la tumeur devient une seconde cause d'erreur. Ainsi Demarquay pensait qu'il s'agissait d'un lipome superficiel, alors qu'en réalité la tumeur, recouverte par la glande tout entière, échappait à toute son exploration.

Dans notre première observation, nous avions également cru qu'il s'agissait d'un lipome sous-aponévrotique, alors que le néoplasme était intra-glandulaire.

C'était en effet la glande que l'on palpait et, à ce propos, notre maître M. Quénu nous fit remarquer qu'il ne s'agissait ni d'un kyste, ni d'un adénome; que tout ce que l'on était en droit d'affirmer c'est qu'il s'agissait d'une glande parotide augmentée de volume; mais qu'il était impossible

(1) Voir notre première observation.

de dire à quoi cette tuméfaction parotidienne était due (1).

Ces causes d'erreur étant connues d'avance, il faudra se rappeler que les lipomes sont des tumeurs peu volumineuses, dont la marche est lente, et la durée très longue; qu'elles surviennent chez des malades dont la santé générale est excellente; qu'elles n'entraînent enfin aucune douleur, ni aucun trouble fonctionnel de la parotide ou des organes qui la traversent.

Ces caractères de bénignité circonscrivent le diagnostic entre un petit nombre d'affections : l'adénite chronique, les kystes, certaines tumeurs mixtes.

L'adénite chronique mono-ganglionnaire est mieux limitée que le lipome.

Les kystes, quelle que soit leur nature, sont fluctuants dans toute leur étendue. Si la fluctuation est douteuse, on est autorisé à faire une ponction.

Les enchondromes, bien que présentant des points mous ou résistants, en ont d'autres qui sont fermes ou très durs. Cette variété de consistance ne se trouve pas dans le lipome.

Les sarcomes mixtes ont eux aussi une consistance irrégulière. Ils sont en général plus fermes; leur marche est plus rapide, quoiqu'ils puissent rester petits très longtemps.

Il sera donc facile en général de dire ce que la tumeur n'est pas. Sera-t-il plus facile de dire ce qu'elle est exactement?

S'il s'agit d'un homme, présentant une tuméfaction en masse de la glande plutôt qu'une véritable tumeur, tuméfaction uniformément molle, mais non fluctuante, mobile sous la peau et les plans profonds, siégeant, caractère important, dans la région parotidienne gauche, il faudra penser à un lipome, et à un lipome de la loge parotidienne, si la tumeur en reproduit la forme, sans empiéter sur les régions voisines.

On la distinguera aisément des lipomes du tissu cellulaire sous-cutané. Ces lipomes superficiels (Cruveilhier, A. Broca) dépassent le territoire parotidien; ils s'avancent sur la joue, la nuque, la région sous-maxillaire. Ils coïncident fréquemment avec des lipomes d'autres régions, lipomes symétriques ou non.

Les lipomes de la boule graisseuse de Bichat peuvent, à un moment donné de leur évolution, contourner le bord antérieur du masséter et, s'étalant sur sa face externe, se porter vers la parotide, dont ils se coiffent en la repoussant. Mais c'est là l'évolution la plus rare de ces tumeurs, rares elles-mêmes. Plus souvent, elles glissent sur la face profonde du muscle et gagnent la région temporale ou font saillie vers la cavité buccale.

Les lipomes de la région temporale (2) peuvent se porter vers la loge parotienne. Dans le cas unique de nos maîtres Lannelongue et Achard, la tumeur avait son point d'implantation sur le sphénoïde; en grossissant, elle s'était insinuée sous le masséter et était venue, probablement par l'échancrure coronoïde, se mettre en contact avec la parotide à sa partie antérieure et interne.

Ces variétés de lipomes parotidiens n'empiètent donc sur la région de la glande que tardivement. Elles ont d'abord débuté dans un point différent que le malade peut indiquer et où elles ont du reste leur maximum de volume.

Il sera donc possible de dire presque toujours que la tumeur est intra-parotidienne, sans pouvoir cependant affirmer si cette tumeur siège dans la glande ou sur sa face externe.

Quant aux tumeurs de la face profonde, tumeurs voisines du pharynx, l'exploration buccale pourrait seule les localiser exactement. Mais cette localisation reste malheureusement négative; on ne sent pas, avec le doigt introduit dans la bouche, la saillie formée par la tumeur; aussi son diagnostic se confond-il avec celui des lipomes intra-parotidiens.

VI

Traitement. — L'ablation au bistouri est le seul traitement qui convienne à ces tumeurs. Lorsqu'elles sont peu volumineuses on peut encore s'abstenir. Mais comme elles constituent une affection disgracieuse dont le malade demande à être débarrassé, et que leur diagnostic souvent incertain peut laisser quelque doute sur leur bénignité, mieux vaut opérer.

L'extirpation complète sera la méthode de choix; elle sera presque toujours très facile et ses règles opératoires ne différeront pas sensiblement de celles qui conviennent à l'ablation des tumeurs bénignes habituelles de la parotide.

Cependant, les procédés d'incision et d'énucléation devront quelque peu varier avec le siège même du lipome.

A. Lipomes sous-aponévrotiques superficiels. — On fera une incison verticale de la peau, suivant le grand axe de la tumeur. Si l'on peut se contenter d'une ouverture peu étendue, mieux vaut inciser verticalement vers la partie inférieure et postérieure de la loge. On évitera plus sûrement les branches de terminaison du nerf facial.

Après avoir incisé l'aponévrose, on tâchera d'énucléer le lipome. Cette manœuvre se fera facilement; mais l'on sera obligé de sectionner quelques adhérences périostiques ou glandulaires. Ces brides peuvent être dures et vasculaires; on sera obligé alors de les lier (Walzberg).

B. Lipomes intra-glandulaires. — Nous avons vu que ces tumeurs sont encapsulées ou diffuses.

Tumeurs encapsulées. — Après avoir sectionné la peau et l'aponévrose, il faudra inciser une plus ou moins grande épaisseur de glande parotide. Cette incision portera vers la partie inférieure et postérieure de la glande, sur une hauteur de 1 centimètre et demi à 2 centimètres; on évitera ainsi de couper le tronc du facial ou l'une de ses branches terminales. C'est ainsi qu'a procédé M. Quénu.

On est averti que le bistouri est allé assez profondément dans la glande en voyant la tumeur surgir et s'énucléer d'elle-même à travers les lèvres de la plaie.

On achèvera de la dégager avec la pointe des ciseaux courbes et l'on sectionnera les adhérences, s'il y en a.

Lipome intra-glandulaire diffus. — L'ablation des tumeurs diffuses est une opération grave, qui échappe à toute description. Il ne faut pas songer à l'énucléation; il faut tailler en pleine glande, en plein tissu d'apparence saine. Jusqu'où peut-on aller? C'est ce que l'on apprend seulement au moment où l'on opère. Nous avons vu que Richet fut obligé de sacrifier la carotide externe et une partie du facial.

C. Lipomes sous-aponévrotiques profonds. — Pour arriver dans l'espace maxillo-pharyngien, on a suivi deux méthodes.

La première consiste à décoller le bord postérieur de la parotide et, attirant cette glande en avant, à pénétrer au-dessous de sa face profonde. Demarquay a tenté ce procédé; il n'a pu le mener à bonne fin.

(1) Dans notre deuxième observation, où la tumeur était sous-aponévrotique, le diagnostic de lipome fut fait par M. Quénu. C'est, sur les 10 cas, la seule fois où le diagnostic exact ait été porté.

(2) Lannelongue et Achard. *Maladies congénitales.*

Il a dû passer à travers la glande, de la face externe à la face profonde, et, par cette ouverture, aller chercher le lipome et l'énucléer. Cette deuxième manœuvre a réussi. Nous recommandons, avec M. Quénu, d'inciser la glande en bas et en arrière.

Nous voyons donc que, à part le cas unique de lipome intra-glandulaire diffus, l'ablation des tumeurs graisseuses parotidiennes est une opération réglée. Il faut inciser la peau, l'aponévrose et la glande, verticalement et à la partie postéro-inférieure de la région; il faut énucléer la tumeur, après section et ligature des adhérences vasculo-conjonctives.

On évitera ainsi quelques-uns des accidents qui sont survenus au cours de ces opérations.

Complications opératoires. — Ces complications sont au nombre de deux : blessure de la carotide externe; blessure du facial ou de ses branches.

Blessure de la carotide externe. — Cet accident n'est survenu qu'une seule fois, dans un cas de lipome diffus. Nous avons parlé plus haut des conditions défavorables de l'opération, de l'impossibilité de délimiter les tissus sains et les tissus malades. Cette blessure sera inévitable la plupart du temps. On pincera l'artère et on la liera. C'est ce que fit Richet avec plein succès.

Blessure du nerf facial et de ses branches. — Nous avons en vue la blessure des branches terminales du nerf facial.

La blessure de la branche temporo-faciale a été faite deux fois, par Demarquay et par Richet. On ne s'en aperçut que quelques jours après l'intervention. Il s'ensuivit une paralysie incomplète de la face, paralysie qui s'atténua par la suite. Il est donc probable que la section avait porté, non pas sur le tronc même temporo-facial, mais sur quelques branches qui en émanent.

Cet accident entraîne une difformité plus ou moins persistante, mais en tout cas plus accusée que celle de la branche cervico-faciale. J'ignore si la blessure de cette dernière a été souvent signalée, et si l'on connaît bien les paralysies isolées de la branche inférieure du facial.

Nous avons pu l'observer un certain nombre de fois après l'extirpation de ganglions tuberculeux du cou : nous l'avons vue également chez notre premier malade.

La déformation est presque nulle lorsque la malade est au repos; il existe une éversion de la muqueuse labiale moins marquée que du côté sain, et un retrait plus accusé de la lèvre inférieure du côté malade.

Quand le malade ouvre la bouche, l'ouverture est moins large que du côté paralysé dont le bord libre reste linéaire, tandis que de l'autre côté il forme une légère encoche. Enfin, quand on fait fermer la bouche avec force, le pli mento-labial s'accuse à peine du côté malade; de même les plis verticaux du menton sont invisibles, etc.

Nous ne tenons pas à insister sur tous les signes de cette paralysie, qui sera décrite ultérieurement. Nous voulions la signaler, car elle ne l'a pas été encore à l'état isolé.

VII

Observations. — Observation I (personnelle). — *Lipome de la parotide. Extirpation.* (Service de M. Quénu, observation par R. Baudet, ex-interne du service, mai 1897.) — L..., âgé de quarante et un ans, boucher, entre le 26 mai 1897 salle Boyer, nº 1, hôpital Cochin.

Antécédents héréditaires : pas d'observation nette d'obésité dans la famille. Père mort à soixante-trois ans (?), mère bien portante.

Antécédents personnels nuls; n'a jamais été malade; pas d'affection vénérienne.

Début. — L'affection qui l'amène à l'hôpital a débuté il y a deux ans; à l'état normal, ses deux régions parotidiennes étaient saillantes; mais à cette époque, il vit survenir une petite grosseur, accusée surtout au-devant du lobule de l'oreille gauche.

La tumeur grossit d'une façon insensible, sans déterminer ni douleur ni gêne d'aucune sorte.

Actuellement on ne peut pas dire qu'il y ait véritablement tumeur; il existe un soulèvement d'ensemble de la région, qui a triplé de volume. La loge parotidienne paraît injectée en totalité par une masse plastique qui en reproduit les contours. C'est là un point sur lequel insiste notre maître M. Quénu.

La peau a conservé sa coloration normale. Le lobule de l'oreille est projeté en avant; le soulèvement maximum de la région correspond à la partie postérieure de la branche montante.

La peau est mobile sur la tumeur; lorsqu'on la tend elle ne laisse pas voir de lobulation au-desous d'elle. La tumeur est peu mobile sur les plans profonds. Il faut dire qu'il est assez difficile de s'en rendre compte, car elle s'enfonce profondément dans la région parotidienne. L'ensemble de la tumeur est également mollasse, mais non fluctuant.

Les douleurs sont nulles : il n'y a aucun trouble de la salivation, du goût, ni de la mastication. Pas de paralysie faciale.

L'état général est excellent. Le malade est un homme gras; il n'a du reste commencé à engraisser que depuis sept à huit ans. Actuellement son tissu adipeux est très développé au niveau de l'abdomen. Il mesure en ce point 111 centimètres.

Opération faite par M. Quénu le 2 juin 1897. Incision verticale un peu en arrière du grand axe de la tumeur, c'est-à-dire au niveau du bord postérieur de la branche montante et très près de l'angle de la mâchoire. L'incision est faite en ce point à dessein. On met à nu la parotide après avoir coupé l'aponévrose superficielle. La glande est indurée et vasculaire, comme si elle présentait de l'inflammation chronique. On en coupe un fragment pour l'examiner au microscope. On incise la glande dans sa partie postérieure et inférieure. Après avoir traversé quelques millimètres de tissu glandulaire et cela sur une hauteur de 1 centimètre et demi, le lipome fait hernie entre les lèvres de la plaie. On achève de l'énucléer avec la pointe des ciseaux courbes passée au-dessous de lui. La loge, que la tumeur occupait, creusée en pleine glande, admet l'introduction du doigt, qui est conduit à la face interne de la branche montante, jusqu'au pharynx. Suture en un seul plan de la plaie cutanée et aponévrotique.

Guérison par première intention. Le malade sort le 8 juin sur sa demande, après que l'on a enlevé les fils.

La tumeur enlevée n'as pas une forme arrondie : elle est allongée et mesure 8 centimètres de longueur sur 4 de largeur. Elle est déchiquetée et présente de gros grains graisseux bien séparés les uns des autres et rattachés entre eux par un pédicule assez étroit.

Le malade revient le 18 juin, complètement guéri, mais la parotide gauche reste volumineuse; elle est indurée à la palpation, mais non douloureuse. La parotide droite est également très saillante.

Le malade présente un certain degré de paralysie de la branche cervico-faciale.

Obs. II (personnelle). — *Lipome parotidien gauche, ablation par M. Quénu.* (Dispensaire de Levallois-Perret, par M. Baudet, d'après les notes remises par M. Toumire.) — Bernard Schw..., âgé de onze ans, se présente le 1er juin 1898, à la consultation du dispensaire, pour une tumeur de la région parotidienne gauche. Le début de l'affection remonte à six ans.

La région est uniformément soulevée, et fait une sailllie très apparente. La peau n'a pas changé de coloration. La masse totale se confond avec la glande; sa consistance est molle et presque fluctuante. L'enfant ne paraît éprouver aucune gêne en mangeant ni ressentir aucune douleur. Pas de paralysie faciale.

Opération le 15 juin 1898 par M. Quénu. Incision de la peau étendue du condyle à l'angle de la mâchoire. Après avoir fendu l'aponévrose on tombe immédiatement sur la tumeur, sans être obligé de sectionner la glande elle-même.

La tumeur envoie à la partie inférieure un prolongement profond vers le ptérygoïdien interne qu'elle pousse vers le pharynx; aussi l'ablation de la tumeur doit-elle être conduite avec une certaine prudence.

La parotide est refoulée en avant, en dedans et en haut. Elle est aplatie, recouverte de feuillets celluleux qui la séparaient de la tumeur et qui ont rendu aisée l'énucléation.

Suites opératoires excellentes. Guérison.

Obs. III. — *Tumeur parotidienne. Infiltration graisseuse des culs-de-sac glandulaires de la parotide. Extirpation.* — (Richet. *Gaz. des hôpit.*, Paris 1861, t. XXXIV, p. 406.) — Le nommé François F..., âgé de quarante-deux ans, d'une constitution en apparence assez robuste, fait remonter à cinq ans et demi le début de son affection. Il a remarqué que, immédiatement au-dessous du lobule de l'oreille gauche, la peau se soulevait en masse et sans présenter de bosselures; peu à peu, et très nettement, le lobule lui-même se souleva et fut rejeté en dehors. Jusqu'il y a dix-huit mois, il n'avait ressenti aucune douleur, et même encore actuellement, c'est à peine si, malgré le volume considérable qu'a acquis la tumeur, il y éprouve de la gêne et de très rares élancements. Cependant cette difformité lui est tellement odieuse, qu'il a voulu depuis longtemps déjà s'en faire débarrasser. Un homme qu'il rencontra dans la rue lui ayant demandé s'il voulait être guéri, il s'empressa de se mettre entre ses mains. Traité pendant deux mois par ce charlatan, qui le cautérisait avec un liquide caustique, dont on voit aujourd'hui les traces profondes jusque sur le cou, il finit par comprendre dit-il, qu'il était exploité et c'est alors qu'il vint consulter à l'hôpital Saint-Louis.

La région parotidienne gauche est occupée par une tumeur du volume d'une de ces oranges dites mandarines; le lobule de l'oreille est fortement soulevé et rejeté en haut et en dehors; la branche du maxillaire est propulsée légèrement en avant et, par suite, le menton ne répond pas tout à fait à la ligne médiane, mais c'est peu sensible. Le soulèvement de la région parotidienne ne se présente point sous l'apparence d'une tumeur arrondie, mais bien d'un cône dont la base occupe toute l'étendue de la parotide en largeur et en hauteur, et dont le sommet assez aigu déborde le lobule de l'oreille. La peau qui la recouvre est le siège de cicatrices nombreuses et irrégulières, quelques-unes assez profondes et paraissant avoir intéressé toute l'épaisseur du derme, déterminées par les applications réitérées de ce liquide caustique dont il a été parlé précédemment. Cette circonstance ne laissera pas que de compliquer l'opération.

Les traits du visage ne paraissent pas au premier abord, avoir subi de changements très manifestes; mais en y regardant avec plus d'attention, on ne tarde pas à voir que toutes les branches du nerf facial subissent une légère compression; car quand le malade rit ou fait un grand mouvement des muscles faciaux, il y a une déviation assez sensible à droite. Il règne aussi comme une sorte de stupeur dans la sensibilité de la face à gauche, ce qui paraît indiquer que les filets sensibles qui accompagnent le facial et quelques branches de l'auriculo-temporal participent à cette compression légère.

La tumeur offre partout une résistance et même une dureté assez grande; nulle part on ne trouve de points fluctuants ou ramollis; excepté dans les endroits où la peau a été détruite par les caustiques, les téguments sont sains et offrent leur coloration normale.

Quand on cherche à imprimer à la tumeur des mouvements de totalité, on reconnaît qu'elle s'enfonce profondément dans le sillon parotidien; mais le doigt indicateur gauche, porté à ce moment jusque d'ans le pharynx, pour explorer la portion du creux parotidien qui correspond aux parois pharyngiennes, permet de reconnaître qu'elle n'a point encore envahi cette région. A ces différents symptômes, je n'hésite point à diagnostiquer un chondrome occupant la majeure partie de la glande parotide, mais dont l'extirpation est cependant rationnelle et possible, même sans trop de difficultés, quoique le nerf facial puisse être compromis.

Le malade interrogé de nouveau sur les motifs qui le portent à réclamer l'opération déclare qu'il est un objet de répulsion pour ses camarades, qu'il ne peut trouver d'ouvrage dans aucun atelier et que, malgré l'absence de douleur, il veut absolument être débarrassé de sa grosseur, dût cette opération mettre sa vie en danger.

Le 25 juillet, l'opération est pratiquée de la manière suivante; un aide soulève le lobule de l'oreille et d'un coup de ciseaux à bec de lièvre, je le détache de la tumeur; il en résulte une incision en V dont je prolonge infiniment le sommet par une incision verticale, ce qui lui donne la forme d'un Y. j'ai ainsi deux lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur, que je dissèque successivement. La parotide mise à découvert, je fends les couches superficielles qui me paraissent saines, pour arriver sur la production pathologique que je supposais occuper le centre de la glande. Effectivement, après avoir traversé une épaisseur de 7 à 8 millimètres de tissu parotidien à l'état sain, je rencontrai une masse d'un blanc jaunâtre, offrant à la pression une assez grande fermeté, et, ayant au premier abord eu égard à la couleur et à la consistance, l'apparence des masses ganglionnaires, infiltrées de ce pus concret, que l'on confond si souvent avec la matière tuberculeuse; mais un rapide examen de ce que j'avais sous les yeux, me convainquit bientôt que si je n'avais pas affaire à un chondrome, l'altération n'était pas non plus de celles que nous connaissons sous le nom d'adénite tuberculeuse des ganglions intra-parotidiens. Effectivement la matière blanchâtre était irrégulièrement disséminée et nulle part on ne trouvait de ces gaines celluleuses, qui dans l'adénite parotidienne isolent l'affection glandulaire du tissu parotidien. Au contraire, la matière blanchâtre était comme infiltrée dans le tissu parotidien. Si bien qu'il était impossi-

ble souvent de savoir, pendant la dissection, si l'on allait au delà ou si l'on restait en deçà de la production morbide. Ce fut là même ce qui rendit l'opération très longue et très pénible. Effectivement, arrivé à la partie profonde de la tumeur, celle qui plongeait dans le trou parotidien, je dus sculpter, qu'on me passe l'expression, le tronc du nerf facial et ses branches au milieu de la glande altérée, et je ne pus éviter le tronc de la carotide externe. Enfin, après une demi-heure de pénible dissection, pendant laquelle le malade fut maintenu dans l'anesthésie, j'ai emporté la totalité de la masse morbide, autant qu'il était possible de s'en assurer, et avec elle une notable portion de la parotide.

Les suites opératoires furent des plus heureuses et trois semaines après le malade entrait à l'asile des convalescents de Vincennes, ne conservant qu'un peu de stupeur dans le côté gauche de la face et une légère déviation à droite de la lèvre inférieure. Mais la plaie n'était pas entièrement cicatrisée; quelques bourgeons charnus de la grosseur d'un pois sortaient par l'angle de réunion des deux lambeaux à leur sommet et par là suintait un peu de liquide salivaire. Ces bourgeons ont été et devront être encore réprimés avec l'azotate d'argent. Plusieurs fois déjà, après des opérations de chondrome, j'ai vu pareil phénomène se produire, et jamais la fistulette salivaire n'a persisté au delà de cinq à six semaines.

L'examen aprofondi de la tumeur confirma ce qu'un rapide coup d'œil nous avait permis de reconnaître pendant l'opération. L'altération ne siége pas dans les ganglions, mais bien dans le tissu glandulaire lui-même. On peut reconnaître même à l'œil nu que la matière grisâtre occupe les granulations salivaires; toutes ne sont point envahies, au même degré; quelques-unes sont tout à fait blanches, d'autres conservent encore une demi-transparence. Dans quelques points centraux, la matière forme une masse homogène, et au centre de ces masses quelques points semblent plus mous. Outre les masses qui sont dépourvues de toute enveloppe kystique, se voient des vaisseaux.

L'examen microscopique, fait quelques heures après par M. Chalvet, jeune anatomiste très versé en ces sortes d'études, montre que cette matière blanche, qu'à l'œil nu on aurait pu prendre pour du pus concret ou des tubercules, n'est autre chose que de la graisse, qui se présente sous l'apparence de granulations ayant envahi les cellules ou les culs-de-sac glandulaires. C'est ce que l'on peut reconnaître dans les points où l'altération n'a pas encore détruit toute trace d'organisation, car au centre on ne rencontre que des granulations graisseuses; à la périphérie au contraire, on trouve entre les culs-de-sacs envahis par la graisse, du tissu cellulaire et du tissu élastique, qui n'ont encore subi aucune transformation.

J'ai dû me demander qu'elle en était la signification.

Obs. IV. — *Lipome sous-parotidien.* (Demarquay. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1873, t. II, p. 12.) — J'ai l'honneur d'attirer l'attention de la Société sur un fait intéressant et rare. J'ai été consulté, il y a quelques temps, par un homme de cinquante et quelques années habitant une ville du centre de la France. Cet homme fort, vigoureux, portait dans la région parotidienne gauche une tumeur volumineuse, molle, fluctuante et donnant la sensation d'un lipome superficiel. L'opération ayant été décidée, je fis une incision cruciale intéressant seulement la peau. Je tombai sur une parotide volumineuse hypertrophiée et donnant bien la sensation d'une tumeur molle et fluctuante. La saillie formée par la tumeur était aussi évidente qu'avant la dissection de la peau; il n'y avait point de doute, le produit pathologique était sous la parotide. Mais comment arriver sous cette glande, sans intéresser la parotide? Là était la question. Pour arriver à ce résultat, je cherchai à isoler la parotide à sa circonférence afin de ménager les filets du facial. Mais malgré mon décollement parotidien, je n'arrivai point sur le produit pathologique à enlever. Bien convaincu que la tumeur volumineuse que j'avais sous les yeux n'était point formée par la parotide seulement, je me décidai à enlever la parotide dans sa partie antérieure afin de mettre à nu la tumeur à enlever. Je découvris alors un lipome beaucoup plus gros qu'un œuf de poule, enkysté et ayant pris naissance sous la parotide, derrière la partie montante du maxillaire inférieur sous laquelle la tumeur graisseuse envoie un prolongement. Dans la main, elle donne la même sensation de fluctuation que lorsqu'elle était en place.

Après avoir pris l'avis des savants confrères qui m'aidaient dans cette difficile et délicate opération, j'enlevai une partie de la parotide qui recouvrait la tumeur, afin de diminuer l'étendue de la profondeur de la loge sous-parotidienne qui devait suppurer. Après l'opération, les mouvements de la commissure labiale du côté droit, ainsi que la paupière inférieure étaient un peu gênés. Mais le tronc du facial n'ayant point été intéressé, j'espère que les mouvements reviendront intégralement.

L'examen de la tumeur a démontré qu'elle était bien formée de graisse et que nous avions bien affaire à un lipome sous-parotidien, ce qui est rare; lipome qu'il ne faudra point confondre avec un lipome sous-cutané développé dans la région parotidienne. J'ai enlevé un certain nombre de tumeur de la région parotidienne, c'est la seconde fois que je tombe sur une tumeur développée sous la parotide et recouverte par cette glande. L'ablation, dans ce cas, est toujours difficile, laborieuse, et, quoi que l'on fasse, il faut intéresser un certain nombre de filets du facial. Cela est important à bien établir, sans quoi des confrères plus ou moins bienveillants et ignorant les choses de la chirurgie, incriminent le chirurgien et jugent une opération dont ils ne connaissent ni la gravité ni la difficulté.

Dans ce cas particulier, excepté quelques filets du facial, aucun organe intéressant n'a été touché. Les artères et les veines importantes ont été respectées. Un pansement simple a suivi cette opération.

Suite de la discussion. — M. Demarquay. Je crois pouvoir affirmer la situation sous-parotidienne de la tumeur. J'ai senti sous mon doigt de la façon la plus nette les battements carotidiens. Quant à la glande elle-même, elle était refoulée très en arrière et en bas.

Obs. V. — *Tumeur adipeuse de la parotide*, par Hamilton (*Dublin Quarterly Journ.*, 1863, 35, p. 468). [Résumé.] — Femme portant une tumeur sur le côté gauche de la face et qui vint consulter parce que cette tumeur causait une très grande difformité.

Cette tumeur occupait toute la région parotidienne, repoussait le pavillon de l'oreille en haut et en avant. Elle proéminait au dehors, s'accompagnait d'une déviation de l'angle externe de l'œil et de la bouche, ce qui donnait à la face une expression désagréable.

La peau était mobile à sa surface; la tumeur était moins

mobile sur les plans profonds, mais l'était assez pour que toute idée d'adhérence fût écartée.

Elle n'était pas lobulée et sa consistance était élastique et fluctuante.

Cette tumeur datait de vingt ans. Le diagnostic ne fut pas précisé.

On fit une incision perpendiculaire depuis l'apophyse zygomatique jusqu'au bas de la joue, à deux doigts au-devant de l'oreille.

« Sur cette première incision, on en fit tomber une deuxième perpendiculaire; ... en disséquant la tumeur, en arrachant çà et là quelques bandes qui étaient adhérentes, en la déchirant avec les doigts et la poignée du scalpel, elle finit par être enlevée complètement. » Elle adhérait surtout au zygoma. Elle était placée sous l'aponévrose parotidienne, à la face externe de la parotide qui se trouvait aplatie à la pression.

La tumeur graisseuse principale était grosse comme un citron, de forme ovale, lobulée; la tumeur accessoire, de même nature, située entre la première et la glande, était grosse comme une châtaigne. Guérison parfaite.

Obs. VI. — *Lipo-adénome congénital de la parotide*, par Sacchi (*Gaz. de l'hôpital de Milan*, 1893, XIV, 627, 629). [Résumé.] — Petit enfant né avec une tuméfaction volumineuse de la région parotidienne, qui se développa très insensiblement jusqu'à l'âge de six mois.

Elle siégeait à gauche et avait le volume d'une tête d'enfant; elle empiétait sur les régions voisines. La peau était amincie, mais saine et mobile; elle était couverte de veines distendues.

La consistance était charnue sur presque tous les points; elle était peu mobile et s'enfonçait dans le fond de la région.

Incision suivant le grand axe de la tumeur; incision de l'aponévrose, adhérente à la capsule par de nombreux tractus vasculaires, qu'il fallut couper. La dissection de la face interne fut faite très prudemment, à petits coups. Guérison.

L'examen de la tumeur montra qu'on avait enlevé, en même temps, une partie du lobe postérieur de la glande, dont la coloration se confondait avec celle du lipome.

Obs. VII. — *Un cas de lipome intra-capsulaire de la parotide. Fistule salivaire. Guérison.* (Walzberg. *Centralbl. f. Chir.*, 1881, p. 270.) — Un homme, trente ans, voyait depuis un an un gonflement se produire au-dessous de l'oreille gauche. Il y avait là une tumeur grosse comme un œuf de poule, s'étendant de l'arcade zygomatique jusqu'à l'angle du maxillaire et se terminant en arrière au bord postérieur du maxillaire.

La consistance était molle, élastique, un peu flasque. Elle n'adhérait pas à la peau. Diagnostic probable : tumeur intracapsulaire de la parotide.

Incision verticale de la peau et de l'aponévrose parotidienne. La tumeur se présenta alors. La décortication fut aisée, les adhérences qui rattachaient la tumeur à la parotide étant très faibles.

Guérison en vingt jours, sans paralysie faciale.

L'examen histologique montre que la « tumeur est constituée en partie par du tissu adipeux, en partie par du tissu fibreux... Au milieu de ce tissu adipeux, on observe des tubes et des acini glandulaires diversement groupés... Quelques-uns de ces tubes se divisent dichotomiquement...

Les acini sont tapissés de cellules cubiques, plutôt petites, avec protoplasma granuleux. Les tubes sont tapissés de cellules cylindriques à protoplasma granuleux, avec noyau et nucléole ».

Obs. VIII. — *Sur un cas de lipomes multiples simulant des tumeurs de la parotide et du corps thyroïde.* (Hallopeau et Jeanselme. Soc. franç. de dermat., fév. 1893, p. 195.) — Il s'agit d'un homme de constitution robuste, âgé de quarante-huit ans, qui exerce la profession de facteur. Il a été atteint, il y a six ans, d'une pneumonie qui dura trois semaines. Vers le milieu du mois de novembre dernier, il perdit l'appétit et eut une jaunisse, qui persista une dizaine de jours. Pendant que le malade était alité, apparut à la base du cou, au-dessus du sternum, une tuméfaction circonscrite; quelques jours plus tard, le médecin traitant constata deux saillies analogues à la partie inférieure et externe du thorax.

État actuel. — Le visage du malade offre un aspect étrange, ce qui tient à ce que les deux régions parotidiennes font en dehors un relief considérable. Il en résulte une largeur exagérée de la face. Ce semble être, d'après le dire du malade, l'exagération de sa conformation naturelle. La palpation faite au niveau des saillies rétro-maxillaires donne la sensation d'un corps mou, non fluctuant, qui semble constitué par la parotide. Sous les angles maxillaires et dans toute la région cervicale, le doigt perçoit de petites masses qu'on prendrait facilement pour des ganglions, mais qui présentent une consistance mollasse et sont probablement formées par des pelotons graisseux. A la base du cou, existe une masse de consistance lipomateuse, siégeant dans le tissu cellulaire superficiel, large de 8 centimètres, haut de 3 centimètres, échancrée à sa partie médiane de manière à présenter un croissant à convexité dirigée en bas. Cette disposition fait immédiatement penser à l'existence d'un goitre, mais la consistance de la tumeur, sa situation superficielle, son immobilité dans les mouvements de déglutition font rejeter cette hypothèse et admettre l'existence d'une tumeur pré-thyroïdienne. Au-dessus du rebord costal, de chaque côté de l'appendice xyphoïde, on observe deux saillies disposées systématiquement, offrant la forme, le volume, la consistance de mamelles de volume moyen.

Le malade présente un léger degré de cyanose, appréciable surtout au niveau des lèvres. Les veines sous-cutanées du thorax sont dilatées. L'exploration ne révèle aucun trouble cardiaque. On doit soupçonner l'existence de tumeurs du médiastin, dont on ne trouve d'ailleurs aucun signe physique.

Une biopsie nous a permis de confirmer le diagnostic.

Obs. IX. (Cruveilhier. *Atlas.*) — Cité un cas de lipome sous-cutané qui occupait le bas de la région parotidienne, les régions sus et sous-hyoïdiennes.

Obs. X. (A. Broca. Soc. anat., 1888.) — Cite, à l'occasion de quelques observations de lipomes du cordon, le cas d'un malade qui portait des lipomes multiples, dont l'un siégeait très probablement dans la région parotidienne, mais au-dessus de l'aponévrose, car la tumeur, peu volumineuse, empiétait sur les régions voisines.

Obs. XI. (Bergachini. *Independente Torino*, 1878.) — N'a pu être retrouvée.

Index bibliographique. — Richet. *Gaz. des hôpit.*, Paris 1861, t. XXXIV, p. 406.— Hamilton. *Dublin Quarterly Journ.*, 1863, t. XXXV, p. 408. — Demarquay, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1873, t. II, p. 12. — Walzberg. *Centralbl. f. Chir.*, 1881, p. 270. — Bergachini. *Independente Torino*, 1878, XXIX,

p. 186 et 203. Inconnu.— SACCHI. *Gaz. degli Osped*, Milan 1893, XIV, p. 627.

HALLOPEAU et JEANSELME. Soc. franç. de dermat., fév. 1893. MARÇAIS. *Les lipomes du cou*, 1895. — CRUVEILHIER. *Atlas.* — A. BROCA. Soc. anat., 1888.

Ces derniers auteurs ne traitent que des lipomes multiples, parmi lesquels il a pu s'en rencontrer de parotidiens.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(3 OCTOBRE 1900)

Petite réunion de rentrée, où les membres présents reprennent contact après deux mois d'absence. Deux très courts rapports et présentation de deux malades, tel est le bilan de la séance.

M. Guinard lit un rapport sur deux fort intéressantes observations de M. Pluyette (de Marseille). Il s'agit de **calculs phosphatiques de l'urètre**, calculs fort volumineux, allongés, formés de couches concentriques superposées qui se déposaient de la vessie vers l'urètre. Dans les deux cas observés, la vessie était saine, les reins normaux; le rapporteur se demande d'où venaient ces calculs? Sont-ils nés sur place? Se sont-ils développés autour d'un petit calcul descendu du rein à travers la vessie? On ne peut répondre que par les hypothèses. En tous cas, M. Pluyette a fort habilement enlevé ces calculs par l'urétrotomie externe et a guéri complètement ses malades.

M. Lejars fait un rapport sur une observation de **cholédocotomie**, due à M. Sierra (de Santiago du Chili). Cette observation est courte, sans commentaires; aussi est-il très difficile pour le rapporteur d'en faire une critique minutieuse, faute de détails. Cependant on note une guérison rapide, après une suture à deux étages de l'incision du canal cholédoque. M. Lejars félicite l'auteur d'avoir pu mener à bien une telle suture, très souvent impossible, car le canal cholédoque est dans certains cas absolument invisible; on l'incise sur le doigt, au jugé, guidé par la sensation de corps dur fournie par les calculs eux-mêmes.

Cette question de la suture a d'ailleurs été discutée à cette Société au cours de l'année dernière et la conclusion à tirer de cette discussion ancienne et des courtes observations échangées à la suite du rapport de M. Lejars, c'est qu'à cet égard il ne saurait y avoir de règle fixe et que le chirurgien doit se comporter suivant les indications présentes. »

M. Routier n'a jamais suturé des incisions de cholédoque et s'en est bien trouvé. M. Michaux insiste sur un point particulier de la technique opératoire. Il conseille de faire avant la cholédocotomie la libération et la dissection de la vésicule biliaire. Ce temps opératoire permet l'évacuation hors du ventre de la bile septique qui y est contenue, et d'autre part, il met dans la main du chirurgien un guide sûr qui le conduit sur le cholédoque. Par une traction produite sur cette vésicule libérée, le chirugien peut amener près de lui le cholédoque et rend ainsi plus facile l'exploration, l'incision et la suture de ce canal.

M. Schwartz trouve que parfois il est plus prudent de ne pas enlever la vésicule, mais qu'il vaut mieux l'ouvrir et la fixer à la peau par une cholécystostomie provisoire qui, en permettant à la bile de s'écouler au dehors, diminue d'autant la pression sur les fils placés sur le cholédoque. Et, à cet égard, il proteste contre une phrase du rapport de M. Lejars. On ne doit enlever les drains abdominaux non pas quarante huit-heures après l'opération, mais bien plus tard. Il n'est pas rare, en effet, de voir les sutures du cholédoque ne devenir insuffisantes que vers le cinquième ou sixième jour. A ce moment, la bile peut se montrer au niveau de l'incision et a besoin d'être conduite au dehors, si l'on veut éviter une inondation péritonéale.

La séance se termine par une présentation de malades. M. Delorme présente un jeune soldat qu'il a opéré d'un **prolapsus rectal**. M. Picqué montre une **restauration d'une partie de l'humérus**, à la suite d'une résection pratiquée pour coup de feu chez un homme adulte. Cette réparation d'une grande perte de substance osseuse est des plus curieuses et des plus rares. Nous aurons l'occasion d'y revenir lors de la discussion du rapport.

MÉDECINE PRATIQUE

L'hépatite aiguë dysentérique. Son traitement par la saignée du foie.

La saignée du foie couramment employée par les chirurgiens anglais de l'Inde dans le traitement des affections aiguës de la glande hépatique est à peu près inconnue en France et dans les colonies françaises. M. Remlinger, médecin-major à l'hôpital du Belvédère à Tunis, a attiré dans un article de la *Revue de médecine* (1), l'attention sur elle ainsi que sur son application au traitement de l'hépatite aiguë dysentérique, qu'il ne faut pas confondre avec la complication classique de la dysenterie, l'abcès du foie. Ces deux affections présentent du reste entre elles de grandes analogies cliniques et, bien que le diagnostic soit possible à l'aide de quelques caractères différentiels que donne notre confrère, c'est la ponction qui dans la majorité des cas fixera le diagnostic. Cette ponction est sans inconvénients; elle est la première étape du traitement chirurgical si on a affaire à un abcès; elle constitue le premier temps de la « saignée du foie » s'il s'agit d'une hépatite non suppurée. En effet, si le trocart, enfoncé dans différentes directions, ne ramène que du sang, il y a indication à prolonger et à favoriser l'écoulement sanguin de façon à réaliser cette « saignée ».

Pour ce faire, la grosse aiguille de l'appareil Potain doit être préférée à des instruments de dimensions moindres; il est souvent nécessaire de procéder à une aspiration énergique. Enfin, il n'y a aucun danger, en cas d'écoulement sanguin insuffisant, à traumatiser légèrement la substance hépatique avec l'extrémité de l'aiguille. La quantité de sang à soustraire semble devoir varier entre 50 et 100 grammes. L'aiguille retirée, la petite plaie est obturée avec une légère couche d'ouate hydrophile imbibée de collodion. On n'a jamais observé à la suite de cette opération la moindre hémorragie. L'amélioration est en général très rapide. Dès le lendemain, le malade se déclare soulagé et on observe une chute parfois définitive de la température. Le foie demeure hypertrophié pendant quelque temps encore, puis il se retire derrière les fausses côtes et le malade guérit.

Comment agit la saignée du foie? C'est ce qu'il est bien difficile d'établir. Agit-elle mécaniquement en décongestionnant la glande hépatique? Agit-elle au contraire en enlevant du foie un certain nombre de microorganismes et en favorisant la leucocytose vis-à-vis des microbes demeurés dans la glande? On ne peut faire à ce sujet que des hypothèses. A la suite de quelques recherches bactériologiques entreprises sur cette question, M. Remlinger pencherait plutôt vers la première de ces hypothèses.

Le bromoforme dans le traitement de la coqueluche.

M. Bernardino Venturini rapporte dans la *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche* les résultats qu'il a obtenus avec le bromoforme dans la coqueluche.

(1) *Revue de méd.*, 10 août 1900.

Dans 24 cas qui étaient tous graves, après trois ou quatre jours de traitement pour la majorité des cas, et après deux jours dans 3 cas, les symptômes sérieux, tels que vomissements, hémorragies, etc., cessèrent complètement; les accès diminuèrent d'intensité et de fréquence, l'état général s'améliora. En dix jours la maladie était très atténuée; la durée fut de deux semaines (6 fois), de trois semaines (8 fois), de quatre semaines (7 fois), de cinq semaines (2 fois). Dans un cas, après une réelle amélioration, on fut obligé de suspendre le bromoforme à cause d'une entérite (fillette de onze mois). Le bromoforme n'agit pas seulement sur le spasme; il modifie favorablement le catharre bronchique et les complications broncho-pulmonaires.

M. Venturini conclut que le bromoforme est un excellent remède de la coqueluche. Les doses employées ont été les suivantes : enfants de moins de six mois II gouttes de bromoforme émulsionnées dans 50 grammes de mucilage de gomme arabique avec 10 grammes de sirop simple; une goutte de plus deux jours après, et jusqu'à V gouttes par jour : enfants de six à douze mois VIII à X gouttes; de deux à quatre ans : XII à XV gouttes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat et de l'externat. — Le jury de l'internat est toujours provisoirement composé de MM. Rieffel, Delbet, Villemin, Picqué, Bonnaire, Championnière, Raymond, De Gennes, Hudelo, Queyrat.

MM. De Gennes, Delbet et Picqué ont accepté.

Le jury de l'externat est provisoirement composé de MM. Chevallier, Marion, Riche, Tissier, Soupault, Bruhl, Gouget, Macaigne.

Hospices de Nîmes — *Concours pour des places d'élèves internes à l'hôpital mixte.* — Il sera ouvert le mercredi 7 novembre prochain, devant la commission administrative des hospices, assistée de MM. les médecins et chirurgiens, un concours pour des places d'élèves internes.

Les candidats devront déposer avant le 30 octobre, au secrétariat des hospices, rue Ruffi, 11, leur demande accompagnée du bordereau de leurs inscriptions, d'un certificat de bonne vie et mœurs délivré récemment par le maire de leur résidence et d'un certificat de régularité d'études et de bonne conduite émanant d'un doyen d'une Faculté ou d'un directeur d'une École de médecine, et contenant la mention des notes obtenues aux différents examens. — Ils devront avoir acquis au moins douze inscriptions de doctorat ancien régime, ou huit inscriptions nouveau régime.

Les candidats reconnus par la commission admissibles à concourir en seront individuellement prévenus avant l'époque du concours.

Le concours comprendra :

1° *Épreuve écrite.* — Une question de médecine et une question de chirurgie.

Un délai de quatre heures sera accordé pour la rédaction.

Épreuve orale. — 1° Une question d'anatomie à développer après cinq minutes de réflexion; 2° Question orale de médecine et chirurgie pratique appliquée au service de garde, à développer après dix minutes de réflexion.

Les candidats qui auront subi les épreuves avec succès seront classés et désignés suivant leur ordre de classement pour remplir les places vacantes et celles qui le deviendront.

Deux places seront disponibles le 1er janvier 1901.

Les élèves internes sont logés, chauffés et éclairés par les hospices. Ils reçoivent un traitement de 250 francs la première année et de 300 francs la seconde année; en outre, une indemnité mensuelle de nourriture de 70 francs, l'interne de garde étant nourri à l'hôpital dans les conditions du règlement.

Les élèves internes sont chargés à tour de rôle des fonctions de répétiteur du cours d'accouchement. Une indemnité de 100 francs par an est allouée à ce répétiteur par le conseil général du Gard.

La durée de l'internat est de deux ans.

Les élèves internes sont tenus à se conformer à toutes les dispositions du règlement sur le service de santé et aux modifications qui pourront y être apportées par la commission administrative.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Javal (de Paris) est nommé officier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Bardeau (de Gaurriaguet, Gironde), vient d'être promu au grade d'officier, dans l'ordre du Mérite agricole.

Marine. — Deux concours pour des emplois de professeur dans les écoles de médecine navale seront ouverts au port de Rochefort le 1er décembre 1900 : 1° pour l'emploi de professeur d'hygiène navale et pathologie exotique à l'École d'application de Toulon; 2° pour l'emploi de professeur de petite chirurgie et séméiologie médicale à l'École de médecine navale de Toulon.

— Le jury du concours qui aura lieu à Brest le 22 octobre 1900, pour l'emploi de professeur d'anatomie à l'École annexe de médecine navale de ce port, sera composé de MM. Auffret, directeur du service de santé, président; Chové et Valence, médecins de première classe à Brest.

— M. le médecin principal Léo, du cadre de Toulon, débarqué à Brest provenant de l'*Amiral-Baudin*, est maintenu en service dans ce dernier port en attendant son embarquement comme médecin de division dans l'escadre du Nord.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 39e semaine, 868 décès, chiffre voisin de la moyenne ordinaire de la saison (810).

La fièvre typhoïde a causé 23 décès; la variole, 6; la rougeole, 4; la scarlatine, 1; la coqueluche 2; la diphtérie 5.

La diarrhée infantile a causé 60 décès de 0 à 1 an, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (69), et à la moyenne ordinaire de la saison (82), mais qui, malgré la douceur de la température, dépasse de beaucoup les chiffres observés en mai et juin.

En outre, 24 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 67 décès, au lieu de 62 pendant la semaine précédente et au lieu de 64, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (chiffre identique à la moyenne); bronchite chronique, 11 (au lieu de la moyenne 15); broncho-pneumonie, 20 (au lieu de la moyenne 22); pneumonie, 30 (au lieu de la moyenne 21).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 31 décès, dont 23 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 190 décès (au lieu de la moyenne 171); la méningite tuberculeuse, 13 décès; la méningite simple, 13; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 26 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 61 décès; les maladies organiques du cœur, 64; le cancer a fait périr 53 personnes; enfin 20 vieillards sont morts de débilité sénile.

La peste. — Un décret récent a décidé que les navires provenant des localités reconnues contaminées de peste ne peuvent pénétrer en France ou en Algérie que par les ports de Dunkerque, le Havre, Saint-Nazaire, Pauillac, Marseille et Alger.

Le ministre de l'Intérieur déterminera les autres ports qui pourraient également être ouverts à ces provenances par exception ou sous réserve des conditions spéciales résultant de l'état sanitaire des navires à leur arrivée ou de la nature de leur chargement.

Faculté de médecine de Paris. — CONSIGNATIONS POUR EXAMENS QUI SE PASSENT EN SESSIONS. — 1. *Ancien régime.* — *Premier examen de doctorat.* — 1° Session d'octobre 1900 : Seront admis tous les candidats pourvus de quatre inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues du 8 au 9 octobre 1900. La session aura lieu de fin octobre au commencement de novembre 1900.

2° Session de janvier 1901 : Seront admis les élèves-docteurs ayant échoué en juillet et en octobre 1900. Les consignations seront reçues du 17 au 18 décembre 1900. La session aura lieu dans la première quinzaine de janvier 1901. La cinquième et la sixième inscriptions seront délivrées en janvier 1901 aux étudiants qui auront subi cet examen avec succès, à la condition d'avoir fait les travaux pratiques de dissection en novembre et décembre 1900, après immatriculation et versement des droits réglementaires.

3° Session de juillet 1901 : Seront admis tous les candidats pourvus de quatre inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues du 17 au 18 juin 1901. La session aura lieu du 1er au 6 juillet 1901.

Deuxième examen (*deuxième partie*). — Session de novembre 1900 à mars 1901 : Seront admis les candidats pourvus de douze inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues, les lundis et mardis, de midi à trois heures, du 1er octobre 1900 au 5 février 1901. Les candidats seront appelés quinze à vingt jours après la date de leur consignation. La session aura lieu du 15 octobre 1900 au 2 mars 1901. La quatorzième inscription (ancien régime) ne sera délivrée qu'aux élèves reçus à la deuxième partie du deuxième examen.

Deuxième examen (*première partie*). — Session de mars à mai 1901 : Seront admis tous les candidats pourvus de dix inscriptions au moins, non périmées, et ayant disséqué pendant deux semestres. Les consignations seront reçues du 4 au 5 mars 1901. La session commencera le 11 mars 1901.

Examens de fin d'année (*Officiat*). — 1° Session d'octobre 1900 : Seront seuls admis les élèves-officiers de santé ayant échoué au mois de juillet 1900 et ceux pourvus d'une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté. Les consignations seront reçues du 8 au 9 octobre 1900. La session aura lieu de fin octobre au commencement de novembre.

2° Session de juillet 1901 : Seront seuls admis les candidats ayant, au moment de l'examen, quatre, huit ou douze inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues du 10 au 11 juin 1901. La session commencera le 24 juin 1901.

N.-B. — MM. les élèves-officiers de santé sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du Conseil de la Faculté.

II. *Nouveau régime. — Premier examen de doctorat.* — Session de mars à mai 1901 : Seront admis les candidats pourvus de six inscriptions non périmées, et ayant disséqué pendant deux semestres. Les consignations seront reçues les 1er, 2, 4 et 5 mars 1900. La session commencera le 11 mars 1901.

Deuxième examen de doctorat. — Session de novembre 1900 à mars 1901 : Seront admis les candidats pourvus de huit inscriptions non périmées. Les consignations seront reçues, les lundis et mardis, de midi à trois heures, du 1er octobre 1900 au 5 février 1901. Les candidats seront appelés quinze à vingt jours après la date de leur consignation. La session aura lieu du 15 octobre 1900 au 2 mars 1901. La dixième inscription (nouveau régime) ne sera délivrée qu'aux élèves reçus au deuxième examen.

III. *Avis aux candidats ajournés.* — Les candidats au deuxième examen de doctorat (deuxième partie), ancien régime, et au deuxième examen de doctorat, nouveau régime, ajournés avant le 2 mars 1901, pourront se présenter de nouveau pendant la session qui aura lieu du 13 au 31 mai 1901. Ils devront consigner les 29 et 30 avril 1901. En cas de nouvel échec, ils pourront bénéficier de la session indiquée ci-dessous pour les candidats ajournés au deuxième examen (première partie), ancien régime, et au premier examen, nouveau régime.

Pour les candidats ajournés au deuxième examen de doctorat (première partie), ancien régime, et au premier examen de doctorat, nouveau régime : 1° les épreuves pratiques seront renouvelées dans la première quinzaine de juin (à partir du 10 juin); 2° les épreuves orales seront renouvelées : à partir du 10 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 12 mai; à partir du 24 juin, pour les candidats ayant échoué après le 12 mai et avant le 1er juin.

Les candidats ajournés avant le 12 mai et avant le 1er juin consigneront les 10 et 11 juin inclusivement, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en s'inscrivant, la date exacte de leur échec.

N.-B. — En se présentant au secrétariat (guichet n° 3), pour consigner, MM. les étudiants devront être munis de leur feuille d'inscriptions.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 115. — MARDI 9 OCTOBRE 1900. 73e ANNÉE. MARDI 9 OCTOBRE 1900. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — L'ALITEMENT DANS LES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES, par MM. Paul GARNIER, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police, et Paul COLOLIAN, ancien interne des asiles de la Seine. — MÉDECINE PRATIQUE. L'association du trional et de la paraldéhyde; — Prophylaxie des accidents de la narcose chloroformique; — Traitement des nœvi vasculaires des nourrissons. — ACTES DE LA FACULTÉ DE PARIS. — NOUVELLES.

Paris, le 8 octobre 1900.

C'est la fin des vacances; les sociétés savantes viennent d'ouvrir leurs portes et ont déjà tenu séance. Voici venir une nouvelle année scolaire et avec elle l'inévitable série des concours. A peine sommes-nous sortis du concours de l'internat — chacun s'en souvient comme s'il était d'hier — que voici affiché un nouveau concours, de nouveaux candidats inscrits, un nouveau jury constitué!

Ne revenons point sur les accidents du dernier concours; laissons le vitrioleur jouir en paix de son anonyme triomphe, et envisageons simplement aujourd'hui si l'Administration à tiré quelque enseignement de cet acte de « propagande ».

Il faut reconnaître que certaines mesures ont été prises; chacun les approuvera sans réserve. Tout d'abord, les candidats *seuls* seront admis dans la salle des concours. Chacun d'eux aura un numéro lui indiquant sa place. Personne d'étranger ne sera autorisé à pénétrer. Donc plus de bousculade, plus d'entrées ni de sorties tumultueuses, et plus de temps de perdu, aussitôt la question connue.

Les candidats seront livrés à eux-mêmes, sans communication possible avec le dehors, car la porte ne s'ouvrira qu'après la remise des copies au membre du jury surveillant. De la sorte, on ne suspectera plus la régularité du concours, on ne soutiendra plus cette accusation, un peu légendaire peut-être, de copies faites en dehors par un tiers et remises au jury par un candidat; candidat bien à plaindre au moment où il devra lire en public cette copie faite à la diable, bâclée par une main étrangère sur une table de café. Supprimés aussi, les « tuyaux » et les renseignements donnés par les anciens à la dernière minute. Bref, cette mise en salle des candidats est une heureuse réforme.

Maie une fois les copies remises, tout n'est pas fini. Il faut éviter à ces précieuses copies, que rien n'a pu adultérer, le contact destructeur d'un nouveau vitriol. Qu'a fait l'Administration pour assurer leur sécurité? Jusqu'ici nous n'avons aucun renseignement, et l'Administration est muette à cet égard. Peut-être les candidats s'inquiéteront-ils de ce point spécial et poseront-ils la question à qui de droit.

Si nous avions l'honneur de faire partie du jury, ce serait certainement la première demande que nous adresserions au représentant de l'Administration. Les candidats ont, certes, été les plus à plaindre dans le dernier concours; mais les juges ont aussi mérité quelque compassion. Maintes fois nous avons admiré leur dévouement et leur inaltérable patience en face des lenteurs et d'une indécision par trop administratives!

Les copies illisibles seront-elles tolérées cette année? Admettra-t-on les signes hiéroglyphiques, les caractères sténographiques? Ce serait une flagrante injustice que de continuer les errements du passé. Il faut que la lecture puisse être suivie, contrôlée par le candidat « gendarme », et vérifiée par le jury.

Cette question de la bonne écriture des copies a fait couler bien des flots d'encre, sans qu'aucune solution raisonnable soit intervenue. Cette année, le même temps est mesuré aux candidats, il va leur falloir se jeter fiévreusement sur leur papier et faire une course à la plume, de façon à remplir et remplir encore le plus de pages possible en un court espace de temps. Ce match n'a rien qui puisse nous séduire; que prouve-t-il? Le candidat qui abat ses vingt lignes à la minute est-il intellectuellement et scientifiquement supérieur à celui dont la main, moins habile, court plus péniblement sur le papier?

Ce sport à la ligne est une des choses les plus absurdes qui puissent exister dans un concours. Pourquoi ne pas accorder trois heures au lieu de deux et exiger, par suite, une écriture lisible pour tous? D'ailleurs, le jury se rend bien souvent complice de cette absurdité quand il pose des questions aussi vastes que mal délimitées. Que de temps perdu par le candidat pour une question défectueusement posée et dont les limites ne sont pas précisées! Il lui faut dix minutes avant d'y voir clair lorsqu'une question est mal formulée et autant pour expliquer à ces juges comment il a dû comprendre cette question. On a beaucoup crié l'année dernière sur la question « Nerf maxillaire supérieur », et cependant quoi de plus précis, de plus nettement défini et prêtant le moins aux tirades à côté, refuge si fréquent des candidats ignorants?

Puisque le temps accordé aux candidats est court, que rien n'a été changé sur ce point, nous supplions le jury de choisir une composition aussi courte que précise et bien formulée. Les candidats instruits y trouveront leur avantage et le jury

une facilité d'appréciation et de classement qui viendra puissamment en aide à l'esprit de justice qui doit l'animer.

L'ALITEMENT DANS LES MALADIES MENTALES ET NERVEUSES

Par MM. Paul GARNIER, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police,
et Paul COLOLIAN, ancien interne des Asiles de la Seine.

Il est sans doute téméraire de revenir sur cette question de l'alitement, tant de fois discutée dans les sociétés savantes, et récemment encore au Congrès de médecine. Mais plusieurs points restent obscurs. Nous connaissons la technique, nous savons l'endroit où l'on doit appliquer l'alitement; mais sur deux points les cliniciens hésitent : quelles sont les affections où l'alitement s'impose, car on ne saurait l'employer comme panacée universelle dans toutes les affections psychiques, et quelle doit en être la durée?

L'alitement, disent les auteurs, est nécessaire : 1° dans les états d'excitation et d'agitation; 2° dans les états dépressifs; 3° dans l'affaiblissement croissant. En un mot, toutes les formes aiguës de la folie doivent être traitées au lit. Les paralytiques généraux agités n'en sont pas exempts.

La méthode est indiquée chaque fois qu'il est utile de procurer du *repos* physique et moral.

Quelques-uns font coucher tous les aliénés plus ou moins agités, d'autres, certains agités seulement. Pourtant, à l'examen des faits, on conclut que les observations cliniques ne se marient pas aux données théoriques : l'alitement ne calme pas invariablement tous les agités. De sorte que *tous les agités* ne profitent pas de l'alitement. Quels sont donc les états où l'alitement est nécessaire et efficace?

L'alitement est indiqué d'une part dans les folies, d'autre part dans les névroses.

I

L'ALITEMENT DANS LES FOLIES. — A. *Dans les états mélancoliques*. — Guislain, à qui revient le mérite d'avoir introduit le repos au lit dans le traitement des maladies mentales, écrivait : « Presque tous nos mélancoliques sont couchés dans leur lit. Je prescris le repos du corps. Le lit sera, pendant toute la première période du mal, une des grandes ressources du traitement. D'abord, le patient sera couché la nuit et pendant une grande partie du jour. Il se lèvera de temps en temps, restera assis pendant une heure, deux heures, puis se couchera derechef... Les mélancoliques ont besoin de repos et de beaucoup de sommeil... (1) »

Dans la mélancolie et les états analogues, l'alitement agit presque à l'égal d'un traitement étiologique. Il existe des symptômes dans la mélancolie qui, d'eux-mêmes, réclament isolément le repos au lit. Tels sont l'anémie cérébrale, le cyanose, l'œdème des extrémités, les troubles circulatoires, cardiaques, respiratoires, les troubles des voies gastriques, anorexie, refus d'aliments, constipation; les perturbations psychiques : idées de suicide, de mutilation, etc.

Dans la mélancolie, la circulation périphérique se fait fort péniblement. La position horizontale, supprimant l'action de la pesanteur du sang, la circulation en est rendue plus aisée, le sang veineux des membres inférieurs arrive plus facilement au cœur et l'irrigation du cerveau se fait plus largement. C'est l'explication physiologique des avantages obtenus dans la mélancolie.

(1) J. GUISLAIN. *Les phrénopathies*, Leçons sur les maladies mentales, t. III, p. 22, Gand, 1852.

Nous avons souvent remarqué que l'alitement relève la pression artérielle. La circulation se régularise, les contractions sont plus énergiques. Et l'on obtient la disparition des autres troubles circulatoires (cyanose, œdème).

A ces avantages viennent se joindre des modifications favorables à la nutrition générale. Weir Mitchell avait constaté l'augmentation de l'embonpoint chez les neurasthéniques alités. Neisser (1) observa l'élévation du poids chez les épileptiques. Rœhrich (2) la signala dans la mélancolie, la confusion mentale. Cette augmentation va de 300 à 400 grammes par jour.

Depuis les travaux d'Hayem sur la chlorose, de nombreux cliniciens (Ewald, von Ziemssen, Nothnegel, Quincke, A. Robin, etc.) ordonnent le repos au lit aux anémiques et chlorotiques, dont la nutrition générale et les échanges sont défectueux. Par la diminution du travail musculaire, qui est une cause de la destruction des hématies, l'amélioration est assez rapide.

Les autres avantages physiques sont la régularité de la température et la suppression des changements brusques de la température externe. Les mélancoliques sont fort sensibles à ces changements; les fonctions de la peau, ralenties, s'animent; l'alitement « contribue efficacement à appeler le sang à la peau. Sous son action, cette enveloppe, ordinairement si aride, se couvre de moiteur, les bras et les jambes du malade gagnent en souplesse » (Guislain).

Au point de vue mental, il y a encore bénéfice de la position horizontale. Le mélancolique, dont les sens produisent à chaque instant une nouvelle cause de douleur morale, se calme rapidement étant couché, parce que les sensations externes se transmettent amoindries aux centres nerveux. Le cerveau, épuisé, élimine mal les toxines, c'est une auto-intoxication d'où résulte la sensibilité extrême aux perceptions observée chez les mélancoliques. Les sensations périphériques, visuelles, auditives, cutanées, etc., sont des sources de douleur morale en provoquant des réactions morbides par l'éréthisme cérébral. Grâce à l'alitement et à l'irrigation abondante des cellules corticales, les toxines s'éliminent, la couche corticale se débarrasse des matières qui l'excitent. Les actes de la vie psychique, sentir, penser, vouloir, agir, qui étaient des causes de douleur, perdent leur acuité, leur vivacité, et la douleur morale diminue.

Le séjour au lit, par les modifications qu'il apporte dans la circulation cérébrale, régularise le sommeil. Cette conséquence ne paraît pas avoir attiré l'attention. Les mélancoliques ne dorment pas, c'est un fait, mais le sommeil se prolonge bien davantage si le malade reste au lit, au lieu d'être assis ou debout toute la journée.

Le côté moral n'est pas négligeable. Le malade déprimé ou halluciné, délirant ou non délirant, se trouve plus en sûreté dans la salle d'hôpital aux lits bien rangés; il ne se croit plus en prison.

En somme, dans la mélancolie et les états mélancoliques, l'alitement donne physiologiquement et cliniquement les plus heureux résultats.

(1) NEISSER. Die Bettbehandlung der Irren, *Berlin. klin. Wochens.*, 22 sept. 1890. — Bettruhe bei Epilepsie, *Therap. Monatsh.*, mars 1893. — Noch einmal die Bettbehandlung der Irren, *Allg. Zeits. f. Psych.*, L, p. 447.

(2) RŒHRICH. *Du traitement par le lit chez les aliénés*, Th. de Genève, 1898.

Mais dans une maladie telle que la mélancolie, qui peut durer plusieurs mois, doit-on condamner le malade à rester au lit, en dépit de l'état stationnaire de l'affection? A côté des cas heureux, nous en avons vu d'autres où l'alitement n'a pas eu un résultat bien appréciable.

Nous avons généralement remarqué que les modifications physiques et psychiques se font sentir au début du traitement, et qu'au bout d'un certain temps, les malades ne paraissent plus éprouver les bienfaits du repos au lit. Nous sommes donc arrivés à cette conclusion, que l'alitement, appliqué d'après l'état physique et mental du sujet, ne doit pas être prolongé quand il n'agit plus. On ne peut fixer une date; certains états mélancoliques des dégénérés, des alcooliques chroniques, cèdent à quelques jours ou quelques semaines de repos au lit. A d'autres il faut un et plusieurs mois. Les premiers quinze ou vingt jours, le malade peut rester constamment alité; plus tard, s'il n'est pas en stupeur, il quittera son lit tous les jours au moins une heure pour faire une promenade. Si la mélancolie persiste plusieurs mois, on supprimera l'alitement provisoirement, pour y revenir au besoin.

Le lit ne doit pas remplacer la cellule, où l'on oubliait jadis les malades durant des mois : il faut surveiller, suivre les progrès.

Le milieu où l'on fait coucher les mélancoliques a une grande importance. Certains auteurs réclament la salle commune, ils veulent que les mélancoliques soient couchés à côté des agités. Nous ne conseillons pas ce voisinage pour deux raisons. Nous avons interrogé des mélancoliques traités et guéris par l'alitement; ils nous ont déclaré que le plus pénible dans leur maladie, c'était le vacarme de la salle commune des agités, dont les vociférations les troublaient. Notre seconde raison, c'est que dans la salle commune les infirmiers s'occupent davantage des agités, malades turbulents, que des mélancoliques.

Nous proposons que les mélancoliques aient des salles particulières. Dans cette salle, on pourra placer les convalescents qui ont besoin de calme et de repos absolu.

B. *Dans les états maniaques*. — L'alitement dans les psychoses aiguës à forme maniaque, qui a semblé longtemps paradoxal, est à l'heure actuelle la méthode de traitement la plus répandue dans les asiles d'Allemagne, de Suisse, de Russie, d'Autriche. D'aprés les résultats obtenus, les auteurs sont d'accord pour proclamer que l'alitement est une grande amélioration dans la thérapeutique mentale.

Ludwig Meyer (1) a constaté l'amélioration des signes par l'alitement, dont il tira presque toujours satisfaction. Timoféiev (2) et Govséiev (3) sont d'avis que les accès des délires se modifient et s'apaisent promptement. Pour Magnan, l'alitement modère, d'une part, les manifestations furieuses, et d'autre part calme la douleur.

C'est surtout dans la *manie franche* que l'alitement est efficace. Le maniaque alité continue à s'agiter, à vociférer s'il échappe à la surveillance de l'infirmier, s'il s'évade du lit, « On l'y replace sans beaucoup de lutte. La plupart, au bout de quelques jours, semblent influencés par cette consigne de rester au lit, ils s'y maintiennent plus qu'il ne serait légitime de le penser, considération prise de leur état d'agitation. Les malades sentent là comme un point d'attache. L'habitude deviendrait ici une sorte de camisole morale (1). »

Le grand résultat, c'est l'apaisement de l'orage maniaque. L'alitement abolit l'état maniaque suraigu, comme la suppression de la camisole de force a aboli la fureur maniaque, « la colère du maniaque », selon le mot d'Esquirol.

Quelques auteurs ont prétendu que l'alitement abrégeait la durée de la manie. Nous ne pouvons confirmer ce fait. Pour Bernstein (2), le repos au lit ne guérit pas plus vite, mais les symptômes perdent de leur intensité. L'accès maniaque, pour nous, diminue en intensité, mais non en durée.

Les avantages d'alitement dans la manie consistent, au début, dans l'amélioration physique et dans l'influence très favorable dans le sens psychique.

Pourtant il nous reste une objection, qui fut celle des grands aliénistes français Pinel, Esquirol. Les maniaques ont un besoin impérieux de mouvement, il convient de laisser se produire ces décharges motrices. Or, en les condamnant à rester au lit, on contredit une indication formelle, qu'un siècle d'observation a consacrée.

Mais comme, d'autre part, l'alitement a fait ses preuves, il faut choisir un régime mixte qui associe la méthode de liberté absolue au repos au lit.

Voici ce que nous proposons : Le maniaque restera au lit les quinze ou vingt premiers jours, le temps de laisser passer l'orage. Les infirmiers ne devront intervenir qu'au cas où le malade quitterait le lit. Donc, même au lit, le maniaque aura le moyen de se mouvoir.

Au bout de ce temps, il fera une promenade quotidienne en plein air, d'une heure dans l'après-midi pour commencer. On prolongera chaque jour jusqu'à laisser le maniaque dans le jardin toute l'après-midi. De cette façon, le patient profitera avantageusement des deux méthodes. Si des paroxysmes se produisent, on supprimera la promenade.

Le *délire aigu*, délire pyrexique, doit être soigné par l'alitement, autant pour combattre la fièvre que l'agitation.

Dans *les délires hallucinatoires aigus*, l'alitement est d'un heureux effet. En diminuant les sensations, il diminue l'intensité des hallucinations, cause principale de l'agitation.

Les autres *états maniaques* sont également compatibles avec le séjour au lit.

Le *délire alcoolique*, avec ses hallucinations multiples et terrifiantes, est le type de la manie toxique. Les alcooliques délirants, épuisés par la mauvaise alimentation antérieure, par les insomnies, les cauchemars, se trouvent fort bien alités, quoiqu'ils continuent à délirer, à se débattre contre les assassins de leurs rêves.

Dans la cure du *morphinisme*, l'alitement doit être rigoureusement appliqué. On réagira ainsi, pendant la période de démorphinisation, contre l'agitation et l'angoisse des premiers jours. En diminuant l'épuisement de l'organisme et la fatigue physique, on aura plus de chance d'éviter les troubles cardiaques qui sont fréquents.

Les crises passagères *d'agitation*, qu'on observe chez les déments, les idiots ou les délirants chroniques, doivent être traitées au lit.

Les *délirants systématiques chroniques* sont rebelles à la thérapeutique : ils interprètent tout dans le sens de leur délire.

(1) L. Meyer. Rest and exercice in the treatment of nervous and mental diseases, *Journ. of ment. Sc.*, avril 1896.

(2) Timoféiev. Méthode de traitement des aliénés, dite du lit (en russe), *Arkhiv psikhiatr.*, XIX, 3.

(3) Govséiev. Le régime du lit et sa valeur dans le traitement des aliénés (en russe), *Obozr. psikhiatr.*, 1896, p. 5.

(1) Paul Garnier. *Internement des aliénés*, Paris 1898.

(2) Bernstein. Sur le rôle du séjour au lit dans le traitement des aliénés, *Ann. méd.-psychol.*, 1897.

Néanmoins, il sera bon de les tenir au lit dans les moments d'agitation.

L'alitement dans la paralysie générale. — On a conseillé de faire coucher tous les paralytiques généraux dans le but d'atténuer les symptômes précurseurs. On laissait le malade jusqu'à six semaines au lit. L'alitement, suivant Rœhrich, avait pour but de prévenir les attaques apoplectiques ou convulsives.

Il y a contradiction. Si la théorie et l'explication physiologique sont justes, ce que nous croyons, l'alitement ne conviendrait pas aux paralytiques généraux. Durant le séjour au lit, l'irrigation encéphalique se fait abondamment, la couche corticale se congestionne, et c'est surtout cela qu'il faut éviter dans la paralysie générale, non seulement parce que cette stase est défavorable pour l'inflammation chronique de l'encéphale, mais parce que de cette congestion résultent des attaques apoplectiformes et de l'agitation.

Nous avons eu souvent l'occasion de constater que l'alitement produit de l'agitation chez les paralytiques généraux. Tout dernièrement, l'un de nous observait de l'excitation maniaque chez un paralytique que, par erreur de diagnostic, on avait alité comme neurasthénique. La suppression du séjour au lit a fait céder l'excitation psycho-motrice.

Dans la majorité des cas, l'alitement est défavorable aux paralytiques. Quelques sujets, atteints d'une forte dépression, de gâtisme, de confusion, chez lesquels on n'a pas à redouter la congestion cérébrale, peuvent en bénéficier dans une certaine mesure, mais ils doivent être l'objet de beaucoup de surveillance.

II

L'ALITEMENT DANS LES NÉVROSES. — L'alitement rend autant de services, sinon davantage, dans les névroses et les affections cérébrales en foyers. Jusqu'à présent, on néglige ce mode de traitement et l'on soigne les névrosés debout, sauf dans les formes graves.

Sans entrer dans des discussions, disons qu'une névrose est, pour nous, un état morbide, sans lésion anatomique actuellement appréciable, dans lequel on observe une modification fonctionnelle des facultés morales, constituant un état psychique complexe et, secondairement, des troubles de la sensibiliié et de la motilité.

L'*hystérie*, avec le rétrécissement du champ psychique et les troubles sensorio-moteurs, est une névrose par excellence.

La *neurasthénie* en est une autre, typique, avec son cortège de phénomènes mentaux.

L'*épilepsie* vient ensuite et peut faire partie des névroses, telles que nous les comprenons. Les observations de Bravais et de Jackson ont mis à jour les épilepsies partielles, par lésions corticales; les travaux récents ont prouvé qu'il existe des épilepsies d'origine toxique, saturnine, alcoolique et même infectieuse (syphilis, etc.). Il n'en reste pas moins vrai que l'épilepsie, même essentielle, sans aucune cause apparente, est la conséquence d'une prédisposition héréditaire, et que les toxiques ne produisent l'attaque que sur un terrain préparé (1).

L'alitement dans l'épilepsie. — L'indication dans l'épilepsie envisage deux points, le séjour au lit pour la crise épileptique et l'alitement dans la manie épileptique. Neisser (2), en 1893, a insisté sur les bienfaits que l'alitement procure aux épileptiques. Les crises diminuent de nombre et d'intensité et les malades augmentent de volume, deux avantages qu'on ne peut négliger.

Mais ce mode de traitement n'a pas été mis en pratique en France, parce que les épileptiques, en dehors de leurs crises, ne se sentent pas assez malades pour rester docilement au lit. Et pour une maladie chronique, telle que l'épilepsie, on ne peut songer à pratiquer un alitement qui durerait toute la vie. Il ne peut en être question que si les accès ont une très grande fréquence.

Quant à l'alitement pendant la fureur épileptique, les avis sont partagés. Pour les uns, il est nécessaire; pour les autres, inutile. On sait que la fureur maniaque d'un épileptique est très difficile à traiter au lit, parce que, même maintenu par plusieurs infirmiers, le sujet est encore capable de s'agiter et de devenir dangereux. La force musculaire développée par les maniaques épileptiques est énorme. Maintenir un tel individu au lit, c'est abuser de l'alitement et n'en pas comprendre le sens clinique. C'est dans une chambre capitonnée, avec des matelas sur le parquet et un grand vasistas à la porte, qu'il faut déposer le malade durant tout le temps de son extrême agitation. Celle-ci s'y calme plus vite et ne s'exaspère pas dans la solitude, tandis qu'elle se prolonge et devient furieuse si l'on veut tenir le malade au lit.

Dans les cas d'agitation d'intensité moyenne, si l'on peut aliter le sujet sans lutte, sans déploiement de forces, il faut le faire. La surveillance sera constante.

Dans l'hystérie. — L'alitement dans l'hystérie n'est appliqué que dans les cas graves. Les petites crises, les contractures, les paralysies et autres manifestations hystériques ne sont pas traitées au lit. C'est un tort. Dans toutes les formes de l'hystérie, à manifestations paroxystiques légères ou graves, l'alitement rend des services indéniables.

L'action physiologique est celle que nous avons observée chez les mélancoliques. Les hystériques ont besoin du repos physique et psychique. Leur nutrition générale, la circulation, la respiration profitent des avantages du séjour au lit. Les phénomènes sensoriels et sensitifs perdent leur acuité. Les résultats cliniques sont appréciables.

Toutefois, ce mode de traitement n'est pas applicable en ville, dans la famille. A l'alitement, il faut joindre l'isolement. Dans la famille, l'hystérique alité est toujours sous l'influence pernicieuse de l'entourage, du milieu; les avantages de l'alilement sont amoindris par l'action que la famille exerce sur le malade.

Même dans les cas d'hystérie légère, l'alitement viendra s'ajouter à l'isolement.

Dans la neurasthénie. — Depuis Weir Mitchell, on alite les neurasthéniques gravement atteints. Cette méthode a déjà donné des preuves d'efficacité, et les cas de guérison relatives à la forme grave, dans un temps court, sont nombreux. L'alitement, combiné à l'isolement, est le traitement classique des formes invétérées de la neurasthénie. Ce qui étonne, c'est qu'on n'ait pas songé à l'appliquer dans les cas moyens.

Le neurasthénique est incapable d'agir, de réagir : on lui ordonne généralement des distractions; il est atteint d'une asthénie générale : on lui prescrit des promenades, des exercices. On veut le secourir malgré ses protestations.

C'est cependant un épuisé qui a besoin de repos avant tout, repos au lit, physique et moral. Les neurasthéniques traités debout ne guérissent pas, ou seulement après des années.

(1) COLOLIAN. La toxicité du sang dans l'épilepsie, *Arch. de neurol.*, 1899.

(2) NEISSER. Loc. cit.

Si on leur applique l'alitement dès le début, la guérison est de beaucoup plus rapide.

Certes, on ne peut condamner le neurasthénique à s'aliter tout le jour; mais, suivant l'intensité des troubles, l'anxiété, les symptômes, on ordonnera un séjour au lit plus ou moins prolongé. On conseillera par exemple, dans un cas moyen, un repos de quatorze à seize heures sur vingt-quatre. Même dans les formes légères, on tire avantage du séjour au lit.

Dans les formes graves, le repos sera absolu et prolongé. Le malade, isolé, restera au lit sans causer, ni lire, ni écrire; l'encéphale, les muscles, tout l'organisme se détendra. Cette condition est la seule favorable pour la réparation des centres nerveux, pour l'apaisement de l'excitation psychomotrice.

Non seulement les malades s'y prêtent volontiers, parce qu'ils en sentent le besoin, mais beaucoup de symptômes l'imposent dès le début. Il serait fastidieux d'énumérer tous ces signes, dont plusieurs font partie du cortège de la mélancolie, relevant des mêmes indications. Mais n'omettons pas les troubles psychiques, l'anxiété, l'inquiétude, etc., que les neurasthéniques accusent et que l'alitement combat. L'insomnie diminue et les troubles dyspeptiques s'amendent.

L'effet moral du traitement est à considérer. A l'encontre des divers praticiens qui déjà, sans doute, ont, presque en riant, répondu au neurasthénique : « Ce n'est rien », on lui impose le lit; on reconnaît donc par là même qu'il y a maladie. Il estime qu'on a enfin compris sa maladie. Dès ce jour, l'influence du médecin s'impose, et la psychothérapie, adroitement appliquée, complètera le traitement.

MÉDECINE PRATIQUE

L'association du trional et de la paraldéhyde.

L'administration du trional en poudre, sous forme de cachets, comporte comme principaux inconvénients la lenteur et l'irrégularité de l'action à produire. Aussi a-t-on depuis longtemps cherché un mode d'administration plus rapide et plus sûr,

Les récentes recherches de M. Ropiteau (1), en mettant en évidence la solubilité du trional dans les huiles, permettent précisément de prescrire le trional sous des formes médicamenteuses faciles à ingérer et contenant, sous un petit volume, et en dissolution, la dose médicamenteuse moyenne de trional.

On pourra avoir recours, avec avantage, à l'une des formules suivantes.

POTION ÉMULSIVE

Solution huileuse de trional à 5 p. 100	60 grammes.
Mucilage de Carragaheen à 5 p. 100	70 —
Glycérine	15 —
Eau de laurier-cerise	10 —

Mêlez. — Chaque cuillerée à soupe contient 30 centigrammes de trional et 1 gramme d'eau de laurier-cerise.

LAVEMENT

Solution huileuse de trional à 8 p. 100	10 grammes.
Jaune d'œuf	n° 1
Lait	125 grammes.

Pour un adulte.

(1) Th. de Paris, 1900, n° 311.

SUPPOSITOIRE

Trional	40 centigr.
Beurre de cacao	4 grammes.

Pour un adulte.

Trional	5 centigr.
Beurre de cacao	2 grammes.

Pour un enfant.

Le trional n'est pas seulement soluble dans les huiles végétales, il l'est aussi dans la paraldéhyde; l'association de ces deux médicaments constitue un nouvel hypnotique quatre à cinq fois plus actif que le trional, et qui peut être employé assez longtemps sans crainte d'accoutumance ni d'accumulation.

Les formules suivantes peuvent être recommandées.

POTION

Solution huileuse normale de trional et de paraldéhyde	45 grammes.
Mucilage de Carragaheen	90 —
Kirsch	15 —

Mêlez. — Chaque cuillerée à bouche contient 30 centigrammes de trional et 60 centigrammes de paraldéhyde pure.

(La solution normale est ainsi préparée par M. Ropiteau :

Trional	1 gramme.
Paraldéhyde	2 —
Huile d'amandes douces	15 —

Mélanger trional et paraldéhyde dans un flacon fermé, agiter, puis ajouter l'huile et achever la dissolution au bain-marie à 60 degrés.)

LAVEMENT

Solution normale de trional et de paraldéhyde	8 à 15 grammes.
Jaune d'œuf	n° 1
Lait	125 grammes.

Pour un adulte.

SUPPOSITOIRE

Trional	20 centigr.
Paraldéhyde	40 —
Beurre de cacao	4 grammes.

Pour un adulte.

Trional	5 centigr.
Paraldéhyde	15 —
Beurre de cacao	1 gramme.

Pour un enfant.

CAPSULES GÉLATINEUSES

Trional	5 centigr.
Paraldéhyde	10 —
Huile d'amandes douces	70 —

Pour une capsule, n° 20, deux à huit par jour.

Prophylaxie des accidents de la narcose chloroformique.

Pour prévenir les accidents de la narcose chloroformique, M. Feilchenfeld (de Berlin) emploie avec succès la teinture de strophantus, dont il donne v à vi gouttes la veille de l'opération et autant le lendemain matin, peu de temps avant l'opération.

D'après M. Feilchenfeld, ce serait un calmant de premier ordre qui rendrait des services chez les individus bien portants, chez lesquels, dans l'attente d'une action inaccoutumée (examen, discours en public, apparition sur la scène, etc.), se produit un état d'excitation accompagné d'angoisse précordiale et de palpitations (1).

(1) *Presse méd.*

Traitement des nœvi vasculaires des nourrissons.

M. Unna (de Hambourg) traite, avec succès, chez les nourrissons, les nœvi vasculaires par la compression au moyen du collodion ichtyolé. Il badigeonne le nœvus 2 ou 3 fois par jour avec un mélange de :

Collodion .... 9 parties.
Ichtyol .... 1 —

jusqu'à ce qu'il se forme une croûte noirâtre, épaisse, qu'on laisse ensuite se détacher d'elle-même. Puis on recommence le même badigeonnage, en s'aidant au début d'un attouchement avec la pointe fine d'un thermocautère ou d'un galvanocautère.

Le traitement doit être continué longtemps, même après la guérison apparente du nœvus. (*Journ. de méd. de Paris.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 15 AU 20 OCTOBRE 1900)

Examens de doctorat.

MERCREDI 17 OCTOBRE, à une heure. — 5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Segond et Delbet ; — (2e série) : MM. Delens, Reclus et Lejars — (2e partie) : MM. Joffroy, Chauffard et Widal ; — M. Rémy, suppléant.

VENDREDI 19 OCTOBRE, à une heure. — 4e : MM. Pouchet, André et Wurtz.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Tillaux, Broca et Walther ; — (2e série) : MM. Delens, Poirier et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Gaucher et Teissier ; — M. Sébileau, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lesage et Wallich ; — M. Desgrez, suppléant.

SAMEDI 20 OCTOBRE, à une heure. — 5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Berger, Thiéry et Faure ; ; — (2e série) : MM. Campenon, Richelot et Albarran ; — (2e partie) : MM. Hutinel, Achard et Roger ; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Bar et Bonnaire ; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat et de l'externat. — Le jury de l'internat est provisoirement composé de MM. Hudelo, De Gennes, Delbet, Rieffel, Villemin, Picqué, qui ont accepté ; MM. Queyrat, Guinon, Doléris, Guyon n'ont pas fait connaître leur acceptation.

Le jury de l'externat est provisoirement composé de MM. Macaigne, Soupault, Bruhl, Renault, Chevallier, Marion, Riche, qui ont accepté ; M. Tissier n'a pas encore accepté.

Hôpitaux de Bordeaux. — *Concours de l'internat et de l'externat.* — Le concours d'internat a commencé lundi 1er octobre 1900 à l'hôpital Saint-André, à huit heures du matin. La composition écrite a eu pour titre : « Vessie. Symptômes et diagnostic des calculs de la vessie. »

Le concours de l'externat a commencé mardi. Le sujet de la première série de l'épreuve orale était : « Biceps. Symptômes et diagnostic de l'érysipèle. »

Deuxième série : « Muscles péroniers. Varices du membre inférieur. »

Distinctions honorifiques. — M. Vialet, médecin de deuxième classe, vient d'être promu au grade de chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Marine. — M. Chassériaud, médecin de première classe de la marine, a été nommé au même grade dans la réserve de l'armée de mer et affecté au port de Rochefort.

— M. le médecin de première classe Barthélemy, du cadre de Cherbourg, a été nommé secrétaire du conseil supérieur de la marine en remplacement de M. le médecin principal Laugier, appelé à d'autres fonctions.

— Ont été promus dans corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. Aubert, médecin de première classe en remplacement de M. le docteur Géraud, décédé.

Au grade de médecin de première classe. — M. Ferrandini, médecin de deuxième classe en remplacement de M. Aubert, promu.

— M. le docteur Aubert, du cadre de Toulon, est appelé à servir au port de Cherbourg.

M. le docteur Ferrandini est maintenu provisoirement sur le *Scorpion*.

— M. le médecin de première classe Depied est désigné pour embarquer sur la *Foudre* en remplacement de M. Aubert.

M. le médecin de deuxième classe Michel est appelé à embarquer sur l'*Ibis* en remplacement de M. le médecin de première classe Aurégan, qui est affecté au cadre de Cherbourg.

— M. le médecin de deuxième classe Boy, du cadre de Toulon, désigné pour le *Capricorne*, est autorisé à permuter avec M. Lowitz, du cadre de Rochefort, désigné pour la prévôté de l'île de Sein.

Faculté de médecine de Paris. — LIMITE DES CONSIGNATIONS POUR LES EXAMENS QUI NE SE PASSENT PAS EN SESSIONS ET POUR LA THÈSE. — I. Les consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues les lundis et mardis, de midi à trois heures, jusqu'aux dates ci-après indiquées :

Doctorat (ancien régime). — Deuxième examen, première partie, jusqu'au 5 mars 1901. (Toutefois, les élèves entrant en troisième année au mois d'octobre 1900 ne pourront consigner que les 4 et 5 mars 1901.) Deuxième examen, deuxième partie, jusqu'au 5 février 1901 (voir l'avis pour les consignations des examens se passant en session). Troisième examen, première partie, jusqu'au 18 février 1901. Troisième examen, deuxième partie, jusqu'au 16 avril. Quatrième examen, jusqu'au 14 mai. Cinquième examen, première partie, jusqu'au 11 juin 1901. (Les candidats à cet examen ne seront admis à consigner que sur la justification du stage obstétrical exigé.) Cinquième examen, deuxième partie, jusqu'au 25 juin 1901. Thèse, jusqu'au 25 juin 1901. (Passé le 25 juin, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.)

Doctorat (nouveau régime). — Premier examen, jusqu'au 5 mars 1901. (Toutefois, les élèves entrant en deuxième année au mois d'octobre 1900, ne pourront consigner que les 1er, 2, 4 et 5 mars 1901.) Deuxième examen, jusqu'au 5 février 1901. Troisième examen, première partie, jusqu'au 18 février 1901, deuxième partie, jusqu'au 16 avril 1901. Quatrième examen, jusqu'au 14 mai 1901. Cinquième examen, première partie, jusqu'au 11 juin 1901 ; deuxième partie, jusqu'au 25 juin 1901. Thèse, jusqu'au 25 juin 1901.

Officiat. — Premier examen définitif, jusqu'au 5 mars 1901. Deuxième examen définitif, jusqu'au 16 avril 1901. Troisième examen définitif, jusqu'au 25 juin 1901.

II. MM. les candidats ajournés avant le 1er juin 1901 sont informés que : 1° l'épreuve pratique d'anatomie sera renouvelée dans la deuxième quinzaine de juin (à partir du 10 juin) ; l'épreuve pratique de médecine opératoire, à partir du 29 avril et dans la deuxième quinzaine de juin (à partir du 10 juin) ; 2° les épreuves orales seront renouvelées : à partir du 10 juin, pour les candidats ayant échoué avant le 12 mai ; à partir du 24 juin, pour les candidats ayant échoué après le 12 mai et avant le 1er juin.

Les candidats ajournés pour la médecine opératoire consigneront les 18 et 19 mars, ou les 20, 21 et 28 mai, inclusivement, dernier délai. Pour les examens autres que la médecine opératoire : les candidats ajournés avant le 12 mai consigneront les 20, 21 et 28 mai, inclusivement, dernier délai ; les candidats ajournés après le 12 mai et avant le 1er juin consigneront les 10 et 11 juin, inclusivement, dernier délai. Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

Les élèves ajournés après le 1er juin à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

N.-B. — En se présentant au secrétariat (guichet n° 3) pour consigner, MM. les étudiants devront être munis de leur feuille d'inscriptions.

MM. les étudiants qui désirent terminer leurs études sont priés de ne pas attendre la limite des consignations. Ceux qui consignent à cette époque ne sont appelés ordinairement que trois semaines et quelquefois un mois après.

Inscription des élèves nouveaux. — L'inscription des élèves nouveaux, pour l'année scolaire 1900-1901, aura lieu tous les jours, de midi à trois heures, au secrétariat de la Faculté, du 1er octobre au 15 novembre 1900.

La première inscription sera délivrée sur la production des pièces suivantes : 1° acte de naissance; 2° consentement du père ou tuteur (ce consentement doit indiquer le domicile du père ou du tuteur : la signature doit être légalisée. — La production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur); 3° diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie); 4° certificat d'études physiques, chimiques et naturelles; 5° certificat de revaccination faite sous le contrôle de la Faculté.

Toutes ces pièces sont indispensables pour l'établissement du dossier scolaire.

Exercices de dissection. — Les exercices de dissection et le classement dans les pavillons de dissection (École pratique de la Faculté et amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux) auront lieu comme suit :

I. *Étudiants de deuxième année de dissection.* — A partir du 1er novembre 1900, les étudiants de deuxième année de dissection seront appelés et classés dans les pavillons de la Faculté et de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, d'après la note obtenue pendant la première année de dissection.

Seront inscrits et convoqués d'office, pour le choix des pavillons, les étudiants qui auront pris, en juillet 1900, à la Faculté de médecine de Paris, la huitième inscription (ancien régime d'études : 1878) ou la quatrième inscription (nouveau régime d'études : 1893).

Sont invités à demander, par écrit, leur inscription, avant le 15 octobre 1900, les étudiants qui seraient en cours irrégulier d'études, et qui n'auraient pas disséqué pendant deux semestres — ou qui auraient pris la huitième ou la quatrième inscription dans une Faculté ou École des départements (le dossier des élèves venant de province devra être transféré à Paris avant le 15 octobre).

Pour 1900-1901, le classement aura lieu au petit amphithéâtre de la Faculté, à neuf heures du matin, le vendredi 26 octobre 1900.

Une lettre de convocation individuelle sera adressée à chaque étudiant, du 15 au 20 octobre.

(Faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu.)

II. *Étudiants de première année de dissection.* — Ces étudiants seront classés et convoqués d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux d'entre eux qui appartiendraient à l'ancien régime d'études demanderont, par écrit, leur inscription, après avoir pris la cinquième inscription.

Les étudiants appelés sous les drapeaux en 1900-1901 sont priés d'en informer le doyen aussitôt que possible.

— *Travaux pratiques réglementaires.* — Les travaux pratiques sont réglementaires ou facultatifs et sont énumérés aux affiches générales des cours de chaque semestre.

Les droits afférents aux travaux pratiques réglementaires sont acquittés trimestriellement en prenant l'inscription correspondante.

MM. les étudiants immatriculés, mais dont la scolarité est interrompue, sont tenus, pour être admis aux travaux pratiques réglementaires, d'acquitter le même droit de travaux pratiques que les étudiants en cours de scolarité.

Travaux de laboratoire, travaux pratiques facultatifs. — Peuvent y être admis, à condition d'y être autorisés par M. le Doyen, sur leur demande écrite et après immatriculation : 1° tous les étudiants de la Faculté; 2° les docteurs et étudiants français et étrangers, etc. L'autorisation est valable pour un trimestre.

Le droit trimestriel à acquitter par MM. les étudiants admis dans les laboratoires de recherches est fixé de 50 à 150 francs.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dauvergne (de Marseille); Esnault (de [illegible]agor); Komorowski (de Mondoubleau); Kemmerer (de Saint-Martin-de-Ré); Bouliech (de Montpellier); et de M. Croquison, étudiant à Lille.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Exposition universelle de 1900.* — *Trains spéciaux.* — A l'occasion de l'Exposition universelle, la Compagnie mettra en marche, pendant le mois d'octobre, des trains spéciaux, à prix réduits, comprenant des voitures de 2e et 3e classes, au départ de Nice, Cette, Clermont-Ferrand, Saint-Étienne, Besançon, Genève et Lyon. — Pour renseignements, voir les affiches et prospectus publiés par la Compagnie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 116. — JEUDI 11 OCTOBRE 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 11 OCTOBRE 1900. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Érosion chimique des dents, par M. le docteur Léon Frey, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'École dentaire de Paris, dentiste des hôpitaux. — Séance de l'Académie de médecine. — Revue de la Presse. *Médecine* : De la desquamation dans la fièvre typhoïde chez l'adulte; — Diagnostic bactériologique de la diphtérie; — *Chirurgie :* La gastrostomie dans les opérations intéressant le pharynx et l'œsophage; — Méthode pratique pour stériliser les éponges par l'ébullition; — *Gynécologie :* Le traitement des bartholinites par les injections d'alcool salicylé à saturation; — *Maladies de l'enfance :* Le tannin et les préparations de sels d'argent dans le catarrhe intestinal; — Emploi du sozoiodolate de soude dans les angines scarlatineuses; — *Thérapeutique :* Pouvoir antiseptique de la glycérine. — Variétés. — Chronique et nouvelles scientifiques.

ÉROSION CHIMIQUE DES DENTS

Par M. le docteur Léon Frey, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'École dentaire de Paris, dentiste des hôpitaux.

I

Introduction. — Parmi les maladies de la dent, il en est deux qui regardent tout particulièrement le médecin, car toutes les deux sont nettement des manifestations arthritiques: manifestations d'ailleurs absolument différentes l'une de l'autre, et qui, lorsqu'elles se rencontrent sur le même sujet, ne sont jamais concomitantes, ces deux affections sont la pyorrée alvéolaire et l'érosion chimique des dents.

Nous verrons plus loin les rapports qui peuvent exister entre elles; pour l'instant, nous allons nous attacher à l'étude de l'érosion chimique.

Définition et synonymie. — « Le terme *d'érosion chimique* désigne un processus par lequel les tissus durs de la dent sont rongés et détruits principalement sur la surface labiale et près du bord cervical. » (Bödecker, *Anatomy and Pathology of the teeth*, Philad. 1894). Ce qui la caractérise, c'est sa dureté et son poli.

Cette altération avait déjà été reconnue et spécifiée par Black, Kirk, Perry, etc. (Black, Abrasion and erosion of the teeth, (*Americand syst. of Dentistry*, Philad. 1886).

Kirk (Erosion, *Intern. Dent. journ.*, 1886). Perry (Erosion of the teeth, *Intern. Dent. journ.*, 1893).

Elle a été longuement étudiée par Znamensky (On the question of the origin of the cuneiform defects of teeth, Erosion of teeth, *Journ. of the British Dental Assoc.*, 15 janvier, 15 février 1898), professeur de l'Université de Moscou, sous le nom de *défectuosité cunéiforme*.

Les auteurs américains réservent le nom d'*abrasion* à l'usure mécanique des dents. Ils donnent le nom d'*atrophie* à ces troubles congénitaux de structure que nous connaissons en France sous le nom d'érosion. C'est d'ailleurs ce terme d'atrophie qu'emploient Fournier dans l'article « Dent » du dictionnaire en 60 volumes, Harris et Austen dans leur traité de l'art du dentiste, Parrot, etc.

Description. — Sur des dents en général grandes, blanches, luisantes, non recouvertes de tartre, ordinairement au collet quelquefois sur la face même, survient une perte de substance qui débute par un point très limité, mais s'agrandit peu à peu; le petit trou, la petite rainure deviennent progressivement une excavation creusée comme à l'emporte-pièce. Ordinairement, sur une coupe verticale de la dent, l'érosion présente une forme triangulaire à sommet dirigé vers la pulpe et à base périphérique. Ses dimensions varient, elles peuvent se limiter à une perte de substance horizontale, une rainure au collet ou gagner toute la face de la dent, enlevant de l'épaisseur à la totalité de la couronne.

Dans une observation de Michaëls, la canine supérieure droite est rongée sur toute sa surface labiale dans près de la moitié de sa hauteur et présente l'aspect d'un bec de flûte.

Black a observé un cas où l'érosion était allée jusqu'à diminuer la hauteur des incisives, indépendamment de toute usure articulaire, les dents étant articulées, de telle sorte qu'elles ne pouvaient se rencontrer.

Ces défectuosités apparaissent le plus fréquemment sur la *face labiale*, quelquefois sur les *faces interstitielles*, plus rarement sur la *face linguale*. Leurs bords sont très nettement marqués comme par un trait de scie, l'inférieur toujours plus accentué que le supérieur; quelquefois cependant ils sont comme émoussés. Leur surface paraît le plus souvent luisante et polie. A l'œil nu on n'y peut distinguer la moindre irrégularité, mais Znamensky a démontré qu'avec une forte loupe on y aperçoit *quelques cavités en forme de soucoupe*. Dans certains cas, ces cavités sont plus nettement marquées et visibles même à l'œil nu; c'est du nombre et de la grandeur de ces cavités en soucoupe, que dépendraient les modifications observées à la surface des défectuosités, car au fond de la soucoupe l'éclat, l'aspect luisant se perd peu à peu, il peut même faire place à des inégalités raboteuses.

La coloration de l'érosion est des plus variables; ordinairement elle est de la couleur de la dent, polie et luisante, mais elle peut être aussi d'un jaune plus foncé, brunâtre, quelquefois même elle est presque noire. La même défectuosité peut présenter plusieurs colorations, le centre est très foncé, et la périphérie s'éclarcit jusqu'à confondre sa couleur avec le reste de la dent.

La consistance varie également : plus le fond en est som-

bre, plus il est résistant au grattage; quand la surface est rugueuse, sa dureté est moindre, ainsi d'ailleurs que sa sensibilité.

Cette sensibilité est manifeste au froid, au sucré, au salé, aux acides, au contact d'un instrument, de la brosse, de l'ongle.

La sensibilité de la surface érodee n'est donc pas toujours la même : quand la dentine n'est pas décolorée elle est très sensible, même à un faible contact, comme celui de l'ongle, mais si la dentine est sombre, brune, sa sensibilité s'émousse. Celle-ci, variable suivant le genre d'érosion chimique, varie encore sur la même érosion, qui pourra en effet être plus sensible dans une période de surexcitation nerveuse ou dans une période de crise dyspeptique. Dans ce dernier cas, on peut se demander si c'est à cause d'une hyperacidité salivaire ou d'une hyperexcitabilité nerveuse secondaire du malade.

Comment se développe en général la défectuosité cunéiforme? La gencive commence par se rétracter; Bödecker prétend même que la gencive est toujours enflammée et rétractée; le collet de la dent est mis à nu, une couche de cément disparaît, mettant à découvert la dentine, où se forment des petites cavités en soucoupe séparées les unes des autres. Cette érosion se creuse peu à peu, mais la marche en est le plus souvent très lente. Cependant « sur les dents qui ne sont pas très fortement organisées, les défectuosités deviennent rapidement profondes » (Znamensky). Alors commence la réaction pulpaire, au moyen de la dentine de remplacement. Cette dentine secondaire se forme quelquefois en si grande abondance qu'elle remplit complètement la cavité pulpaire.

Cependant il peut arriver que l'érosion gagne toujours en profondeur, malgré la dentine de résistance, jusqu'à atteindre le côté opposé de la dent et la décapiter de sa couronne.

Quand la marche de l'affection est rapide (quoique durant encore quelques années), la pulpe peut n'avoir pas le temps de se défendre, elle s'enflamme et se mortifie.

Les dents antérieures sont plus fréquemment atteintes que les postérieures, les dents de droite (d'après Franck Acker) que celles de gauche; canines (Bödecker), puis petites molaires, puis incisives; selon Black, les incisives sont les plus fréquemment touchées, puis les canines.

Nombre variable; une dent seulement peut être touchée, et l'on cite des cas où toutes les dents présentaient des érosions chimiques. Enfin la même dent peut être atteinte en plusieurs endroits. Celles de la mâchoire supérieure peuvent être atteintes plus fréquemment que celles de la mâchoire inférieure. Souvent, ce sont les dents homologues qui sont touchées.

Quand l'arcade est irrégulière, les dents rejetées en dedans sont rarement affectées.

Wolkhoff a signalé le fait très intéressant de défectuosités cunéiformes, observées sur des dents artificielles; Wedl sur des dents incluses dans des kystes dermoïdes des ovaires; on en a signalé encore sur des défenses d'éléphant.

II

Anatomie pathologique. — Les notions anatomo-pathologiques, qui ressortent des travaux de Baume, Wolkhoff et Schlenker, ne sont pas encore nettement établies. Pour Baume, comme pour Znamensky d'ailleurs, la surface de l'érosion chimique est très inégale, constituée par une rangée de cavités en forme de godets, analogues aux lacunes de Howship.

Wolkhoff n'accepte leur présence que dans les débuts de la lésion, il nie leur existence ultérieurement.

A côté de ces cavités, la dentine présenterait des fissures parallèles aux canalicules. Mais Schlenker et Wolkhoff, remarquant que ces fissures n'existent jamais sur les préparations fraîches, les attribuent à leur dessiccation. Tous ces auteurs s'accordent pour reconnaître l'existence d'une zone plus ou moins étroite de dentine translucide, qui limite la défectuosité cunéiforme.

III

Pathogénie. — *Théorie mécanique.* — C'est l'abrasion à proprement parler (v. p. 2, définition). M. Cruet, dans son traité de pathologie, incrimine les brosses, les poudres, les frottements divers : « elles s'observent surtout, dit-il, chez des personnes très soigneuses de leurs dents (trop) et faisant abus de tous les dentifrices. » Théorie admise également par Tomes, Zugmonds, Salter, Niemeyer, Parreidt, etc.

Théorie chimico-mécanique. — (Schlenker, Wolkhoff, Bastyr, Scheff, Brandt). Sous l'influence d'éléments chimiques plus ou moins acides, une couche mince de dentine est décalcifiée; cette partie ramollie est enlevée par le nettoyage des dents, par le frottement des joues et des lèvres pendant la mastication. Les surfaces sont luisantes à cause du frottement, elles ont une consistance généralement dure, car les parties ramollies seules peuvent être enlevées.

Bastyr en fit la démonstration expérimentale : il prit des dents déjà atteintes, les plaça dans de la cire, mais en laissant les défectuosités cunéiformes à découvert, et il les mit dans une solution acide de sorte que les surfaces des défectuosités étaient seules en contact avec cette solution. Après quelques heures, les dents furent retirées et la surface de chaque érosion frottée avec une brosse molle durant plusieurs secondes; peu à peu la défectuosité s'élargissait et se creusait, conservant toujours un fond uni et brillant.

Cette théorie ne peut expliquer la présence des défectuosités cunéiformes sur les dents des bœufs, des chevaux, des vaches, dont la salive est constamment alcaline; sur les dents trouvées dans des kystes ovariques, dont le liquide est alcalin sur les défenses d'éléphant, lesquelles ne sont pas humectées par la salive; sur les dents d'individus qui ignorent absolument l'usage des brosses et des poudres.

Notons ici, comme souvenir l'opinion de Leber et Rottenstein qui considéraient la défectuosité cunéiforme comme une carie à marche très lente, les parties atteintes disparaissant aussitôt et le frottement des joues et des lèvres conservant à la surface malade sa netteté, son poli apparent. Ils furent amenés à cette opinion en observant au microscope le leptothrix dans les canalicules dentinaires et l'on sait le rôle essentiel qu'ils attribuaient à cet organisme dans le développement de la carie.

Théorie chimique. — Coleman nie tout à fait l'influence mécanique et n'attache d'importance pathogénique qu'à l'action des acides.

Michaëls (Congrès de Lyon 1898) est partisan de la théorie chimique. Il attribue l'érosion à l'action de la salive pathologique et il attache une importance toute particulière, pour expliquer sa localisation si nette, aux glandules salivaires labiales.

Elles sont situées entre la couche musculaire de l'orbiculaire des lèvres et la muqueuse qu'elles soulèvent. Très nombreuses, elles forment un anneau complet autour de l'orifice buccal. « Plus nombreuses sur les parties latérales qu'au

milieu et au niveau des commissures, ces glandes sont logées dans l'épaisseur du tissu conjonctif sous-muqueux et entourées de tissu adipeux. Pour examiner ces orifices glandulaires, on relève la lèvre, on la renverse en dehors et l'on sèche la surface. Au bout d'une minute, on voit perler une goutte du liquide qu'elles sécrètent .»

Quel principe chimique dans la salive peut dissoudre l'émail et produire l'érosion? D'après Michaëls, ce seraient des sulfocyanures alcalins dont il entrevoit l'action de la façon suivante : « Ils dissolvent l'osséine des dents et mettent à nu les éléments minéraux formant avec eux un sulfocyanure de calcium et des phosphates de potasse et d'ammoniaque solubles. »

Michaëls, pour prouver son hypothèse d'une réaction chimique dans la pathogénie de l'érosion, a fait l'expérience suivante : 1 gramme de sulfocyanure de K dans un litre d'eau, un tube capillaire en U renversé, l'une des branches plonge dans la solution de sulfocyanure, l'autre, très effilée, est munie d'un fil métallique qui soutient une dent naturelle. Celle-ci est mise en contact immédiat, par une de ses faces, avec la pointe du siphon capillaire. On l'amorce.

« Au bout de quelques jours, la surface de l'émail présentait des érosions absolument semblables à celles qu'on trouve dans la bouche des individus porteurs de cette lésion. »

Théorie vitalo-mécanique. — Baume prétend que les couches superficielles de dentine non recouvertes par la gencive ou l'émail meurent et tombent mécaniquement, s'exfolient par le frottement des lèvres des brosses, etc.

Mais Schlenker, Wolhkoff, Bastyr, Miller objectent que les couches de dentine mortifiée ne peuvent avoir aucune sensibilité et qu'au contraire la surface des érosions chimiques possède le plus souvent une dentine très sensible.

Théorie dentinaire de *Znamensky.* — Nous donnons ce nom à la conception du professeur Znamensky pour la raison suivante : la défectuosité cunéiforme serait une modification de l'*ivoire seulement*, modification pouvant se produire en dehors même de la bouche, mais facilitée dans certaines conditions, encore obscures, dues probablement à la diathèse de l'individu. D'aprés Znamensky, l'émail ne prend aucune part à la formation des défectuosités cunéiformes, elles sont dues « à une disparition de la substance agglutinante et au gonflement des parties organiques de la dentine ».

Rappelons-nous d'abord la constitution de cette dernière; elle comprend une partie organique et une partie inorganique. Traité par un acide qui dissout les sels calcaires, l'ivoire apparaît comme formé par une substance, organique, de consistance cartilagineuse. Cette substance insoluble dans l'eau, se transforme en gélatine par l'ébulition, elle se compose de deux substances organiques : l'*osséine* et l'*élastine.* L'osséine est analogue à la substance constitutive des fibres conjonctives, la substance collagène.

Elle se transforme en gélatine quand on la soumet à l'action des acides dilués à la température d'ébullition ou à l'action de l'eau surchauffée dans la marmite de Papin.

L'élastine est une substance albuminoïde très abondante dans les fibres élastiques, elle est insoluble dans les acides dilués, mais se décompose sous l'action de l'acide sulfurique ou de l'acide nitrique concentré. Elle est donc beaucoup plus résistante aux agents chimiques que l'osséine. C'est elle qui probablement forme les parois des canalicules et les gaines de Neumann.

Aussi, quand après avoir traité la dentine par un acide, on a obtenu les matières organiques et que par l'ébullition la plus grande partie de celles-ci s'est transformée en gélatine reste-t-il un résidu insoluble, l'élastine (Amoëdo, *Traité d'anatomie* de Poirier).

D'après Znamensky, le point de départ de l'affection serait dans la substance organique, qu'il appelle la *dentoïdine*, dans la disparition plus ou moins profonde de cette substance. Pour confirmer cette hypothèse, Znamensky s'est efforcé de la *vérifier expérimentalement* sur des dents en milieu acide par l'ébullition ; et par la caléfaction.

Pour l'ébullition, il emploie une solution chlorhydrique, à 20, 25 p. 100, atteint dans la marmite de Papin des températures variant de 105 à 160 degrés centigrades pour obtenir une disparition plus ou moins complète, totale même, à 160 degrés, de la substance organique. A 105, 110, 115 degrés, les parties superficielles de l'ivoire seulement sont touchées; leur substance organique disparaissant, leurs sels calcaires, n'étant plus réunis par cette sorte de trame, tombent à leur tour; l'érosion ainsi obtenue se polit très bien avec une brosse dure, prenant l'aspect de la « défection cunéiforme » ; on a protégé le reste de la dent avec une plaque d'étain perforée d'une ouverture pour permettre un brossage localisé à la racine près du collet. A une température plus élevée, les sels de chaux se séparent encore plus facilement les uns des autres et la cavité est plus profonde ; en outre, la transparence de la dentine est plus étendue ; au microscope elle présente des excavations en soucoupe, quand, à l'œil nu, sa surface apparaît encore lisse et polie. Au delà de 125 degrés, la dentine de la dent entière devient vitreuse et transparente.

Dans toutes ces expériences, l'émail a très peu perdu de sa dureté, il devient seulement plus cassant, résiste à l'action de la brosse, il borde la défectuosité cunéiforme plus ou moins, suivant qu'il y a plus ou moins de dentine enlevée au-dessous de lui.

Znamensky compare l'action de la « dentoïdine » à celle de l'oxyphosphate dans un ciment amalgame : si l'on met ce mélange obturateur dans une solution chlorhydrique à 20, 25 p. 100, l'oxyphosphate est dissous l'amalgame reste intact, mais ce n'est plus qu'une poudre d'amalgame sans cohésion.

Dans une autre série d'expériences, pour ne plus agir que sur une portion limitée de la dent, Znamensky employait la caléfaction. Des dents sont implantées dans une masse épaisse de plâtre de Paris humide, une portion seulement de la surface au collet étant libre, c'est sur elle qu'il envoyait la pointe d'une flamme de chalumeau; il voyait se former une cavité d'autant plus profonde que la flamme avait agi plus longtemps. La déchondration a pour résultat immédiat de faire disparaître l'union étroite entre la dentine et l'émail; celui-ci, n'étant plus fixé aussi fortement à la dentine, se brise d'autant plus facilement, quelquefois avec un bruit sourd, que l'on admet la pression de la dentine gouflée dans l'intérieur ; elle-même, sur les bords de la partie disparue, apparaît comme une *ceinture demi-transparente.*

Pour ce qui est du poli de la surface érodée, Znamensky prétend que c'est là un *caractère inhérent à la constitution de la dentine*, au même titre que ce qu'on constate dans la stéarine dont la section est toujours unie et polie, même quand elle elle est faite avec un couteau émoussé.

L'érosion serait en quelque sorte *fonction dentinaire*, indépendamment de toute action chimique ou mécanique (laquelle deviendrait alors accessoire, secondaire) ; Znamensky

prétend expliquer de la sorte les défectuosités cunéiformes des dents incluses dans un kyste ovariques, des défenses d'éléphant dans leur portion extra-buccale, etc., etc. Les agents mécaniques ne peuvent que hâter la séparation mécanique des particules isolées.

Il explique encore les différents aspects de l'érosion, quand la perte de substance base est légère, les sels calcaires sont encore assez solidement enchaînés pour se séparer graduellement et avec difficulté, de sorte que la surface est toujours nette; si, au contraire, la dentoïdine disparaît en masse, les sels calcaires se séparent très facilement et des rangées de cavités en forme de soucoupe apparaissent à la surface de la défectuosité. (*A suivre.*)

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(9 OCTOBRE 1900)

M. Chapot-Prévost, professeur d'histologie à la Faculté de Rio-de-Janeiro, a présenté une observation très intéressante relative à un cas de monstruosité : il s'agissait de **deux petites filles de sept ans reliées entre elles par un long pédicule thoraco-abdominal**. La mère a eu d'autres enfants bien constitués. L'accouchement de ce monstre n'a rien présenté de particulier. Ces enfants ont dû rester couchées pendant cinq ans sur le même côté : aussitôt qu'on les couchait sur le côté opposé, elles se mettaient à pleurer. Elles avaient chacune un torticolis tel qu'elles penchaient la tête l'une à droite, l'autre à gauche. Ces enfants se sont assez bien développées; quand elles se sont mises à marcher, elles l'ont fait toujours dans le même sens, c'est-à-dire que l'une marchait en avant tandis que l'autre marchait en arrière. Toutes leurs fonctions physiologiques étaient indépendantes; toutefois, comme elles avaient un foie commun, la fonction hépatique était commune.

Nous regrettons de ne pouvoir entrer ici dans des détails d'observations physiologiques qui ont été fort bien prises sur ces deux sujets et nous arrivons à la partie principale de leur histoire, c'est-à-dire à leur séparation par une intervention chirurgicale.

Le pédicule qui reliait ces deux petites filles contenait une partie ostéo-cartilagineuse, une large portion hépatique et une partie de la cavité péritonéale. Une première tentative de séparation fut faite par un jeune chirurgien qui, ayant reconnu une large portion du foie dans le pédicule, referma aussitôt son incision cutanée sans oser aller plus loin. Prévenu de ce fait, M. Prévost, qui utilise un procédé d'hémostase particulier qu'il fera connaître dans une communication ultérieure, n'hésita pas à tenter à son tour cette séparation, très instamment réclamée par les parents. Dans les observations de ce genre, c'est toujours le contraire qui avait lieu, les parents ne voulant pas se priver d'une source de gains facile en montrant leurs enfants.

Avant l'opération, l'une des deux petites filles avait présenté une grippe très grave, avec 40 degrés de température; dans le même temps, sa sœur continuait à se bien porter, n'avait pas la moindre fièvre et demandait à se lever et à aller et venir, tandis que la petite malade ne demandait qu'à rester couchée.

L'opération fut pratiquée dans les conditions suivantes : chacune des petites filles fut endormie par le chloroforme, l'anesthésie de l'une n'entraînant nullement l'anesthésie de l'autre. Au moment de la dissection du pédicule et de l'ouverture du péritoine, il y eut issue des intestins chez l'une des petites filles qui entraina l'issue des intestins de l'autre, l'épiploon de l'une d'elles adhérait à celui de l'autre. M. Prévost éprouva de réelles difficultés à rentrer chacune de ces masses intestinales dans leurs cavités respectives. La section du parenchyme hépatique fut faite dans des conditions d'hémostase particulière, sur lesquelles l'auteur reviendra.

Le pont qui reliait les deux foies avait $0^{m}08 \times 0^{m}07$.

En somme, l'opération fut menée à bien; elle avait duré une heure un quart. Chacune des petites filles fut reportée dans un lit.

M. Prévost a encore trouvé une communication tubuleuse qui réunissait les deux péricardes fibreux et qui était tapissée, dans toute l'étendue de sa face interne, par un prolongement du feuillet pariétal de la séreuse péricardique qui se continuait d'un côté vers l'autre. Il a eu de même à couper un cul-de-sac de la plèvre gauche de Maria, venant s'implanter sur l'angle antérieur et inférieur de la plèvre droite de Rosalina.

M. Prévost avait fait mouler le monstre double et a présenté à l'Académie ce moule extrêmement suggestif. Il a présenté, en outre, une série de radiographies. Signalons ce fait intéressant, que celle qui a résisté et qui a été présentée hier à l'Académie, a le cœur à droite, ainsi qu'il a été facile de le vérifier par l'examen radioscopique.

Sur cette petite fille, on voit deux cicatrices, une un peu latéralement placée, résultant de la première tentative dont il a été parlé, l'autre médiane et ayant 15 centimètres et demi de longueur. Vers l'extrémité supérieure de cette cicatrice, on sent le cœur, très superficiellement placé, parce qu'au niveau des extrémités internes des cinquième, sixième et septième côtes il n'y a pas de sternum qui le sépare de la peau. Sur les deux extrémités latérales de l'arcade cartilagineuse qui limite cette zone en haut, on sent bien de chaque côté un demi-appendice xiphoïde.

Signalons aussi ce fait, que les deux petites avaient du bégaiement. Sans entrer ici dans les considérations qui peuvent être soulevées par ces faits au point de vue d'une dégénérescence possible, syphilitique ou autre, on peut cependant se poser la question. Quoi qu'il en soit, cette observation offre un réel intérêt, autant par suite des considérations physiologiques auxquelles elle a donné lieu que par suite de l'opération audacieuse par laquelle a été obtenue la séparation.

M. Berger, au nom de M. Goldenstein, a présenté un appareil destiné à la **restauration de la face**.

Cet appareil se compose de deux parties essentielles, l'une buccale, l'obturateur ou pièce palatine; l'autre faciale, le nez artificiel. En outre, il comprend un dispositif pour guider les larmes vers les cavités nasales.

L'obturateur, moulé sur la perte de substance de la voûte palatine sur le bord alvéolaire, et portant le voile du palais artificiel, est maintenu en place par deux clapets qui sont relevés, lorsqu'on veut appliquer l'appareil; qui se rabattent de chaque côté de la perforation sur le plancher des fosses nasales, quand l'obturateur est en place, fournissant ainsi un point d'appui solide à l'appareil.

C'est l'articulation de la pièce faciale, du nez prothétique avec la pièce palatine qui fait jouer un ressort et qui fait ainsi rabattre les clapets; ceux-ci restent rabattus sur le plancher des fosses nasales et fixent l'appareil dans la si-

tuation qu'il occupe tant que la pièce nasale reste engagée dans la pièce palatine.

Malgré le service rendu à cette malade par cet appareil, M. Berger ne peut suivre M. Goldenstein lorsqu'il conclut à la supériorité de la prothèse sur la restauration. C'est l'inverse qui a lieu. On s'habitue à un nez mal fait, on ne s'habitue pas à un nez prothétique qui rappelle que derrière lui est un trou béant.

M. Delorme partage l'opinion de M. Berger sur les avantages de la restauration sur la prothèse.

M. Vallin a fait un rapport sur un travail de M. Fabre (d'Avignon) sur l'**étiologie du « mal des bassines » des dévideuses ou fileuses de cocons de vers à soie.**

Cette affection a été attribuée au ramollissement et au fendillement de l'épiderme à la suite du séjour prolongé des mains dans l'eau chaude et de l'irritation produite par la macération et l'écrasement des chrysalides contenues dans les cocons.

M. Fabre dit que ces accidents sont causés par les produits excrémentitiels qui se trouvent à la surface des cocons du ver à soie; toutes les chenilles excrètent une matière urticante identique et probablement d'origine urinaire.

M. Vallin ajoute qu'il y aurait lieu de rechercher si certaines substances ne détruiraient pas la propriété urticante et vésicante du crottin des chenilles et des excrétions des chrysalides. En tous cas, les eaux de lavage doivent être fréquemment renouvelées et remplacées par de l'eau froide, avant que les fileuses commencent à y plonger les mains pour enlever les frisons et chercher les bons fils.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

De la desquamation dans la fièvre typhoïde chez l'adulte. — M. Remlinger, médecin aide-major, publie, dans la *Revue de médecine*, six observations de desquamation observée au cours de la fièvre typhoïde chez des adultes de vingt à vingt-trois ans. Cette desquamation a toujours été observée dans des fièvres typhoïdes graves et au moment où la température commençait à baisser. Elle prédominait au niveau des parties latérales du thorax et de l'abdomen, et, ni furfuracée, ni membraniforme, mais *lamelleuse*, elle était intermédiaire à la desquamation de la rougeole et de la scarlatine. Chez trois malades elle a coïncidé avec de l'alopécie.

La desquamation n'a pas encore été signalée dans la fièvre typhoïde de l'adulte, mais elle a été observée chez des enfants atteints de dothiénentérie par M. Weill (de Lyon) et M. Comby. M. Weill la compare à la chute des poils qui survient fréquemment à la suite des grandes pyrexies. M. Comby, qui a relaté 18 cas de fièvre typhoïde chez l'enfant, tous suivis de desquamation croit, qu'il n'y a rien là de spécial à la dothiénentérie, car il a observé une chute épidermique de tous points analogue chez des enfants convalescents de pneumonie, de grippe, de pleurésie, de péricardite, d'angine... Pour M. Comby, la desquamation de la fièvre typhoïde serait tout simplement liée aux sudamina.

C'est à la première de ces deux interprétations que se rallie M. Remlinger. A l'exemple de M. Weill, il considère la desquamation de la fièvre typhoïde comme un trouble trophique cutané et la rapproche de la chute des cheveux, si fréquente à la suite de la dothiénentérie. Chez trois de ses malades, les deux phénomènes ont coïncidé. Puis l'extrême rareté de la desquamation à la suite de la dothiénentérie est peu en rapport avec la fréquence de l'éruption sudorale. Enfin, chez trois typhiques ayant présenté des sudamina, la peau examinée par la suite avec le plus grand soin n'a montré aucune desquamation. L'hypothèse du trouble trophique cutané rend aussi mieux compte que la théorie des sudamina de ce que la desquamation s'observe uniquement à la suite des dothiénentéries graves, à période fébrile prolongée, à convalescence longue et laborieuse. (*Revue de médecine*, n° du 10 mai 1900.)

BACTÉRIOLOGIE

Diagnostic bactériologique de la diphtérie. — Neisser a récemment fait connaître un mode de coloration permettant de distinguer le bacille de la diphtérie provenant d'une culture sur sérum âgé de neuf à vingt heures du bacille pseudo-diphtérique : une double coloration au bleu de méthylène acétique et à la vésuvine montre nettement des granulations polaires dans le corps du bacille de Löffler; elles seraient colorées en brun clair et n'apparaîtraient pas dans le corps du pseudo-bacille. Bronstein a trouvé un mode de coloration double analogue; il colore avec une solution de dahlia acétique, puis avec la vésuvine un peu plus longtemps que ne l'indique Neisser et il aurait obtenu les granulations polaires avec plus de netteté, plus régulièrement et sur simples frottis sans culture dans la plupart des cas. Par les cultures et par comparaison avec la méthode originale de Neisser et celle de Roux-Yersin, il a pu confirmer le diagnostic. Cette coloration lui aurait donné des résultats positifs 135 fois sur 136. (*Centralbl. f. Inn. Med.*, 1900, n° 32, p. 823.) P. V.

CHIRURGIE

La gastrostomie dans les opérations intéressant le pharynx et l'œsophage. — Helferich a eu l'idée de pratiquer la gastrostomie dans les opérations intéressant le pharynx et l'œsophage pour permettre l'alimentation du malade. C'est là un procédé qui semble être appelé à rendre service dans certains cas. L'auteur décrit ainsi le manuel opératoire : « Petite ouverture dans la paroi abdominale, mise à nu d'une portion de la paroi antérieure de l'estomac, suture de celle-ci avec le feuillet pariétal du péritoine, petite incision de l'estomac au sommet de la portion de cet organe ainsi fixé de façon à permettre l'introduction d'une sonde, suture des lèvres renversées de la plaie stomacale; enfin fixation de la sonde de caoutchouc, qui doit rester à demeure à la paroi. »

Le malade peut être alimenté dès le premier jour par cette sonde. (*Centralbl. f. chir.* 1900, n° 30, p. 772.) P. V.

Méthode pratique pour stériliser les éponges par l'ébullition. — Il est assez malaisé de désinfecter complètement les éponges : en effet, l'ébullition, soit dans l'eau simple, soit dans l'eau alcaline ou phéniquée, leur fait perdre leur élasticité et leur pouvoir absorbant. M. Elsberg a imaginé une méthode qui permet de les stériliser parfaitement, tout en leur conservant leur aspect, leur souplesse, leur élasticité et leur faculté absorbante. On commence par débarrasser les éponges de leurs incrustations calcaires par une immersion de quarante-huit heures dans un bain d'acide chlorhydrique dilué.

On les lave ensuite soigneusement à l'eau froide et on les fait enfin bouillir pendant quinze minutes dans la solution suivante :

Potasse	1	partie.
Acide tannique	3	—
Eau	100	—

Il ne reste plus qu'à rincer les éponges dans une solution antiseptique de façon à enlever le résidu de la mixture précédente et à les enfermer dans des bocaux contenant de l'acide phénique à 5 p. 100. (*Medical Record*, 30 juin 1900.) A. H.

GYNÉCOLOGIE

Le traitement des bartholinites par les injections d'alcool salicylé à saturation. — M. A. REYGASSE (de Toulouse) vient de réunir un certain nombre de cas de barthonilites dans lesquels les injections d'alcool salicylé lui ont donné les meilleurs résultats.

Tout en reconnaissant l'efficacité de l'extirpation, ou de l'incision suivie de curetage et de cautérisation, l'auteur, à cause des lenteurs de la cicatrisation dans une région difficile à aseptiser, ne peut considérer ces procédés comme des méthodes de choix.

A la suite de M. Cordier (de Lyon), il a employé, dans cinq cas très variables, comme forme clinique et étiologie, les injections d'alcool salicylé et dans les cinq cas le succès a été complet.

Voici en quoi consiste la méthode, telle que l'a décrite le docteur Cordier.

« Après avoir saisi entre le pouce et l'index de la main gauche la grande lèvre, près de la fourchette, et immobilisé ainsi sous le doigt la glande, qu'on sent toujours très nettement lorsqu'elle est enflammée, on injecte dans son épaisseur, au moyen de la seringue de Pravaz, un demi-centimètre cube d'une solution alcoolique salicylée à saturation. La malade éprouve à ce moment une douleur vive, mais d'une à deux minutes à peine de durée. Cette douleur est, d'ailleurs, toujours bien supportée et n'occasionne aucun accident. Le lendemain, on constate une légère augmentation de volume de la glande, mais cette tuméfaction disparaît d'elle-même en cinq ou six jours. Au bout de ce temps, la sécrétion cesse en général définitivement et la guérison est complète. Ce n'est que rarement qu'on se voit obligé, pour obtenir ce résultat, d'avoir recours à une nouvelle injection intra-glandulaire. » (*Languedoc médico-chirurgical*, 25 sept. 1900.)

MALADIES DE L'ENFANCE

Le tanin et les préparations de sels d'argent dans le catarrhe intestinal des enfants. — M. COHN a prescrit dans 60 cas de catarrhe intestinal infantile aigu le protargol. Il l'emploie à la dose d'une cuiller à café toutes les heures d'une solution aqueuse à 1/1000 (5 centigr. pour 50 grammes d'eau), chez les tout petits enfants; à 1/500 (10 centigr. pour 50 grammes d'eau), chez les enfants âgés de quelques mois. Il s'est ainsi rendu maître de catarrhes qu'aucun autre moyen n'était parvenu à vaincre. Au stade de dyspepsie du catarrhe intestinal, l'auteur recommande les préparations de tanin et en particulier le tanoforme à la dose de 25 centigrammes. (*Wien. Klin. Wochens.*, 1900, n° 33, p. 756.) P. V.

Emploi du sozoiodalate de soude dans les angines scarlatineuses. — Depuis des années, A. BAGINSKY se servait dans les angines graves d'un mélange, employé en attouchements, de sublimé corrosif (5 centigr.) et de sulfo-ichtyolate d'ammonium (5 p. 100). L'auteur emploie de préférence depuis quelque temps un mélange par parties égales de sozoiodolate de soude et de fleur de soufre insufflé plusieurs fois par jour. Dans le cas seulement où ce mode d'emploi provoquait des vomissements, le sozoiodol était administré à l'intérieur trois fois par jour à la dose d'une demi-cuiller à café. L'action se manifeste au bout de deux ou trois jours, l'amygdale se déterge et reprend son aspect normal. Baginsky considère les sels de sozoiodol comme des auxiliaires avantageux dans le traitement des processus inflammatoires graves du pharynx au cours de la scarlatine. (*Wiener Klin. Wochens.*, 1900, n° 32, p. 739.) P. V.

THÉRAPEUTIQUE

Pouvoir antiseptique de la glycérine. — O. V. WUNSCHHEIM a constaté qu'un mélange de glycérine pure et d'acide phénique doit être très concentré : pour posséder un pouvoir antiseptique égal à celui d'une solution aqueuse à 5 p. 100 par exemple, il doit contenir au moins 10 p. 100 d'acide phénique. Les solutions moins concentrées doivent être additionnées d'eau pour produire les mêmes effets; c'est ainsi qu'un mélange à 5 p. 100 d'acide phénique doit être fait avec parties égales d'eau et de glycérine, pour jouer le même rôle antiseptique que la solution aqueuse pure de même titre. Le rôle de l'adjonction de l'eau n'est pas douteux : l'auteur a constaté qu'un mélange de glycérine et d'acide phénique à 5 p. 100 ne possédant pas d'action désinfectante en retrouvait par une addition d'eau telle que le mélange ne contenait plus que 2,5 p. 100 d'acide phénique. (*Viener. Klin. Wochens.*, 1900, n° 30.) P. V.

VARIÉTÉS

Les églises au point de vue de l'hygiène.

M. Remlinger, médecin aide-major, étudie longuement cette question dans la *Revue d'hygiène* (août 1900). La salubrité des églises laisse à désirer en raison : 1° du mauvais état de la ventilation; 2° de l'insuffisance du chauffage et de l'éclairage; 3° de particularités défectueuses dans le revêtement du sol (planchers, nattes, tapis) et l'ameublement (sièges, confessionnaux, bénitiers, etc.); 4° de pratiques vicieuses de nettoyage (balayage à sec). M. Remlinger étudie tout particulièrement ces derniers points. Les confessionnaux, qui sont de « véritables nids à poussières », ne trouvent pas grâce devant notre confrère, qui propose de les remplacer par une simple paroi munie d'un guichet en son milieu. Dans un certain nombre d'églises, se trouvent des statues ou des reliques que les fidèles vénèrent en les embrassant. Casagrandi et Mazza ont examiné à Rome et à Turin la couche superficielle de quelques-unes de ces statues, et ils ont rencontré le bacille de Lœfler, le bacille de Koch, le pneumocoque, etc. Tout aussi importante est la question de l'eau bénite et des bénitiers. Vincensi eut l'idée de pratiquer l'analyse bactériologique de l'eau des églises de Sassari, où régnait une épidémie de diphtérie; il y rencontra le bacille de Lœffler. M. Abba a pratiqué de même à Turin l'analyse de trente-quatre échantillons d'eau bénite, et il est arrivé à des chiffres fantastiques. M. Remlinger a constaté que l'eau des églises de Tunis pouvait supporter la comparaison avec les pires eaux bénites de Turin. Il convient donc ou d'additionner l'eau d'un antiseptique qui la rende inoffensive, ou de la distribuer à l'aide d'appareils spéciaux, à l'abri du contact impur des extrémités digitales. Deux appareils ont été imaginés dans ce but. M. Bruns (de Harlem) remplace le bénitier par une élégante fontaine munie d'un siphon spécial qui détermine l'égouttement continu de l'eau. L'autre, dû à un Italien, M. A. Dalpiaz, exige, pour provoquer l'issue du liquide, la pression du doigt sur un ressort. Cependant, le plus grand inconvénient des églises au point de vue hygiénique, paraît résulter de la façon dont le nettoyage y est pratiqué. Le balayage à sec est seul usité; pendant cette opération les fenêtes ne sont jamais ouvertes. Les poussières auxquelles de nombreux bacilles de Koch sont certainement incorporés se répandent dans la nef; elles retombent sur le sol, les sièges, les confessionnaux, les bénitiers et le cycle recommence. C'est certainement l'origine de nombreux cas de tuberculose et de pneumonie. L'interdiction de cracher à terre, l'installation de crachoirs à hauteur d'homme, le remplacement du balayage à sec par le nettoyage humide sont autant de mesures qui s'imposent.

Les églises intéressent encore l'hygiéniste au point de vue de la sécurité des personnes qui les fréquentent. Les incendies y sont fréquents et y prennent parfois des proportions épouvantables : 2400 personnes ont péri dans la cathédrale de Santiago (Chili), le 8 décembre 1864. Ces

accidents sont surtout fréquents les jours de première communion, où les jeunes filles disparaissent sous de grands voiles blancs éminemment inflammables et portent à la main un cierge : l'allumette à côté de la poudre. M. Remlinger insiste vivement sur la disposition vicieuse des portes qui, presque toujours, s'ouvrent en dedans et rendent, en cas de panique, l'évacuation de l'édifice absolument impossible.

Après avoir décrit l'église hygiénique, type qui doit être l'église de l'avenir, notre confrère compare à l'hygiène des édifices du culte catholique celle des édifices des autres cultes, et il fait remarquer que la comparaison n'est peut-être pas à l'avantage des églises. De l'hygiène des mosquées sur laquelle notre confrère s'étend longuement, nous retiendrons cette particularité intéressante que les musulmans se déchaussent avant d'entrer à la mosquée. Ils entrent en tenant leurs sandales à la main *semelles contre semelles* et pendant qu'ils prient, ils les gardent devant eux, la face supérieure de la sandale reposant sur la natte. Les musulmans ne crachent jamais dans les mosquées; les riches crachent dans leur mouchoir; les pauvres prennent à la main leurs sandales disposées de la façon indiquée; ils crachent sur l'une des semelles, puis ils appliquent les deux semelles l'une contre l'autre et ils remettent le tout sur la natte préservée ainsi de toute souillure. De ce petit détail et de nombreuses autres particularités signalées au cours de son travail, notre confrère croit pouvoir conclure que, même au point de vue hygiénique, les Européens ont à apprendre des musulmans et à leur emprunter.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat et de l'externat. — Le jury de l'internat est provisoirement composé de MM. Hudelo, Guinon, De Gennes, Delbet, Rieffel, Villemin, Picqué et Baudron qui ont accepté; MM. Bouilly et Gombault n'ont pas fait connaître leur acceptation.

Le jury de l'externat est provisoirement composé de MM. Macaigne, Soupault, Bruhl, Renault, Chevallier, Marion, Riche, qui ont accepté; M. Tissier n'a pas encore accepté.

Guerre. — Sont nommés pour les postes ci-après désignés :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Pelletier, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Olivier, pour le 10e escadron du train des équipages; — Méchin, pour le 5e du génie (bataillon de télégraphistes); — Barré, pour le 89e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Marlier, pour le 9e de cuirassiers; — Gorse, pour le 1er de chasseurs d'Afrique; — Massoulard, pour le 22e d'artillerie; — Dumery, pour le 5e de chasseurs d'Afrique; — Tartavez, pour le 2e de spahis; — Mazière, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Lambroschini, pour le 74e d'infanterie; — Bonhomme, pour le 7e d'artillerie; — Donier, pour le 158e d'infanterie; — Fourneaux, pour les hôpitaux militaires de la division de Tunisie; — Anthony, pour le 2e cuirassiers; — Etcheverry, pour le 126e d'infanterie; — Ménard, pour le 14e de hussards; — Thomas, pour le 36e d'artillerie; — Chambon, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Béranger, pour le 23e d'infanterie.

— MM. les médecins aides-majors de première classe Navas, des hôpitaux militaires de la division de Constantine, et Mahaut, du 3e tirailleurs algériens, sont autorisés à permuter.

Distinctions honorifiques. — Sont promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Fumouze, vice-président de la Chambre de commerce de Paris.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Deschamps et Loir.

Faculté de Paris. — BIBLIOTHÈQUE. — MM. les étudiants sont informés qu'ils sont tenus de presenter leur carte d'immatriculation pour être admis à la bibliothèque. — A partir du 16 novembre, l'entrée de la bibliothèque sera refusée à tout étudiant qui ne présentera pas sa carte d'immatriculation.

Nul ne peut prendre part aux travaux de la Faculté (cours, cliniques, bibliothèque, travaux pratiques réglementaires ou facultatifs, travaux de laboratoire), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 21 juillet 1897).

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau reprendra, samedi 13 octobre, à dix heures du matin, salle Bazin, ses conférences cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 117. — SAMEDI 13 OCTOBRE 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 13 OCTOBRE 1900. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Des cancers du cœur, par M. M. DEGUY, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire à l'hôpital des Enfants-Malades. — ÉROSION CHIMIQUE DES DENTS (*fin*), par M. le docteur Léon FREY, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'École dentaire de Paris, dentiste des hôpitaux. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. Traitement de l'érysipèle de la face par des applications de gaïacol, de menthol et de camphre; — Traitement de la paralysie obstétricale du bras chez un nouveau-né; — L'oxygène comprimé contre l'intoxication par l'oxyde de carbone; — Le riz dans l'alimentation des malades atteints d'ulcère de l'estomac. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Des cancers du cœur.

Par M. M. DEGUY, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire à l'hôpital des Enfants-Malades.

L'étude des cancers du cœur comprend deux groupes de faits distincts : ce sont les cancers primitifs et les cancers secondaires.

I

NÉOPLASIES PRIMITIVES. — Elles forment une catégorie à part et sont uniquement composées de myxomes, de sarcomes, de fibro-sarcomes.

Lorne, en 1869, chez une malade de soixante-huit ans, présentant des signes d'insuffisance cardiaque et d'asystolie, trouva dans l'oreillette gauche un myxome pédiculé de la grosseur d'un œuf de pigeon, qui s'engageait dans l'orifice mitral et venait faire une légère saillie dans le ventricule. Curtis, en 1872, chez une vieille femme amenée mourante à l'hôpital, vit à la face auriculaire de la petite valve mitrale, un myxome hémisphérique, de la grosseur d'une petite cerise, lisse et luisante, transparente et d'une belle coloration rouge comme de la gelée de groseille. Debove, la même année, chez une femme de soixante-quatre ans atteinte de dyspnée et d'accès de suffocation intenses, trouva sur la tricuspide, à sa partie supérieure, une tumeur du volume d'une cerise, d'un rouge assez vif, de consistance molle, et rattachée à la valvule par un pédicule court. Virchow, en 1881, chez un homme de vingt-sept ans, mort avec des signes de péricardite avec épanchement, trouva dans l'oreillette gauche, au-dessus de l'insertion de la grande valve mitrale, un myxome avec plusieurs cotylédons, oblitérant l'orifice auriculo-ventriculaire. Le pédicule d'insertion de la tumeur avait un demi-centimètre d'épaisseur. Le myxome était recouvert de thrombus adhérents qui avaient donné lieu à des embolies réitérées dans le cerveau, le rein, etc.

D'autres observations ont été rapportées par Bamberger, par Juergens, par Pawlowsky, qui, étudiant les tumeurs de l'oreillette du cœur, cite un nouveau cas de myxome.

Dans le cas observé par Berthenson, le diagnostic porté avait été anévrisme de l'aorte. Il s'agissait d'une femme de cinquante-cinq ans, qui se plaignait de dyspnée, de palpitations, de vertiges. Elle avait un peu de cyanose, des œdèmes, de la sclérose artérielle, un souffle systolique très vague, de l'accentuation du deuxième bruit pulmonaire. On constate également une voussure au niveau du sternum avec du frémissement, des battements perceptibles à la palpation et qui avaient fait penser à un anévrisme. Brusquement, cette femme eut de la parésie du membre supérieur droit, avec de la déviation des traits à gauche; puis survinrent des troubles de la déglutition, de la diplopie, des frissons, des hématuries, des hémoptysies et enfin la mort. A l'autopsie, on trouva de l'épanchement péricarditique, et, dans l'oreillette gauche, une tumeur conique, ressemblant à une grappe de raisin, implantée sur la paroi postérieure de l'oreillette. Cette tumeur, de consistance gélatineuse et tremblante, était recouverte de thrombus fibrineux adhérents. On constatait, en outre, de la sclérose de la valve mitrale, de l'hypertrophie cardiaque, de l'ectasie aortique sans anévrisme, des infarctus pulmonaires avec des adhérences pleurales; enfin, des hémorragies rénales. La tumeur auriculaire avait rétréci l'orifice mitral, déterminé de la dilatation de l'oreillette et, consécutivement, de la matité à gauche du sternum et des compressions pulmonaires et bronchiques manifestes surtout au lobe supérieur du poumon gauche. Histologiquement, il s'agissait d'un myxome.

Le cas observé par A. Robin n'est pas moins intéressant. Un garçon pâtissier s'affaissa subitement dans la rue et on le transporta à l'hôpital dans un état comateux avec hémiplégie droite et aphasie. Le pouls était lent et petit, battait à 54; on constatait à l'auscultation un souffle systolique mal localisé. Le diagnostic porté fut embolie cérébrale; et tous les accidents cédèrent à la thérapeutique, le malade put reprendre ses occupations quand, deux ans après, il eut une nouvelle hémiplégie gauche à laquelle il succomba. Les artères étaient athéromateuses et le pouls lent. L'autopsie permit de constater des lésions anciennes du lobe cérébral gauche, à droite seulement de la congestion, mais il y avait une embolie oblitérant la carotide droite. Dans l'oreillette gauche, on trouva une masse gélatineuse, demi-transparente, présentant à sa surface quelques points ecchymotiques. L'endocarde était épaissi tout autour et il y

avait de la sclérose des valves mitrales. Infarctus splénique. Histologiquement, la tumeur était un myxome cellulaire, avec des cellules rondes ou raméfiées séparées par une substance muqueuse transparente.

Tel est le bilan des observations connues de myxomes du cœur, qui sont, parmi les tumeurs primitives, les plus intéressantes et les plus fréquentes. Les myomes du cœur ne sont, du reste, pas une spécialité de l'espèce humaine, car nous voyons que Larrue (Cong. vétérinaire, 1898), chez une vache, essouffiée au moindre mouvement, ayant les jugulaires gonflées, les battements du cœur faibles et sourds, trouva à l'autopsie, dans le ventricule gauche, suspendue au myocarde, une tumeur du volume d'une grosse poire pesant 200 grammes environ et qui, histologiquement, était un myxome.

Bauti a observé un cas de lipome primitif, ce qui, avec le cas de Albers, porte à deux le nombre des faits connus. Les sarcomes primitifs ont été également observés. Bodenheimer, en 1865, cite un cas de sarcome primitif, mais n'en indique pas le siège. Deffaux en présente un cas à la Société anatomique. Frænkel, en 1889, rassemble toutes les observations éparses, fort rares du reste, et y ajoute une observation personnelle et fait remarquer la possibilité de coexistence d'une péricardite hémorragique. Luschka signale un fibrome, puis Zander; enfin, Kottmeïer en montre un libre, attaché dans l'oreillette gauche et pendant dans l'orifice mitral. Virchow et Recklinghausen étudient quelques observations de myomes; enfin Friedreich fait un remarquable exposé de la question, très complet pour l'époque. Faut-il attribuer à des myxomes ces productions, tantôt molles, tantôt dures, implantées plus particulièrement dans le ventricule droit que Sénac a signalées? Nous ne pourrions l'affirmer.

Les observations de Andral, de Locher, paraissent se rapporter à des néoplasies primitives. Juergens, qui relate quatre observations personnelles, divise les tumeurs en péricardiques, mésocardiaques et endocarditiques. Berthenson pense avec plus de raison que les tumeurs primitives, en raison de leur situation et de leur séméiologie, doivent plutôt être classées en intracavitaires (22 cas) et extracavitaires (4 cas). Sur ces observations, il compte 9 sarcomes, 7 myxomes, 6 fibromes, 2 lipomes et 2 cancers. 7 fois ils siégeaient dans l'oreillette droite, 3 fois dans le ventricule droit, 7 fois dans l'oreillette gauche, 5 fois dans le ventricule gauche et 4 fois dans la cloison. L'âge des malades est variable, et ces tumeurs se rencontrent aussi bien chez les enfants que chez les vieillards.

Les myxomes qui nous paraissent les plus intéressants surviennent chez des malades sans antécédents pathologiques ou chez des rhumatisants. Le malade de Debove était atteint d'ostéomalacie. Ils paraissent avoir une prédilection marquée pour le cœur gauche, et principalement l'oreillette, où ils s'implantent tantôt sur la paroi postérieure, tantôt près de la paroi gauche, tantôt au-dessus de la ligne d'insertion de la lèvre antérieure de la valvule mitrale. Quand ils s'insèrent sur la valvule, c'est toujours du côté de l'oreillette. Les tumeurs peuvent être semi-hémisphériques, mais, la plupart du temps, elles sont pédiculées, à pédicule plus ou moins long, soit unique, soit multiple, et elle est flottante à l'extrémité de ce pédicule. Elle peut être unique elle-même, mais aussi présenter plusieurs cotylédons, et ressembler à une grappe de raisin, à une môle hydatiforme. Le volume peut varier de celui d'une cerise à un œuf de pigeon, la couleur est rouge en général, ou gelée de groseille, uniforme ou tachetée de points ecchymotiques. Le pédicule, qui peut atteindre de 6 à 8 centimètres de long sur 4 à 6 de large, est généralement blanc. La consistance est molle, tremblotante, gélatineuse; la surface peut être lisse et luisante, mais, dans la grande majorité des cas, elle est recouverte de thrombus adhérents. A la coupe, la tumeur est semi-transparente, jaune pâle, avec stries blanchâtres, quelquefois du piqueté hémorragique. Le péricarde peut être symphysé (Robin) ou contenir du liquide séreux ou séro-sanguinolent. Le cœur est ordinairement hypertrophié, les cavités cardiaques et principalement l'oreillette gauche dilatées. L'endocarde, aux environs de la tumeur, est épaissi, induré, et la sclérose peut se propager jusqu'à la valve mitrale. La tumeur fait assez fréquemment de l'oblitération de l'orifice auriculo-ventriculaire, où elle pend comme un battant de cloche. Les lésions d'athérome artériel coexistantes sont fréquentes. On rencontre fréquemment des infarctus emboliques dans les autres organes. Histologiquement, ces tumeurs sont constituées par des cellules rondes, fusiformes ou étoilées, plongeant dans une substance à moitié liquide, transparente et homogène. Parfois, ces myxomes contiennent une grande quantité de fibres élastiques.

La séméiologie est des plus intéressantes, bien qu'elle soit, dans la plupart des cas, insuffisante pour permettre de porter un diagnostic certain. Ces tumeurs, qui, d'après Ely, respectent les valvules et le pourtour des orifices, donnent cependant naissances à des signes valvulaires, par le fait qu'elles sont intra-cavitaires et pédiculées. Elles peuvent alors provoquer des bruits de souffle variables et instables, pouvant apparaître ou disparaître, augmenter ou diminuer selon la position de la tumeur. Bodenheimer leur attribuait, comme signes de la faiblesse, de la dyspnée, des syncopes, des pertes de connaissance momentanées. Ely a mentionné les embolies; Frænkel les péricardites hémorragiques.

Les signes les plus fréquents sont ceux d'une lésion mitrale, insuffisance et rétrécissement, avec tout leur cortège symptomatique, la respiration courte, l'essoufflement, la dyspnée d'effort, la toux, les vertiges, les œdèmes, les congestions viscérales, de la gêne et de l'angoisse précordiales. Les embolies de la grande circulation sont très fréquentes, atteignent tous les organes, le rein, en déterminant de l'albuminurie et même des hématuries, la rate, le cerveau, causant des paralysies, des parésies, de l'aphasie. Il existe également de l'apoplexie pulmonaire et des embolies, absolument comme cela s'observe dans le rétrécissement mitral. Ces embolies peuvent être mortelles. La cyanose, les précordialgies, l'arythmie palpitante sont assez communément observées. Le pouls est petit, faible. La matité précordiale est d'ordinaire augmentée soit par le fait de l'hypertrophie cardiaque, soit par suite de la présence d'un épanchement péricarditique. Ces épanchements sont de deux ordres, soit provoqués par une péricardite, le plus souvent hémorragique, soit par l'asystolie. On observe également de la congestion hépatique avec foie gros et douloureux. Aux plèvres, on observe des signes pseudo-pleurétiques par compression bronchique, des bronchites, de la congestion, des foyers de râles fins au niveau des infarctus. L'auscultation cardiaque révèle des signes variés, ce sont des bruits de souffle systolique à caractère mitral, de l'assourdissement des bruits du cœur, mais ce qui est le plus caractéristique, c'est l'instabilité, la variabilité des signes d'auscultation.

Le porteur d'une tumeur cardiaque tient de l'aortique et du mitral. L'intermittence des signes d'auscultation dépend de la position du malade, et aussi des mouvements exécutés par la tumeur autour de son pédicule. L'intensité, le timbre, le siège des bruits de souffle varient, et ceux-ci peuvent apparaître et disparaître alternativement.

La terminaison par embolie cérébrale et mort rapide est assez fréquente, mais elle peut aussi se faire par asystolie, avec le caractère ordinaire qu'on lui connaît dans les affections mitrales, ce qui nous permettra de ne pas y insister.

L'observation attentive du malade pourra donc, sinon permettre d'affirmer la présence d'un myxome, mais tout au moins le supposer; elle permettra de porter un pronostic sombre, mais ne servira malheureusement à rien au point de vue de la thérapeutique.

II

Néoplasmes secondaires. — La classe des néoplasmes secondaires est la plus fréquente, et Carcassonne, en 1777, paraît être le premier qui les ait signalés. Après lui, Portal, en 1803, leur consacra une courte étude.

Ces néoplasmes secondaires présentent deux types bien différents, le type sarcomateux et le type épithélial; le premier est peut-être le plus fréquent. Wagner en avait déjà rapporté un exemple, puis Friedreich fit ensuite observer avec beaucoup de raison que les mélanosarcomes, remarquables par leur malignité et leur tendance à la dissémination, paraissent donner lieu un peu plus fréquemment à des métastases multiples dans le tissu du cœur; on rencontre alors dans ce tissu, dispersées au milieu de nodosités d'un brun noirâtre, d'autres nodosités très ordinairement isolées, sans coloration ou à peine colorées de gris brunâtre. Deux observations personnelles, que nous rapportons plus loin, confirment cette idée de Friedreich. Avant de les rapporter, citons déjà d'autres observations publiées :

Prudhomme a trouvé une tumeur mélanique du cœur, perforant deux sigmoïdes aortiques, et ayant donné lieu à de l'insuffisance valvulaire.

Lister a observé un sarcome de l'oreillette droite, secondaire à une néoplasie rénale, et qui s'était manifesté cliniquement par un souffle systolique à la pointe.

Leroux et Meslay, à la suite d'un sarcome de l'orbite, observèrent de la congestion pulmonaire double, ils firent l'ablation de la tumeur, les accidents pulmonaires s'amendèrent, mais bientôt reparurent accompagnés d'embryocardie et d'arythmie transitoire et finalement de coma. A l'autopsie, récidive locale du cancer, et, de plus, de nombreux noyaux sarcomateux dans le cœur, le foie, le rein et la rate.

Simon observe un sarcome mélanique généralisé secondaire à une néoplasie oculaire, enlevée chirurgicalement deux ans auparavant, et dans le cœur gauche constata deux masses mélaniques sous-péricardiques. Quatre noyaux pointaient sous l'endocarde et, au niveau de l'un d'eux, s'était formé un thrombus. Un des piliers de la mitrale avait subi la dégénérescence totale sarcomateuse. De nombreux noyaux étaient disséminés dans le myocarde. Histologiquement, structure typique du sarcome mélanique, avec infiltrat de pigment.

Civel et Lenoble ont relaté un cas de sarcome télangiectasique globo-cellulaire, à petites cellules. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-deux ans; pâle, amaigri, d'aspect tuberculeux, qui se plaignait de gêne et de douleur précordiale, et présentant une tumeur rénitente et fluctuante à gauche du sternum. Légère cyanose. On pense à un abcès froid et on intervient; mais l'opération montre que l'on a affaire à un sarcome. Un mois après, le malade présente des symptômes asystoliques et meurt rapidement. L'autopsie permit de constater que l'on avait été en présence d'un néoplasme qui avait envahi le poumon gauche, et dont les particularités cliniques étaient la constatation d'un double bruit de souffle pendant la vie et la terminaison par une hémorragie ultime; il y avait une masse comme une noix dans la paroi du ventricule gauche et trois ou quatre dans le ventricule droit; d'autre part, au point de vue anatomique, il y a eu complication de broncho-pneumonie tuberculeuse, qui s'était développée dans les derniers temps de la vie du sujet.

Au sujet de cette observation, MM. Civel et Lenoble font observer que les causes secondaires sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne pense, et, alors même que le cœur paraît sain à l'œil nu, l'examen microscopique fait constater l'envahissement des travées fibreuses par l'élément morbide. La transmission se ferait surtout par voie sanguine.

A l'autopsie d'un malade atteint de tumeurs sarcomateuses multiples de la peau avec généralisation, et dont l'examen clinique n'avait rien réservé d'anormal, si ce n'est du frémissement cataire dans les vaisseaux du cou, Lenoble constata de la généralisation cardiaque et pulmonaire. A la surface du ventricule se trouvaient des saillies blanchâtres sous-péricarditiques, un noyau de la grosseur d'une noix, intramyocardique, faisant une forte saillie vers la cloison, à l'intérieur du cœur.

Penlevé avait déjà, depuis longtemps, observé des noyaux secondaires de cancer mélanique dans le cœur, et il cite un fait de Lancereaux et Dubreuilh (Soc. de biol., 1860), où des tumeurs mélaniques existaient dans l'épaisseur du myocarde, sous le péricarde et sous l'endocarde, et secondaires à une néoplasie mélanique siégeant à la partie interne du talon gauche.

Les animaux, du reste, ne sont pas plus que les hommes exempts des néoplasies secondaires du type sarcome ou lymphadénome.

Queyron (*Progrès vétérinaire*, 1898) cite le fait d'une vache présentant du pouls veineux, de l'arythmie, de la toux, chez laquelle l'autopsie révéla l'existence d'un lymphadénome, et au cœur droit, une petite tumeur blanchâtre, du volume d'une noix, sur le péricarde du ventricule.

Chez un chien présentant de l'essoufflement facile, de la toux quinteuse, un cœur battant tumultueusement, avec un souffle râpeux aux deux temps et très perceptible à tous les orifices, MM. Loubet et Babeau trouvèrent à l'autopsie un lymphosarcome du cœur, englobant la base de cet organe, énorme et végétant.

III

Voici maintenant deux cas qui nous sont personnels :

Un homme de trente-six ans, Jean G..., entre, le 10 septembre 1895, à la salle Malgaigne, dans le service de M. Nicaise, suppléé par M. Delbet. Son hérédité est nulle, on ne trouve pas de cancer dans la famille, une bonne santé antérieure et rien dans les antécédents. Ce malade est porteur d'un sarcome mélanique ulcéré, siégeant à l'épaule droite. Cette tumeur est dure, sanieuse, d'odeur infecte, avec tout autour d'elle de petits nodules cutanés noirs et lisses. Cette tumeur atteint le volume des deux poings, et on constate

non loin d'elle, à la partie postérieure de l'omoplate, la cicatrice d'une intervention faite deux années avant, en province, pour enlever un sarcome mélanique au début. Le début de l'affection paraît remonter à trois ans et demi. Lors de son entrée à l'hôpital, ce malade présente de la cachexie cancéreuse, un teint terreux, blafard, quelques nodules mélaniques secondaires à la région lombaire. Œdème de tout le membre supérieur droit par compression. Les urines sont noirâtres et contiennent du pigment mélanique. Mort dans la cachexie et un état subcomateux. Aucun symptôme n'avait attiré notre attention du côté du cœur.

A l'autopsie, on trouva une certaine quantité de liquide ascitique des adhérences pleurales en avant et à droite.

Le poumon gauche est très emphysémateux et la surface pleurale présente de nombreux petits noyaux noirâtres, lisses, reluisants, de sarcome mélanique. Même lésion à droite.

A l'ouverture du péricarde, on trouve une trentaine de grammes de liquide sanguinolent. Sur la face antérieure du cœur, en avant du ventricule droit, on note un petit noyau secondaire, et deux sur la face postérieure, de la grosseur d'une lentille.

Le cœur est mou et flasque, de coloration jaune paille; à l'ouverture, on trouve dans l'endocarde des noyaux secondaires au niveau de la pointe du ventricule gauche; nombreux noyaux sous-endocardiques dans le ventricule droit. Les valvules sont saines, mais le myocarde est farci de noyaux secondaires, avec tout autour de petits vaisseaux noirâtres pigmentés.

Les ganglions médiastinaux ne semblent pas atteints. Nodules secondaires disséminés dans le poumon droit.

Le foie est énorme et mou, pesant 2k500. La surface est criblée de noyaux noirâtres. Les ganglions du hile sont volumineux, très mous, noirâtres. Le tissu hépatique est jaune brun, et sa coupe laisse sourdre une bouillie noirâtre.

La rate est petite, saine d'apparence extérieure, mais à la coupe, elle a un aspect noir foncé. Il y a très peu de suc au raclage, absolument noir et mélanique.

Le péritoine du petit bassin présente un petit granité noirâtre très fin.

Le rein droit est de volume normal, avec quelques petits noyaux noirâtres isolés dans la capsule. La substance rénale est pâle et décolorée. Mêmes lésions à gauche. Quelques petits noyaux dans le pancréas.

Les ganglions mésentériques sont noirs et mous, se fondant en une bouillie noire sous la pression du doigt.

A l'ouverture du crâne, on trouve de nombreuses granulations brunes, très petites sur la pie-mère; sur toute son étendue, mais surtout à la base, au niveau de la protubérance, tout autour des lobes sphénoïdaux et de la scissure de Sylvius. La surface du cervelet est également criblée de taches brunes.

Histologiquement, il s'agissait d'un sarcome mélanique typique.

Dans notre deuxième observation, il s'agit d'une femme d'une soixantaine d'années, que nous avons observée dans le service de M. Labadie-Lagrave. Cette malade portait au membre inférieur droit une tumeur mélanique inopérable, de la grosseur d'une pomme, ulcérée, avec des ganglions inguinaux gris, de la grosseur d'un œuf de pigeon. M. Campenon nous la fit passer en médecine. Quelque temps après son entrée, la malade se plaignit de douleurs dans la région du foie, et à la palpation on pouvait sentir des petites irrégularités à la surface, ce qui nous fit penser à une généralisation hépatique.

Enfin, des crises cardiaques douloureuses survinrent, à type angineux, l'auscultation permit de constater de l'arythmie avec crises tachycardiques, et du rythme couplé transitoire. De temps en temps, dans les fortes crises, un souffle systolique mitral, d'insuffisance fonctionnelle; mais qui cédait rapidement par l'administration de la spartéine. Enfin, un matin, nous trouvâmes le lit vide, la malade était morte subitement pendant la nuit. Le diagnostic porté avait été : généralisation d'une tumeur mélanique avec probablement noyaux cardiaques. Cependant, comme la malade présentait de l'athérome radial, nous avions pensé à une cardiosclérose à forme tachy-arythmique avec crises d'angor. En réalité, l'autopsie nous permit de constater la coexistence des deux lésions.

A la section du péricarde, on trouve environ 50 grammes de liquide agonique. Sur la paroi antérieure du ventricule droit se voient quelques noyaux carcinomateux blanchâtres et miliaires. Sur le péricarde pariétal, on n'en trouve aucune trace; ceux qui sont sur le péricarde viscéral ne suivent pas le trajet des vaisseaux. A la section du cœur, hypertrophie concentrique du ventricule gauche, et le couteau rencontre quelques plaques calcaires des coronaires. Quelques tractus de sclérose dans le ventricule gauche. La paroi aortique et les sigmoïdes sont saines, de même la mitrale; mais toute la paroi ventriculaire est farcie de granulations miliaires et blanchâtres, aucune d'elles ne fait saillie sous l'endocarde, sauf dans le ventricule droit.

La plèvre droite est adhérente dans toute son étendue, et les adhérences sont très serrées; elle est semée de noyaux lenticulaires blancs, qui existent également dans la scissure interlobaire. Le poumon est très emphysémateux et présente un noyau secondaire de la grosseur d'un œuf de poule dans le lobe inférieur, et tout autour de l'œdème congestif. Il existe aussi beaucoup d'autres noyaux lenticulaires, mais ils sont tous sous-pleuraux.

La plèvre gauche ne présente que quelques néo-membranes à la base et au sommet; un gros noyau dans le lobe supérieur du poumon, avec hépatisation périphérique. Nombreux noyaux miliaires disséminés.

A la surface convexe du foie, quelques adhérences très serrées au diaphragme et périhépatite de la face inférieure. Sur la surface convexe, granulations lenticulaires atteignant la grosseur d'un petit pois dans le parenchyme hépatique. Congestion, mais pas de lithiase.

La rate, de volume normal, ne présente pas de périsplénite, et contient dans son intérieur de nombreux noyaux de la grosseur d'un grain de mil.

Aucune lésion de la cavité péritonéale; rien au rein gauche, mais quelques petits noyaux dans le rein droit.

La chaîne ganglionnaire iliaque présente des éléments du volume d'un œuf de pigeon formés de tissu blanchâtre non pigmenté.

En somme, il s'agissait d'une néoplasie généralisée. Les coupes histologiques nous ont montré que la tumeur préventive de la jambe était du sarcome mélanique fasciculé. Les noyaux blanchâtres situés dans le cœur et les autres organes sont formés de sarcomes à petites cellules, mais sans infiltration de pigment mélanique.

J'ai observé également, avec Weber, un cas remarquable

de tumeur du cœur, dont malheureusement l'examen anatomique est incomplet car nous n'avons pu nous procurer que le cœur. Le cœur était énorme, infiltré par une tumeur paraissant secondaire à une tumeur du médiastin. Symphyse cardiaque totale. Du côté de l'oreillette gauche, on constate un épaississement assez marqué de l'endocarde et, dans la région de l'oreillette qui se trouve adossée au sinus de la grande valve, on voit une petite tumeur comme une noix, située dans la paroi de l'oreillette, d'une couleur blanc jaunâtre, nettement encapsulée, et au-dessus de laquelle l'endocarde est considérablement épaissi. Toute la paroi de l'oreillette est épaissie et infiltrée par la tumeur. On trouve également de nombreux nodules secondaires dans tout le péricarde, totalement symphysé. L'aorte est très athéromateuse au niveau de sa portion descendante, mais à peu près saine dans sa portion ascendante. Malgré cette intégrité, elle est considérablement dilatée, par suite de la néoplasie péri-aortique médiastinale. Les sigmoïdes et la mitrale sont saines.

Histologiquement, la tumeur est formée de cellules embryonnaires. Cruveilhier, Labric ont également observé des cancers du cœur consécutifs à des cancers du médiastin. Les lymphadénomes se rapprochent beaucoup des sarcomes par leur facile généralisation.

Au cours d'un lymphadénome péritonéal généralisé qui avait évolué en deux mois, cela avec une très grande latence, Parmentier et Bensaude trouvèrent à l'autopsie des noyaux dans la plèvre et le péricarde.

Leyden et Kaiserling observèrent également un noyau de lympho-sarcome d'origine médiastinale à la partie postérieure des oreillettes.

Un malade de Letulle se plaignait de troubles respiratoires, avait de la pleurésie droite, de la leucocytémie, et mourait dans un accès de dyspnée. A l'autopsie, le feuillet pariétal du péricarde présente un épaississement énorme et la cavité de la séreuse est oblitérée par des fausses membranes adhérentes, ténues, friables. Des travées blanchâtres infiltrent le myocarde. Ce qui caractérise surtout la lésion, c'est qu'histologiquement les fibres du muscle ne sont pas beaucoup altérées, mais il y a une infiltration lymphatique considérable.

Nos observations personnelles sont absolument concordantes. Le cœur leucémique se caractérise essentiellement par la dissociation des fibres cardiaques, par des traînées de lymphocytes et de place en place par des nodules formés d'une agglomération de ces éléments. Nous avons une fois de plus pu vérifier ce fait sur des préparations de cœur leucémique présentées à la Société anatomique en 1899 par notre collègue et ami Clerc, et qu'il a bien voulu nous remettre, ce dont nous tenons à le remercier.

Voici donc un premier fait acquis de la tendance assez grande des tumeurs mélaniques et des lymphadénomes à envahir le cœur, et à l'envahir d'une façon spéciale, par noyaux isolés et non par infiltration. Cet envahissement du cœur joue même un grand rôle à cause du danger de mort subite qu'il détermine, à cause aussi de la coexistence fréquente de lésions du péricarde, symphyse ou épanchement qui ajoutent encore un facteur de gravité à la cachexie cancéreuse. Mais, avant d'essayer de tirer quelques déductions cliniques, voyons déjà si les autres néoplasies n'envahissent pas le cœur. A cela on peut répondre que, si les observations sont assez nombreuses, et elles le deviendront de plus en plus quand on recherchera attentivement et avec soin les métastases secondaires, et peut-être même deviendront-elles cliniques.

La tumeur primitive peut être un cancer de la langue. Weil, sur un sujet mort de cachexie cancéreuse à la suite d'un cancer primitif de la langue, trouva un noyau de même nature sur la face antérieure du cœur, à la base du ventricule droit. La tumeur s'infiltrait dans le myocarde. Ils n'ont pas signalé de signes chimiques.

Un fait analogue a été observé par Féré (Soc. anat., 1880) à un cancer de la choroïde (Guttmann, Paget), de la vésicule biliaire (Regnault), des membres (Brunon, Prescott Hewett), des os (Cohn, Velpeau), de l'ovaire (Smith, Bucquoy), du testicule (Ormerade, Prescott Hewett), de la joue (Andral), du rein (Moore, Hayem), du gland, de la parotide (Cruveilher), de l'utérus (Campana), du foie (Nicereau, Laisney), de la prostate (Duret), du pylore (Barthélemy), de l'œsophage (Pic et Bret), de la face (Pic et Bret), du pénis (Girode), du sein (Cacciola).

A la suite d'un cancer du sein, Lenoble constata une généralisation avec noyaux dans le myocarde, cliniquement, trachycardie, cyanose, inégalité des deux pouls, compression du phrénique gauche. Il existait un petit néoplasme lenticulaire de la paroi inter-ventriculaire gauche, et histologiquement, de l'infiltration néoplasique du myocarde par bourgeons cancéreux intra-vasculaires. Histologiquement, il s'agissait d'un épithéliome tubulé ayant procédé par processus emboliques. Aucune altération des fibres musculaires cardiaques. La séméiologie est insuffisante, car il y avait en même temps adénopathie trachéo-bronchique.

Les cancers secondaires à une néoplasie stomacale sont encore assez fréquents. Outre le cas de Barthélemy que nous venons de relater, au cours d'un cancer de l'estomac, chez un homme de soixante-sept ans, Cade observa une généralisation péricardique avec symphyse totale, et en détachant les deux feuillets de la séreuse, on constatait l'existence de grains saillants plus ou moins arrondis, de forme variable, sous-péricardiques et ayant déterminé la symphyse. Le myocarde était indemne.

Puis Rabé en observa un cas intéressant dont nous avons pu voir les pièces et les coupes, ce dont nous tenons à le remercier. Il s'agissait d'un cancer stomacal propagé par lymphangite cancéreuse. Le péricarde, gros, saillant, contenait un litre et demi de sérosité citrine, il y avait de plus, simplement, épaississement du péricarde pariétal. On sentait à la palpation, le long du sillon inter-ventriculaire postérieur, une induration qui se continuait dans le sillon auriculo-ventriculaire droit. Cette travée squirrheuse blanchâtre est sous-péricardique. On constate également des bourrelets ligneux, péri-aortiques. Vérification histologique, il s'agissait d'une lymphangite cancéreuse sous-péricardique, végétant en plein tissu cardiaque et qui, à un examen rapide, avait fort bien pu passer inaperçue. Il est probable que si on recherchait toujours avec soin, et en s'aidant de l'histologie, on pourrait constater assez fréquemment des néoplasies de ce genre, beaucoup moins manifestes, il est vrai ; et il est possible qu'un jour on finira par les reconnaître même cliniquement.

IV

L'énumération de toutes ces causes de cancer du cœur nous montre que toutes les formes anatomiques pourront être observées : type cutané à globes épidermiques avec sclérose interstitielle du myocarde (Pic et Bret), lorsque la

néoplasie est consécutive à un cancer de l'œsophage, à un cancroïde de la face, du pénis; type cylindrique, type squirrheux, type encéphaloïde.

Le cancer secondaire peut affecter la forme infiltrante ou la forme nodulaire; il peut rester exclusivement sous-péricardique, et produire secondairement des lésions de la séreuse, symphyse, épanchement; il peut être intra-musculaire, sans qu'il y ait de siège de prédilection; il peut enfin végéter ou faire des saillies dans les cavités cardiaques; mais, fait important, le cancer respecte d'ordinaire les valvules.

La séméiologie, comme on le comprendra facilement, sera extrêmement variable, ainsi que le cancer lui-même; et comme c'est une affection extrêmement latente, dans la grande majorité des cas, il faudra toujours la rechercher.

Sans parler des faits douteux ou tout au moins bizarres de Billard observant un cancer chez un nouveau-né, de Ségalas, d'Etchepare, chez un enfant de onze ans, le maximum de fréquence est de quarante à cinquante-cinq ans.

Le cortège symptomatique, quand il existe, se réduit presque toujours à des palpitations, de la douleur, de la dyspnée, de l'angoisse, de l'arythmie, des signes d'épanchement péricarditique, enfin la mort subite.

King a observé du frémissement cataire, Andral une forte impulsion cardiaque, orthopnée, anasarque, bruit de lime; mais il y avait en même temps sténose aortique par athérome; Andral et Bayle voient des crises de palpitations, de la dyspnée, et l'angor et la mort subite dans un cas où un cancer du ventricule droit était tellement développé qu'il ressemblait à un cœur surnuméraire. Campana constata de l'arythmie, de la petitesse du pouls, du frottement péricardique; Osmerade, un souffle systolique de la base se propageant vers l'aorte; Nicereau, un souffle systolique râpeux.

Smith signale des palpitations, de la douleur précordiale, de la dyspnée, de l'arythmie, de l'angor, la perte totale du pouls radial gauche, mort lente par crachements de sang, œdème généralisé.

Dans le cas de Barthélemy, il y avait arythmie, palpitations, oppressions, faiblesse et lenteur du pouls, para-péricardite sèche symphysaire. La malade de Bucquoy avait des palpitations, de l'oppression, du claquement sigmoïdien, un bruit de souffle assez rude se produisait pendant le petit silence, de la tachycardie (160), de l'éréthysme cardiaque, des battements des carotides; à telle point que chez cette jeune fille, atteinte d'un néoplasme de l'ovaire, on avait cru à du goitre exophtalmique. La terminaison fut la mort subite.

Nous retrouvons les palpitations, les crises de suffocations, l'angor, l'arythmie, avec de l'épanchement péricarditique, dans une observation de Cruveilhier. Au contraire, c'est de la symphyse avec douleurs lancinantes, voussure précordiale, battements sourds et précipités, bruits de frottement qu'Aran signale.

L'observation de Bernheim a trait à un homme atteint d'une affection cardiaque avec épanchement dans la plèvre gauche à la suite de rhumatismes subaigus accompagnés de palpitations. Le diagnostic avait été : péricardite rhumatismale, caractérisée cliniquement par de la cyanose, de la tachycardie, de l'orthopnée. La thoracentèse suivie de pleurotomie donna issue à du liquide sanguinolent. Le malade mourut. A l'autopsie, on trouva une symphyse cardiaque, et le péricarde était farci d'une quarantaine de noyaux cancéreux. Le cœur était gros, et des noyaux secondaires avaient envahi le poumon et le foie.

L'aphasie et la paralysie du membre supérieur droit ont été mentionnées par Laisney.

Mais, le cas curieux de Hayem mérite qu'on s'y arrête. Un malade qui s'essoufflait facilement présente une attaque d'hémiplégie. Il a une voussure précordiale considérable. Les bruits sont sourds, réguliers, avec souffle systolique. De temps en temps, crise syncopale avec secousses convulsives dans tout le côté droit, déviation de la langue à droite. Puis le cœur devient tumultueux, et le malade succombe dans une dernière syncope. L'autopsie révèle des adhérences péricardiaques antérieures, de la péricardite villeuse avec 300 grammes de liquide séro-sanguinolent, et des noyaux d'encéphaloïde disséminés çà et là. Mais, fait remarquable, dans le ventricule droit une bride fibreuse allongée, flottant, portait à son extrémité deux kystes séreux.

C'était cette bride fibreuse qui, agissant à la manière d'un battant de cloche, venait obstruer l'orifice de l'artère pulmonaire, déterminant des lypothymies, des syncopes, de la dyspnée, peut-être aussi des convulsions, car l'examen du cerveau ne pouvait les expliquer.

Telle est la séméiologie des cancers du cœur; elle est, comme on le voit, très variée et nullement caractéristique; ce que nous voulons en retenir, c'est qu'elle emprunte souvent ses signes aux lésions péricardiques concomitantes, c'est que les phénomènes douloureux sont fréquents, c'est que la mort subite est un mode de terminaison qui est loin d'être rare. Ajoutons également qu'une seconde catégorie de symptômes tient de l'altération du muscle cardiaque qui réagit comme dans les cas de cardio-sclérose; et, de fait, les deux lésions sont assez souvent associées, ainsi qu'il résulte de la lecture des observations, et cela soit de par l'âge du malade, soit de par le fait du cancer lui-même, soit par ces causes réunies, et c'est ce que nous croyons.

BIBLIOGRAPHIE. — CADE. Généralisation cancéreuse péricardique avec symphyse, *Province méd.*, 28 octobre 1899. — LAMBERT. Sarcome primitif du cœur, *New-York med. Journ.*, 1899. — LAISNEY. Cancer secondaire du cœur et cancer hépatique, Soc. anat., 1895; — Th. de Paris, 1896. — BERNHEIM. Péricardite primitive cancéreuse, *Rev. méd. de l'Est*, 15 novembre 1895. — WILD. Cancer secondaire du cœur, *Brit. med. Journ.*, 28 décembre 1895; — Cancer du myocarde, *The Lancet*, 4 janvier 1896. — LEROUX et MESLAY. Soc. anat., 1896. — WEIL. Soc. anat., Paris, 1897. — MAILLARD. Cancer secondaire du cœur, Soc. méd. de Lyon, 24 novembre 1898. — RABÉ. Soc. anat. Paris, 3 décembre 1898. — AUDRY. Cancer secondaire du cœur, *Lyon méd.*, 1898, p. 478. — LAZARUS. Tumeur du péricarde, *Berlin med. Gesell.*, 2 février 1898. — PARMENTIER et BENSAUDE. Soc. anat., mars 1895. — LEYDEN et KAISERLING. Soc. méd. int. de Berlin, 1896. — PETIT. Des myxomes du cœur. Th. de Paris, 1896. — GAUTHIER. De l'état du cœur dans le cancer primitif de l'estomac. Th. de Lyon, 1897. — SIMON. Sarcome mélanique généralisé, Soc. anat., février 1900. — LENOBLE. Tumeurs malignes secondaires, *Rev. de méd.*, 1896. — PIC et BRET. *Rev. de méd.*, 1891. — GIRODE. *Arch. de méd. expér.*, 1899. Soc. anat., 1895. — ELY. Th. de Paris, 1874. — BERTHENSON. Des myxomes du cœur, *Arch. de méd. expér.*, 1893, p. 386. — CURTIS. *Arch. de physiol.*, 1872. — LORNE. Soc. anat., 1869. — DEBOVE. Soc. anat., 1872. — VIRCHOW. *Charité Annalen*, 1881, p. 663. — PAWLOWSKY. *Berl. klin. Wochens.*, 6 et 13 mai 1895. — A. Ro-

BIN. *Arch. de méd. expér.*, 1893. — BAUTI. *Lo Sperimentale*, 1886. BODENHEIMER. *Inaug. dissert.*, Bern. 1865. — BUCQUOY. Soc. méd. des hôp., 1866. — DU CASTEL. Soc. anat., 1869. — LISTER. Soc. path., Londres, 1898. — CIVEL et LENOBLE. *Arch. prov. de méd.*, 1er février 1899. — ARAN. *Arch. de méd.*, 1846. — LETULLE. *Arch. de physiol*, 1885. — HAYEM. Soc. méd. des hôpitaux, 1864. — JUERGENS. Tumeurs primitives du cœur, *Rev. Hayem*, décembre 1892. — COOPER et KINGSFORD. Cancer squirrheux du cœur, *The Lancet*, 12 mars 1892. — PETOURAUD. Cancer secondaire du cœur, *Lyon méd.*, 25 juin 1893. — PENLEVÉ. Contribution à l'étude de la mélanose généralisée, Th. de Paris, 1866. — LOUBET et BABEAU, Lymphosarcome généralisé chez un chien, *Recueil de méd. vétérin.*, 15 avril 1897. — MERY. Soc. anat., 1888.

ÉROSION CHIMIQUE DES DENTS (1)

Par M. le docteur Léon FREY, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'École dentaire de Paris, dentiste des hôpitaux.

IV

ETIOLOGIE. — Dans le chapitre précédent, les théories pathogéniques, qui toutes possèdent à coup sûr une part de vérité, nous indiquent déjà par leur nombre et leur variété que la question étiologie est encore assez obscure. Nous ne retiendrons donc que les faits qui nous paraissent établis.

L'érosion chimique se rencontre à tous les âges de la vie à partir de vingt, vingt-cinq ans; aucune observation n'en signale plus tôt dans l'enfance et la jeunesse. D'après Znamensky, ce serait un privilège de la vieillesse; il nous semble, au contraire, que cette affection a son maximum de développement et d'acuité de trente-cinq à cinquante ans. C'est dans cette période que l'on voit le plus de malades se plaindre de la sensibilité au contact, au froid, etc., car c'est alors certainement que l'érosion est la plus active.

Pus tard, le mal est fait; mais la dentine secondaire a défendu et fortifié la partie atteinte, à moins que la carie ne soit venue continuer la destruction de la dent.

L'homme est plus souvent touché que la femme par l'érosion chimique, bien que celle-ci n'en soit pas à l'abri.

On l'observe sous toutes les latitudes et cependant les climats chauds et humides exercent une influence prédisposante indéniable (Snyder, *The Dental Review*, 15 feb. 1898).

Parmi les causes prédisposantes, il en est une qui a une importance capitale, c'est l'*arthritisme*, et surtout l'arthritisme à manifestations goutteuses, 70 p. 100 des cas de Snyder ont été observés chez des goutteux.

On sait que l'arthritisme est déjà la grande cause prédisposante de la pyorrée alvéolaire, et cependant il n'y a certainement pas concomitance entre les deux affections. L'arthritique à pyorree a du tartre en quantité, souvent de la gingivite tartrique, des dents généralement jaunes, des articulations alvéolo-dentaires peu résistantes; de bonne heure il présente ces manifestations congestives passagères d'agacement, de chatouillement dentaire, d'ébranlement léger des dents, que nous sommes convenus d'appeler « les petits signes » de la polyarthrite (M. Frey, *Traité de pathologie de la bouche et des dents*, 1896); c'est un rhumatisant des articulations en général, il est quelquefois diabétique.

L'arthritique à érosion n'a pas de tartre; au contraire, ses dents, ses gencives sont généralement nettes, ses dents sont très blanches, toujours polies et brillantes, très solidement plantées dans leurs alvéoles; il présente au niveau des érosions des poussées de sensibilité, d'hyperexcitabilité au froid surtout, à l'air frais, aux acides, au sucre, et même au sel; c'est généralement un neuro-arthritique, à dyspepsie acide, prédisposé aux coliques néphrétiques et à la gravelle; ses manifestations rhumatismales sont nettement abarticulaires, tendineuses et musculaires; c'est aussi très fréquemment un goutteux, jamais un diabétique, à la période active de ses érosions.

Mais de même qu'un goutteux peut devenir un simple rhumatisant, de même l'arthritique à érosions peut un jour voir celles-ci s'arrêter; elles cessent de s'étendre, de se creuser et d'être sensibles et il peut devenir un arthritique à pyorrée. Il pourra alors présenter du tartre et tous ses inconvénients; cependant, en général, l'infection articulaire, la raréfaction alvéolaire et la suppuration se feront sans dépôt nettement apparent, la polyarthrite revêtira de préférence la *forme sèche*, si bien décrite par Cruet.

Remarquons que l'individu qui doit présenter ces deux manifestation de l'arthritisme dentaire (l'érosion et la pyorrée) commence toujours par la première, très rarement, pour ainsi dire jamais, par la seconde.

Y a-t-il un rapport étiologique entre l'érosion et la carie? Jusqu'à présent aucun observateur n'a présenté de conclusions à cet égard. Il semblerait même qu'il y ait une *sorte d'antagonisme entre la dent prédisposée à la carie par sa faiblesse calcaire ou sa richesse organique et la dent prédisposée à l'érosion par sa richesse calcaire* (puisque les sels se détachent de leur trame organique) *ou sa faiblesse organique* (puisque la trame organique est trop faible pour retenir les sels calcaires, Th. de Baume, ou puisqu'elle subit des transformations pathologiques, Th. de Znamensky).

Cependant la carie peut quelquefois rencontrer une érosion; la première aurait par exemple atteint la face médiane, la deuxième se trouvant sur la face labiale; il est très curieux dans ce cas de constater que généralement les deux lésions ne se confondent pas, la carie continuant à se présenter avec ses couches inégales de dentine ramollie, l'érosion conservant son aspect uni et son fond résistant plus ou moins pigmenté.

Donc, d'une façon générale, à part quelques exceptions, *on ne peut pas dire que la défectuosité cunéiforme soit un mode de début de la carie au collet.*

Enfin dans ce chapitre étiologique signalons l'influence traumatique de la brosse à dents; quelle que soit la théorie pathogénique adoptée, elle agit sans aucun doute comme cause occasionnelle et adjuvante.

V

TRAITEMENT.

1° Médical général.	Antiarthritique. Antirhumatismal. Antigoutteux.
2° Médical local....	Emploi de brosses douces ou au moins brossage doux au niveau des érosions. Emploi de dentrifices alcalins. Emploi d'anti-acides : gomme arabique et saccharine (Constantin Paul).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 1267.

3° Chirurgical.....
- Des lèvres (Michaëls) : ignipuncture des glandules labiales.
- Des dents. Contre la sensibilité de l'érosion.
- Cautérisations
  - au nitrate d'argent.
  - au chlorure d'antimoine (Michaëls), qui a l'avantage de ne pas noircir les dents.
- Obturation de l'érosion cunéiforme, à l'or de préférence.
- Quelquefois coiffage de la dent avec une calotte métallique.

VI

Conclusion. — Telle est donc, *mise au point*, cette affection dentaire encore mystérieuse dans sa pathogénie, malgré les diverses théories qui cherchent à l'éclaircir. Un point semble acquis, lequel intéresse au plus haut degré le médecin, c'est l'influence de l'arthritisme; aussi, jusqu'à présent, le traitement local de l'érosion chimique, malgré les services qu'il peut rendre, reste au second plan; c'est le traitement général qui est le plus intéressant.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(10 octobre 1900)

Peu s'en est fallu que la séance ne soit levée, faute de communications. L'un des membres présents s'est dévoué et M. Ricard a fait connaître un nouveau cas de **fistule vésico-vaginale opérée et guérie par la méthode du dédoublement**. Ce cas est véritablement curieux. Il s'agit d'une Américaine dont la vessie était perforée depuis plus de cinq ans, et qui avait déjà subi huit opérations infructueuses par des chirurgiens de l'ancien et du nouveau continent. Deux de nos meilleurs spécialistes parisiens avaient vainement tenté de fermer cette fistule rebelle, mais sans succès. De guerre lasse, on pratiqua l'occlusion de la vulve.

Les urines furent, cette fois, retenues dans le cloaque vésico-vaginal, la malade ne fut plus souillée par leur émission involontaire; mais, comme c'est malheureusement la règle en pareil cas, des calculs se formèrent dans le vagin, et il se développa une cystite si intense et si douloureuse que la malade réclama, à grands cris, l'ouverture de sa fistule.

Après une série de consultations, M. Ricard, malgré les échecs précédents survenus entre les mains d'opérateurs aussi habiles qu'expérimentés, n'hésita pas à proposer une nouvelle tentative opératoire pour reformer le vagin et oblitérer la fistule.

M. Ricard fait connaître à ses collègues les détails de son intervention; relate comment il trouva le vagin, étroit, irrégulier, cicatriciel; il insiste sur la forme, le siège élevé de la fistule, et fait connaître la technique qu'il a suivie; comment il libéra le tronçon utérin, l'abaissa et l'utilisa comme lambeau. Malgré l'infection et la putridité du contenu vésical, la réunion fut obtenue presque totalement dès cette première tentative, et la fistulette persistante fut oblitérée trois semaines après par une opération complémentaire.

Aujourd'hui, la malade est guérie. Ses mictions sont volontaires, la capacité et la tolérance de son réservoir vésical s'augmentent chaque jour. Les règles ont repris leur cours normal; il persiste seulement encore un léger degré de cystite, nécessitant des mictions toutes les deux heures en moyenne.

Cette observation a le mérite de montrer combien est grande la confiance du présentateur dans la méthode qu'il emploie, puisque, sans voir la fistule cachée derrière l'occlusion vulvaire, il n'a pas hésité à conseiller une nouvelle tentative.

MM. Routier, Walther, Schwartz citent des cas où ils ont dû également recourir à l'abaissement de l'utérus pour oblitérer une fistule vésico-vaginale haut située.

M. Richelot appelle l'attention sur le procédé de Braquehaye, procédé qu'il a appliqué avec succès, dans la cure d'une fistule qui se présentait d'ailleurs dans de bonnes conditions. Mais, suivant M. Ricard, M. Richelot a le tort de rattacher ce procédé à la méthode du dédoublement. La technique de M. Braquehaye est une modification ingénieuse de la méthode américaine; on ne saurait le recommander pour les cas difficiles, quand les parois vaginales sont cicatricielles et inextensibles. Dans ces cas, ce procédé serait absolument inapplicable.

M. Loison a présenté un malade chez lequel il a dû enlever successivement le calcanéum et l'astragale, pour une **nécrose consécutive à une lymphangite**. Cette communication a été suivie d'un échange d'observations sans doute intéressantes, mais dont nous n'avons rien entendu, les orateurs s'adressant à M. le président seul. Il nous a semblé, toutefois, que M. Demoulin émettait quelques doutes sur l'origine de cette nécrose, en se demandant s'il ne s'agissait pas d'ostéomyélite.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'érysipèle de la face par des applications de gaïacol, de menthol et de camphre.

M. Desesquelle rapportait récemment, à la Société de thérapeutique, les bons effets qu'il a obtenus en utilisant les propriétés antiseptiques, analgésiques et antithermiques du gaïacol, du menthol et du camphre, dans le traitement de cinq cas d'érysipèle de la face; deux de ces cas étaient bénins, mais les trois autres étaient assez sérieux, attendu que l'érysipèle avait envahi la totalité de la face et du cuir chevelu, et qu'il s'était manifesté de l'hyperthermie, du délire, etc. M. Desesquelle a pratiqué des badigeonnages sur les parties érysipélateuses et sur le tissu environnant avec un mélange dont le *Répertoire de pharmacie* nous donne la formule :

Huile camphrée	30 cent. cubes.
Gaïacol cristallisé..........	1 gramme.
Menthol	1 —

L'application de ce mélange a été suivi d'une diminution de la température et d'une amélioration des malades; M. Desesquelle n'affirme pas que le médicament employé soit la cause réelle de cette amélioration, car l'érysipèle guérit souvent spontanément; il prie ceux de ses confrères qui soignent des érysipélateux de faire l'essai de la médication à laquelle il a lui-même recouru.

En admettant que la guérison de ses malades ne soit pas due aux applications de gaïacol mentholé et camphré, il est certain que, dès les premiers badigeonnages, les malades ont ressenti un soulagement immédiat.

On pourrait, dit M. Desesquelle, se dispenser d'employer l'huile pour dissoudre le gaïacol, le menthol et le camphre;

il serait possible d'utiliser la propriété que possède le gaïacol de former, avec le camphre, une combinaison liquide dans laquelle on dissoudrait le menthol.

Traitement de la paralysie obstétricale du bras chez un nouveau-né (H. Dauchez).

Diagnostic des paralysies obstétricales. — Les paralysies obstétricales sont traumatiques ou spontanées.

A. *Traumatiques* : Compression du plexus brachial par le même instrument. Tiraillements trop violents des membres pendant la version.

B. *Spontanées :* Compression du facial sur l'angle sacro-vertébral (bassin rétréci). Extension forcée du cou (présentation de la face). Circulaires serrées du cordon.

Diagnostic différentiel avec la pseudo-paralysie syphilitique. — Rechercher la syphilis de l'enfant. La pseudo-paralysie apparaît quelques jours ou quelques semaines après la naissance. Décollement des épiphyses. Douleurs vives à la pression du point épiphysaire décollé ou fracturé. Conservation du mouvement dans les segments voisins des membres.

Traitement des paralysies obstétricales. — Ces paralysies sont en général bénignes et rapidement curables, si elles sont prises au début. Passé le treizième jour, ces paralysies non traitées peuvent persister lorsqu'il y a des lésions osseuses concomitantes de celles du plexus nerveux, dans la version surtout.

Au contraire, les paralysies congénitales (malformation cérébrale) sont incurables.

1° Dès le début de la paralysie, on pratiquera des affusions chaudes ou des douches locales, avec cinq ou six litres d'eau très chaude (45 à 50 degrés) versée à l'aide d'un broc sur le membre malade, qui sera massé en même temps sous la douche. Ajouter à l'eau chaude de la douche :

Mixture.

Vinaigre aromatique........	100	grammes.
Teinture d'arnica...........	30	—
— de noix vomique ...	5	—
— de canelle	15	—

(Usage externe.)

2° Après la douche, enveloppement du membre avec une feuille d'ouate cardée après onction avec la pommade suivante :

Gaïacol synthétique cristallisé.	30	centigr.
Teinture d'iode fraîche et non acide.....................	3	grammes.
Axonge benzoïnée . .... } *àâ*	15	—
Lanoline............... }		

(Usage externe.)

3° Massage et électrothérapie. Séances de faradisation de cinq minutes tous les deux jours au moins, courants faradiques faibles aux deux pôles des muscles atteints. Ne jamais appliquer les électrodes sur les faisceaux nerveux correspondant aux membres atteints, ni sur les centres nerveux (1).

L'oxygène comprimé contre l'intoxication par l'oxyde de carbone.

M. Mosso, dans une récente communication à l'Académie des sciences, est venu confirmer les expériences de M. Haldane (d'Oxford).

On sait que cet auteur a montré que des souris ne succombaient pas à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, même à 50 p. 100, lorsqu'elles se trouvaient dans l'oxygène pur à 2 atmosphères.

(1) *Rev. de thér. de clin. inf.*

M. Mosso a construit des appareils métalliques pouvant contenir des chiens, des lapins, des singes, et capables de supporter une pression de 10 atmosphères. Il a constaté que ces animaux ne sont pas empoisonnés dans une atmosphère contenant 6 p. 100 d'oxyde de carbone, à la condition que la pression atteigne 2 atmosphères d'oxygène pur ou 10 atmosphères d'air. A la pression ordinaire, les animaux succombent lorsque la proportion d'oxyde de carbone est de 0,5 p. 100 ou moins encore.

En sortant des appareils contenant de l'oxyde de carbone, les animaux meurent immédiatement, mais, si l'on purifie progressivement le milieu où ils se trouvent, on produit un véritable lavage du sang, et, au bout d'environ une demi-heure, ils peuvent être sans danger ramenés à l'air libre.

Ces expériences prouvent que les animaux peuvent vivre sans globules sanguins, aux dépens de l'oxygène dissous dans le plasma, à la condition qu'une augmentation de pression rende la dissolution suffisante.

Les faits observés par M. Mosso trouvent leur application dans les cas d'empoisonnement accidentel par l'oxyde de carbone. Ainsi, deux singes, placés dans une atmosphère contenant 1 p. 100 d'oxyde carbone, étaient, au bout d'une demi-heure, complètement intoxiqués; leur respiration était presque suspendue; à ce moment, on enleva les deux singes de la cloche; l'un deux, laissé sans secours à l'air libre, mourut; l'autre, placé dans l'oxygène comprimé à 2 atmosphères, se réveilla immédiatement, et, au bout d'une demi-heure, put être extrait de l'appareil, parfaitement rétabli.

Il arrive fréquemment, dans les explosions de mines, que des ouvriers extraits des puits survivent à l'accident pendant quelques heures et même quelques jours, puis succombent. Ces ouvriers seraient certainement sauvés, si l'on pouvait les placer immédiatement dans l'oxygène comprimé. Il suffirait d'avoir, à proximité des puits, une cloche et une provision d'oxygène comprimé, comme on le trouve maintenant dans le commerce, à la pression de 120 atmosphères.

Le riz dans l'alimentation des malades atteints d'ulcère de l'estomac (1).

M. Bourgeot, professeur de clinique à Lausanne, prétend que le régime lacté auquel on a coutume de soumettre les sujets atteints d'ulcère gastrique est loin d'être idéal, bien qu'il calme pour quelques instants la douleur.

Le lait dilue évidemment le suc gastrique et en diminue l'acidité, mais ce résultat est si passager que, trois ou quatre heures après l'ingestion du lait, le contenu stomacal renferme de 0,4 à 0,5 p. 100 d'acide chlorhydrique libre. En outre, pour peu qu'il existe du spasme du pylore, le lait devient la cause de fermentations gastriques.

Enfin, chez les sujets soumis au régime lacté exclusif, l'estomac ne contient pas de substances protéiques en quantité suffisante pour neutraliser l'acide chlorhydrique libre qui vient alors irriter la muqueuse et réveiller les douleurs.

C'est ce dernier fait qui a déterminé le clinicien de Lausanne à substituer au régime lacté absolu l'alimentation par le *riz cuit au lait* pendant toute la durée de la période aiguë de l'affection.

Voici comment il s'agit de le préparer :

On fait bouillir pendant plusieurs heures 50 grammes de riz dans un litre de lait, puis on laisse le mélange au bain-marie jusqu'à ce qu'il prenne la consistance d'une bouillie épaisse. On obtient de la sorte une préparation très nourrissante qui n'irrite pas l'estomac et qui neutralise facilement l'acide chlorhydrique libre, sans séjourner trop longtemps dans la cavité gastrique. Cette bouillie ne doit conte-

(1) *Journ. de méd. de Paris*, 7 oct. 1900.

nir au début ni sel ni sucre, mais on peut la sucrer ou la saler, suivant le goût du malade, dès que la cicatrisation de l'ulcère lui semble assurée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Consultations médicales (1), par M. Huchard.

Sous ce titre, M. Huchard vient de publier ses principales leçons cliniques de l'année. Cet ouvrage a une portée essentiellement pratique; il n'y faut pas chercher un historique ou une bibliographie complète, mais simplement un exposé clair et complet des questions traitées, le praticien « n'ayant que faire d'une érudition d'emprunt, d'une exhibition scientifique de théories toujours renaissantes ».

En trois chapitres d'introduction est magistralement traitée la *Méthode en thérapeutique*. Pathogénique, la thérapeutique remonte non pas seulement à la cause, mais à son mode de production; un même symptôme, pouvant relever de causes diverses, demande chaque fois un traitement différent; ainsi en est-il de la *dyspnée*, *toxi-alimentaire*, *urémique*, *cardio-hépatique*, *cardio-pulmonaire*, *cardiaque*, *cérébrale*, *etc*.

« Ainsi, dans une maladie d'organe plus ou moins altéré, songez à son organe compensateur : au rein pour le cœur, et réciproquement; au rein pour le foie, au cœur pour les maladies aiguës du poumon. »

La thérapeutique, *pathogénique ou compensatrice*, doit toujours être *physiologique* et consister dans l'action physiologique des médicaments sur l'homme malade.

Ici, l'auteur, au nom de la clinique, s'élève contre les physiologistes de laboratoire et définit « l'*indication thérapeutique*, la notion de l'opportunité médicamenteuse », ou mieux encore la notion de l'opportunité thérapeutique.

Cette notion découle de l'examen du malade et de la maladie; encore faut-il pour un bon examen un bon observateur, ce que rend évident l'exemple de l'angine de poitrine, maladie que l'on n'a pu traiter efficacement avant qu'elle n'ait été bien étudiée par l'auteur de ces consultations.

Dans un autre article d'une portée générale, l'auteur pose des principes d'*hygiène alimentaire*; il nous montre que les centenaires, les personnes de grande intelligence, ou de haute moralité, les artistes, les athlètes et les jolies filles, ont toujours été des végétariens, et il nous invite à suivre leur exemple, si nous ne voulons pas dégénérer.

Il n'est guère possible de passer en revue tous les sujets traités; la *maladie de Stokes-Adams* fait l'objet d'une très importante étude; un chapitre entier est consacré au traitement des anévrismes aortiques, par les injections de gélatine, dont l'auteur se déclare nettement partisan.

Nous devons nous borner à signaler les importants chapitres consacrés au *massage de l'estomac*, à l'*œdème aigu du poumon*, aux *cardio-scléroses*, au *traitement des cardiopathies*, à l'*urémie*, à l'*épilepsie*, à la *fièvre typhoïde*, à la *grippe*, etc. L'étude des *indications thérapeutiques des diurétiques* termine enfin le livre, qui est, avant tout, un livre de médecine clinique.

Malgré la diversité des sujets traités, on trouve, en effet, dans ces consultations, une idée directrice, qui est de s'en rapporter, avant tout, à la clinique; par son souci de mettre toujours celle-ci en avant, ainsi que par l'ardeur de ses convictions, l'auteur fait œuvre de chef d'école. Il est vrai que « chaque époque médicale et chaque chef d'école se sont ainsi crus dépositaires de la vérité; mais celle-ci a été trop souvent l'erreur de demain ». L. B.

Le pneumocoque et les pneumococcies (*Actualités médicales*), par A. Lippmann (2).

Le temps n'est plus où l'on reconnaissait au pneumocoque le seul droit de *faire* de la pneumonie. Nous savons aujourd'hui, à n'en pas douter, que ce germe peut déterminer les localisations les plus diverses, qu'il n'est peut-être pas d'organe ni de tissu de l'économie qu'il ne soit susceptible d'envahir à un moment donné de son évolution. Nous savons aussi que chacune de ces localisations nécessite une thérapeutique spéciale, basée sur un diagnostic bactériologique *exact* et *rapide*. D'où l'intérêt de l'excellente monographie que M. Lippmann vient de consacrer à l'histoire du pneumocoque.

M. Lippmann étudie successivement le *germe pneumocoque*, les *pneumococcies expérimentales* et les *pneumococcies humaines*. La description des caractères morphologiques et biologiques du pneumocoque expose clairement le côté technique de la question. Le chapitre des pneumococcies expérimentales met en évidence le rôle des variations de virulence du germe dans leurs rapports avec la résistance de l'organisme et aborde les problèmes si intéressants des toxines, de l'immunité et des vaccinations. L'étude des pneumococcies humaines montre enfin qu'à côté des lésions localisées dont la pneumonie est le type, le pneumocoque est aussi capable de créer des infections généralisées sanguines. Elle montre surtout qu'il est actuellement impossible de faire de la bonne clinique sans les secours de la bactériologie; que dans les maladies infectieuses, quelles qu'elles soient, les données bactériologiques dominent le pronostic et commandent la thérapeutique. L. B.

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-18. Prix : 1 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat et de l'externat. — Le jury de l'internat est provisoirement composé de MM. Hudelo, Guinon, De Gennes, Gombault, Delbet, Rieffel, Villemin, Picqué et Baudron, qui ont accepté; M. Polaillon n'a pas fait connaître son acceptation.

Le jury de l'externat est définitivement composé de MM. Macaigne, Soupault, Bruhl, Renault, Chevallier, Marion, Riche et Tissier.

Les étudiants en médecine à l'armée. — Le docteur Lachaud, député de la Corrèze, a été reçu par le général André, ministre de la guerre, auquel il venait demander de vouloir bien examiner le projet de loi dont il est l'auteur et de faire appliquer, dès l'arrivée au corps des jeunes soldats de la nouvelle classe, ses principales dispositions.

Le docteur Lachaud demande que les étudiants en médecine soient, à leur entrée au régiment, considérés comme externes du corps de santé militaire et employés comme tels à aider les médecins-majors, qui manquent souvent d'auxiliaires.

Ainsi, estime le docteur Lachaud, on trouverait aux majors des collaborateurs dévoués, sans augmenter le budget.

Le ministre de la guerre a promis au docteur Lachaud d'examiner sa proposition sans retard.

Marine. — M. Durand, médecin de deuxième classe, vient d'être promu au grade de médecin de première classe en remplacement de M. le docteur Chassériaud, retraité.

M. le docteur Durand, promu au grade de médecin de première classe, est affecté au cadre de Lorient.

— MM. les médecins de première classe Aurégan, du cadre de Cherbourg, et Durand, du cadre de Lorient, sont autorisés à permuter.

— M. le médecin de première classe Roby, médecin-major au 3e d'infanterie de marine à Rochefort, ayant terminé deux années de séjour dans ce poste sédentaire, est réintégré au service général de ce port.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Fitte, conseiller général de Vic-en-Bigorre, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 40e semaine, 849 décès, chiffre inférieur à

celui de la semaine précédente (868) et voisin de la moyenne ordinaire des semaines d'octobre (832).

La fièvre typhoïde a causé 18 décès; la variole, 7; la rougeole, 5; la scarlatine, 3; la coqueluche 6; la diphtérie 3.

La diarrhée infantile a causé 61 décès, chiffre voisin de celui de la semaine précédente (60), mais supérieur à la moyenne ordinaire des semaines d'octobre (45).

En outre, 37 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 61 décès, au lieu de 67 pendant la semaine précédente et au lieu de 82, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 7 décès (au lieu de la moyenne 10); bronchite chronique, 11 (au lieu de la moyenne 20); broncho-pneumonie, 19 (au lieu de la moyenne 22); pneumonie, 21 (au lieu de la moyenne 30).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 25 décès, dont 17 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 171 décès (au lieu de la moyenne 184); la méningite tuberculeuse, 8 décès; la méningite simple, 15; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 33 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 38 décès; les maladies organiques du cœur, 61; le cancer, 59; enfin 37 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le papier buvard en chirurgie. — La fabrication du papier buvard va bientôt trouver de nouveaux débouchés. On en fait, en effet, des capsules de bouteilles; on en garnit les marteaux de pianos; dans les vêtements, les tailleurs l'emploient comme doublures; les bijoutiers on font des polissoirs de pierres précieuses. En électricité, le papier buvard pour certains bains chimiques constitue un parfait isolant. Les Allemands en ont fabriqué un costume de bains. En chirurgie, on s'en sert comme bandages qu'on brûle après chaque pansement. Toutes ces applications ont donné d'excellents résultats; aussi prévoit-on dans l'avenir une grande application du papier buvard. (*Mém. de la Lib.*)

Le bain de pieds. — Dans une curieuse étude sur l'hydrothérapie rationnelle, le docteur Keliogg nous fait connaître pratiquement ce qu'est réellement le bain de pieds et comme il doit être pris. N'en déplaise aux princes de la science, nombreux sont encore leurs malades qui, même en état de santé, ne savent qu'imparfaitement la pratique de ce précieux adjuvant de la santé... et de la propreté. Le bain de pieds doit être froid, chaud ou alternativement chaud et froid.

Le bain de pieds froid ne doit jamais durer plus de cinq minutes : les pieds sont placés dans le bassin à ce destiné et l'eau est versée progressivement, aux moyens de tubes spéciaux autant que possible; des frictions assez fortes doivent toujours accompagner l'immersion. Une forte réaction doit suivre l'emploi de ce bain, on ne doit jamais laisser les extrémités inférieures conserver aucun vestige d'humidité; il ne faut même pas craindre de pousser les frictions sèches après la sortie jusqu'à la rubéfaction. Quoique moins utile que le bain de pieds chaud pour produire des effets révulsifs certains, le bain froid rend de grands services dans la congestion cérébrale, l'hémorragie interne et la persistance du froid aux pieds, quelque étrange que cela puisse paraître. On ne doit cependant en faire usage qu'avec certaines précautions, surtout si la température de l'eau est particulièrement froide.

Le bain de pieds superficiel est un dérivé du bain froid avec une quantité d'eau très minime suffisante pour mouiller seulement les orteils. Les extrémités sont alternativement plongées dans l'eau pendant une minute, puis retirées et frottées à sec pendant une minute et demie pour être replongées ensuite dans le bain : cette opération se renouvelle 3 ou 4 fois pour chaque pied. La puissance réactive de ce traitement a donné de bons résultats dans la frigidité chronique des extrémités inférieures et dans certaines formes de névralgies.

Le bain de pieds chaud est pris à une température qui doit aller en augmentant tant qu'on peut la supporter sans souffrance; sa durée varie de cinq minutes à une demi-heure. Les pieds doivent être totalement immergés. Particulièrement efficace pour régulariser la circulation normale du sang, il rend de signalés services dans les cas d'ankylose des membres, les foulures, les congestions de la tête, les névralgies intermittentes. On doit le prendre, en certaines circonstances bien déterminées, jusqu'à trois fois par jour pendant une durée de vingt à trente minutes chaque fois.

Le bain de pieds chaud et froid consiste en une immersion successive dans l'eau chaude pendant une durée de trois à quatre minutes et immédiatement après dans l'eau froide pendant vingt secondes à une minute : cette opération doit être renouvelée plusieurs fois pendant la même durée que ci-dessus pour chaque immersion. Ce bain est particulièrement recommandé aux personnes qui sont affligées d'une transpiration persistante des extrémités inférieures et dans les cas d'angelures rebelles.

Que de personnes ne se doutaient pas que le bain de pieds, d'apparence si simple, pouvait contenir tant de variétés dans son application! (*Journ. d'hygiène.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 118. — MARDI 16 OCTOBRE 1900. 73e ANNÉE. MARDI 16 OCTOBRE 1900. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Séméiologie et traitement des idées de suicide, par MM. Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police, et Paul Cololian, ancien interne des asiles de la Seine. — Empoisonnement accidentel par l'aniline, par M. Breton (de Dijon), ancien interne des hôpitaux de Paris. — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — A propos de l'épidémie de variole. — Médecine pratique. Le citrate de bismuth contre la blennorragie; — Contre la diarrhée tuberculeuse; — Lotion contre le coryza chronique; — Contre les sueurs des phtisiques. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉMÉIOLOGIE ET TRAITEMENT DES IDÉES DE SUICIDE

Par MM. Paul Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police,
et Paul Cololian, ancien interne des Asiles de la Seine.

Un moraliste allemand du XVIIIe siècle disait : Nous sortons de cette vie par trois portes : l'une, immense, aux proportions colossales, par laquelle passe une foule de plus en plus considérable, c'est la porte des maladies ; la seconde, de moindre dimension, et qui semble se rétrécir graduellement, c'est celle de la vieillesse ; la troisième, sombre, d'apparence sinistre, toute maculée de sang, et qui s'élargit chaque jour, c'est la porte des morts violentes, et notamment du suicide.

L'histoire raconte que, dans l'antiquité, des rois, des princes se tuaient, croyant leurs maux éternels. Le suicide a suivi l'humanité dans ses croyances religieuses et philosophiques. L'homme, en butte aux souffrances physiques et psychiques, a considéré la mort comme la délivrance suprême, et, souvent, il est allé au-devant.

Le suicide est l'une des plus vieilles questions sociales et pathologiques. Des penseurs l'ont combattu; sous d'autres latitudes d'autres penseurs l'ont permis, sans parler des anciens qui l'ont glorifié, *mori licet cui vivere non placet*.

Aujourd'hui, nous savons que le suicide est presque toujours la manifestation d'un désordre mental. C'est un mal dont nous devons chercher les causes et le traitement. Nous le devons d'autant plus que les affections où germent les idées de suicide sont, le plus souvent, des affections guérissables.

Les auteurs modernes se sont occupés du suicide surtout au point de vue clinique et de la médecine légale. Bien peu ont étudié le traitement.

C'est ce chapitre que nous avons cherché à faire, et comme l'étude du traitement ne va pas sans celle de la séméiologie, c'est par elle que nous commençons.

I

SÉMÉIOLOGIE DES IDÉES DE SUICIDE

Le suicide n'est pas une entité morbide, c'est un symptôme qu'on rencontre dans plusieurs affections psychiques et organiques.

I. Le suicide dans les maladies mentales. — Les idées de suicide sont très fréquentes dans les vésanies fonctionnelles ou organiques. Pour en faciliter l'étude, nous les diviserons en trois groupes :

1° Les *fausses idées de suicide*, qui sont l'apanage des hypocondriaques et de quelques hystériques. L'hypocondriaque lucide, qui se lamente sans cesse et voit qu'on ne s'occupe pas de lui, cherche à attirer l'attention en simulant le suicide. Quelques hystériques ont également de fausses idées de suicide. Nous y reviendrons plus loin.

Il faut montrer beaucoup de réserve vis-à-vis de ces malades, les tenir en surveillance. Une raillerie imprudente peut suffire à affermir une résolution. Adroitement, il faut faire entendre au malade qu'on n'est pas dupe, et qu'il n'est pas de son intérêt d'aggraver sa situation en simulant le suicide. Il faut des ménagements pour épargner sa susceptibilité.

2° Les *tentatives de suicide spontanées sous l'action d'une hallucination* sont fréquentes dans plusieurs formes de vésanies aiguës. Dans le *délire alcoolique*, le malade se croit poursuivi par une bande d'assassins; pour leur échapper, il veut se tuer. D'autres entendent des voix qui leur reprochent des actes de leur vie et leur conseillent la mort. Chez les *paralytiques généraux*, c'est le même mécanisme, la même niaiserie, la même absurdité dans l'idée.

L'*hallucination de l'ouïe* chez quelques dégénérés, chez des mélancoliques, a parfois suggéré l'idée du suicide. C'est « l'Eternel qui dicte le sacrifice ; c'est une voix impérieuse qui ordonne de se tuer ».

L'*hallucination de la vue* est également une cause de *raptus*. Le suicide n'est pas volontaire, il est dû à l'erreur des sens: un alcoolique prendra la fenêtre pour une porte et se précipitera dans le vide.

Chez tous ces sujets, l'idée de suicide n'est pas systématique, elle est instantanée, sous l'action de l'hallucination. Il est généralement facile de prévenir ces cas. Après un examen approfondi et connaissance prise de la nature des hallucinations, on adoptera certaines mesures.

3° *L'idée de suicide systématisée*. — Il y a des aliénés chez lesquels l'idée de suicide est solidement implantée ; elle dé-

rive de la logique morbide du sujet. Tout lui paraît mauvais, insurmontable; il compte les maux de l'humanité, et il s'écrie : « La vie est un mal, il n'y a aucun bien dans l'univers. » Il s'ennuie de vivre, la mort est la suite naturelle de tous les malheurs et accidents de la vie. Celui-là se tue froidement, en combinant préalablement tous les moyens de réussite.

L'hérédité tient une grande place dans les idées de suicide systématisées. Les médecins ont observé, il y a longtemps, la fréquence du suicide dans certaines familles; ils n'en tiraient pas de conclusion. C'est Voltaire le premier qui fixa l'attention sur ce fait. A l'article « Caton » de son *Dictionnaire philosophique*, il raconte le suicide d'un homme paraissant normal et fait ces réflexions : « Son frère et son père s'étaient tués, chacun au même âge que lui. Quelle disposition secrète d'organes, quelle sympathie, quel concours de lois physiques fait périr le père et les deux enfants de leur propre main, et du même genre de mort, précisément quand ils ont atteint la même année? Est-ce une maladie qui se développe à la longue dans une famille? »

Les aliénistes s'occupèrent alors du fait signalé si éloquemment par le grand écrivain. Les noms d'Esquirol, de Falret père, de Moreau (de Tours), de Brierre de Boismont, de Lucas, de Morel, de Th. Ribot, sont attachés à l'étude du suicide. Ces auteurs ont rapporté des observations qui démontrent le rôle évident de l'hérédité. L'on n'hésite plus aujourd'hui à recommander la prépondérance de cette influence.

L'hérédité pousse au suicide non seulement les aliénés, mais des gens exempts de tout délire. Chez ceux-là, l'idée de suicide est si solidement systématisée, si fâcheusement ancrée, que souvent, en dépit de toutes les précautions, ils arrivent à leurs fins.

Les idées de suicide sont très fréquentes dans la *dépression mélancolique*.

Dans la *mélancolie simple* avec conscience, le sujet est aboulique; s'il désire la mort, la force d'exécution lui fait défaut.

Dans la *mélancolie anxieuse*, le désir de l'anéantissement est ardent, surtout quand il existe des hallucinations terrifiantes. Dans la *mélancolie sénile*, les tendances au suicide ne sont pas rares. Mais c'est surtout chez les persécutés *auto-accusateurs*, chez les persécutés mélancoliques, qu'elles sont obsédantes.

Dans le *délire de persécution* les idées de suicide sont paradoxales, mais y existent néanmoins. Elles germent chez les persécutés passifs, qui paraissent se résigner; mais, leur psychologie est particulière. Tandis que les mélancoliques ordinaires se tuent pour se débarrasser, ou débarrasser les autres, le persécuté se détruit par vengeance. « C'est, par exemple, un individu qui, se croyant pris pour un sodomiste, se suicidera après avoir écrit au préfet de police de faire faire son autopsie et d'en publier le compte rendu, pour mettre à néant des calomnies qui courent sur son compte. » [Legrand du Saulle (1)].

Chez les *alcooliques chroniques*, chez les ivrognes, l'idée de suicide, une fois implantée, reste en permanence et double d'intensité de jour en jour. Elle est la conséquence de la déchéance de l'individu, ayant encore une lueur de dignité. Au bas de l'échelle sociale, considéré comme fou, il n'a plus le courage de surmonter sa passion et cherche la mort par humiliation. D'autres, la généralité des buveurs, atteints de dépression mélancolique, se tuent comme les mélancoliques.

Les idées de suicide systématisées existent dans diverses autres formes de psychoses, chez les *maniaques* (rare), dans le *délire aigu*, la *démence sénile*, chez les *paralytiques généraux*, etc.

(1) LEGRAND DU SAULLE. Leçons cliniques sur le délire de persécution, *Union méd.*, 3 juillet 1883.

II. LE SUICIDE DANS LES NÉVROSES. — « Chez les *hystériques*, dit Legrand du Saulle (1), la tendance au suicide est assez commune; mais elle se présente, dans l'espèce, avec certains caractères spéciaux. Dans les formes les plus habituelles de l'aliénation, les idées de suicide sont en quelque sorte des déductions logiques de convictions fausses (mélancolie, persécution, crainte du déshonneur, peur de la ruine); dans l'hystérie, elles apparaissent, tout à coup, sans motif. Elles ne se rattachent à rien; c'est une secousse, une sorte de vertige accidentel, une impulsion dans toute l'acception du mot. Du reste, le plus souvent, l'hystérique s'arrête en route et le suicide est rarement consommé; on retrouve, habituellement, dans les préparatifs qui précèdent la mise à exécution de l'acte, un continuel besoin, qui obsède l'hystérique, d'occuper de sa personne le monde qui l'entoure. »

Il y a quelque exagération dans l'idée que les hystériques simulent toujours et jouent l'éternelle comédie de la mort. Poussés par la nature même de leur déséquilibration mentale, en dehors de toute autre considération, les hystériques se tuent parfois, et plus fréquemment qu'on ne le dit. Pitres a bien mis au point la question, dans une leçon où il s'insurge contre ce jugement erroné qui veut que tous les hystériques simulent le suicide. Après avoir apporté plusieurs observations à l'appui, il dit « qu'il ressort bien clairement que le suicide des hystériques est, en général, le résultat d'une détermination soudaine, irréfléchie, mais que rien n'autorise à le considérer comme une comédie grossière jouée par des simulatrices pour se rendre intéressantes ou pour larmer leur entourage ».

Les hystériques sont, le plus souvent, sincères dans leurs résolutions; mais, comme l'idée du suicide surgit d'ordinaire brusquement et que la mobilité est au fond de toutes leurs dispositions, ils n'ont pas toujours le temps de se précautionner pour l'exécution.

Il ne faut donc plus déclarer que les hystériques menacent, mais ne songent pas à aller plus loin. Les mesures dont nous parlerons plus loin s'appliqueront également aux hystériques.

Dans l'*épilepsie*, le suicide est très rare; il est dû à un élément surajouté, à une dépression mélancolique, intoxication alcoolique ou autre cause, l'hérédité, par exemple. Pourtant, il peut être le résultat d'une impulsion aveugle. Certains comitiaux, pris d'un accès procursif, vont automatiquement, et sans conscience, droit devant eux, se jettent à l'eau, etc.

Les crises épileptiques sont suivies d'un état mental particulier, d'hébétude, d'obnubilation, qui persiste suivant les malades. Dans cet état, l'idée du suicide peut exister, mais les sujets ne se rendent pas compte de la gravité de l'acte.

Il est prudent de rechercher, même chez les épileptiques, les idées de suicide et de les combattre.

Le *neurasthénique* parfois nourrit vaguement des idées de

(1) LEGRAND DU SAULLE. *Les hystériques, état physique et mental*, 1883.

suicide. Si la neurasthénie est pure, sans tare dégénérative, les idées de suicide sont l'exception. Mais chez un déséquilibré neurasthénique, aux préoccupations hypocondriaques, les idées de suicide sont fréquentes. Après avoir consulté toutes les sommités, les princes de la science, le neurasthénique ne croit plus à la guérison, et cherche le repos dans la mort.

II

TRAITEMENT DES IDÉES DE SUICIDE

Le suicide est un acte d'une importance sociale si considérable qu'il est du devoir de tout homme d'essayer de le prévenir. Mais si, médecins, nous pouvons quelque chose pour ceux qui sont entre nos mains, nous sommes impuissants à prévenir les cas isolés, les suicides épidémiques chez les individus dont l'état ne semble réclamer ni soins ni conseils. C'est à l'homme moral d'agir, c'est à la société entière de se préoccuper de ces faits significatifs.

Dès l'enfance, une bonne éducation, des lectures instructives, des conseils pratiques doivent être donnés aux héréditaires. Combattre l'hérédité fatale par la psychothérapie méthodique, tel doit être le but du moraliste. Il faut apprendre à croire à la jeunesse, lui enseigner que le dégoût de la vie est une maladie. Il faut lui faire lire les sages préceptes du J.-J. Rousseau des beaux jours : « Chaque fois que tu seras tenté de sortir de la vie, dis en toi-même : « Que je fasse « encore une bonne action avant de mourir, » puis va chercher quelque indigent à secourir, quelque infortuné à consoler, quelque opprimé à défendre. » Il faut dire aux jeunes avec Lamartine : « Mourir, c'est fuir ; on ne fuit pas. »

L'éducation morale donnera à l'enfant héréditaire l'énergie qu'il faut pour la lutte, sans fléchir, sans fuir.

Le moraliste, le médecin psychopathe doivent combattre une cause active du suicide, l'influence de la presse et des mauvaises lectures. Cela n'est pas seulement notre avis, mais l'opinion de maîtres dont l'érudition et l'expérience font foi. Esquirol, Lucas, Moreau (de Tours), etc., ont plusieurs fois signalé les dangers et résultats déplorables des récits émouvants dont sont, aujourd'hui, remplis journaux et romans.

En réalité, ni l'imitation, ni la lecture à outrance de faits divers ne sauraient ébranler un cerveau solide. Mais, il y a des esprits moins bien trempés qui prennent un plaisir morbide à ces histoires et s'en nourrissent lamentablement. Ce sont des prédisposés, chez qui l'éclosion de l'idée fatale ne cherche qu'une occasion. Pour ceux-là, et pour d'autres, les récits de suicides ne devraient pas paraître dans les journaux, entourés de tant de détails. Les journalistes feraient œuvre plus utile en gardant une extrême réserve.

Comment traitera-t-on l'aliéné ayant une propension au suicide, ou l'ayant tenté déjà? Avenbrugger avait imaginé une méthode consistant à donner à boire une très grande quantité d'eau froide, tandis qu'on mettait un exutoire sur la région du foie. Des praticiens ont vanté jadis cette méthode. Thédon dit en avoir fait l'expérience sur lui-même. Esquirol (1) avoue l'avoir essayée sans aucun résultat.

Falret (2) père a obtenu quelques succès à l'aide de vomitifs. Amar, en cas d'insuccès par les vomitifs, conseille d'administrer un peu d'opium. Voisin prescrivait deux larges vésicatoires sur les jambes. Brierre de Boismont dit que ce moyen lui a paru « agir d'une manière favorable chez plusieurs d'entre eux par la diversion qu'il opère; en effet, ces individus, qui n'ont pas hésité à faire des tentatives, se préoccupent outre mesure de leur exutoire, s'en tourmentent, et la fixité de la pensée maladive s'en trouve parfois singulièrement diminuée ».

(1) Esquirol. *Des maladies mentales*, 1838, t. I, p. 658.
(2) J.-P. Falret. *Du suicide et de l'hypocondrie*, Paris 1822.

Cet auteur vante aussi les *bains* prolongés et les *irrigations continues*, pendant cinq, six, sept, huit heures et plus (1).

Des émissions sanguines ont été prescrites contre le suicide. Certains auteurs ont donné des éméto-cathartiques.

Parlerons-nous de la peur, de l'intimidation, mises en œuvre pour dévier le cours des idées. On connaît l'histoire, contée par Pinel, de ce littérateur qui, étant à Londres pour dissiper une affection mélancolique, allait se noyer dans la Tamise, lorsqu'il fut arrêté par des voleurs; il se battit avec ces importuns, oubliant le dessein qui l'avait fait sortir de chez lui. Il mourut à quatre-vingt-quatre ans.

Esquirol cite le cas d'un jeune homme voulant se détruire : il entre chez un armurier faire achat d'une paire de pistolets. Le marchand en demande un prix fort élevé, le jeune homme s'irrite, dispute, oublie qu'il achète des armes pour se brûler la cervelle. D'autres auteurs ont rapporté des faits semblables.

Brierre de Boismont intimidait les malades qui refusaient de prendre des aliments, il prévenait l'aliéné qu'on allait lui appliquer un traitement douloureux. Il réussit par ce moyen dans quelques cas.

Des auteurs ont voulu guérir le symptôme sans rechercher la maladie causale. « Quelques médecins, dit Esquirol, ont proposé un traitement spécifique contre le suicide. Les uns, persuadés que le foie est le foyer du mal, que la bile en est le principe, conseillent les purgatifs dits hépatiques. »

Esquirol ajoute en bon aliéniste : « Le suicide étant un acte consécutif du délire des passions ou de la folie, je devrais avoir peu à dire sur le traitement d'un symptôme, traitement qui appartient à la thérapeutique des maladies mentales et des motifs déterminants du suicide; c'est donc au traitement propre à chaque variété de folie qu'il faut avoir recours pour traiter un individu poussé à sa propre destruction. »

Si nous rapportons la parole du grand aliéniste, c'est pour faire ressortir l'importance d'un bon diagnostic et de l'étude approfondie du sujet. En face d'un aliéné avec idées de suicide, il faut chercher deux choses : quelle est l'affection qui déprime la personnalité psychique et quelles sont les causes qui poussent à la destruction de soi-même.

Nous voudrions, à ce propos, que tout médecin, percevant en ville, chez un individu, des idées morbides, fût obligé d'informer l'autorité, comme on le fait pour les affections contagieuses. Le médecin est tenu de prévenir le service des épidémies dès qu'il a diagnostiqué une maladie contagieuse. En cas d'idées de suicide, des mesures énergiques devraient être prises ou par la famille, sous la responsabilité du médecin traitant, ou par le préfet de police. Le sujet serait interné jusqu'à sa guérison complète.

Le traitement physique et moral du suicide varie suivant les cas et les individus. Mais ce qui ne varie pas, ce qui doit être rigoureusement respecté, c'est l'hygiène et la surveillance. On ne se bornera pas à indiquer un traitement et à dire quelques bonnes paroles, en délaissant le malade le reste du jour, dans un endroit quelconque. Ceux qui ont le désir

(1) Brierre de Boismont. *Du suicide*, Paris 1865, p. 635.

ferme de se tuer exécuteront leur projet en plein jour, en plein quartier, sous l'œil même du gardien. Beaucoup savent déployer toutes les ruses et parviennent à tromper la vigilance la plus active.

Guislain (1), qui, se basant sur les données d'Esquirol, conseilla, le premier, de mettre les malades, non dans des cellules isolées, mais dans une salle commune, écrit : « On logera le malade au rez-de-chaussée, on fermera sa fenêtre à clef; on ôtera les rideaux de son lit; on fera disparaître les crochets, les clous; on éloignera de lui tout objet dont il pourrait faire un fâcheux usage, tels que marteaux, fourchettes, couteaux, massue de bois, etc.

On surveillera toutes les issues par lesquelles il pourrait s'échapper, on ne lui permettra pas d'approcher des puits, des fossés, des latrines, des fosses à fumier...

La nuit, on fixe une main ou bien les deux par une courroie fermée par une boucle à vis, et passée autour du bois de lit. Dans d'autres cas, on n'emploie aucun appareil de coercition; on se contente de surveiller le malade, de lui donner de bons gardiens.

C'est à juste titre que tous les praticiens recommandent de ne jamais laisser seuls les malades qui ont un penchant au suicide; il importe, dans les grands établissements, de suivre le précepte d'Esquirol. »

A ces conseils pratiques, nous ajoutons ceux que le traitement actuel des maladies mentales comporte.

A l'article « Alitement » (2), nous avons déclaré que les aliénés à tendances aux idées de suicide profitaient très avantageusement de cette méthode. C'est dans la salle d'alitement que le malade sera soigné. La surveillance sera constante. On placera auprès de lui un infirmier toujours en éveil. Les lits ne seront pas près des fenêtres ni munis de barres; s'il y a un fronton, on le couvrira d'un manchon. De cette façon le patient ne pourra profiter de la distraction de l'infirmier pour se pendre aux parois du lit avec ses draps; il en sera empêché, ou il lui faudrait plusieurs minutes de préparation.

Jamais, si ce n'est provisoirement, on ne placera le malade dans une cellule, même matelassée.

Il ne faut laisser à la portée des malades que des boissons rafraîchissantes, dans des gobelets en métal, et des aliments avec une cuiller. Nous avons vu un malade dérober la potion destinée à son voisin de lit et en avaler le contenu d'un seul trait, dans l'espoir d'y trouver la mort tant désirée.

Certains mélancoliques ne veulent pas manger, pour mourir. Une jeune fille refusait depuis deux jours tout aliment, lorsqu'à la visite elle entendit le médecin dire à son aide qu'on ne mourait pas de faim. Elle réfléchit et mangea. Elle nous a mis au courant de cet incident après sa guérison.

C'est une indication. En cas de refus, il faut essayer de persuader, et, le cas échéant, alimenter artificiellement.

Outre la surveillance, il y a le traitement moral et l'alimentation. Il faut chercher à savoir adroitement du malade les causes de sa décision; essayer de les combattre avec douceur; lui prouver que c'est son état mental maladif qui lui montre tout insurmontable, que c'est la maladie qui le pousse à la mort. On lui dira que sa famille s'intéresse à lui et que de beaux jours l'attendent à sa guérison. Toutes les finesses du traitement moral trouvent ici leur emploi et obtiennent des résultats appréciables quand on sait influencer le malade.

L'alimentation est généralement défectueuse; il faut la surveiller. Beaucoup se négligent sous le rapport de la propreté, ne se lavent pas. Les infirmiers en auront soin à tous points de vue. Bains, douches, sédatifs, hypnotiques, massage, électricité seront mis en usage.

On cherchera à calmer les centres nerveux, à apaiser l'angoisse. Si c'est un mélancolique aboulique, dont les échanges nutritifs se font mal, c'est au massage, à l'électricité qu'on aura recours.

En résumé, le traitement des idées de suicide dans les différentes affections varie peu. Mais, comme il faut aussi traiter la maladie causale, le praticien devra s'en rapporter à ses notions de thérapeutique générale.

(1) J. Guislain. *Leçons sur les phrénopathies*, Gand 1852, t. III, p. 252.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 1260.

EMPOISONNEMENT ACCIDENTEL PAR L'ANILINE

Par M. Breton (de Dijon),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le 6 octobre écoulé nous sommes mandé en toute hâte auprès d'un de nos petits clients qui venait, disait-on, de se trouver mal et sur le point de mourir.

Voyant l'enfant trois quarts d'heure après l'accident, nous le trouvons dans l'état suivant : couché dans son berceau, ayant perdu connaissance, inanimé, en résolution complète, les yeux clos, le visage couleur gris de plomb, les lèvres noires, les narines pincées, les doigts effilés, les extrémités digitales noires.

L'aspect du bébé est celui d'un petit cadavre. En soulevant les paupières, les pupilles sont plutôt dilatées; elles réagissent à la lumière. Les membres inertes, soulevés du plan du lit, retombent de leur poids. Le corps est froid; la respiration se fait régulièrement; le pouls est petit, rapide, à 120.

L'enfant est plongé dans un profond sommeil, calme; rien ne peut le tirer de sa torpeur. Température rectale 36°4. Le cœur bat régulièrement, mais vite et fortement. A l'auscultation, aucun signe stéthoscopique.

La mère nous fait le récit suivant : son fils, âgé de trois ans et demi, s'est réveillé bien portant, a joué auprès d'elle dans la chambre durant toute la matinée.

Ayant déjeuné comme de coutume, le petit garçon, très gai, fut habillé et conduit en promenade. La journée était superbe et le thermomètre marquait 25 degrés. C'est à deux heures de l'après-midi que la mère sortit avec son enfant. Jusqu'à quatre heures trois quarts, le petit X... est gai, plein d'entrain, et s'amuse au grand air, quand, à cette heure, il pâlit soudain, se plaint « de bobo au ventre »; à cinq heures il chancelle, tombe dans la rue; le visage bleuit de suite. Sa mère le porte hâtivement à la maison, le déshabille, le couche et constatant le refroidissement général du corps, l'entoure de boules d'eau chaude.

On me fait prévenir et je me trouve en présence du tableau clinique ci-dessus. En face de cet état d'aspect très alarmant, vu l'examen négatif de tout l'appareil respiratoire, le bon fonctionnement de la révolution cardiaque, la soudaineté des accidents, le diagnostic d'empoisonnement fortuit s'imposait. Cependant, l'enfant n'a pas quitté l'œil ou la main de sa mère, n'a rien mangé au dehors. Le cas était embarrassant.

Nous souvenant des articles publiés dans ce même journal, en juillet dernier, par M. le professeur Landouzy et M. G. Brouardel, sur les empoisonnements non profes-

sionnels par l'aniline, nous portons nos investigations dans cet ordre d'idées. La mère nous apprend que le matin même elle a passé les chaussures jaunes de son fils à « une teinture spéciale pour noircir les cuirs jaunes », de marque déposée. Les faits se précisent. Le flacon soupçonné nous est confié et rapidement avec les réactifs chimiques appropriés nous décelons la présence d'aniline dans la teinture. Nul doute, c'est un cas nouveau d'empoisonnement accidentel par l'aniline.

Un lavement purgatif au sulfate de soude est administré. On fait avaler à l'enfant du café noir chaud, du thé aiguisé d'eau-de-vie, et nous pratiquons des injections d'huile camphrée que nous avions sous la main.

On maintient le corps dans une chaleur constante à l'aide de boules d'eau chaude et on promène des cataplasmes sinapisés sur les reins et les membres inférieurs. Entre temps, une potion cordiale à l'acétate d'ammoniaque et à la caféine est prise par petites doses.

A six heures et demie du soir, le petit malade semble sortir de sa torpeur et ouvre les yeux. Il ne reprend pas connaissance, et retombe dans son profond sommeil. Vers sept heures, il se réveille derechef, fait effort inutilement pour s'asseoir sur son lit, reconnaît sa mère et lui sourit. A partir de ce moment jusqu'à neuf heures, l'enfant se rendort profondément pour se réveiller et se rendormir encore. A neuf heures seulement, il se réveille définitivement, reprend pleinement possession de lui-même, s'assied sur son lit, demande ses jouets. De cinq à neuf heures, la teinte asphyxique, l'aspect gris plombé du visage ont persisté. Mais alors, la face tend à reprendre insensiblement et très lentement son teint et son aspect normal, et ce n'est qu'au milieu de la nuit que le visage est redevenu rosé et coloré.

Le 7 au matin, nous revoyons le malade. Il a dormi assez bien, un peu excité par les toniques absorbés. Il est gai et ne paraît point avoir été la victime des accidents terrifiants de la veille.

Le pouls est à 110 avec quelques intermittences.

La température rectale est de 37°7.

L'urine rendue, pour la première fois après l'intoxication, à deux heures du matin, est légèrement albumineuse.

L'enfant garde le lit, s'alimente de laitage. Toute médication est supprimée. Des cataplasmes sinapisés sont promenés sur la région des reins, trois fois dans les vingt-quatre heures.

Le 8, l'enfant est revenu à son état de santé habituel. Il a faim, demande son déjeuner. Le cœur bat régulièrement, le pouls est à 88. La température rectale est à 37°5, les urines ne contiennent plus d'albumine.

Le 10, le jeune X... a repris le cours de son existence et n'était le souvenir pénible qu'elle a laissé dans la maison, l'indisposition ne paraîtrait point s'être produite. Tel est le cas clinique que nous venons d'observer, superposable à ceux décrits dans les mémoires cités.

La teinture coupable est à base d'huile d'aniline. Pour fixer son degré de toxicité, voici l'expérience que nous avons faite. Nous adressons ici nos remerciements à notre confrère M. Michaut, chef du laboratoire de physique à la Faculté des sciences, qui a bien voulu nous la faciliter. Un cochon d'Inde, très vigoureux, du poids de 500 grammes, est rasé sur un flanc, badigeonné avec la teinture sur cette surface, d'une étendue égale à celle de la paume de la main environ. Puis, on recouvre de compresses chaudes à 35 degrés, fixées par un bandage. Il est impossible de maintenir ainsi cet animal, qui s'est lestement débarrassé de son pansement renouvelé souvent et chaque fois arraché. Aussi, près de quatre heures après la friction, n'éprouve-t-il aucun signe de malaise et se remue-t-il vivement dans sa cage. Nous lui inoculons alors, sous la peau du flanc, un peu plus d'un demi-centimètre cube de la teinture.

Vingt minutes après l'inoculation, il y a de la parésie du train postérieur. L'animal se tient sur ses pattes en écartant fortement les postérieures, ses mouvements perdent de leur vigueur. Après trente-cinq minutes, il chancelle, se cale le long des parois de la cage. On recueille une goutte de sang et au spectroscope on constate la bande d'absorption de la méthémoglobine.

L'animal ne peut plus se tenir sur ses pattes et tombe sur le flanc, cherche inutilement à se redresser, les membres animés de secousses rythmiques ; les muqueuses des gencives, des lèvres, de la langue sont blanches, exsangues et totalement décolorées. Les yeux sont clos, la respiration se fait bien.

L'animal est sacrifié quarante-cinq minutes après l'inoculation : il y a un peu de liquide dans le péritoine abdominal. Tandis que le sang recueilli pour l'examen spectroscopique, sur l'une des pattes, est absolument noir, nous pouvons voir que celui des centres nerveux est beaucoup plus rouge.

Cette préparation d'aniline nous a semblé posséder des propriétés vaso-constrictives énergiques sur les vaisseaux périphériques.

Lorsque nous fîmes au petit garçon les injections sous-cutanées d'huile camphrée, à la partie supéro-externe de la cuisse, c'est à peine si une très fine petite gouttelette de sang noir parut à l'orifice de la piqûre. Chez le cobaye inoculé, il fallut chercher et ouvrir une veine du membre postérieur pour recueillir une goutte de sang. La section de la peau, des muscles (qui étaient décolorés) fut complètement exsangue. Seule, la veine ouverte laisse échapper un sang noir et légèrement poisseux.

Cette propriété vaso-constrictive explique la décoloration complète des muqueuses et la teinte gris plombé de la peau chez les intoxiqués.

Remarquons la période d'incubation des accidents : l'enfant a changé ses bottines à deux heures et ce n'est qu'à quatre heures trois quarts qu'éclatèrent les symptômes de l'intoxication.

Nous appuyons sur la température de la journée ; le soleil donnait 25 degrés, le temps était sec et chaud. En outre, la température prise depuis, dans les chaussures de l'enfant ayant refait le même parcours dans des conditions climatériques presque identiques, donne 33 et 34 degrés chez l'adulte. Cet exposé est fait peut-être un peu longuement. Mais nous voulions fixer l'attention sur la vente et l'emploi des produits à base d'aniline.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(12 octobre 1900)

La pleurésie au cours de la fièvre typhoïde a les honneurs de cette séance de rentrée. MM. Siredey et Galliard en rapportent chacun un exemple.

Le cas de M. Siredey, fort minutieusement observé, a ceci de spécial que la pleurésie, due exclusivement au bacille d'Eberth, est survenue non comme à l'ordinaire, à la période d'état, mais bien en pleine convalescence, vingt et un jours après la défervescence complète. L'épanchement

était peu abondant, et comme ceci a déjà été indiqué par M. Widal, lors d'une première ponction on retira du pus et, par une seconde ponction, on retira quelques gouttes de sérosité sanguinolente.

Ces pleurésies doivent cependant être attentivement surveillées.

Dans les deux cas rapportés par M. Galliard, la pleurésie fut consécutive à des infarctus pulmonaires, et dans les deux cas elle fut très bénigne.

MM. Merklen, Barth et Sevestre disent quelques mots de **la varicelle et de sa contagiosité**.

A PROPOS DE L'ÉPIDÉMIE DE VARIOLE

L'épidémie de variole qui existe à l'état latent à Paris depuis plusieurs mois semble entrer en recrudescence depuis quelques semaines. Nous recevons à ce sujet, de M. le docteur Créquy, une lettre qui montre bien l'importance que l'on doit donner aux revaccinations :

« Paris, le 10 octobre 1900.

Monsieur le rédacteur en chef,

Permettez-moi d'appeler l'attention de vos lecteurs sur un fait qui peut les intéresser.

Avant hier lundi, je suis appelé près du sieur X..., âgé de trente-sept ans, qui depuis le samedi 6 se plaignait de céphalalgie, nausées, lumbago et fièvre assez vive ; je soupçonnai une variole, et je me bornai à prescrire quelques tisanes émollientes ; le lendemain matin, à neuf heures, j'appris que la nuit avait été mauvaise, grande agitation, un peu de délire, mais très passager.

A ce moment il répond nettement à mes questions, le pouls ne bat guère que 80 pulsations, la température est un peu au-dessous de la normale.

J'examine très attentivement le visage et le tronc, il n'existe aucune trace de boutons, mais sur le bas-ventre et les aines il existe un rash très manifeste, caractérisé par de nombreuses petites taches noires ne disparaissant pas sous la pression du doigt et reposant sur un fond rosé étendu sur tout le ventre jusqu'à la base de la poitrine. Il avait, pendant la nuit, expectoré environ un demi-verre de sang mêlé de salive. Je préviens sa femme que nous sommes en présence d'une variole noire, affection très grave, pouvant enlever son mari dans les quarante-huit heures. Cette durée fut loin d'être atteinte, il succomba à six heures du soir sans la moindre trace de boutons varioliques.

Je donne également des soins à un jeune homme de dix-huit ans, atteint d'une variole de moyenne intensité, habitant à une cinquantaine de mètres du premier. Je sais qu'il y en a encore plusieurs dans le voisinage, et les deux malades avaient été vaccinés dans leur enfance, mais ni l'un ni l'autre n'avaient été revaccinés.

Nous sommes donc (et c'est là le sujet de cette note) en présence d'une épidémie de variole grave, à virus éminemment toxique, et si les cas ne sont pas plus nombreux, cela tient à ce que la plus grande partie de la population parisienne a été revaccinée soit dans l'armée, soit dans les écoles, les grandes compagnies ou ailleurs.

Il y a donc lieu d'insister vivement près des personnes qui n'ont pas été revaccinées pour qu'elles le fassent le plus tôt possible.

D[r] CRÉQUY,
Médecin en chef de la Compagnie
des chemins de fer de l'Est.

MÉDECINE PRATIQUE

Le citrate de bismuth contre la blennorragie.

MM. Balzer et Leroy ont eu l'idée d'essayer, à l'hôpital Saint-Louis, le citrate de bismuth dans le traitement de la blennorragie. M. Serre, interne en pharmacie du service, leur a préparé du citrate neutre de bismuth et du citrate de bismuth ammoniacal.

Voici, d'après le *Journal des praticiens*, la façon de procéder.

Le citrate neutre a été obtenu en faisant bouillir 100 grammes de sous-nitrate de bismuth avec 70 grammes d acide citrique et 400 grammes d'eau distillée ; la réaction est terminée lorsqu'une goutte de mélange se dissout complètement dans l'eau ammoniacale ; on ajoute alors 500 grammes d'eau distillée ; on lave le précipité, d'abord par décantation, puis sur le filtre, jusqu'à ce que les eaux de lavage soient insipides, et on sèche à une douce chaleur.

Le citrate neutre de bismuth se présente sous forme d'une poudre blanche, amorphe, sans odeur ni saveur, insoluble dans l'eau et dans l'alcool, soluble dans l'eau ammoniacale.

Pour préparer le citrate ammoniacal, M. Serre a fait une pâte avec le citrate neutre et de l'eau ; puis il a ajouté peu à peu de l'eau ammoniacale, jusqu'à ce que le sel fût complètement dissous et que le liquide eût acquis une réaction neutre ou faiblement alcaline ; il a filtré, évaporé en consistance sirupeuse et étendu sur des plaques de verre, qu'il a chauffées à une douce chaleur jusqu'à dessiccation. Il a obtenu ainsi le citrate ammoniacal de bismuth en écailles brillantes, translucides, devenant opaques à la lumière, sans odeur, sans saveur métallique, solubles dans l'eau, insolubles dans l'alcool.

C'est ce citrate ammoniacal qu'ont expérimenté MM. Balzer et Leroy. Connaissant la toxicité du bismuth, qui, en injections sous-cutanées, même à petites doses, détermine rapidement de la gingivo-stomatite gangréneuse, ils ont débuté par de faibles doses ; ils ont pratiqué, d'après la méthode de M. Janet, l'irrigation urétrale avec des solutions à 1 p. 20000 ; aucun accident ne s'étant manifesté, ils sont arrivés aux lavages avec une solution à 1 p. 2000, et, le troisième jour, la solution employée par eux était à 1 p. 500.

Ces lavages sont bien tolérés par les malades ; dans le cas de blennorragie aiguë, les premiers lavages occasionnent une douleur, d'ailleurs tolérable, due à la distension mécanique de l'urètre plutôt qu'à l'action irritante du médicament.

Ils ont expérimenté aussi le citrate double de bismuth et d'argent, préparé en ajoutant au citrate de bismuth ammoniacal un dixième de citrate d'argent (itrol) dissous avec un peu d'eau ammoniacale ; ils ont employé, pour commencer, les solutions à 1 p. 2000 et ils n'ont jamais fait usage de solution contenant plus de 1 p. 1000. Ils ont constaté que ces solutions sont plus douloureuses que celles de citrate de bismuth ammoniacal.

En définitive, MM. Balzer et Leroy considèrent le citrate de bismuth comme n'exerçant qu'une action assez faible dans le traitement de la blennorragie ; ce sel est insuffisant dans la période aiguë et dans les cas intenses ; il ne peut réussir que dans les cas aigus à leur déclin ou dans les urétrites chroniques superficielles.

Quant aux solutions de citrate double de bismuth et d'argent, elles paraissent agir comme le citrate d'argent seul ; il est possible que le citrate de bismuth modère, dans une certaine mesure, l'action irritante du citrate d'argent.

Contre la diarrhée tuberculeuse.

Un des meilleurs modes d'administration du tanin est le mélange d'Artaud, donné à la dose d'un verre à bordeaux un peu avant la fin des trois principaux repas :

Tanin à l'alcool............. 20 grammes.
Glycérine.................. 150 —
Alcool...................... 50 —
Vin de Banyuls .... 800 —
(*Presse méd.* 1900.)

Lotion contre le coryza chronique (MORELL-MACKENZIE).

Bicarbonate de soude.....
Biborate de soude........ } *ââ* 40 centigr.
Chlorate de soude ....
Sucre blanc.................... 1 gramme.

Eau tiède, un demi-verre environ. Faites dissoudre. Cette solution étant chauffée à 37 degrés, on en verse dans le creux de la main, et on l'aspire fortement, de manière qu'elle traverse toute la cavité nasale, jusqu'au pharynx, d'où elle est ensuite crachée; ou bien on l'injecte dans le nez avec une petite seringue de verre ou de caoutchouc.

Potion expectorante et calmante (M. A. ESPAGNE).

Sirop d'ipéca............ 8 à 10 grammes.
Sirop de Tolu........... 20 —
Bromure de potassium... 1 —
Eau-de-vie ou rhum..... 20 —
Hydrolat de tilleul....... 75 —

F. S. A. — A prendre par cuillerées à bouche toutes les deux heures.

Cette potion est rarement nauséeuse et jamais vomitive.

Chez les enfants, on abaisse la dose de sirop d'ipéca jusqu'à 5 grammes, et on diminue aussi, suivant l'âge, la quantité d'alcool et de bromure.

Contre les sueurs des phtisiques.

Hirschfeld recommande les frictions avec le mélange suivant :

Baume du Pérou............ 1 gramme.
Acide formique............. 5 —
Hydrate de chloral.......... 5 —
Alcool absolu............... 100 —

On peut augmenter la puissance du remède en ajoutant 1 gramme d'acide trichloracétique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Le jury de l'internat s'est complété, au dernier moment, par la nomination de M. Demelin en remplacement de M. Polaillon.

La question écrite donnée a été : « Tronc de l'artère sousclavière. — Diagnostic et traitement des pleurésies purulentes. »

Collège de France. — M. Jolly commencera le samedi 3 novembre au laboratoire d'histologie du Collège de France (annexe rue des Écoles), une série de conférences pratiques sur l'histologie normale et pathologique du sang, les méthodes d'examen, et les maladies du sang. Ces conférences auront lieu trois fois par semaine, à deux heures, et dureront un mois.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Caillet (de Luynes); Cury (de Liart); Huet, professeur à la Faculté des sciences de Caen; Kemmerer de Raffin (de Saint-Martin-de-Ré); Lelandais (de Coutances); Muzillat, ancien médecin en chef de la police municipale de Paris; Raffy (de Négrepelisse); Vendrand (de Villers-Cotterets.)

Postes vacants. — On demande dans chef-lieu de canton de l'Oise, à deux heures de Paris, un médecin actif. — Maison très confortable, avec écurie et remise, à louer de suite. — S'adresser au bureau du journal.

— Trois places de médecin sanitaire maritime sont vacantes sur les paquebots de la Compagnie de navigation mixte à Marseille (lignes d'Algérie, Tunisie et Maroc). Pour les conditions, s'adresser au docteur Lop, 54, rue Cannebière, à Marseille.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 119. — JEUDI 18 OCTOBRE 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 18 OCTOBRE 1900. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Abcès froid prélaryngé d'origine ganglionnaire, par M. H. Morestin (*2 fig.*), chirurgien des hôpitaux de Paris. — Séance de l'Académie de médecine. — Revue de la Presse. *Médecine :* La néphrite varicelleuse; — *Maladies de l'enfance :* Maladie de Basedow dans l'enfance. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

ABCÈS FROID PRÉLARYNGÉ D'ORIGINE GANGLIONNAIRE

Par M. H. Morestin, chirurgien des hôpitaux.

Chez un grand nombre de sujets, on peut noter la présence, au devant de la membrane crico-thyroïdienne, d'un ou deux ganglions lymphatiques.

Ces ganglions, figurés par Tillaux, ont été bien décrits par Poirier (*Progrès méd.*, 1887), qui a pu établir qu'ils recevaient une partie des lymphatiques sous-glottiques, ces vaisseaux traversant le ligament crico-thyroïdien.

L'existence de ce ganglion fournit une interprétation très simple de quelques faits qui autrement resteraient assez obscurs, ainsi de certaines suppurations développées au-devant du larynx, indépendamment de toute lésion des cartilages et de leur péricondre.

Ces abcès prélaryngés sont rares. J'ai eu cependant l'occasion d'en observer deux exemples. Je rapprocherai de ces cas deux autres faits du même ordre, où j'ai pu noter dans l'un l'adénite en voie d'évolution, dans l'autre la lésion guérie.

L'un de mes malades est un ébéniste de dix-huit ans, François B..., qui a séjourné à Saint-Louis du 13 au 27 avril de cette année, dans le service de M. Richelot, Isolement n° 22. Deux mois environ avant son entrée à l'hôpital, il avait constaté, à la partie antérieure du cou, un léger gonflement. Il aurait pu sentir bientôt, du bout du doigt, une petite tumeur ronde, une boule qu'il pouvait déplacer légèrement. Elle avait d'abord grossi lentement, sans déterminer de douleurs. Depuis quelques jours, elle est en voie d'accroissement plus rapide, mais en conservant le même caractère d'indolence parfaite. Jusque-là, ce garçon avait été très bien portant, et quelques rhumes constituent tout son passé pathologique.

Actuellement, le cou est très déformé par une tumeur qui en occupe la partie antérieure et médiane, et dont le volume est comparable à celui d'une petite orange. Elle s'étend en haut jusqu'au bord supérieur du thyroïde, en bas descend un peu au-dessous du cricoïde. Elle couvre, en somme, le larynx dans presque toute sa hauteur, et, dans le sens transversal, est comprise entre les bords antérieurs des sterno-mastoïdiens (fig. 1, p. 1296).

Du côté droit du cou, au-dessous de l'angle de la mâchoire et contre le bord antérieur du sterno-mastoïdien, une autre tumeur plus petite soulève les téguments.

Au point le plus saillant de la tumeur médiane, la peau a pris une teinte rougeâtre, et l'on peut même, sur ce fond rouge, remarquer deux ou trois petites taches jaunâtres indiquant une altération profonde et l'ulcération prochaine. La palpation montre que cette tumeur forme une masse ovoïde, bien circonscrite, parfaitement fluctuante dans toute son étendue, absolument indolente à la pression. Elle adhère aux téguments au niveau de la partie rouge seulement; ailleurs, ils glissent facilement à sa surface. Signe plus important : elle suit les mouvements du larynx, auquel elle est appliquée; il est surtout très aisé d'en constater, pendant la déglutition, l'ascension, puis la descente. Il est donc certain que cette collection, car la parfaite fluctuation ne laisse aucun doute à cet égard, tient au larynx. L'aspect de la peau et la marche rapide pendant les derniers jours permettent d'affirmer qu'il s'agit d'un abcès. On peut ajouter, en outre, qu'il s'agit d'un abcès froid, car il n'y a ni douleur, ni œdème, ni phénomènes généraux, et que l'évolution totale de l'abcès a duré près de deux mois.

Quant à la tumeur latérale, elle est arrondie, du volume d'une petite noix, mobile, indolente; elle est molle et même fluctuante. C'est aussi une collection froide, et, pour le dire immédiatement, elle offre l'aspect très banal d'une de ces adénites suppurées tuberculeuses, si communes dans cette région (fig. 2, p. 1296).

Pour la collection prélaryngée, on devait discuter la possibilité d'un kyste thyroïdien ou congénital enflammé. D'abord, le corps thyroïde était situé plus bas, et d'ailleurs parfaitement sain. Tout au plus aurait-on pu incriminer les débris du tractus thyréoglosse. Les kystes de cette variété ont un siège d'élection au voisinage de l'os hyoïde. Or, la collection siégeait bien au-dessous de cet os et ne présentait avec lui aucune connexion. Puis nous constations ici une collection froide, un abcès à évolution chronique et torpide. Or, si les kystes congénitaux sont parfois susceptibles de s'enflammer, et il est bien rare que cela se produise spontanément, ce qu'on observe ce sont des signes d'inflammation aiguë. D'ailleurs, que penser dans ce cas de la tumeur latérale qu'on ne pouvait regarder comme une coïncidence, mais qui devait être rapprochée de la collection antérieure ? Non, la masse située du côté droit, au-dessous de l'angle de la mâchoire, au niveau de la grande corne de l'os hyoïde, était une adénite suppurée

froide. La collection prélaryngée présentait aussi tous les caractères d'un abcès froid. A la rigueur de tels abcès peuvent compliquer des lésions graves du larynx, particulièrement des altérations plus ou moins étendues de son squelette cartilagineux. Mais, en arrière de la collection, il était possible de palper le larynx dans toute sa hauteur, et si une partie de la face antérieure du thyroïde et du cricoïde était masquée par l'abcès, on en pouvait sentir assez pour avoir la conviction que ces cartilages étaient sains. Il n'y avait ni point douloureux, ni épaississement, ni changement de forme. En pressant sur les parties latérales, comme pour plier en deux le thyroïde, ou allonger le cricoïde, on ne déterminait aucune sensation pénible. D'ailleurs, les mouvements d'ascension du larynx, de même que les déplacements transversaux, de même que le passage du bol alimentaire dans la déglutition, n'étaient nullement douloureux. Bien plus : il n'y avait aucune gêne de la respiration, aucune altération de la voix, aucune expectoration. Il était donc bien clair que le larynx ne présentait aucune lésion, que cliniquement tout au moins il était sain.

Or, il n'était guère douteux non plus qu'un abcès ainsi placé ne dût avoir pour cause une infection d'origine laryngée.

Songeant au ganglion qui occupe l'espace crico-thyroïdien sur la ligne médiane ou dans son voisinage, je pensai qu'il s'agissait d'un abcès d'origine ganglionnaire, puisqu'il n'y avait aucune autre raison qu'on pût invoquer pour l'expliquer. Comme les lymphatiques du larynx vont pour une part à ce ganglion, et pour la plupart aux ganglions situés au voisinage de la bifurcation des carotides, la présence du ganglion ramolli latéral se trouvait expliquée de la même manière. L'infection partie du même organe frappait deux ganglions distants l'un de l'autre.



Fig. 1.

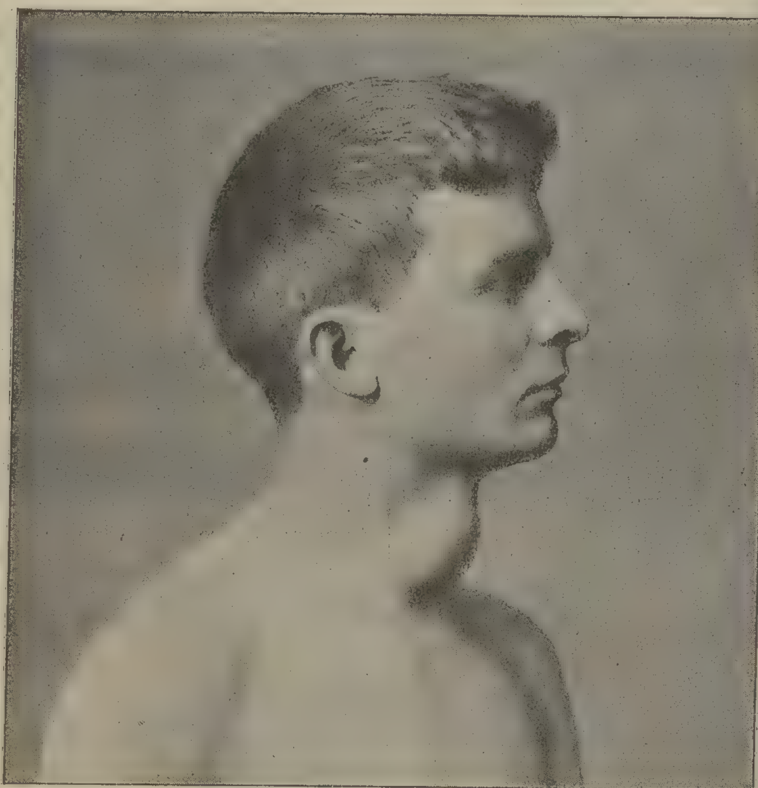


Fig. 2.

Il y avait encore à discuter deux points. Nous admettions une origine laryngée de l'infection, et cependant l'absence de lésions apparentes du côté du larynx était expressément notée. Sans doute, mais on sait que des micro-organismes peuvent traverser une muqueuse saine sans y laisser de trace, ainsi que l'ont établi, il y a déjà plusieurs années, les expériences de Cornet et celles de Dobroklowsky. Ici les choses avaient pu se passer ainsi, d'autant plus que le jeune homme avait été sérieusement « enrhumé » quelque temps avant le début des accidents. La muqueuse, plus ou moins modifiée par l'inflammation, avait perdu de sa résistance et laissé passer les micro-organismes, qui avaient colonisé dans les ganglions, alors qu'elle reprenait rapidement son état normal, du moins autant qu'on peut s'en rapporter aux signes cliniques.

Un autre détail à éclaircir était le volume de l'abcès, comparé à celui du ganglion. Ce dernier est tout petit, l'abcès était gros comme un œuf. Il fallait bien admettre qu'il ne s'agissait pas simplement d'une adénite ramollie et suppurée, mais que le ganglion avait depuis longtemps rompu sa coque, ensemencé le tissu cellulaire, et que nous avions affaire, en définitive, à un abcès froid d'origine ganglionnaire, non à une adénite suppurée.

Le 18 avril, j'opérai ce jeune homme, l'état de la peau ne permettant guère d'essayer d'injections modificatrices, contre-indiquées aussi par le voisinage immédiat du larynx. Une incision médiane ouvrit la collection prélaryngée et évacua la valeur d'un verre à bordeaux de pus jaunâtre bien lié. La poche, inspectée minutieusement, ne laissa voir en

aucun point de cartilage dénudé. Non seulement il n'y avait aucune communication avec la tumeur latérale, mais la cavité ne présentait même aucun diverticule, aucune anfractuosité. Elle était seulement tomenteuse, couverte d'enduits fibrineux. Elle fut curetée avec soin, puis disséquée; tout l'hémisphère antérieur fut facilement isolé, mais il n'en fut pas de même de la partie de la poche qui couvrait le larynx. Il n'y avait plus là de paroi susceptible d'être disséquée. Il fallut se borner à un curetage, autrement on eût entamé la membrane crico-thyroïdienne et l'angle saillant du thyroïde. On put se rendre compte que le pus était accumulé au-devant des crico-thyroïdiens et des muscles sterno-thyroïdiens, et qu'il avait repoussé en avant les plans superficiels. Il n'y avait aucune modification, aucune lésion appréciable du cricoïde et du thyroïde, aucun trajet allant vers l'intérieur ou les parties latérales du larynx. Contre la membrane crico-thyroïdienne était un petit amas fongueux qui, détaché par dissection, laissa voir ce ligament intact. Il nous semble que c'était peut-être un débris du ganglion. Après excision de la partie malade des téguments, la plaie fut réunie sans drainage.

Une autre incision, pratiquée sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, permit d'évacuer, vider, cureter et extirper l'autre poche qui était en rapport très intime avec l'origine des carotides externe et interne, la veine jugulaire et le tronc thyro-linguo-facial. La plaie fut de même suturée immédiatement.

Les suites furent des plus simples. Je pensais qu'il y aurait sans doute un peu de gêne et même de douleur dans les mouvements du larynx. Mais il n'en fut rien, et dès le lendemain l'opéré parlait, mangeait et buvait sans difficulté et sans souffrance. Il a fort bien guéri, et il nous a quitté à la fin d'avril, dans un état très satisfaisant et enchanté de ses cicatrices peu visibles, car il était surtout préoccupé du côté esthétique.

Le pus de l'abcès prélaryngé a été inoculé à un cobaye, qui est devenu tuberculeux. Sacrifié deux mois après, l'animal, qui avait été inoculé sous la peau de l'abdomen, présentait une grosse masse tuberculeuse dans sa paroi, aux aines des ganglions caséeux, et dans le foie tout un semis de tubercules.

Un autre cobaye, inoculé avec le pus de l'abcès latéral, succomba un peu plus tard à la tuberculose péritonéale et hépatique.

Voilà donc un cas remarquable par son évolution bénigne, malgré les réserves que comporte la nature de l'adénite. La lésion est survenue avec les apparences d'une localisation primitive, chez un sujet robuste et sans tuberculose pulmonaire constatée.

Chez un autre malade, qui peut-être répond à un type plus commun, les poumons présentaient au contraire des lésions très étendues. Il s'agissait d'un tuberculeux déjà cachectique.

C'était à Necker, dans le service de M. Le Dentu, salle Malgaigne, n° 6, au commencement de 1898. Cet homme, âgé d'une cinquantaine d'années, était entré pour une tumeur du cou, occupant la ligne médiane, sans altération des téguments et sans adhérence à leur face profonde, ovoïde, grosse comme un tout petit œuf, bien circonscrite, fluctuante, répondant à la face antérieure du larynx, sa partie moyenne était située à la hauteur de l'espace crico-thyroïdien. Elle suivait les mouvements du larynx. Il n'y avait dans le reste du cou rien d'anormal.

L'auscultation ne laissait aucun doute sur l'existence de cavernes aux deux sommets. Le malade était d'ailleurs très affaibli, très émacié, toussant beaucoup et crachant à proportion. On pensa à un abcès froid, ayant pour point de départ quelque lésion du larynx. Sa voix enrouée et sourde faisait craindre qu'il n'y eût en effet une lésion tuberculeuse évoluant de ce côté.

Je fis l'incision de cet abcès. Il couvrait la face antérieure du larynx dans sa moitié inférieure, sa paroi postérieure n'en put être détachée, et comme chez le jeune homme dont l'histoire a été relatée plus haut, je ne pus trouver aucune altération des cartilages.

La plaie fut suturée, mais la réunion ne fut pas obtenue par première intention. Cependant la cicatrisation se fit d'une façon très régulière. La plaie était à plat, et sous l'influence des attouchements quotidiens à la teinture d'iode, se rétrécit rapidement au point d'être réduite à une petite bande linéaire verticale. Mais avant sa réparation complète, le malade mourut, emporté par ses accidents pulmonaires cinq semaines à peu près après l'intervention. A l'autopsie, je trouvai les poumons farcis de tubercules et de cavernes dans toute leur étendue. Quant au larynx, il ne présentait à l'œil nu aucune lésion. Il est probable qu'un examen histologique eût décelé quelques granulations dans l'épaisseur de la muqueuse, mais il n'y avait rien d'apparent, ni ulcération, ni noyaux caséeux, ni point jaune; les cartilages ne présentaient aucune altération, non plus que leur péricondre. L'os hyoïde était également sain, ainsi que le corps thyroïde, la pyramide de Lalouette et les ganglions cervicaux médians ou latéraux. La présence du ganglion prélaryngé me parut pouvoir être invoquée dans le cas particulier, et je pensai qu'il s'agissait là d'un abcès froid d'origine ganglionnaire. Sans doute, on n'en peut donner de preuve péremptoire, mais quelle autre hypothèse plus satisfaisante peut-on fournir pour expliquer l'existence de telles collections, développées en ce point précis, sans lésions des organes adjacents et environnants?

Partout où l'on rencontre des ganglions lymphatiques, on peut être assuré qu'ils jouent un rôle dans la pathologie de la région. Il suffit que leur présence soit établie, pour que certaines lésions en soient par là même éclairées. Les abcès dont les observations viennent d'être rapportées sont d'une pathogénie très obscure, si l'on néglige l'organe lymphatique placé dans l'espace crico-thyroïdien. Au contraire, l'existence de ce ganglion en fournit une explication simple autant que vraisemblable. Dans le premier cas surtout, l'abcès prélaryngé fait le pendant de l'abcès latéral. Lésions de même ordre, cliniquement analogues, ayant un point de départ commun, elles reconnaissent une pathogénie identique.

D'ailleurs on peut saisir l'affection à un stade de début, à une période où il y a simplement adénopathie et pas encore abcès. C'est ce que j'ai vu récemment chez un petit garçon de Saint-Louis que M. Hallopeau a bien voulu confier à mes soins. Cet enfant est scrofuleux. Il porte au cou toute une série d'adénites tuberculeuses dont les unes sont suppurées, d'autres déjà ouvertes, d'autres non ramollies encore. Il y en a une sus-sternale (ces adénites médianes prétrachéales sont loin d'être rares, contrairement aux prélaryngées). Enfin, au-devant du larynx, répondant exactement à la ligne médiane et à l'espace crico-thyroïdien, on sent par la palpation un corps arrondi, globuleux, gros comme une petite noisette. Cétte masse est résistante, indolente à la

pression; indépendante des parties molles superficielles, elle tient au larynx, sur lequel elle ne présente qu'une obscure mobilité et dont elle suit les mouvements. Ce ne peut être qu'une adénite crico-thyroïdienne.

Chez un autre malade qui à diverses reprises à séjourné dans le service de M. Richelot pour un mal de Pott, avec vastes abcès par congestion, on observe par contre un stade terminal de la lésion qui nous occupe. Il n'en reste qu'une cicatrice. Les cicatrices suffisent parfois à faire un diagnostic rétrospectif. C'est le cas chez ce pauvre homme. Il a eu dans son enfance plusieurs adénites tuberculeuses au cou. Abandonnées pour ainsi dire à leur évolution spontanée, elles ont fini par guérir, mais non sans laisser des traces caractéristiques. Après une trêve de plusieurs années, ce garçon, qui habitait la campagne, se portait bien, est venu travailler à Paris. Au bout de quelques mois, il était repris par la tuberculose, et cette fois il est malheureusement probable qu'il ne pourra se remonter. Eh bien, parmi les cicatrices du cou, il en est une qui nous intéresse particulièrement. Elle répond à la partie antérieure du larynx et lui adhère. Cette adhérence se fait précisément à la hauteur de l'espace crico-thyroïdien, et les téguments se déplacent dans les mouvements de déglutition, entraînés par le larynx. Elle est située sur la ligne médiane, plissée, irrégulière, déprimée, et est ainsi de tous points analogue aux cicatrices qui occupent les autres régions du cou. Cette similitude nous permet de raisonner pour la cicatrice prélaryngée comme pour les autres. Or celles-ci, nul n'en saurait douter, résultent de vieilles adénopathies scrofuleuses, occupant les régions sous-mentale, carotidienne, sus-claviculaire. Il n'y a donc rien que de fort naturel à donner, pour celle qui occupe la région sous-hyoïdienne, une explication analogue. On chercherait autre chose s'il n'y avait point de ganglion, mais il y en a un précisément. Et même la cicatrice répond si exactement à la situation de cet organe lymphatique, l'adhérence qui l'unit au larynx établit d'une manière si précise le point de départ de l'abcès, qu'on ne saurait conserver aucun doute à cet égard. On peut même d'autant plus sûrement penser qu'il s'est agi d'une adénopathie, que nous observons le malade à une date éloignée. Si c'était un abcès ayant pour origine une chondrite, qui dans l'espèce eût été une chondrite tuberculeuse, le malade serait mort depuis longtemps. C'était une adénite, qui, évoluant dans l'enfance, a pu guérir spontanément, et ici encore la comparaison avec les lésions voisines de même nature apporte un sérieux appoint à cette interprétation.

Ces deux derniers cas sont précieux à enregistrer, car ils contribuent à leur établir non seulement l'existence de telles adénopathies, mais encore à montrer que leur évolution peut être toute locale, et relativement bénigne.

Une adénite suppurée sans grosse altération de l'organe qui en est le point de départ est un fait commun, presque banal chez les strumeux. Il suffit d'une éraillure cutanée ou muqueuse, d'une altération superficielle et transitoire pour que l'infection se fasse. A l'endroit de l'inoculation, il peut ne demeurer aucune trace appréciable. Combien d'adénites du cou, de l'aine pour lesquelles on cherche vainement la porte d'entrée! Ainsi, chez notre jeune ébéniste, il est possible à la rigueur que les choses en restent là, et que l'accident ait été purement local. Chez le tuberculeux de Necker, l'abcès a été un détail dans la maladie, et n'a contribué en rien à avancer le terme fatal. L'état des poumons seul a rendu la situation grave.

Cette lésion n'emprunte donc pas à son siège spécial un pronostic particulièrement défavorable. Comme les autres adénites du cou, elle est susceptible d'évoluer d'une manière bénigne et même de guérir spontanément. Sans doute, les conditions sont moins favorables pour obtenir cette heureuse terminaison, mais c'est déjà beaucoup de savoir que des collections situées au voisinage immédiat du larynx, et résultant d'une infection endolaryngée, ne correspondent pas forcément à une lésion sérieuse de cet organe. Il y a là quelque chose de rassurant qui permet d'entreprendre avec confiance le traitement de ces abcès.

Remarquons que le diagnostic, qui peut demeurer incertain, comme chez le malade de Necker, a été relativement facile chez le jeune ébéniste, car l'exploration par le palper des cartilages du larynx, l'absence de tout symptôme fonctionnel rendaient très vraisemblable cette manière de voir. En somme, la présence d'une tumeur prélaryngée, répondant à l'espace crico-thyroïdien, doit toujours faire songer à une lésion du ganglion qui occupe cet espace, et les abcès constatés à ce niveau, répondant à la ligne médiane, circonscrits, mobiles avec le larynx, auront souvent ce point de départ. Si l'on ne trouve pas de signes de chondrite, d'élargissement ou d'épaississement du larynx, de signes indiquant une lésion profonde de cet organe, cette origine sera la plus probable.

Quant au traitement, il est un peu délicat, car évidemment nous ne sommes pas absolument à l'aise. Les injections modificatrices ou irritantes peuvent être dangereuses. Ainsi l'éther iodoformé en distendant la poche serait susceptible de comprimer le larynx. D'autres substances, en déterminant une réaction inflammatoire, pourraient causer des troubles respiratoires.

D'autre part, il faut agir, car la poche, rapidement superficielle, a la plus grande tendance à s'ouvrir spontanément. Si chez le jeune enfant les conséquences d'une telle éventualité ne doivent pas inspirer de crainte exagérée, les chances favorables diminuent avec l'âge, et, chez l'adulte, on n'obtiendrait vraisemblablement point cette guérison par les seules forces de la nature ou les moyens médicaux. L'intervention chirurgicale nous paraî donc, dans les abcès prélaryngés ganglionnaires, sinon le traitement nécessaire et applicable à tous les cas, du moins une ressource très sûre et donnant au maximum la probabilité d'une bonne guérison.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(16 octobre 1900)

Nous entrons dans la période des rapports officiels. La séance a été entièrement consacrée à la lecture des rapports de MM. Richelot, sur les travaux adressés pour le **prix Alvarenga**, Delorme, pour le **prix Chevillon**, Laveran, sur les **épidémies**.

Comme ses prédécesseurs, M. Laveran se plaint amèrement de l'insuffisance des documents relatifs à l'étude des épidémies en France, au cours de l'année 1899; ainsi, sur 86 départements, il n'y en a que 19 qui ont adressé des statistiques. Les départements du Nord, de la Seine-Inférieure et de la Somme sont ceux dans lesquels le service des épidémies est le mieux fait.

D'une façon générale, il ressort de ces documents que le fonctionnement du service des épidémies laisse beaucoup à désirer; les désinfections sont faites d'une façon tout à fait

insuffisante, les déclarations des maladies transmissibles ne sont pas faites en temps voulu, quand elles sont faites, ce qui est l'exception; l'instruction des causes de décès est absolument défectueuse. Les médecins des épidémies les mieux intentionnés ne sont nullement documentés; en somme, il y aurait beaucoup à faire pour que ce service des épidémies fût assuré de façon à se mieux défendre contre les maladies transmissibles; aussi, M. Laveran émet-il un certain nombre de vœux qui seront l'objet d'une discussion et d'un vote de l'Académie. C'est pour cela que, contrairement à l'usage, cette partie du rapport de M. Laveran sera insérée dans les bulletins, et probablement discutée dans l'une des prochaines séances. Voici ces vœux :

Il y aurait lieu de créer une commission chargée de réorganiser le service des épidémies.

Il est à désirer que des mesures soient prises pour assurer la déclaration des maladies épidémiques.

Les maires devraient être invités à faire indiquer les causes des décès sur les déclarations de ces décès.

Les instituteurs et institutrices devraient signaler aussitôt les cas de maladies infectieuses de leurs élèves. Ils devraient également exiger qu'après une maladie infectieuse, les enfants ne rentrent à l'école qu'après un temps de convalescence suffisamment long.

La diarrhée infantile devrait être séparée des autres diarrhées dans les statistiques. Le service des feuilles de statistique devrait être fait régulièrement dans toutes les communes et suivant un modèle uniforme.

La désinfection devrait être répandue bien plus qu'elle ne l'est, les mesures de désinfection pouvant être prises en dehors même des désinfecteurs de profession.

M. Lucas-Championnière a présenté au nom de M. Romiscéanu (de Bucarest) une planche assez curieuse, composée d'une série de figures cinématographiques représentant la **marche des coxo-tuberculeux**. En réalité ces figures ne revèlent rien de bien nouveau, mais elles confirment d'une façon graphique ce que l'on savait déjà sur la marche des coxalgiques; elles montrent, par exemple, que le pas d'un enfant coxalgique est beaucoup plus court que le pas d'un enfant sain; que l'enfant s'appuie le moins possible sur sa jambe malade, que le membre supérieur du côté malade se fléchit davantage dans le temps que l'enfant s'appuie sur sa mauvaise jambe; on voit également figurée sur cette planche la marche digitigrade des coxalgiques très déformés avec raccourcissement considérable et flexion de la jambe sur la cuisse. Il est vraiment curieux de voir tous ces mouvements si nettement enregistrés.

Une note sur le **traitement du lupus par le permanganate de potasse** est adressée à l'Académie par M. Butte. Sa méthode, très simple, consiste en applications de solutions de permanganate de potasse sur les parties atteintes de lupus. Au bout d'une dizaine de jours, on constate déjà une amélioration, les tubercules lupiques sont affaissés, la maladie ne progresse plus. Après deux ou trois mois, il ne resterait plus guère que l'aspect cicatriciel.

M. Delorme présente à l'Académie un travail de M. Schrapf sur le **séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde**; il résulte des observations prises par l'auteur que les formes dans lesquelles l'apparition du pouvoir agglutinant du sang est tardive, alors que les autres symptômes sont absolument nets, doivent être considérées comme d'un pronostic grave.

A quatre heures et demie, l'Académie s'est formée en comité secret pour voter les conclusions des rapports qui ont été lus.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

La néphrite varicelleuse. — M. Léon Cerf (d'Angers) vient de consacrer une étude très complète à l'étude de cette complication qu'Hénoch avait signalée dès 1884. Il nous montre que, bien que moins fréquente que la néphrite scarlatineuse, la néphrite de la varicelle est loin d'être exceptionnelle. Elle varie comme fréquence suivant les épidémies.

La néphrite varicelleuse est tardive en général, bien que Hœnel ait décrit une néphrite précoce; on la rencontre à tout âge, dans toutes les formes compliquées ou non; le froid ne semble pas jouer un rôle bien caractérisé dans son développement.

Au point de vue *clinique*, « la néphrite est une complication absolument terminale de la varicelle, elle se montre après que les vésicules sont desséchées, après que les croûtes sont tombées, c'est-à-dire cinq jours (Jansen, 87), huit jours (Rachel), vingt jours (Perret) après l'éruption.

Ce peut être sans cause apparente, alors qu'on croyait le petit malade absolument guéri, qu'on la voit apparaître. » La néphrite peut ne se révéler par aucun symptôme bruyant, c'est ainsi que M. Comby a pu citer un exemple de néphrite *latente* (Soc. méd. des hôpit., 7 mai 1896).

« Aucun autre signe que la présence de l'albumine n'est noté. Si la recherche de l'albumine n'avait pas été faite systématiquement, la complication rénale serait passée inaperçue. Ces faits doivent être fréquents.

Dans la plupart des observations, cependant, des symptômes bien nets ont éveillé l'attention du clinicien : un jour l'enfant présente de la bouffissure de la face, de l'œdème des mains; ou bien les parents remarquent que l'enfant ne rend plus que de petites quantités d'une urine très foncée; d'autres fois c'est la brusque ascension de la température qui annonce la complication rénale.

Une fois installée, la néphrite varicelleuse se manifeste par les signes ordinaires des néphrites infectieuses, mais elle peut affecter tous les degrés d'intensité. »

Il peut y avoir des néphrites légères, et des formes graves.

« Entre ces deux extrêmes : albuminurie légère s'accompagnant d'un peu d'œdème, sans phénomènes généraux, d'une part; cas graves avec fièvre, albuminurie intense, anasarque, anurie, convulsions, troubles gastro-intestinaux et urémie, d'autre part; il y a place pour tous les intermédiaires.

On voit que la durée de la néphrite varicelleuse est très variable. Une néphrite varicelleuse légère guérit en huit, dix jours; une néphrite varicelleuse grave peut tuer très rapidement, en sept jours (Wichmann), en trois jours (Hoyes); elle peut guérir après des semaines de soins et de surveillance attentive.

Hénoch, Hogyes, Hagenbach, Mann Silver, Wichmann ont publié chacun une observation terminée par la mort. »

Au point de vue de l'*anatomie pathologique*, les lésions dont celles de la néphrite scarlatineuse, « c'est-à-dire les lésions des néphrites subaiguës de Brault, les lésions des glomérulo-néphrites. »

Le *pronostic* se basera sur la quantité d'urine émise, sur son examen (cylindres, particulièrement) et surtout sur les phénomènes généraux (fièvre, symptômes urémiques).

Quand au pronostic futur, il est à réserver dans tous les cas, la néphrite varicelleuse pouvant à un moment donné devenir l'origine d'une néphrite chronique.

Le *diagnostic* est facile, on devra pendant toute la maladie examiner les urines.

Quant au *traitement* « il ne présente rien de spécial, c'est le même que celui de la néphrite scarlatineuse ».

« La néphrite étant due à une infection secondaire dont la porte d'entrée est au niveau des vésicules, il faut empêcher ces vésicules de s'infecter en donnant des bains à l'enfant, en l'empêchant de se gratter, en le poudrant de poudres inertes (poudre de talc additionnée d'acide borique).

De plus, pour éviter l'action du froid, tous les varicelleux devront être tenus quelques jours au lit et ils devront garder la chambre pendant une semaine après la dessiccation des vésicules. » (*Anjou méd.*, oct. 1900.)

MALADIES DE L'ENFANCE

Maladie de Basedow dans l'enfance. — M. Zuber, chef de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades, rapporte un cas de goitre exophtalmique chez une fillette de treize ans. On sait que cette maladie est rare dans l'enfance; Steiner (de Vienne) n'a pu en réunir que 44 observations, auxquelles il ajoute 3 cas personnels. L'observation de M. Zuber est donc intéressante par sa rareté.

Il s'agit d'une fillette de treize ans, soignée dans le service de M. le professeur Grancher. On avait constaté depuis quelques mois, chez elle, une augmentation du corps thyroïde, lorsque brusquement elle se mit à maigrir rapidement.

« Quelques semaines après apparurent des palpitations, de l'essoufflement, du tremblement et une légère exophtalmie, et, en peu de temps, le syndrome de la maladie de Basedow se trouva au complet. Les symptômes, d'abord exagérés par une crise suivie de rhumatisme articulaire aigu avec péricardite et chorée, survenue au cours de son séjour à l'hôpital, s'amendèrent ensuite progressivement et, six mois après le début des accidents, la malade rentrait dans sa famille ne présentant plus qu'une légère hypertrophie du corps thyroïde et une tachycardie modérée.

Cette guérison relative, qu'accompagne un excellent état général, se maintient actuellement depuis deux ans...

La malade a été suivie depuis sa sortie de l'hôpital, pendant deux ans. Elle s'est développée, a pris un certain embonpoint. La menstruation s'est établie normalement à la fin de l'année 1899. Pendant toute cette période, elle ne s'est plainte d'aucun trouble, elle a fait son apprentissage de giletière et va à son travail loin de chez elle. Actuellement (juillet 1900), à part une tachycardie légère, 100 pulsations, et une hypertrophie très peu marquée et dure du lobe droit de la glande thyroïde, elle ne présente aucun phénomène objectif.

La péricardite n'a pas laissé de traces. »

L'histoire de cette fillette cadre bien avec ce que l'on sait des particularités cliniques de la maladie de Basedow dans l'enfance; on y retrouve en effet : « Apparition et développement rapide de tous les symptômes, amaigrissement et cachexie extrême rapidement réparés, guérison presque complète après six mois. Effacement des symptômes oculaires, importance du goitre; coexistence de la chorée. » (*Arch. des mal. de l'enf.*, oct. 1900.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 22 au 27 octobre 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 22 OCTOBRE, à une heure. — 1er (nouveau régime, oral), MM. Rémy, Launois et Sébileau; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Delens, Delbet et Walther; — (2e série) : MM. Segond, Reclus et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Brissaud, Gaucher et Teissier; — M. Auguste Broca, suppléant.

MARDI 23 OCTOBRE, à une heure. — 1er (nouveau régime, oral), MM. Mathias-Duval, Quénu et Thiéry.

3e (2e partie), MM. Hutinel, Charrin et Ménétrier; — M. Langlois, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Campenon et Faure; — (2e partie, 2e série) : MM. Jaccoud, Chauffard et Thiroloix; — (2e partie) : MM. Cornil, Debove et Marfan; — M. Schwartz, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Bonnaire; — M. Chassevant, suppléant.

MERCREDI 24 OCTOBRE, à une heure. — Médecine opératoire, épreuve pratique : MM. Poirier, Lejars et Sébileau.

2e (nouveau régime) : MM. Garnier, Ch. Richer et Rémy.

3e (2e partie) : MM. Fournier, Gilles de la Tourette et Launois; — M. Wurtz, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. André, suppléant.

JEUDI 25 OCTOBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Chassevant et Teissier; — (1re partie, oral, ancien régime) : MM. Richelot, Faure et Wallich.

4e, nouveau régime : MM. Proust, Vaquez et Dupré.

2e, nouveau régime : MM. Mathias-Duval, Gautier et Launois; — M. Widal, suppléant.

VENDREDI 26 OCTOBRE, à une heure. — 4e : MM. Pouchet, Wurtz et André.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Tillaux, Reclus et Walther; — M. Desgrez, suppléant; — MM. Delens, Lejars et Delbet; — (2e partie) : MM. Hayem, Vidal et Méry; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Varnier, suppléant.

SAMEDI 27 OCTOBRE, à une heure. — Dissection, épreuve pratique : MM. Le Dentu, Hartmann et Thiéry.

3e (2e partie) : MM. Joffroy, Achard et Dupré; — M. Albarran, suppléant.

4e : MM. Pouchet, Ménétrier et Langlois.

5e (2e partie), *Charité* : MM. Chauffard, Roger et Thiroloix; — MM. Chantemesse, Marfan et Vaquez; — M. Campenon, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bar et Maygrier; — M. Faure, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Questions restées dans l'urne : « Artères de la jambe; — Rupture de l'urèthre. »

« Épiploon gastro-hépatique; — Étiologie, symptômes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac. »

— Le jury du concours est ainsi divisé :

Pour l'*anatomie*, dont les séances ont lieu à la Charité : MM. Gombault, Guinon, Villemin, Picqué, Démelin.

Pour la *pathologie*, dont les séances ont lieu à l'Hôtel-Dieu : MM. de Gennes, Hudelo, Delbet, Rieffel, Baudron.

Pour l'anatomie, les candidats seront appelés dans l'ordre nominal de tirage.

Pour la pathologie, on commencera par le n° 214, M. Fargin-Fayolle.

La date des séances sera publiée ultérieurement.

Candidats militaires. — Les séances de lecture de la composition pour les candidats militaires sont ainsi indiquées :

Anatomie (Charité). — Mardi 16, à huit heures et demie; mercredi 17, à quatre heures et demie; jeudi 18, à huit heures du matin; vendredi 19, à quatre heures et demie.

On commence par le n° 1, M. Fouquet.

Pathologie (Hôtel-Dieu). — Vendredi 19, à cinq heures; sa-

medi 20, à cinq heures; lundi 22, à six heures; mardi 23, à cinq heures.

On commencera par le nº 17, M. Mougin de Saint-Avit.

Concours de l'externat. — Les jurys sont ainsi répartis :

Anatomie. — MM. Brühl, Macaigne, Marion et Chevalier.

Pathologie. — MM. Renault, Tissier, Riche et Soupault.

Les candidats militaires ont commencé hier, mardi 16 octobre, par l'anatomie. Question donnée : « Articulation tibio-tarsienne. »

Concours des prix de l'internat. — Les jurys de ces concours sont ainsi composés :

Médecine, — MM. Vaquez, Brouardel, Brocq, Lamy, Terrier.

Chirurgie, accouchements. — MM. Morestin, Duplay, Reynier, Barbier, Guyon.

Marine. — MM. les étudiants en médecine Hénault, Bernard et Gauthier sont nommés élèves du corps de santé de la marine, en remplacement de MM. Dumoulin, Giraud et Bellot, démissionnaires.

— M. le médecin de deuxième classe Roquemaure, embarqué sur la *Meurthe*, à Brest, et M. Gachet, officier du même grade, sont autorisés à permuter.

— M. Roquemaure, médecin de deuxième classe du cadre de Brest, est désigné comme médecin-major des troupes appelées à servir dans le territoire militaire du Chari.

— MM. les médecins de deuxième classe dont les noms suivent sont autorisés à prendre part au concours qui s'ouvrira à Brest le 22 octobre 1900, pour un emploi de prosecteur d'anatomie à l'école annexe de médecine navale de ce port, MM. Chabanne, Mesny, Meslet, Boudon, Charézieux.

— M. le médecin de première classe Taddéi, dit Torella, du port de Toulon, est désigné pour aller servir sur le *Guichen* (escadre de l'Extrême-Orient, en remplacement de M. Mayolle.

Maison de santé flottante. — La ligne Hambourg-Amérique annonce que son transport sanatorium (*Princesse-Victoria-Louise* ne le cédera en rien aux plus beaux établissements balnéaires terrestres, sous le rapport de l'élégance, du confort et des soins. Les maladies nerveuses pulmonaires en retireront les meilleurs résultats, les convalescents y rétabliront définitivement leur santé, et les anémiques y répareront vite leurs forces.

Exemple : les nombreux Américains qui se rendent tous les ans en Europe pour suivre un traitement thermal, sont presque guéris en arrivant, grâce à l'air salubre qu'ils respirent à pleins poumons pendant la traversée.

Aussi, dès le mois de septembre 1900, le transport *Princesse-Victoria-Louise* effectuera son premier voyage autour du monde. Les côtes de la Méditerranée, de l'Inde, de la Chine, du Japon, du Pacifique, du nord de l'Amérique seront successivement visitées. Le retour s'effectuera de San-Francisco à Hambourg le 22 juin 1901. Le second voyage aura lieu le 18 juillet et le navire mettra dix-huit jours à se rendre en Norwège et au cap Nord ; et il emploiera vingt-deux jours dans une excursion dans les villes septentrionales.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Rollin, de Châtenois (Vosges).

Postes vacants. — On demande dans chef-lieu de canton de l'Oise, à deux heures de Paris, un médecin actif. — Maison très confortable, avec écurie et remise, à louer de suite. — S'adresser au bureau du journal.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 120. — SAMEDI 20 OCTOBRE 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 20 OCTOBRE 1900. — N° 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. De l'hémiathétose (*2 fig.*), par M. Jean FERRAND, interne des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. La saignée et la transfusion saline hypodermique dans les maladies toxiques et infectieuses graves; — L'hydrastis canadensis comme médicament cardio-vasculaire. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

De l'hémiathétose.

Par M. Jean FERRAND, interne des hôpitaux de Paris.

I

« L'hémiathétose est une affection généralement symptomatique d'une lésion cérébrale qui consiste essentiellement en mouvements involontaires habituellement continus, lents et exagérés, limités à la main et au pied du côté paralysé. »

Telle est la définition donnée par Oulmont en 1878.

La thèse d'Oulmont est, en effet, la première monographie française parue sur la question.

Hammond, en 1871, avait décrit en Amérique une maladie se caractérisant « par l'impossibilité dans laquelle se trouve le malade de maintenir les doigts et les orteils dans la position où ils ont été placés parce qu'ils sont agités par des mouvements continuels » et il l'avait appelée « athétose » (sans position fixe).

En Angleterre, Gloy-Schaw, en 1873, sépare la maladie de Hammond de l'athétose double. Mais les auteurs, frappés par l'aspect clinique prédominant des deux affections, leur conservèrent le même nom.

Déjà Charcot connaissait et décrivait les tremblements post-hémiplégiques et il se préoccupait de leur pathogénie. Successivement paraissent la revue critique de Grasset et les thèses de Raymond sur l'hémichorée, et d'Oulmont, sur l'hémiathétose. Mais dans cette dernière, bien que l'affection soit séparée de l'athétose double, on voit cependant une tendance à rapprocher les deux affections et à chercher des liens communs entre elles.

Ce n'est que plus tard que les monographies d'Audry et de Michaïlowsky classeront définitivement l'athétose double comme une entité morbide.

Alors les observations se multiplient dans tous les pays. Aussi l'anatomie pathologique et la pathogénie de la question font-elles des progrès.

Citons seulement les noms de Kahler et Pick, de Demange, de Bridon et Ricoux, de Stéphan, et les travaux tout récents de Bonhœffer, de Boinet et de Touche.

L'hémiathétose succède aussi bien à l'hémiplégie infantile qu'à celle des adultes. Elle serait même plus fréquente chez les enfants.

La cause déterminante est en effet l'hémiplégie ; mais il ne s'agit pas là d'une hémiplégie quelconque. En général, la paralysie est légère, les troubles moteurs peu marqués et les troubles sensitifs, au contraire, très développés. Dans le cours de la guérison survient l'hémiathétose. En chercher les causes serait donc chercher celles de l'hémiplégie organique. Elles sont suffisamment connues pour nous dispenser d'y insister. C'est le ramollissement, l'hémorragie, l'encéphalite.

L'hémiathétose est donc une affection secondaire de cause cérébrale : elle apparaît aux âges auxquels se montre l'hémiplégie, soit dans l'enfance avant dix ou douze ans, soit passé l'âge moyen de la vie, après quarante ans.

Rarement les antécédents familiaux fournissent un renseignement. Mais il n'en est pas de même des antécédents du malade, et, chez l'enfant surtout la fréquence des accès épileptiques a été signalée. Quelle est la valeur de ces crises au point de vue de la paralysie future ? Elle est très discutable, mais elles semblent la précéder souvent.

Dans la forme infantile encore, on a incriminé les maladies infectieuses et soutenu qu'elles pouvaient produire directement l'hémiathétose sans hémiplégie préalable. On a aussi pensé que certaines affections purement nerveuses, comme l'hystérie, pouvaient déterminer des troubles du même genre comme on en a présenté plusieurs exemples.

Enfin, on a décrit des cas spontanés de cette affection, des hémiathétoses primitives survenant chez l'enfant. Malgré l'autorité des auteurs qui ont insisté sur ces causes, d'autres pensent qu'il s'agit dans ces cas d'affections dont le début a passé inaperçu et que, si légère soit-elle, l'hémiplégie a toujours existé.

Malgré les autopsies qui ont pu être pratiquées et qui commencent à être nombreuses, l'anatomie pathologique de l'hémiathétose demeure obscure. Les lésions qui ont été rencontrées dans ces cas par les différents auteurs ne diffèrent pas sensiblement dans leur nature mais suffisamment dans leur siège pour qu'il soit difficile d'assigner un centre anatomique précis à l'hémiathétose.

Nous ne décrirons pas les lésions banales de l'hémorragie ou du ramollissement cérébral qui forment la lésion. Qu'il suffise de savoir que ce sont toujours d'anciens foyers analogues à ceux que l'on rencontre chez tous les anciens hémiplégiques. Quant au siège qu'ils occupent, nous ver-

rons, en étudiant le mécanisme de production de l'hémiathétose, que les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce sujet.

Il semble qu'il soit inutile aujourd'hui d'isoler l'hémiathétose de l'athétose double. Les premiers auteurs qui se sont occupés de la question ont bien vu la différence existant entre ces deux affections. Cependant, Oulmont lui-même, sous le nom d'hémiathétose primitive, a rapporté deux observations d'adultes, atteints brusquement de cette affection, sans avoir jamais présenté d'hémiplégie. L'un de ces deux malades étant mort, M. Landouzy a trouvé un volumineux ramollissement du noyau lenticulaire, ce qui fait penser que l'hémiplégie a pu exister à un moment donné. Il est en de même de bien des observations citées sous le nom d'athétose primaire. Telle celle de cet enfant de onze ans hémiathétosique citée par Combe (1). Il n'aurait jamais été hémiplégique, mais il avait eu des convulsions à la suite d'une opération sur la hanche.

On a voulu faire de ces cas d'athétose primaire une transition entre l'athétose double et l'hémiathétose. Plus récemment encore, M. Grancher, dans une même clinique, décrivait ces deux affections côte à côte. Quoi qu'il en soit, les auteurs qui se sont occupés de l'athétose double la décrivent comme une entité morbide bien à part, ayant « un ensemble symptomatique à marche presque toujours identique, à pronostic connu, à diagnostic certain » [Michaïlowsky (2)]. Et si l'on discute encore sur l'anatomie pathologique de cette affection, du moins n'y rencontre-t-on jamais de lésion en foyer.

Tandis que, malgré la similitude des noms, nous rejetons de notre étude l'athétose double, nous devons rapprocher l'hémiathétose d'une affection qui lui ressemble : c'est l'hémichorée.

En effet, ces affections sont sœurs. Charcot l'avait déjà montré. « Entre les deux, rien que des différences de détail. Toutes deux dépendent d'une lésion cérébrale, apparaissent quelque temps après l'hémiplégie, etc. » (Oulmont). Depuis, tout le monde a admis cette parenté entre les deux affections et tous les travaux faits pour éclaircir l'une ont éclairé l'autre.

Aussi est-il impossible de séparer leur étude anatomique et pathologique.

Charcot fut le premier qui appela l'attention sur ce fait que l'hémichorée est souvent en rapport avec l'hémianesthésie tandis que celle-ci ne coïncide que rarement avec l'hémiplégie vulgaire. Dans 3 cas du même genre, ayant trouvé altérés à la fois le pied de la couronne rayonnante, le noyau caudé et la couche optique à leur partie postérieure, attribuant d'autre part l'hémianesthésie à la lésion de la couronne rayonnante et, ayant vu souvent des altérations du noyau caudé et de la couche optique sans production ultérieure de tremblement, il pensa que le tremblement posthémiplégique devait être attribué à la destruction d'une partie limitée de la capsule interne. De là à décrire un faisceau spécial, ou faisceau de l'hémichorée, il n'y avait qu'un pas. Charcot décrivit en effet ce faisceau et le plaça en avant des fibres sensitives dans la couronne rayonnante.

M. Raymond, dans sa thèse, adopta les mêmes conclusions. Il met hors de cause les noyaux gris centraux et, se basant sur la fréquente coïncidence de l'hémianesthésie et de l'hémitremblement, décrit le faisceau de l'hémichorée au voisinage des fibres sensitives de la couronne rayonnante.

(1) Combe. *Revue de la Suisse romande.*

(2) Michaïlowsky. *L'athétose double*, Th. de Paris, 1892.

C'est la lésion de ce faisceau qui, par compression, par irritation ou par déchirure, produit l'hémichorée symptomatique.

La thèse d'Oulmont sur l'athétose ne modifie pas cette théorie, que Grasset accepte également plus tard. D'autres ont purement et simplement nié le faisceau de l'hémichorée et pensé que ces tremblements posthémiplégiques tenaient, comme les contractures ou l'exagération des réflexes, à la dégénérescence secondaire du faisceau pyramidal. C'était nier l'individualité des divers tremblements posthémiplégiques. En même temps que ces théories se faisaient jour en France, Hammond en Amérique, Galvani en Italie et Gowers en Angleterre soutenaient, au contraire, l'importance de l'altération des noyaux gris centraux pour la production de l'hémichorée et de l'hémiathétose. Se basant sur deux autopsies personnelles, Gowers pense qu'il y a toujours une lésion de la couche optique. Mais il cite Mitchell qui a trouvé deux fois des lésions du noyau craudé et il conclut : « Il semble probable que ces désordres du mouvement sont produits par une altération plutôt que par une destruction de la substance grise de la couche optique et du corps strié. »

C'était encore l'opinion de Nothnagel, dont la conclusion résume bien ce qu'avait montré l'anatomie pathologique.

1° Dans la grande majorité des tremblements posthémiplégiques, on a trouvé lésées la couche optique et la partie postérieure de la capsule interne. 2° Dans une série d'observations, la couche optique était seule atteinte. Stéphan, qui se déclare partisan de cette théorie, a cherché à la justifier par une explication pathogénique. Les centres psychomoteurs, tout en assurant l'intégrité du mouvement, ne sont pas suffisants pour en maintenir la coordination. En effet, leur destruction amène une paralysie ou une parésie, mais pas d'incoordination. Il faut donc admettre l'existence d'autres centres qui règlent l'innervation des mouvements coordonnés. Cette hypothèse n'est pas contredite par les notions physiologiques ni même par l'expérimentation sur les animaux. Christiani, Fredericq et Nuel (1) ont déterminé chez les animaux des troubles d'incoordination par lésion de la couche optique.

L'altération de ces centres coordinateurs produit les mouvements posthémiplégiques. Kahler et Pick, en 1879, exposent une théorie qui fut en définitive admise pendant longtemps par l'école française. Pour eux, tous les troubles d'incoordination posthémiplégiques proviennent d'une irritation du faisceau pyramidal, quel que soit le lieu d'irritation de ce faisceau, depuis son origine corticale jusqu'à sa terminaison médullaire : les différentes formes de troubles moteurs, hémichorée, hémiathétose, etc., viennent de la diversité des lésions qui ont soit détruit, soit simplement irrité ou comprimé le faisceau pyramidal. S'appuyant sur les autopsies qu'eux-mêmes ont pu faire, ils montrent que la localisation assignée par Charcot à la lésion de l'hémiathétose est exacte, mais qu'elle est trop restreinte. Ils citent les cas publiés par Ewald et Broadbent, dans lesquels des tumeurs venaient comprimer le faisceau pyramidal au niveau du bulbe ou de la protubérance et s'annonçaient cliniquement par des mouvements incoordonnés analogues aux mouvements posthémiplégiques. Du reste, pour eux, l'irritation du faisceau pyramidal se fait le plus

(1) Fredericq et Nuel. *Éléments de physiologie normale.*

ordinairement où l'a montrée Charcot. C'est elle qui, le plus souvent, amène l'hémiathétose, parce que c'est elle qui est la lésion la plus fréquente de l'hémiplégie.

Cette théorie, si séduisante au premier abord, a été vivement combattue.

Stéphan objecte notamment que l'irritation du faisceau pyramidal, au niveau de l'écorce, ne donne pas habituellement lieu à des troubles hémichoréiques ou hémiathétosiques, mais au contraire à de l'épilepsie partielle, et cependant, il s'agit bien là d'une irritation du faisceau pyramidal. Cet auteur fait aussi remarquer la fréquente coïncidence de ces mouvements post-hémiplégiques avec les lésions de la couche optique et la rareté de leur production quand il y a seulement des lésions du corps strié. Les unes comme les autres cependant intéressent le faisceau pyramidal.

Demange a essayé de montrer que les altérations corticales, et particulièrement les tumeurs, pouvaient bien produire ces troubles du mouvement. Malheureusement, ses observations manquent de précision parce qu'il a toujours eu affaire à des lésions corticales trop étendues. De plus, bien souvent, elles étaient accompagnées d'autres lésions et, en particulier, souvent d'altération de la couche optique et de la partie postérieure de la capsule interne.

Quoi qu'il en soit, la théorie de Pick et Kahler avait fait fortune et en France, principalement, l'irritation du faisceau pyramidal en un point quelconque passait pour la cause des tremblements post-hémiplégiques. Mais, tout récemment, cette théorie a rencontré de nouveaux contradicteurs.

Bonhœffer examine tous les cas d'hémichorée dont l'anatomie pathologique est connue. Il fait remarquer que jamais une lésion médullaire ni bulbaire n'a déterminé ce phénomène clinique, ce qui n'aurait pas manqué de se produire si le faisceau pyramidal était en cause. Pour la même raison, il s'étonne que, vu le nombre considérable des hémiplégies, il y ait si peu d'hémichorées. De même les foyers qui sont en avant du genou de la capsule interne et de la couronne rayonnante ne la produisent jamais. Enfin, il s'attache à montrer l'analogie clinique entre les mouvements choréiformes et ceux qui sont symptomatiques des lésions cérébelleuses.

Il conclut qu'il y aurait là un faisceau d'association, une voie coordinatrice entre l'écorce cérébelleuse et les centres corticaux psycho-moteurs. Ce faisceau parti du cervelet suivrait le pédoncule cérébelleux supérieur et passant par le noyau rouge, la couche optique, le genou de la capsule interne, son segment antérieur et la partie antérieure du noyau lenticulaire, viendrait se terminer dans les circonvolutions rolandiques.

Toute lésion, quelle qu'elle soit, placée sur le trajet de ces fibres, détermine l'hémichorée. C'est là, le véritable faisceau de l'hémichorée et c'est un faisceau d'association, c'est une voie cérébropète dont la fonction consiste à transporter aux circonvolutions motrices les impulsions des régions inférieures sous-cutanées qui sont nécessaires pour la coordination des mouvements volontaires. Les symptômes qui résultent de l'altération de cette voie sont des symptômes d'irritation, c'est l'hémichorée, c'est l'hémiathétose.

Nous sommes ici en pleine voie cérébelleuse et bien loin du faisceau pyramidal et de la théorie de Pick et Kahler.

Tout récemment enfin, M. Touche (1) publiait les résultats de dix autopsies d'hémichorée organique. Dans tous les cas, il a trouvé des lésions siégeant sur le faisceau de Bonhœffer et même une fois la lésion était exclusivement cérébelleuse. Il se déclare donc, lui aussi, partisan de la théorie de cet auteur contre celle de Pick et Kahler.

En résumé, la lésion anatomique a toujours été vue, sauf par ceux qui rattachent l'hémitremblement à la dégénérescence secondaire du faisceau pyramidal.

C'est toujours une hémorragie ou un ramollissement siégeant vers la partie postérieure de la capsule interne et des noyaux gris.

Charcot pensait que ce foyer comprimait un faisceau spécial, dit de l'hémichorée, et faisant partie du faisceau pyramidal.

Gowers et Hammond voulurent que les centres coordinateurs fussent seuls en cause et les plaçaient dans les noyaux gris centraux. Pick et Kahler attribuaient tout à l'irritation du faisceau pyramidal. Enfin, Bonhœffer est revenu à l'idée d'un faisceau spécial coordonateur dont l'irritation est la cause du tremblement.

II

Symptômes. — L'hémiathétosique a un cachet bien particulier; il suffit, en effet, d'en avoir vu un pour reconnaître facilement cette singulière affection, et quoique derrière elle se cache la véritable maladie organique, c'est elle cependant qui masque celle-ci par son étrangeté.

L'hémiathétose consiste essentiellement en des mouvements des extrémités d'un côté du corps. Les doigts et les orteils sont animés de mouvements constants et prennent les positions les plus variées; mais c'est en général aux doigts que le phénomène s'observe avec le plus d'intensité. Les mouvements qui les animent sont essentiellement lents et souples. Ils diffèrent non seulement des tremblements rapides comme ceux des paralysies agitantes, mais encore des tremblements choréiques qui procèdent par sauts brusques. Ici, pas de période de repos ni de paroxysmes sans cause. Et même, quand une excitation étrangère vient exagérer les mouvements habituels, ceux-ci ne se font pas brutalement, ils conservent toujours, même en augmentant d'amplitude et d'intensité, une certaine harmonie.

Aussi a-t-on pu leur trouver certains caractères de coordination : ils seraient orientés dans le sens de la préhension. On a même, en Amérique, comparé les doigts du malade aux tentacules du poulpe marin. Mais en réalité, aucune coordination ne préside leur production. Seules, la lenteur et la souplesse avec lesquelles ils sont exécutés, leur donnent l'aspect de mouvements volontaires.

Il faut encore remarquer qu'ils sont poussés jusqu'à la limite extrême qui leur est permise par la laxité articulaire. Ils semblent chercher à produire des luxations des doigts ou des orteils.

Il est rare que ces mouvements cessent, même quand le malade est au repos : pendant le sommeil ils peuvent diminuer jusqu'à devenir imperceptibles mais gênent parfois le malade au point d'amener l'insomnie complète. Les mouvements intentionnels les exagèrent : cependant, par un effort de volonté, les malades peuvent souvent maintenir quelques secondes immobile la main malade, surtout en s'aidant de l'autre, en l'appuyant fortement le long du corps. Mais, après cet effort d'un instant, ils reprennent avec plus d'intensité qu'auparavant. On comprend la difficulté qui en résulte pour la préhension des objets et pour la marche. La

(1) Touche. *Arch. gén. de méd.*, mars 1900.

fatigue et les émotions ont également sur ces mouvements des influences variables.

Comme nous l'avons vu, ce sont les extrémités des membres qui sont atteintes. Les doigts s'étendent et se fléchissent en tous sens, tantôt accolés les uns aux autres, tantôt isolés. Le poignet participe souvent à ces mouvements et sa mobilité propre lui permet des déplacements assez étendus : plus rarement le coude ou l'épaule sont pris. Toujours les muscles les plus atteints sont les interosseux dorsaux et palmaires de la main, comme l'a montré Gowers; ensuite, ce sont les fléchisseurs et en dernier lieu les extenseurs.

Les orteils étant naturellement moins mobiles que les doigts, les mouvements y sont aussi moins étendus : ils sont limités à la flexion et à l'extension, ce qui suffit, du reste, pour rendre la marche au moins très difficile. Il est rare qu'au membre inférieur les mouvements remontent plus haut que l'articulation du cou-de-pied.

La face elle-même n'est pas exempte de mouvements; l'on voit souvent les muscles d'un côté se contracter spasmodiquement et produire des grimaces variées qui donnent à la physionomie les aspects les plus étranges et dont la mobilité n'est dépassée que par celle des athétosiques doubles. On comprend que la parole elle-même puisse se ressentir de ces grimaces et être gênée dans ses manifestations diverses par les mouvements involontaires des lèvres.

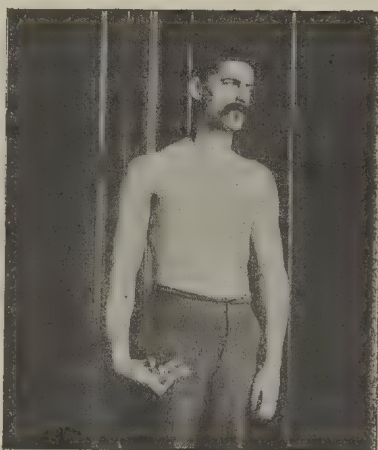


Fig. 1.

Tels sont les signes qui caractérisent l'athétose, ce sont eux que Hammond avait en vue lorsqu'il donna ce nom à la maladie. Mais on voit toujours, à côté de ces mouvements caractéristiques, d'autres signes qui déforment le tableau de la maladie.

Au premier rang, nous en placerons un qui est constant. C'est le spasme ou contracture intermittente du poignet et du cou-de-pied. Ce sont, en effet, ces articulations qui supportent le plus les conséquences des spasmes musculaires. Ceux-ci se produisent quand un mouvement est parvenu à sa limite d'amplitude. Alors le membre conserve quelque temps la position ainsi acquise, puis le spasme cessant, un autre mouvement recommence. Comme le fait remarquer Oulmont, ce spasme ressemble beaucoup plus aux contractures post-hémiplégiques qu'à l'athétose. Il ressemble aussi beaucoup aux spasmes que l'on observe chez les névropathes, comme le montre une des observations de la thèse récente de Mlle Motchane. Il n'a donc rien de caractéristique pour l'affection qui nous occupe.

Enfin, les athétosiques étant des hémiplégiques, nous devons citer ici, rapidement, tous les autres signes des hémiplégies en général, en faisant remarquer que quelques-uns revêtent une fréquence ou une allure particulière, du fait qu'ils accompagnent l'hémiathétose.

L'hémiplégie ou plutôt l'hémiparésie du côté où siège l'athétose est constante. On la trouve d'une façon absolument nette et caractéristique, dans tous les cas d'hémiathétose de l'adulte. Déjà Oulmont avait fait justice de quelques cas qui paraissaient douteux, comme ceux de Gowers ou d'Hammond, et quand on examine de près toutes les observations, on en trouve bien peu dans lesquelles on pourrait affirmer l'absence complète d'hémiplégie.

Mais bien souvent cette hémiplégie est incomplète, c'est même là la règle : c'est en guérissant d'une hémiplégie que l'on devient hémiathétosique, et, bien souvent, quand le tremblement est complètement installé, il subsiste seulement un peu de parésie. Il en est de même pour l'hémi-anesthésie. Elle existe souvent dans les hémiplégies qui se compliqueront plus tard d'athétose ; mais, par contre, bien souvent, elle a disparu quand le tremblement se montre ou disparaît peu à peu, ayant ainsi duré plus ou moins longtemps.

Nous ne ferons que citer les phénomènes épileptiformes qui accompagnent souvent le début de la maladie : nous aurons occasion d'en reparler en étudiant la forme infantile. Quant à l'état des réflexes, on l'a décrit diversement, et cela se comprend, si l'on a été aux prises avec les difficultés que l'on éprouve en les recherchant. Il faut souvent insister longtemps avant de les obtenir et fatiguer, pour ainsi dire, les masses musculaires contractées spasmodiquement afin d'en amener le relâchement. Alors on constate qu'ils existent toujours. Le plus souvent ils sont normaux, mais quelquefois exagérés. Nous verrons que cette exagération de la réflectivité coïncide avec l'atrophie musculaire et les signes des hémiplégies anciennes. Bien souvent, aussi, on constate une atrophie musculaire plus ou moins marquée du côté paralysé. C'est là un fait qui paraît banal et qui est, en effet, la règle à la suite des hémiplégies. Mais il prend ici une certaine importance, parce qu'il peut parfois être remplacé par le phénomène inverse, par une hypertrophie musculaire véritable : cette augmentation de volume des muscles est un signe de leur suractivité ; mais c'est encore un signe bien plus important pour nous, car il nous permet d'établir une variété clinique, comme l'a montré M. Pierre Marie.



Fig. 2.

M. Féré a nié l'hypertrophie musculaire dans ces conditions (*L'épilepsie et les épileptiques*) : il pense que cette hypertrophie n'est qu'apparente et que, pendant le sommeil, les muscles reprennent leur volume normal.

On a signalé aussi l'atrophie des organes génitaux. Cazauvielh montre l'atrophie de la mamelle. Lebois, au contraire, cite un cas d'hypertrophie de la mamelle droite, chez une fille du service de M. Bourneville; plus récemment encore, à Lyon, M. Lannois a rapporté un cas d'hypertrophie unilatérale du sein chez une hémiathétosique.

On peut encore observer, à côté de ces signes principaux, toutes les complications ordinaires des hémiplégies. Les membres du côté paralysé peuvent être le siège de troubles vaso-moteurs et trophiques, d'arthropathies et d'œdèmes, de

contractures permanentes dans les segments élevés des membres.

Enfin, il est un signe qui coexiste parfois avec l'hémiathétose ou se montre à l'occasion des mouvements athétosiques : nous voulons parler de l'hémichorée, et la simple constatation de ce fait « éclaire déjà, comme le disait Oulmont, la question de la localisation de l'hémiathétose ». Les mouvements de l'hémichorée sont d'amplitude plus étendue, ils ne sont pas localisés, comme les précédents, aux extrémités seules du membre.

De plus, ils sont plus brusques et saccadés, présentant des paroxysmes et des périodes de rémission. Rien n'empêche donc la coïncidence des deux genres, et quoiqu'ils se rattachent à une cause analogue, leur diversité permet d'en faire la séparation, même quand ils coexistent.

III

Marche et évolution. — L'hémiathétose n'est pas une affection qui débute brusquement. On a bien cité quelques cas de début rapide survenant à la suite de maladies infectieuses (Grancher), mais quels que soient ces cas, il n'en est pas moins certain que ce mode de début est exceptionnel.

C'est, en général, plusieurs mois après une attaque d'hémiplégie, que surviennent les premiers tremblements, et ils vont en augmentant peu à peu, à mesure que l'hémiplégie disparaît.

Quand une fois l'hémiathétose est constituée, elle paraît l'être définitivement.

Sauf un cas cité par Gowers, dans lequel il obtint une amélioration sensible par le traitement électrique, on ne connaît pas d'exemple de guérison ni d'atténuation marquée des symptômes primordiaux. En revanche, on doit dire qu'arrivés à une certaine intensité, les mouvements paraissent s'y maintenir et n'augmentent plus. L'avenir de ces malades ne diffère donc guère de celui des hémiplégiques vulgaires.

IV

Formes. — La maladie, loin de revêtir toujours une allure uniforme, est très variable dans ses manifestations. Aussi, a-t-on pu lui décrire une forme bénigne, une forme moyenne et une forme intense. Mais, c'est là une classification un peu arbitraire, qui ne répond qu'à une appréciation de la force des mouvements.

Il semble plus naturel de séparer l'hémiathétose infantile de celle de l'adulte : la distinction paraît plus clinique. La description que nous avons eue en vue jusqu'ici s'applique à l'adulte. La description de l'hémiathétose chez l'enfant a été donnée par M. P. Marie. La maladie débute par ce que l'on appelle communément des convulsions. Il s'agit là d'une véritable attaque d'éclampsie, avec mouvements localisés à un côté du corps, quelquefois même ne s'étendant qu'à un seul membre ; pendant l'accès, la température est élevée, comme l'a montré Bourneville. Après quelques accès convulsifs, séparés par des périodes de repos, on constate que l'enfant est faible d'un côté, l'hémiplégie est installée.

Mais parfois elle disparaît de suite, ne laissant d'autre trace de son passage que l'hémiathétose ; c'est ce qui a permis de décrire des cas d'athétose primaire, comme déjà Oulmont et Gowers en citaient d'après Hammond, comme on en cite de temps en temps (cas de Combe en Suisse, de Leroy à Lille, etc.), semblant vouloir faire de ces cas, dont on n'a pu observer le début, une sorte de transition entre l'hémiathétose et l'athétose double.

Enfin, il n'est pas rare d'observer chez les mêmes enfants des attaques épileptiformes : elles ne laissent pas après elles d'autres traces d'hémiplégie, mais plus ou moins longtemps après l'athétose apparaît.

« En somme, dit M. P. Marie, quelques parents prétendent n'avoir jamais observé chez leurs enfants, frappés d'hémiplégie, ni convulsion, ni perte de connaissance : ce début latent, pour ainsi dire, n'est pas impossible ; mais on sait combien les renseignements de cette nature sont sujets à caution et l'on doit, en tous cas, considérer ce mode de début comme tout à fait exceptionnel. »

Il n'y a donc pas une barrière si élevée entre l'hémiathétose des enfants et celle des adultes. Sauf quelques phénomènes comme l'épilepsie, qui apparaissent surtout chez les enfants, sauf une plus grande mobilité dans les symptômes paralytiques, il n'y a pas grande différence.

Dans la suite, cependant, l'hémiplégie infantile, en raison du terrain qu'elle atteint, peut amener des complications particulières.

Nous voulons parler des atrophies consécutives, des défauts de développement, surtout des membres, et des altérations de l'intelligence qui peuvent en résulter, et qui sont si fréquents dans les suites de l'hémiplégie infantile, même quand on a eu affaire à une lésion unilatérale du cerveau.

Donc, si nous séparons l'hémiathétose infantile de celle de l'adulte, ce n'est qu'à cause des phénomènes qui l'accompagnent dans la suite après son apparition.

Mais, il nous semble qu'il y a une autre grande distinction plus importante, à établir entre les hémiathétoses, c'est celle qui est indiquée par M. P. Marie à propos des athétoses infantiles. Il en distingue deux cas : l'athétose vraie et les mouvements athétoïdes.

L'athétose vraie est caractérisée par les mouvements les plus amples ; les doigts, les orteils sont pris, la main, souvent le coude, remuent fortement, la face est grimaçante ; au contraire, les spasmes sont peu marqués et fugaces dans leur apparition ; de plus, le malade est à peine hémiplégique, peut-être même ne l'est-il plus du tout ; on n'observe chez lui aucune anesthésie, aucune de ces complications tardives des hémiplégies : œdème, arthropathie, etc... ; enfin, fait très important, c'est dans cette forme que se rangent les malades qui n'ont pas d'atrophie musculaire et même ceux dont les muscles malades et sans cesse en mouvement ont pris un développement quelquefois considérable. Ici nous n'observons pas de réflexes exagérés, pas de phénomène du pied, pas de signe de Babinski.

Toute différente est la forme caractérisée par les mouvements athétoïdes : ici, l'hémiplégie domine. Elle est encore fortement marquée et elle l'est par sa période terminale et irréductible, par la contracture et le spasme. Le malade traîne la jambe, se sert à peine de son bras paralysé que la raideur musculaire immobilise et cependant les muscles sont réduits à leur volume minimum ; ses fléchisseurs ont plus ou moins disparu, seuls ses extenseurs ont gardé une certaine action. L'exagération des réflexes est frappante ; la recherche du signe de Babinski amène la flexion des orteils. A ce tableau de l'hémiplégique contracturé se surajoutent seulement les mouvements athétoïdes. Ils sont ici peu marqués. Au repos même, ils manquent parfois ; ils n'apparaissent qu'à l'occasion des mouvements intentionnels et

encore sont-ils peu étendus, ils semblent pour se produire lutter contre la contracture.

Voilà donc, entre ces deux formes, une distinction qui repose sur une réalité clinique bien évidente. D'un côté, la maladie primitive s'est effacée devant la complication, c'est l'athétose vraie. De l'autre, c'est celle-ci qui a conservé son rang et ne réussit pas à masquer l'affection première. Eh bien! cette différence n'est pas seulement clinique : elle correspond à une réalité anatomique, elle est sous la dépendance de l'état du faisceau pyramidal.

Ce faisceau est-il dégénéré, alors nous observons les contractures, l'état spasmodique, troubles trophiques et en particulier les atrophies musculaires : c'est la forme des mouvements athétoïdes.

Est-il au contraire sain, l'athétose reprend tous ses droits, elle domine la scène et les muscles, toujours en mouvement, prennent ce volume exagéré que nous avons déjà constaté.

Ainsi donc, il y a ici, non seulement une différence basée sur les phénomènes cliniques, mais une réalité anatomique qui en est le point de départ.

Ces deux formes ont été séparées chez l'enfant, par M. Marie. L'une et l'autre sont, pour lui, le résultat de l'hémiplégie spasmodique infantile. Mais elles se présentent aussi chez l'adulte, toutefois pas avec la même fréquence, et nous devons constater que la forme avec contracture, la forme des mouvements athétoïdes est plus habituelle chez lui que l'athétose vraie. Ce qui justifie donc également la distinction que nous avons faite déjà entre l'athétose de l'enfant et celle de l'adulte.

Enfin, signalons, en terminant, ces cas un peu incertains qui sont la limite entre la chorée et l'athétose, qui tiennent un peu des deux, où l'on constate des mouvements brusques des membres et des mouvements lents des extrémités, et auxquels M. Brissaud a proposé de donner le nom d'athétoso-chorée. Ces cas nous montrent bien la relation qui existe entre les deux affections, qu'il est quelquefois impossible de séparer dans la clinique et qu'on a avantage à rapprocher à cause de leur localisation cérébrale.

V

Diagnostic. — Il semble, au premier abord, que rien ne soit plus facile que le diagnostic de l'hémiathétose. Il en est ainsi en effet dans certains cas, lorsqu'on a assisté à l'évolution de la maladie. Quand on a vu un hémiplégique avoir de l'hémianesthésie et entrer dans une phase d'amélioration, quand alors survient chez lui une agitation des extrémités des membres, on pensera naturellement à l'hémiathétose. Et le diagnostic se confirmera si les mouvements conservent bien ce caractère de souplesse et de lenteur particulier à la maladie, si les spasmes se montrent dans les articulations du poignet et du cou-de-pied, si l'intelligence se conserve, bref si, peu à peu, le syndrome hémiplégie, tout en restant manifeste fait place au syndrome athétose.

Même si l'on manque de renseignements certains sur le mode de début, le diagnostic sera encore facile, s'il reste de l'hémiplégie, des signes suffisants pour rappeler son existence antérieure. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Et souvent le syndrome hémiathétose se montre seul, soit que l'hémiplégie qui l'accompagnait ait à peu près complètement disparu, ce qui est le cas le plus fréquent, soit que l'athétose ait débuté brusquement, comme dans les cas rappelés par M. Grancher chez les enfants à la suite des maladies infectieuses, ce qui est d'ailleurs très rare.

Dans l'un et l'autre cas, l'athétose se montre isolée et le tremblement qui la caractérise est le seul élément certain de diagnostic. Aussi est-il facile de faire alors confusion avec toutes les autres affections nerveuses qui se manifestent par des tremblements. C'est ce qui arrive pour les affections qui se limitent souvent à une moitié de corps. Telle est, par exemple, la sclérose en plaques, souvent l'état spasmodique détermine chez les malades qui en sont atteints des attitudes analogues à celles de l'athétose.

Ce sont les mêmes pseudo-contractures, les mêmes troubles du langage, une exagération identique des mouvements intentionnels et, dans certains cas de sclérose fruste, le diagnostic peut être très difficile. Cependant les mouvements de l'hémisclérose en plaques sont plus rythmiques que ceux qui nous occupent : ils cessent plus complètement quand le malade est au repos et n'atteignent pas ordinairement l'extrémité des doigts.

C'est au contraire ce segment extrême des membres qui est atteint dans l'hémiparalysie agitante. Les doigts sont perpétuellement agités d'un tremblement menu, mais il prédomine au pouce et à l'index : il est essentiellement rythmique, jamais les doigts ne se renversent en arrière, jamais le poignet ne se contourne brusquement en des attitudes extrêmes qui n'ont d'autres limites que celles des mouvements articulaires eux-mêmes. De plus, le parkinsonnien peut modérer son tremblement, sinon pour un temps prolongé, du moins momentanément, le temps d'accomplir les actes volontaires qu'il tient à exécuter.

Nous ne ferons que signaler la différence des troubles de la marche aussi bien dans la sclérose en plaques que dans la paralysie agitante, différence qui permettra presque toujours d'éviter une erreur. Signalons encore, les tremblements qui s'observent chez les intoxiqués, le tremblement mercuriel ou saturnin par exemple. La ressemblance avec l'athétose est rarement frappante dans ces cas ; le caractère même du tremblement menu et rapide, l'absence d'hémiplégie antérieure devrait diriger les recherches vers une cause d'intoxication facile en général à découvrir.

Il en est de même pour les tremblements que l'on voit chez les convalescents d'une maladie aiguë grave ou chez les adynamiques.

Le tremblement sénile occupe surtout la tête et rarement les deux membres d'un même côté.

Toutes les affections qui amènent de l'incoordination des mouvements trouvent ici leur place. Elles peuvent en effet, dans leurs formes frustes ou anormales, se rapprocher plus ou moins de l'athétose. Telles certaines formes d'incoordinations tabétiques du membre supérieur, telles certaines démarches vues dans les scléroses combinées, ou enfin certaines attitudes athétoïdes comme on en voit dans la maladie de Friedreich par exemple, et comme M. Chauffard en a décrit un cas chez un enfant de son service à l'hôpital Broussais (1).

Plus difficile parfois est le diagnostic avec la chorée chronique. Ici, nous avons affaire à des troubles moteurs atteignant aussi surtout les membres supérieurs. Ils consistent en des mouvements involontaires désordonnés, arythmiques, se produisant également pendant le repos, mais augmentent beaucoup pendant l'action. Ils ne sont pas brusques, mais encore plus lents que ceux de la chorée vulgaire et

(1) Chauffard. Maladie de Friedreich et attitudes athétoïdes, *Semaine méd.*, 1893.

comme tels se rapprochent beaucoup de ceux des athétosiques. Et ce n'est pas là la seule ressemblance entre les deux affections. Les mouvements de la tête et de la face donnent lieu à des grimaces variées et nombreuses. Il en résulte des troubles de la parole. La sensibilité reste intacte et la force musculaire conservée. Aussi quand la maladie se localise réellement à un seul côté, quand on se trouve en présence d'une hémichorée chronique, est-on obligé de rechercher avec soin la localisation aux extrémités mêmes des membres et la nature des accidents qui ont précédé le début de l'affection. La chorée chronique est en effet héréditaire quoique atteignant l'âge adulte : elle débute lentement, sans cause apparente, elle ne fait jamais suite à une hémiplégie.

Il n'est pas enfin jusqu'à l'hystérie qui ne puisse simuler cette affection bizarre. Sous forme de contracture spasmodique du membre supérieur, elle peut gêner les mouvements volontaires au point de les rendre impossibles, et l'on a pu décrire une forme athétosique de l'hystérie, comme l'a fait M. Landrieux, en 1897, à propos d'une malade de son service (1). Mais bien plus souvent il y aura confusion entre les deux maladies, comme nous en avons vu un exemple dans une thèse récente encore. Un malade y fut décrit, il y a quelque temps, comme hémiathétosique avec contracture spasmodique du membre supérieur; et nous avons eu tout récemment occasion de le recevoir à Bicêtre où on le transportait pour une hémiplégie hystérique manifeste. Bien souvent, comme dans ce cas particulier, c'est le temps seul qui, permettant l'éclosion de nouveaux symptômes hystériques, tranchera la question.

C'est surtout chez l'adulte que l'on a occasion de rencontrer les affections que nous nous sommes efforcé jusqu'ici de différencier de l'athétose. Mais la forme infantile peut simuler elle-même quelques maladies particulières. Il semble d'abord qu'il soit inutile de signaler une confusion possible entre l'athétose double et l'hémiathétose.

Rien cependant n'est plus logique; et il n'y a pas encore bien longtemps que l'on distinguait si peu l'une de l'autre ces deux affections, qu'on les décrivait à peine comme des modalités différentes d'un même état.

Souvent, en effet, l'athétose double débute par un côté du corps : pendant plusieurs années parfois (huit ans dans un cas de Griedenberg), les signes restent unilatéraux. Les mouvements sont les mêmes, aussi bien aux membres qu'à la face, entraînant des troubles fonctionnels identiques du côté de la marche et du côté du langage. De même que dans l'hémiathétose, ce sont les interosseux palmaires et dorsaux de la main qui sont atteints.

Avec la même continuité, sans rémission, les mouvements persistent pendant le repos du corps, parfois même pendant le sommeil.

Les contractions spasmodiques se montrent d'une façon identique. Même lorsque les symptômes se sont généralisés aux deux côtés du corps, leur prédominance d'un côté peut en imposer pour une affection unilatérale.

Mais jamais l'athétose double n'a un début brusque; c'est toujours progressivement qu'elle s'installe. Souvent elle est congénitale, et, quand elle ne l'est pas, elle apparaît dans les premières années de l'existence. Les troubles intellectuels y sont la règle, la conservation de l'intelligence l'exception. Rien ne semble en être la cause : autant l'hémiathétose est toujours symptomatique d'une lésion centrale, autant l'athétose double paraît primitive. Cette dernière est donc bien une affection particulière : entre les deux, il n'y a qu'une fâcheuse similitude de nom qui a été justifiée au début par la ressemblance clinique, mais qui n'est plus aujourd'hui qu'une source d'erreurs et de confusion.

Nous ne ferons que mentionner, chez les tout jeunes enfants, les attaques épileptiformes incomplètes que certaines localisations éventuelles pourraient faire confondre avec l'hémiathétose, soit qu'il s'agisse d'une attaque d'épilepsie larvée ou d'une attaque d'épilepsie symptomatique. Quelque analogie qui puisse exister entre les symptômes de ces affections, on les reconnaîtra facilement à la perte de connaissance, au début brusque, à l'émission des urines. Il faut cependant tenir compte de ce que les crises épileptiques se retrouveront fréquemment dans les antécédents des hémiathétosiques.

La chorée de Sydenham revêt parfois une forme hémilatérale, lorsqu'elle est assez grave pour déterminer des troubles d'impotence absolue, elle revêt la forme paralytique et le diagnostic avec l'hémiathétose en est facile. Mais il n'en est pas toujours de même dans les cas bénins, quand le petit malade remue seulement les extrémités des membres. Souvent, le début n'a pas été brusque, les mouvements ne sont pas très marqués, il n'y a pas de température, pas de complication cardiaque.

Mais, en général, les mouvements sont moins lents, plus saccadés, les grimaces de la face plus accentuées. De plus, le temps vient rapidement juger la question, la chorée guérissant spontanément en quelques semaines.

Signalons enfin, comme un phénomène curieux, l'apparence hémiathétosique d'un enfant qui, en pleine chorée des quatre membres, est frappé d'hémiplégie, comme cela se voit dans les formes graves. Le seul côté qui persiste à remuer peut perdre les caractères francs de la chorée et simuler l'hémiathétose.

A côté de la chorée de Sydenham, nous placerons une affection qui est bien souvent confondue avec elle et, plus qu'elle encore, simule parfois l'athétose. C'est la maladie des tics dont M. Gilles de La Tourette a donné une description si précise.

« Le tic est un mouvement convulsif, habituel, conscient et involontaire, reproduisant le plus souvent, mais d'une façon intempestive, quelque geste réflexe ou automatique de la vie ordinaire (1). »

Ces mouvements ne sont pas douloureux et n'augmentent guère que dans les cas de grande émotivité. Ils cessent pendant le sommeil.

Le tic facial ou les tics du membre supérieur sont ceux qui ont le plus d'analogie avec les mouvements athétoïdes. Mais ils ne se produisent pas sans interruption et sont systématisés : c'est-à-dire toujours identiques à eux-mêmes; de plus, ils s'accompagnent fréquemment de coprolalie ou d'écholalie, signe pathognomonique de cette affection. Enfin, tandis que la chorée est une affection brève, la maladie des tics dure souvent plusieurs années, avec des périodes de rémission et de paroxysme.

Dans tous les cas examinés jusqu'ici existait un élément important de diagnostic : l'absence d'hémiplégie antérieure. Mais voici maintenant un malade qui a été hémiplégique quelque temps, son hémiplégie n'a jamais été complète, elle a même paru guérir en partie, et tout un côté du corps

(1) Landrieux. *Journ. des prat.*, 24 avril 1897.

(1) G. Guinon. *Dict. encycl. des sc. méd.*

est animé de tremblement, avec ou sans contracture. Or, il existe surtout deux genres de tremblements post-hémiplégiques autres que l'hémiathétose (nous ne parlerons pas du tremblement spinal, conséquence naturelle de la dégénération secondaire du faisceau pyramidal).

L'hémiataxie est du reste peu fréquente, les mouvements y sont incoordonnés, excessifs; ils font tromper la précision des mouvements intentionnels et manquer le but à atteindre, mais ils ne son pas spontanés. Souvent, cependant, l'hémiataxie s'accompagne d'une contracture spasmodique : c'est dans cette forme que rentre ce que Charcot a décrit sous le nom de doigt à ressort, et l'observation de Maurice Raynaud, où l'état spasmodique de la malade est qualifié de contracture souple.

La localisation est bien la même que dans l'athétose, mais les mouvements en diffèrent par leur absence dans les périodes de repos.

Nous avons gardé, pour terminer cette longue énumération, l'affection qui se rapproche le plus de l'hémiathétose, à tel point qu'on les a souvent confondues ensemble, et qu'on les a même considérées comme deux simples modalités différentes.

L'hémichorée, en effet, n'est qu'un mouvement post-hémiplégique. Partout l'analogie existe entre les deux affections, sauf sur un seul point : la différence dans le caractère des mouvements involontaires.

Ici les secousses sont brusques et inattendues, les mouvements ont une grande amplitude, par opposition à ceux de l'athétose : lents et continus. Ces secousses augmentent beaucoup dans les mouvements intentionnels, et on a vu des malades saisir des objets et les lancer au loin.

Malgré ce caractère précis, on hésite souvent à se prononcer, car les mouvements ne se montrent pas toujours avec leurs caractères typiques, ils sont parfois si peu caractéristiques, que l'on a admis des formes de transition et l'on s'est trouvé ainsi forcé de rapprocher deux genres que l'on a essayé pendant longtemps de séparer. M. Brissaud n'a pas peu contribué à réunir les deux genres sous une même étiquette, en créant pour ces formes de transition le mot d'athétoso-chorée.

VI

Pronostic. — Le pronostic de l'affection est celui de toutes les dégénérescences secondaires systématisées du système nerveux. Il n'y a donc aucun espoir d'amélioration. Tout au plus, chez l'enfant, pourra-t-on espérer que les troubles psychiques ne viendront pas compliquer la situation et rendre gâteux ou idiot celui qui n'est encore qu'un infirme.

VII

Traitement. — Quant au traitement, M. Oulmont avait soumis tous ses malades au traitement électrique. L'application des courants continus, produits par des pôles humides de Trouvé de 30 à 60 éléments, était faite régulièrement tous les deux jours, pendant dix minutes, le pôle positif sur la région cervicale de la moelle, le pôle négatif sur les muscles atteints. Il semble en avoir retiré de bons résultats, de même que Gowers, qui a publié une observation de guérison obtenue par ce traitement.

Tel n'est pas l'avis de M. le professeur Grancher. Pour lui, le traitement est à peu près nul; les applications électriques seraient même dangereuses, à son avis; aussi devra-t-on se contenter des frictions locales, des massages et des douches.

Enfin, plus récemment, M. Lannois, à Lyon, aurait obtenu de bons résultats au moyen des injections sous-cutanées d'hyoscine à la dose de deux dixièmes de milligramme.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(17 octobre 1900)

M. Berger fait un rapport sur plusieurs observations adressées par M. Huguet, notre confrère de l'armée, attaché à l'hôpital du Dey, à Alger. Il s'agit d'abord de plusieurs cas de **cure radicale de hernie ombilicale** chez des enfants de la tribu nomade. Trois de ces enfants, dont l'âge varie de six à douze ans, étaient atteints de hernies ombilicales volumineuses. Dans ces trois cas la cure radicale a donné de bons résultats.

A l'occasion de ces faits, M. Huguet fait remarquer la fréquence de ces hernies ombilicales chez les enfants du nord de l'Afrique. Par contre, les hernies inguinales y sont très rares. Quelles sont les causes de cette particularité? M. Huguet a cru les trouver, d'abord dans le défaut de soins de la cicatrice ombilicale, ensuite dans les fatigues imposées à ces enfants que l'on fait marcher beaucoup en portant de lourds fardeaux. D'ailleurs, chez ces enfants, le ventre est généralement très développé, le foie volumineux, la rate grosse.

Au point de vue du choix de l'opération, M. Huguet emploie de préférence le procédé de Le Dentu, c'est-à-dire de très petites incisions, les grandes omphalectomies ne donnant que de mauvais résultats.

M. Huguet a encore fait cette remarque que les hernies sont très fréquentes chez les peuplades très actives, tandis qu'elles sont très rares chez les peuplades sédentaires.

La plupart des hernieux maintiennent leur hernie par un bandage à crémaillère très défectueux.

Parmi les autres observations adressées par M. Huguet, signalons : 1° la relation d'un **fibro-sarcome de la paroi du vagin** chez une petite fille ; 2° un **sarcome de la paupière inférieure** traité par la résection de cette paupière et sa réparation par un lambeau pris sur la région massétérine ; 3° une **tumeur à évolution rapide** de la bosse frontale, ablation, conservation de la table interne de l'os, récidive, mort.

A propos de ce dernier fait, M. Berger insiste sur la nécessité de faire ces ablations très largement.

C'est aussi l'avis de M. Reclus, qui cependant cite un cas d'ablation incomplète avec dédoublement du maxillaire inférieur ayant donné un très bon résultat, datant actuellement de trois ans, sans récidive.

Suit un rapport de M. Tuffier sur une observation de M. Charier (d'Angers), dont voici le résumé : Femme de trente-cinq ans, atteinte de crises douloureuses d'**occlusion intestinale**, portant dans la fosse iliaque droite une tumeur volumineuse qui disparaissait à certains moments, qui disparaissait également sous l'influence de l'anesthésie chloroformique. Laparotomie au niveau de la fosse iliaque droite, obstacle formé par une tumeur au niveau de l'angle du côlon ascendant avec le côlon transverse, anastomose de 0m20 centimètres d'intestin grêle avec l'anse oméga, de telle sorte que les selles passaient directement de l'intestin grêle dans l'S iliaque; pendant quelque temps, selles diarrhéiques, puis selles normales.

M. Tuffier approuve complètement la conduite suivie dans ce cas par M. Charier. Dans ces cas, en effet, l'anastomose de l'intestin avec l'intestin est l'opération de choix et bien préférable, chaque fois qu'elle est possible, à l'anus artificiel, et surtout à l'anus cæcal.

M. Quénu est de cet avis; il a même pratiqué cette anastomose chez un malade en pleine cachexie, qui a été très soulagé, et qui est mort trois mois après de généralisation, mais sans les souffrances atroces qu'il avait endurées jusque-là.

M. Pauchet (d'Amiens) a fait une intéressante communication sur un cas de **cirrhose hépatique** traitée par la cholécystotomie, établissement d'une fistule biliaire, puis cholécystectomie sous-séreuse après guérison de la cirrhose. Ce travail sera l'objet d'un rapport dont est chargé M. Michaux.

M. Potherat présente **deux kystes dermoïdes des ovaires** enlevés chez une malade qui était atteinte en même temps d'un cancer de la base du ligament large auquel elle a succombé.

M. Routier montre un **calcul biliaire à facettes**, qu'il a extrait de l'intestin, qui se trouvait ainsi complètement obstrué.

M. Demoulin met sous les yeux de ses collègues une radiographie relative à un cas de **carie sèche de l'épaule** de nature tuberculeuse.

MÉDECINE PRATIQUE

La saignée et la transfusion saline hypodermique dans les maladies toxiques et infectieuses graves. [Georges Raynaud, de Marseille (1).]

Dans les affections graves (infections ou intoxications), à côté de l'indication qui consiste à s'attaquer directement à la cause de la maladie, il en existe une autre non moins importante, qui est d'enlever à l'organisme la plus grande somme possible de poisons (en agissant à la fois sur le rein et sur le sang) et de les rendre moins dangereux en les diluant dans le sang.

La saignée débarrasse le sang d'un grand nombre de toxines; faite avec modération, elle donne en outre de l'ampleur et de la force au pouls; « elle facilite le travail du cœur, rend aux capillaires périphériques leur contractilité affaiblie, en même temps qu'elle favorise les échanges gazeux grâce à la suractivité qu'elle donne à la nutrition. » Mais cette action, souvent héroïque de la saignée, n'est que passagère ; les liquides toxiques de l'organisme viennent reformer la masse du sang; en outre, comme l'a montré Barié, la diurèse est un peu diminuée, grâce à l'abaissement de la pression vasculaire.

Par les *injections salines hypodermiques*, on relève la tension sanguine et on augmente la diurèse, on stimule les éléments anatomiques, et on exalte ainsi les moyens de défense de l'organisme.

Dans les intoxications, dans les infections on en a retiré d'excellents résultats. Il semble que l'on doive obtenir des résultats plus rapides en associant l'injection saline à la saignée.

La saignée-transfusion peut être faite suivant la méthode de Bosc : saignée modérée (150 à 400 grammes), suivie d'une injection intra-veineuse ou sous-cutanée, massive (600 à 2500 grammes); ou bien on pratiquera la saignée rectifiée ou *désintoxication du sang* de Barré, qui consiste dans une saignée abondante, et simultanée égale à l'injection saline.

L'auteur a généralement employé la méthode de Bosc; « dans les cas avec adynamie et hypotension profondes, la phlébotomie et l'injection ont éte faites simultanément, et à doses égales, » suivant le procédé de Barré. La solution employée a été le sérum de Hayem, ou plus souvent la solution simple d'eau stérilisée à 7 p. 1000.

M. Raynaud nous donne les résultats qu'il a obtenus dans les auto-intoxications, les intoxications exogènes et les infections. Il est impossible de résumer cette étude clinique et statistique : nous ne pouvons qu'indiquer en bloc les effets qu'il nous a constatés; *immédiatement*, on n'observe, avec une injection de 500 grammes au plus, aucune modification dans l'état général pendant l'opération, rarement il y a une légère réaction thermique;

Avec une injection supérieure à 500 grammes, le pouls devient plus ample, la tension se relève un peu, si elle était diminuée ; la température s'élève jusqu'à la cinquième heure. Si la saignée est pratiquée en même temps que l'injection, les phénomènes fébriles n'existent pas. La diurèse est abondante; l'élimination de l'urée et des chlorures est rapidement augmentée. Le taux de l'hémoglobine, abaissé d'abord, se relève ensuite. Comme effets éloignés, on constate souvent un abaissement de la courbe thermique, et une convalescence rapide.

Disons enfin que l'auteur préfère à l'injection intra-veineuse l'injection hypodermique, dont les résultats, un peu moins rapides, sont aussi complets et aussi durables.

Les conclusions de cette étude s'appuient sur une importante et consciencieuse statistique, dont on ne saurait contester la valeur. L. B.

L'hydrastis canadensis comme médicament cardio-vasculaire.

L'hydrastis et ses dérivés, l'hydrastine et l'hydrastinine, commencent à être assez vulgarisés pour qu'on puisse les employer plus régulièrement dans la thérapeutique. L'hydrastis est un agent vaso-constricteur moins brutal que l'ergot de seigle. M. Boix donne à son sujet, dans les *Archives de médecine*, les indications suivantes :

C'est un décongestionnant, ce qu'on savait déjà pour l'utérus fibromateux ou non; et à ce titre, il peut rendre dans les maladies du cœur de signalés services. De plus, en mettant en jeu, d'une façon continue et douce, la contractilité des artères, il la tient en éveil et semble tout indiqué dans le traitement des artérites et aortites aiguës ou chroniques, dans l'artério-sclérose où, associé à l'iodure, il peut être très utile.

On peut l'administrer de deux façons : par la voie digestive, si l'effet qu'on en veut obtenir ne doit pas être immédiat et demande à être prolongé; par la voie hypodermique, si l'on veut une action plus rapide et plus énergique, analogue à celle de l'ergot de seigle auquel il ne le cède en rien sous ce rapport; M. Boix a pu souvent s'en convaincre pour des hémorragies utérines dues à des fibromes. Selon les cas, on prescrira :

L'extrait fluide d'hydrastis : LX à LXXX gouttes par jour, par doses de XX gouttes.

La teinture alcoolique à 10 p. 100 : XX à XXX gouttes.

L'hydrastine, ou de préférence le chlorhydrate d'hydrastine : 10 à 20 centigrammes par jour, en pilules de 5 centigrammes.

L'hydrastinine, ou de préférence le chlorhydrate d'hydrastinine, soit en potion, soit en élixir, comme dans la formule ci-après.

Elixir d'hydrastinine (Boix).

(Pour le traitement continu des artérites chroniques).

Chlorydrate d'hydrastinine..	0gr10
Iodure de sodium..........	2gr50
Anisette de Bordeaux.......	100 grammes.
Eau distillée................	200 —

(1) *Arch. prov. de méd.*, mars-avril-mai-juin 1900.

Un verre à liqueur (environ 30 grammes) tous les matins. Chaque verre à liqueur contient 1 centigramme de chlorhydrate d'hydrastinine et 25 centigrammes d'iodure de sodium. On peut, d'ailleurs, augmenter ces doses selon les résultats obtenus. — Interrompre le traitement pendant une semaine sur quatre.

Soit en injection hypodermique :

Chlorhydrate d'hydrastinine. 1 gramme
Eau distillée stérilisée...... 10 cent. cubes.

Un centimètre cube contient 10 centigrammes de chlorhydrate d'hydrastinine. Injecter la moitié de la seringue de Pravaz ou la seringue entière deux fois par jour.

Le chlorhydrate d'hydrastinine étant un sel légèrement coloré en jaune, il arrive que, si l'injection n'est pas faite assez profondément, cette coloration teinte la peau pendant quelques jours à la place de l'injection; on a l'apparence d'une ecchymose. L'injection est beaucoup moins douloureuse que celle d'ergotine ou d'ergotinine (1).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Ordre de lecture des copies. — *Candidats militaires.* — 1. MM. Fouquet, Rivet, Eonnet, Cantonnet, Fabre (Joseph), Villandre, Capette, Cruveilhier, Brelet, Giraudet.

11. Lardennois, Israël de Jong, Noréro, Mauban, Blanluet, Macé de Lépinay, Mougenc de Saint-Avid, Le Gambier, Okinczyc, François.

21. Bouffier, Rauzy, Ledoux-Lebard, Bréchot, Béal, Caruette, Français (Henri), Vielliard, Morlet, Privat de Fortunié.

31. Nandrot, Halbron et Leh.

Candidats non militaires. — 1. MM. Guillaume (Louis), Deniker, Gachet, Diel, Fileux, Delaage (Léopold), Ferras, Nathan, Méret, de Gandt.

11. Monier, Caldaguès, Dalimier, Béguinot, Rottenstein, Jouhaud, Dreyfus-Rose, Bornait-Legueule, Pied, Fournier.

21. Teisseire, Rabourdin, Lavenant, Longin, Bouchot, Gaultier (René), Onfray, Courtois, Sempé, Jullich.

31. Hébert, Roques, Crépin, François-Dainville, Rouhier, Séguin, Artarit, Vermeil, Prieur, Loubier.

41. Aubin, Anger, Ledoux, Crouzet, Sagot, Durand (Léon), Mortier, Coeylas, Devé, Claret.

51. Grébault, Reulos (Auguste), Saison, Courchet, Dézarnaulds, Devraigne, Roux (Justin), Lièvre, Rostaine, Lecornu.

61. Baudoin, Tixier (Eugène), Roussy, Cotonnec, Guilloire, Bauer, Heller, Gourmand, Camus (Paul), Descomps.

71. Barbier, Faure-Beaulieu, Violle, Gaudeau, Mignon, Papin, Autefage, Roussel, Rendu, Zentler.

81. Aynaud, Junès, Chevallier, Petit (Maurice), Gravelotte, Le Play, Bloch (Edmond), Claude (Octave), Lambert, Vacquerie.

91. Genévrier, Sénéchal, Inglessi, Gimbal, Lévy-Franckel, Cholet, Cottard, Fabre (Paul), Laffite, Mathieu (Paul).

101. Lorenzo, Dennecé, Batisse, Bourguignon, Vueman, Lemboure, Juy, Braillon, Boisseau, Ambard.

111. Darcanne, Lebhard, Gaudemet, Regnard, Duflos, Liné, Brissy, Dromard, Roche, Rodocanachi.

121. Boileau, Paisseau, Gillot, Lemonnier, Marcland, Blavot, Saintignon, Quillon, Moreau, Corlieu.

131. Compain, Magitot, Digne, Legros (Jules), Delaunay, Besnier, Barcat, Lutaud, Mary, Lacasse.

141. Preciado, Durozoy, Zacchiri, François (Raymond), Tansard, Lobligeois, David (Charles), Degrais, Tessier, Gernez.

151. Vian, Jamet (Julien), Matsoukis, Le Sourd (Étienne), Dieu, Thomin, Guérin (Alphonse), Guénot, Ollier, Monflier.

161. Perrody, Labadie-Lagrave, Foisy, Jullien, Dinet, Touchard, Le Louët, Mlle Delporte, MM. Tixier (Léon), Duval.

171. Prunier, Aïtoff, Rivière, Brunschwig, Le Jemtel, Francoz, Mlle Horowitz, MM. Dommartin, Sauvé, David (Louis).

181. Grelley, Lemaître (Georges), Heitz, Hudelot, Horteloup, Dupinet, Sautelet, Chevassu, Mercadé, Contet.

191. Le Meur, Taguet, Cailliau, Sari, Masson (Albert), Mesnil, Rollin, Mahoudeau, Pelletier, Poupault.

201. Rabier, Joseph, Roland (Pierre), Braunberger, Bertier, Gillet, Ripart, Morisetti, Lafosse.

211. Deglos, Duclaux, Merklen, Fayolle, Delille, Pécharmant, Thaon, Louste, Patry, Rœderer.

221. Herbinet, Chaix, Bloch (Maurice), Tillaye, Papillon, Mlle Francillon, MM. Camus (Maurice), Apte, Morel, Ortel.

231. Philibert, Conélius, Escande, Debidour, Roux (Robert), Lebret, Ambrosi, Bloch (Paul), Lemaire (Henry), Lequeux.

241. Bailleul, Renaud (Joseph), Oppert, Ramond, Ertzbischoff, Bordenave, Lépine, Theulet-Luzié, Bourgeau, Munch.

251. Pautrier, Maillard, Kauffmann, Cléret, Denis, Georget, Sébilleau, Masson (Charles), Claeys, Lestelle.

261. Vidal, Halgan, Léculier, Algret, Cointepas, Legros (Félix), Rouet, Cattier, Tanon, Dobrovitch.

271. Barthélemy, Renou, Auburtin, Royer, Hulleu, Dupuy (Jacques), Guy, Barlerin, Valatx, Galezowski.

281. Daniel, Trémolières, Poupardin, Leduc, Raoult, Uteau, Saillant, Landowski, Ferry, Debets de Lacrousille.

291. Roubaud, Petit (Alphonse), Bouchez, Nivet, Devaux, Gros-Dévaud, Giroux, Berruyer, Boyer.

301. de Martel, Wicart, Flourens, Quillier, Billon, Cauzard, Jacquemin, de Lacombe, Renaud (Maurice), Vitry.

311. Blondin, Dotses, Simon, Rabant, de Saint-Mathieu, Cauchoix, Pathault, Gauckler, Boidin, Bour.

321. Lejeune, Mlle Iscovesco, MM. Pamard, Roger, Bonamy, Deherdin, Vassor, Alquier, Muret, Mlle Mouroux.

331. MM. Roinet, Bidel, Jarvis, Leroux, Verliac, Eschbach, Villaret, Petit (Henri), Burgaud (Victor), Pater.

341. Vaillant, Vaïas, Rousseau (Anguste), Tournay, Thuilleux, Ornécinsky, Claude (Georges), Leenhardt, Lemaire (Louis), Beaufumé.

351. Mermier, Ricou, Brocard, Tassin, Jeannel, Kiéner, Barnsby, Menet, Bosc, Küss.

361. Grosset, da Silva, Mlle Maugeret, MM. Perpère, Lévy (Fernand), Linard, Millon, Pillet, Fessard, Billard.

371. Brenot, Guérin-Beaupré, André, Lemaître (René), Laborde, Méheut, Lhermitte, Philippe, Reulos (Marcel), Figuiéra.

381. Lemaistre (Pierre), Friedel, Demarque, Beaujard, Ayrignac, Guérault, Decreuse, Baillon, Niot, Picot.

391. Gaultry, Dúrey, Ameuille, Walter, Houzel, Cailleux, Deshayes, Vrain, Damaye, Aupois.

401. Hautant, Blairon, Rousseau (Louis), Goulard, Hervoit, Roland (Édouard), Desmarest, Durand (Charles), Gratiot, Fructier.

411. D'Œlsnitz, Dionis du Séjour, Cerise, Darré, Grandjean, Juquelier, Calvé, Levassort, Viollet.

421. Mezger, Delapchier, Guilly, Delion, Hubert, Goyard.

— Notes d'écrit : Anatomie. — *Candidats militaires.* — Mardi 16 octobre : MM. Villandre, 13; Brelet, 12; Fouquet et Rivet, 11; Gonnet, 8; Capette et Cruveilhier, 7; Giraudet, 4.

Mercredi 17 octobre : MM. Lardennois et Le Gambier, 13; Mauban, 11; François, 10, Okinczyc, 8; Blanluet et Israël de Jong, 7; Noréro, 5; Mougenc de Saint-Avid, 3.

Mercredi 18 octobre : MM. Morlet, 13; Bréchot, 12; Halbron et Leh, 10; Béal, 9; Nandrot et Français (Henri), 7; Caruette, 5.

Facultés de province. — *Amiens.* — Par arrêté en date du 17 octobre 1900, les professeurs chargés de cours et les suppléants de l'école de médecine d'Amiens, pourvus du titre de docteur ou de pharmacien de première classe, sont convoqués le jeudi 8 novembre 1900, à l'effet d'élire un délégué au conseil académique de Lille, en remplacement de M. Bor, décédé.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 oct. 1900.

compté, pendant la 41e semaine, 825 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (849) et voisin de la moyenne ordinaire des semaines d'octobre (832).

La fièvre typhoïde a causé 18 décès; la variole, 6; la rougeole, 3; la scarlatine, 1; la coqueluche 1; la diphtérie 3.

La diarrhée infantile présente une sensible diminution. Elle a causé 46 décès de 0 à 1 an, au lieu de 61 pendant la semaine précédente; ce chiffre est presque identique à la moyenne (45).

En outre, 19 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 70 décès, au lieu de 61 pendant la semaine précédente et au lieu de 82, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 6 décès (au lieu de la moyenne 10); bronchite chronique, 21 (au lieu de la moyenne 20); broncho-pneumonie, 13 (au lieu de la moyenne 22); pneumonie, 30 (chiffre identique à la moyenne).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 30 décès, dont 21 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 190 décès (au lieu de la moyenne 184); la méningite tuberculeuse, 17 décès; la méningite simple, 17; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 24 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 42 décès; les maladies organiques du cœur, 54; le cancer, 64; enfin 29 vieillards sont morts de débilité sénile.

Postes vacants. — On demande dans chef-lieu de canton de l'Oise, à deux heures de Paris, un médecin actif. — Maison très confortable, avec écurie et remise, à louer de suite. — S'adresser au bureau du journal.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 121. — MARDI 23 OCTOBRE 1900. 73e ANNÉE. MARDI 23 OCTOBRE 1900. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — SÉMÉIOLOGIE ET TRAITEMENT DU REFUS D'ALIMENTS, par MM. Paul GARNIER, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police, et Paul COLOLIAN, ancien interne des asiles de la Seine. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MÉDECINE PRATIQUE. Traitement des colites aiguës muqueuses et dysentériformes chez l'enfant par le sulfate de soude, par M. AVIRAGNET, médecin des hôpitaux. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

SÉMÉIOLOGIE ET TRAITEMENT DU REFUS D'ALIMENTS

Par MM. Paul GARNIER, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police,
et Paul COLOLIAN, ancien interne des asiles de la Seine.

I

SÉMÉIOLOGIE DU REFUS D'ALIMENTS. — La sitiophobie fait généralement partie du cortège de la mélancolie; aussi est-il d'usage d'en parler dans le chapitre de cette affection. Tout sujet refusant de manger est presque toujours considéré comme un mélancolique.

La sitiophobie existe cependant dans plusieurs affections psychiques et nerveuses.

Les *causes* sont de deux ordres, physiques et psychiques. Les troubles gastro-intestinaux sont parmi les premières. Ce n'est pas un refus proprement dit, mais une anorexie qui, plus tard, pourrait se transformer en refus systématique et opiniâtre.

Les causes psychiques sont le plus souvent liées aux idées de suicide ou d'humilité. Il en existe d'autres que nous mentionnerons plus loin.

Dans la *mélancolie*, les troubles gastro-intestinaux, presque constants, sont les premiers à apparaître, et si l'on n'y remédie pas immédiatement, le refus devient complet et systématique.

Mais, dans la majorité des cas, les idées de suicide ou d'humiliation sont les causes de la sitiophobie. Les sujets ne veulent pas manger parce qu'ils se croient indignes; ils proposent de donner leurs aliments aux pauvres.

Les hallucinations mystiques sont aussi des causes de refus : « La voix de Dieu interdit de prendre de la nourriture. »

Les mélancoliques stupides, absorbés et confinés dans leur vie végétative, ne songent plus aux besoins de la nature, dont les sensations cœnesthésiques sont d'ailleurs émoussées.

Ceux qui ont des idées de négation restent logiques avec eux-mêmes; n'ayant plus d'estomac, ni d'intestins, ils ne peuvent manger.

Certains *maniaques* refusent les aliments à cause de l'extrême agitation qui leur enlève l'attention même momentanée, ou à cause d'idées vagues de persécution. Leur refus n'est pas systématique, il s'affirme obstinément le matin, et cède le soir.

La sitiophobie des *paralytiques généraux* est aussi passagère que celle des maniaques; elle est due aux idées d'empoisonnement et aux préoccupations mélancoliques.

Les *persécutés*, dégénérés ou chroniques, ont souvent des troubles de la sensibilité générale; la dégustation est atteinte, et les aliments leur semblent avoir un goût particulier : ils sont « empoisonnés ». Le trouble de la sensibilité provoque une interprétation qui se transforme en délire. Mais comme ces malades sont d'ordinaire intelligents, ils comprennent que certains aliments, tels que les œufs, ne peuvent être empoisonnés, et ils les acceptent. Leur refus n'est pas tenace, ni absolu; le traitement moral peut en triompher.

Dans l'*alcoolisme aigu*, le refus d'aliments est dû à l'agitation et aux hallucinations. Il n'est pas systématique. Chez les *alcooliques chroniques*, il est causé par l'affaiblissement intellectuel et la dépression mentale.

La sitiophobie existe dans les *névroses*, soit provisoires comme dans l'épilepsie, soit systématiques, comme dans l'hystérie. Les *épileptiques* refusent de manger après une crise, généralement dans la période délirante post-paroxystique. Le délire mystique qui s'empare des épileptiques à la suite de la décharge est la cause du refus.

La sitiophobie apparaît dans l'*hystérie*, et peut mettre l'existence en péril, si le médecin n'intervient pas efficacement. Le refus d'aliments complet survient à la suite du délire post-paroxystique, comme dans l'épilepsie. La cause n'est pas dans le délire mystique, mais dans l'état mélancolique qui va parfois jusqu'à la stupeur. Comme dans l'épilepsie, la sitiophobie ne persiste pas au delà de quelques jours.

Dans la majorité des cas, l'*anorexie*, plus ou moins complète, est mobile comme les autres phénomènes hystériques. Le malade refuse de manger par cause d'inappétence, ou il n'accepte que certains aliments. D'autres fois, le refus est motivé par l'état gastrique, le mauvais fonctionnement, ou bien il y a entêtement. Dans tous ces cas le refus est peu tenace.

Il existe aussi une véritable sitiophobie comme symptôme unique, important et qui se systématise de plus en plus, si l'on n'intervient pas.

Certains *neurasthéniques hypocondriaques* refusent quelquefois les aliments, en prétextant l'absence d'appétit ou pour attirer l'attention de l'entourage. Chez eux, à moins d'une complication psychique sérieuse, le refus n'a pas grande gravité.

II

Traitement de la sitiophobie.— Comment remédier au refus d'aliments? Quelques aliénistes conseillent d'attendre, de ne pas intervenir immédiatement. D'après Siemens (1), le jeûne volontaire, provenant de causes psychiques, peut être prolongé quatorze jours sans inconvénient. Le jeûne n'a pas de conséquences tant que le poids ne diminue pas sensiblement. Suivant Tuczeck (2), la quantité d'albumine dépensée dans le jeûne, est minime. Maccubruni n'intervient que lorsque la bouche exhale une mauvaise haleine.

Nous pensons différemment, et sommes d'avis qu'il faut intervenir après quarante-huit heures, en alimentant les malades qui refusent de manger.

Avant de recourir à l'alimentation artificielle, il faut tenter la douceur, la persuasion, chercher le motif du refus, et s'il est dû à un simple embarras gastrique, y remédier. S'il réside dans les troubles psychiques plus ou moins systématisés, on essaiera de convaincre. On offrira du lait plusieurs fois dans la journée, on en vantera les qualités, le goût, etc.

Les aliments seront placés à proximité ; quelques malades les prennent quand on ne les observe pas.

Le traitement moral est d'une grande efficacité, si l'on sait adroitement l'appliquer. Nous avons dit quelques mots, dans un précédent article, du cas de cette jeune hystérique, qui refusait les aliments par idée de suicide. Elle entend le médecin déclarer à la visite, qu'on ne meurt pas d'inanition, et le lendemain elle se remet à manger. On expliquera aux malades, sur un ton amical, que la cause du refus est en eux-mêmes, est l'effet de leur délire, de leur affection. C'est une tâche longue et difficile de convaincre un sitiophobe, mais on peut éviter ainsi l'alimentation artificielle.

Pinel raconte que, pour faire manger un malade qui refusait les aliments, parce qu'il se croyait mort, le directeur de Bicêtre entra une nuit dans un costume fantastique, entouré de gardiens vêtus d'habits carnavalesques, et, d'un ton grave, déclara au malade qu'il n'était pas mort et qu'il devait immédiatement manger. Le malade obéit.

On ne peut faire l'apologie de cette méthode de guérison, mais ce fait démontre que l'intimidation peut réussir où la persuasion échoue. Nous avons pu vaincre la résistance d'un homme qui refusait depuis deux jours toute nourriture, en alimentant devant lui, par la sonde, un autre mélancolique.

Le traitement moral a une grande influence sur les hypocondriaques. Avec eux, il est préférable de temporiser quelques jours, en les exhortant à boire du lait. Les hypocondriaques refusent souvent pour attirer l'attention. Leur but atteint, ils mangent. Sans reproches, et surtout sans ironie, il faut leur laisser entendre qu'on a saisi la ruse.

Les hystériques présentant de l'anorexie étaient isolés par Charcot. L'isolement est, en effet, le traitement héroïque qui réussit le plus ordinairement.

Qu'on ait affaire à des mélancoliques ou à des hystériques, dans tous les cas, il faut aliter les malades pour diminuer la déperdition. L'alitement suffit seul quelquefois à vaincre le refus.

Et si, malgré tout, on échoue, il faut recourir à l'alimentation artificielle ou forcée.

L'alimentation par le *rectum* peut être essayée.

Les recherches de Voit et Bauer (1), de Eichhorst (2), Leube (3), Czerny et Latchenberger (4), Fiechter (5) et autres, ont démontré que les substances amylacées et albuminoïdes peuvent parfaitement être absorbées par la muqueuse rectale. On a, dès lors, essayé tous les aliments, les albumines dissoutes et additionnées de sucs pancréatiques, de viande hachée, etc. Ewalde (6) recommande les œufs, Saltikoff (7), le sang de fibrine.

On doit, avant d'alimenter, nettoyer le rectum par un lavement simple ; puis, administrer le lavement nutritif, qu'on variera au besoin suivant le cas. On peut donner un lavement de lait tiède, 125 grammes avec 2 ou 3 œufs, trois cuillerées à café de peptone sec, et un peu de sel.

Evidemment cette alimentation n'est pas suffisante. En outre les lavements nutritifs irritent la muqueuse, et peuvent provoquer de l'inflammation.

Nous ne dirons rien des *bains nutritifs* au lait, au bouillon, des injections sous-cutanées de lait, d'huile, de jus de viande, etc., essayées par Menzel et Perco (8), Krueg (9), Pick (10). Ce moyen d'alimentation est peu pratique, insuffisant, même dangereux, car il peut provoquer des abcès.

Le mode le plus en usage, le plus efficace, le plus commode, c'est le *cathétérisme œsophagien* [Baillarger (11)].

L'introduction d'une sonde molle dans l'estomac peut se faire par la bouche ou par le nez.

Le *cathétérisme œsophagien* par le nez est délicat, parfois dangereux. Les mélancoliques, les sitiophobes ne disjoignent pas aisément les mâchoires. Aussi a-t-on inventé un certain nombre d'instruments pour aplanir cet obstacle. Brasseur et Billot avaient trouvé la « bouche d'argent »; Belhomme se servait d'un instrument en bois. On a employé le spéculum laryngien de Labordette, qui permet de dilater la bouche du malade afin de conduire la sonde. Mais tous ces appareils sont en défaveur, ils ne rendaient pas les services attendus, n'étaient pas pratiques et offraient des dangers. Il faillait user d'une certaine violence, qui occasionnait des accidents regrettables.

Pour trancher ces difficultés, on a généralement recours au cathétérisme par la voie nasale.

L'opération du cathétérisme œsophagien se fait au moyen d'une sonde en gomme, de consistance demi-molle ou molle. Elle doit mesurer de 5 à 8 millimètres de diamètre, de 50 à 70 centimètres de longueur. Il vaut mieux ne pas employer de sonde dure ni de mandrin ; toutefois, dans les cas difficiles on peut faire usage d'un mandrin en baleine ou en fil de fer, à l'imitation de Baillarger.

(1) Siemens. *Allg. Zeits. f. Psych.*, 1886, 46.
(2) Tuczeck. *Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1884, 12.

(1) Voit et Bauer. *Zeits. f. Biol.*, B. V.
(2) Eichhorst. *Pflüger's Archiv*, 1871, VI.
(3) Leube. *Deuts. Arch. f. klinisch. Med.*, B. X.
(4) Czerny et Latchenberger. *Virchow's Arch.*, B. LIX.
(5) Fiechter. *Corresp. f. schweiz. Arzt.*, 1885, nº 15, 16.
(6) Ewalde. *Deuts. med. Zeit.*, 1887.
(7) Saltikoff. *Sur la nutrition par le rectum*, 1887.
(8) Menzel et Perco. *Wien. med. Wochens.*, 1863, nº 31.
(9) Krueg. *Wien. med. Wochens.*, 1875, nº 34.
(10) Pick. *Deuts. med. Wochens.*, nº 3.
(11) Baillarger. Du cathétérisme œsophagien ; des difficultés et des dangers qu'il présente, *Ann. méd.-psychol.*, 1845, t. II, p. 213.

Le mode opératoire n'est pas compliqué. Le malade est couché ou assis. Deux ou trois infirmiers le tiennent. Le médecin, placé à gauche, introduit le bout de la sonde bouillie, trempée dans l'eau, par la narine choisie, et la pousse légèrement en la glissant entre ses doigts. Il s'arrête à chaque obstacle, retire un peu la sonde, cherche à vaincre la résistance très délicatement, pour ne pas blesser le cornet. La sonde arrivée à la base de la langue, le malade, s'il ne l'avale pas, peut la repousser ou la garder dans la bouche. Pour obvier à cet inconvénient, il faut, au moment où la sonde arrive à l'œsophage, verser un peu d'eau par la sonde ou dans la bouche même. Les mouvements de déglutition ainsi provoqués facilitent la pénétration de la sonde dans l'œsophage.

Malheureusement les plus grands soins ne peuvent toujours empêcher de faire fausse route, de pénétrer dans les voies respiratoires, ou, en blessant le cornet, de provoquer l'épistaxis.

L'accident le plus à redouter est l'introduction de la sonde dans le larynx. On reconnaît l'erreur quand le malade suffoque, devient aphone avec accès de toux, présente les symptômes de l'asphyxie.

Il suffit de retirer la sonde pour faire cesser ces troubles. Mais si l'on se trouve en présence de mélancoliques avec stupeur, ayant une anesthésie considérable des muqueuses laryngées et trachéales, la pénétration de la sonde dans les voies respiratoires ne détermine aucun réflexe. Il peut se faire que la sonde pénètre directement dans la trachée, sans provoquer de phénomène avertissant du danger.

Il faut se préoccuper de la possibilité de cet accident dans le cathétérisme œsophagien et avoir soin d'opérer doucement, lentement. On se souviendra que les signes extérieurs d'une fausse manœuvre peuvent faire défaut.

L'opérateur doit s'efforcer de parer à cet accident de diverses façons. La sortie de l'air par la sonde lui servira de guide, mais non infaillible. Luys (1) conseille de se servir de la flamme d'une allumette en ignition, présentée devant l'orifice libre de la sonde. Si l'on est par hasard dans la trachée, la flamme dévie ; si l'on est dans l'œsophage, elle n'offre aucun changement de direction. Ce n'est pas absolu; car, l'air et les gaz contenus dans l'estomac, chassés par la sonde, peuvent faire dévier la flamme de l'allumette, sous l'influence des mouvements du diaphragme.

Magnan conseille de plonger le pavillon de la sonde dans un verre d'eau ; s'il n'en sort que quelques bulles gazeuses, au moment de l'expiration, c'est que la sonde a pénétré dans l'estomac ; lorsque, au contraire, elle est dans la trachée, il se produit un véritable courant d'air, à la fois respiratoire et inspiratoire. Il conseille encore d'injecter quelques centimètres cubes d'eau dans la sonde ; si elle est dans la trachée, l'eau est rejetée aussitôt par les efforts d'expiration, et l'on entend quelques râles trachéaux.

Foville (2) propose de « pousser par le pavillon de la sonde, soit avec la bouche, soit autrement, une assez grande quantité d'air, et, en même temps, de faire pratiquer l'auscultation de la région épigastrique et des parois thoraciques ».

Toutes ces difficultés et ces accidents sont évités quand il est possible d'introduire la sonde par la voie buccale.

C'est pour nous le meilleur procédé, le plus facile, n'offrant aucun danger. Le point délicat est de faire ouvrir la bouche, souvent il faut employer la ruse. On introduit, par exemple, une sonde molle dans une des narines ; elle chatouille la muqueuse pituitaire, le malade ouvre la bouche instinctivement et l'on introduit entre les dents un bouchon de liège, ou un morceau de bois blanc bien propre, taillé en coin.

Le mode d'opération est des plus simples. On se met à gauche du malade, on déprime sa langue avec le doigt indicateur gauche, que l'on peut porter très loin jusqu'à l'épiglotte ; puis, on fait glisser la sonde tenue par la main droite comme une plume, le long de l'indicateur gauche. La sonde arrive à la paroi postérieure du pharynx, et l'on pousse sur cette paroi. Dès que l'extrémité de la sonde dépasse le cartilage cricoïde, la pénétration dans l'œsophage est aisée. L'on est alors bien vite dans l'estomac.

Les avantages du cathétérisme buccal sont nombreux ; par le doigt indicateur, on suit son chemin, sans provoquer d'épistaxis, sans crainte de faire fausse route ; en outre, on a la facilité d'employer un tube de gros diamètre : les appareils Debove ou Faucher, qui permettent un lavage d'estomac plus aisé et une alimentation plus substantielle.

La sonde ou le tube une fois dans l'estomac, il faut procéder au lavage, débarrasser l'estomac du mucus, des crachats que le malade avale. Nous nous sommes toujours servis d'eau de Vichy tiède ; l'eau tiède débarrasse mieux. L'action de l'eau alcaline sur la muqueuse stomacale est plus efficace, quand elle est tiède.

Les uns préfèrent l'irrigateur simple, les autres un entonnoir. Febvré a présenté à la Société médico-psychologique (*Annales médico-psychologiques*, janvier, février, 1898) un appareil pour l'alimentation à l'aide de la sonde œsophagienne. Cet appareil est un peu compliqué. Il a la forme d'une bombe renversée, qu'on tient dans une position élevée pour faciliter l'écoulement des liquides. Il est pourvu, sur ses parties latérales ou antérieures, de trois autres appareils, pour les médicaments, pour le thermomètre, et un niveau d'eau permettant de suivre l'écoulement des liquides.

L'appareil le plus simple est l'entonnoir en verre, qui sert au lavage de l'estomac, et permet l'introduction d'aliments substantiels.

Il a surtout l'avantage d'un nettoyage facile.

La nourriture doit être liquide. On donnera du lait, du chocolat, des œufs, de la viande râpée ou de la poudre de viande, du jus de viande, de la purée de légumes, de lentilles par exemple, un peu de peptone. Il ne faut pas oublier le sel. On peut joindre des médicaments. Il faut alimenter une ou deux fois par jour, suivant la quantité de lait consommée volontairement. Presque chaque fois on donnera du lait tiède, de 6 à 8 œufs, un bifteck râpé, un peu de lentilles en purée, du sel. Le tout égalant la valeur d'un litre. On ajoute, pour certains, de l'huile de foie de morue.

Quand le malade vomit pendant le cathétérisme, on retire la sonde, car des aliments pourraient pénétrer dans le larynx.

Au moment de la retirer, il faut la pincer, pour ne pas laisser pénétrer de liquide alimentaire dans les voies respiratoires.

Dès qu'on aura retiré la sonde on lèvera le malade, on le fera marcher pour éviter la régurgitation.

Ce mode d'alimentation peut être longtemps pratiqué sans danger. Cependant, il ne faut pas y habituer le patient. Au contraire, chaque jour, on insistera pour qu'il boive et mange.

(1) Luys. *Traitement de la folie*, p. 262.

(2) A. Foville. *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. Lypémanie, t. XXI, p. 130.

Ainsi grâce à l'alimentation artificielle on sauvegarde la nutrition du malade. On lui fournit de cette façon le moyen de traverser la phase aiguë de la maladie. En y joignant le traitement moral, si l'on arrive à le convaincre, à le décider à se nourrir lui-même, on aura supprimé une sérieuse complication et, dès lors, il sera légitime de compter sur la guérison.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(19 OCTOBRE 1900)

Le malade qu'a présenté M. Rendu, et qu'il a étudié avec la conscience clinique que l'on sait, est particulièrement intéressant à plusieurs points de vue. C'est un jeune homme d'une vingtaine d'années, d'aspect un peu chétif, au visage décoloré, chez lequel l'accès de **fièvre bilieuse hémoglobinurique**, dont il vient d'être atteint, a laissé des traces profondes. Envoyé à Madagascar, ce garçon fut vite atteint de fièvre intermittente typique, qui bientôt nécessita son rapatriement. Pendant son retour, il fut pris d'accès intenses qui, dès son arrivée à Paris, l'obligèrent à entrer à l'hôpital. Le soir de son entrée à Necker, il eut un accès très violent. L'examen dénota le lendemain une légère congestion du foie, mais une rate énorme. L'examen du sang pratiqué dès ce moment ne permit pas de trouver trace de l'hématozoaire spécifique. M. Rendu fait pratiquer de suite une injection sous-cutanée de quinine (20 centigrammes de bichlorhydrate de quinine).

Le surlendemain, alors que le malade attendait la survenue d'un nouvel accès de fièvre, un frisson d'une extraordinaire intensité se produit, qui s'accompagne vite d'un état de prostration extrême et de l'émission d'une urine d'aspect vraiment hématurique, semblant du vin de Malaga très foncé. Bientôt, le soir même, un ictère extrêmement accentué apparait avec une décoloration étonnante des muqueuses. « En douze heures, dit textuellement M. Rendu, le malade s'était anémié à tel point, qu'on aurait juré qu'il avait eu six mois de fièvre intermittente. Il semblait près de mourir; rien ne saurait donner une idée de son anéantissement. »

De nouvelles injections sous-cutanées de quinine firent peu à peu cesser les accidents.

Dans les urines pas de globules du sang, c'est de l'hémoglobinurie. La recherche des pigments biliaires montre que l'on a affaire à un type d'ictère dit hémaphéique.

Ces deux constatations rendent l'étude de ce malade particulièrement intéressante. M. Widal rappelle, à ce propos, l'observation classique rapportée dans le manuel de M. le professeur Dieulafoy. Cette observation peut être rapportée puisque c'est presque un cas unique de mort au cours d'un accès d'hémoglobinurie. « A l'autopsie d'une femme morte en pleine crise, dans mon service à l'hôpital Necker, dit le professeur Dieulafoy, nous avons trouvé des reins présentant une couleur sépia très marquée dans toute la substance corticale. Au microscope les glomérules étaient indemnes, les cellules troubles des tubes contournés et des branches montantes de Henle, présentaient seules une infiltration hémoglobinique complète; de grosses granulations hémoglobiniques se rencontraient même dans l'aire des tubes. La localisation était bien celle de pigments qui, disposés préalablement dans la circulation générale, sont éliminés par le rein, comme dans la célèbre expérience de Heydenhain. » Cette autopsie fournit à la théorie hémoglobinhémique une des preuves qui lui manquaient.

MM. Bezançon et Griffon étudient le **rôle du pneumocoque dans les angines aiguës**, décelé par la réaction agglutinante. D'après eux, la technique couramment employée pour le diagnostic bactériologique d'une angine, ne permet pas d'apprécier avec rigueur le rôle que jouent dans les angines aiguës non diphtériques, des microbes qui, comme le streptocoque et le pneumocoque, végètent à l'état normal, d'une façon constante, à la surface de l'amygdale. La mise en évidence d'une réaction humorale de l'organisme, telle que l'apparition de la propriété agglutinante vis-à-vis d'un de ces microbes, traduit, au contraire, sans cause d'erreur, la part qu'a prise le micro-organisme dans la production de la maladie.

Les auteurs, par le procédé qu'ils ont décrit pour la recherche de la séro-réaction pneumococcique, ont étudié le sérum des malades dans dix cas d'angine aiguë non diphtérique. Dans tous ces cas, comme dans les affections légitimes à pneumocoques, la séro-réaction pneumococcique s'est montrée positive. Ces données, d'accord avec les données fournies par la clinique, prouvent l'évidence de l'intervention du pneumocoque, dans des angines que l'on classait jusqu'ici comme des angines à streptocoques, et la nécessité d'une revision du groupe des angines dites à streptocoques.

M. Rénon fait deux communications : *a.* la première sur la **valeur thérapeutique de l'aspirine**; *b.* la deuxième intitulée : **Sur un facteur de gravité de la fièvre typhoïde de l'adulte; le séjour dans les crèches et leur voisinage.**

a. L'aspirine, acide acétyl-salicylique, jouit de la propriété de ne céder son acide salicylique qu'en milieu alcalin dans l'intestin. Employée en Allemagne comme succédané du salicylate de soude, elle possède encore des propriétés antithermiques.

L'auteur vient d'étudier la valeur thérapeutique de l'aspirine en l'utilisant sur 43 malades (18 rhumatismes articulaires aigus, 5 rhumatismes subaigus, 6 tuberculoses pulmonaires, 4 congestions pleuro-pulmonaires, 3 fièvres typhoïdes, 2 broncho-pneumonies, 2 pneumonies, 1 pleurésie purulente, 1 sciatique aiguë, 1 néphrite aiguë).

Il a d'abord pu constater la complète innocuité du médicament; sur 43 malades, 2 seulement l'ont mal supporté, car il provoquait de l'inappétence et de la pesanteur gastrique; mais c'étaient deux cardiaques gravement atteints qui ne toléraient pas le moindre médicament et même difficilement le lait. Tous les autres malades n'ont point été incommodés de l'emploi de l'aspirine; il n'a pas relevé d'intoxication salicylique, ni de bourdonnements d'oreilles.

Les transpirations profuses ne manquent jamais, et il croit qu'elles jouent un grand rôle dans l'action antithermique du médicament; elles ne suppriment pas la diurèse, elles l'accompagnent.

Les indications et les contre-indications spéciales de l'aspirine sont faciles à préciser.

Elle remplace aventageusement le salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu.

Son action, médiocre dans le rhumatisme subaigu, est nulle dans la sciatique.

Les affections pulmonaires, congestions pulmonaires et pleuro-pulmonaires, pneumonies, broncho-pneumonies, ne sont pas modifiées par l'aspirine; cependant, leur résolution s'effectue bien et complètement.

La fièvre hectique des tuberculeux peut être atténuée par l'aspirine, mais en raison des transpirations profuses qu'elle provoque, l'auteur fait des réserves formelles sur son emploi.

b. Du 15 juillet au 1er octobre derniers, M. Rénon a reçu à l'hôpital Necker, dans le service de crèche et de femmes du pavillon Peter, 9 typhiques et en a perdu 4, soit 44 p. 100.

Ces femmes, entrées avec une fièvre typhoïde bénigne, voyaient au bout de quatre à six jours leur état s'aggraver subitement. Tombées dans une intense prostration, elles étaient prises de vomissements et refusaient toute nourriture.

Des 5 malades qui ont guéri, 1 seule a présenté une forme bénigne pendant toute la durée de l'affection, et les 4 autres ont été gravement atteintes.

Pour expliquer la raison de cette gravité, on ne pouvait invoquer l'état de nourrices de ces malades. Sur ces 9 malades, 3 seulement étaient nourrices et placées à la crèche, et il n'en a perdu qu'une seule. Les 6 autres n'étaient pas nourrices et ont été placées dans la salle des femmes du pavillon; M. Rénon en a perdu la moitié, 3 sur 6.

On ne pouvait incriminer ni la thérapeutique, ni le manque de soins, ni la malignité de l'épidémie, puisque, à la même époque, la mortalité était toute différente dans les autres salles de femmes et d'hommes de l'hôpital. D'ailleurs, déjà, en 1899, la mortalité typhique du pavillon Peter était considérable; sur 14 typhiques, on en perd 7, soit 50 p. 100. En 1900, du 1er janvier au 1er octobre, il entre 19 typhiques au pavillon Peter et on en perd 11, soit 57 p. 100, tandis que dans les autres services on perd *cinq fois moins* de femmes dans le même temps.

C'est le pavillon Peter qui, seul, est responsable de cette énorme mortalité, et il est logique d'admettre que le voisinage des nourrissons y joue un grand rôle. Les entérites sont très fréquentes à la crèche; et, malgré tous les soins pris, on conçoit que les divers agents des diarrhées infantiles existent en grand nombre dans la crèche et dans la salle de femmes contiguë. Il est plausible de supposer que les typhiques s'infectent secondairement par les microbes intestinaux infantiles.

Si cette idée était vérifiée par des observations identiques, il y aurait lieu de s'occuper du problème d'hygiène hospitalier que soulève cette question.

M. Siredey fait remarquer que rien n'est plus capricieux que la malignité de la fièvre typhoïde. A qui n'est-il pas arrivé d'observer des séries heureuses, où tous les malades guérissent, et des séries où, sans que rien ne le puisse expliquer, un grand nombre de malades meurent?

M. Faisans cite un fait qui vient à l'encontre de la théorie de M. Rénon. Il a, dans son service à l'Hôtel-Dieu, une crèche. Or, en ces temps derniers, il a pu suivre 5 ou 6 cas de fièvre typhoïde qui ont tous guéri, alors que dans des salles plus éloignées la mortalité était grande.

En un mot, il ne faut pas se hâter de généraliser, et l'hypothèse de M. Rénon est peut-être un peu hâtive.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des colites aiguës muqueuses et dysentériformes chez l'enfant, par le sulfate de soude (1).

Par M. E.-C. Aviragnet, médecin des hôpitaux.

Les *colites aiguës* constituent un type clinique qu'il convient de séparer des *gastro-entérites*; elles offrent, en effet, une symptomatologie qui se différencie nettement de celle des gastro-entérites.

Les colites aiguës sont ou *primitives* ou *secondaires* : dans ce dernier cas, elles succèdent à une gastro-entérite aiguë ou se montrent au cours d'une maladie infectieuse, d'une fièvre typhoïde, par exemple.

La pathogénie des colites est la même que celle des gastro-entérites, c'est-à-dire qu'elles sont sous la dépendance d'agents infectieux, ceux-ci provenant soit de l'extérieur (infection ectogène), ou bien du tube digestif lui-même (infection endogène, facilitée par un mauvais état général ou une altération du tube digestif : dyspepsie chronique, indigestion par des fruits verts, etc.).

Dans la symptomatologie des colites, il convient de considérer des phénomènes généraux (fièvre plus ou moins vive, suivant les cas ; troubles nerveux divers ; éruptions variées, etc.), et des phénomènes locaux (douleurs spontanées ou provoquées le long du gros intestin avec maximum au niveau du côlon iliaque; ténesme rectal; selles fréquentes, pénibles, muqueuses, glaireuses, sanglantes). Suivant le caractère des selles, il est possible de diviser les colites aiguës en deux variétés :

1° Les colites muqueuses, glaireuses ou muco-glaireuses;
2° Les colites dysentériformes.

Il existe des formes légères, des formes de moyenne intensité et des formes graves avec fièvre vive ou, au contraire, avec tendance à l'algidité.

Nous ne voulons pas entrer dans le détail de la symptomatologie, nous ferons remarquer seulement que les symptômes de la variété dysentériforme de la colite sont les mêmes que ceux de la dysenterie vraie : mêmes phénomènes généraux, mêmes phénomènes locaux; douleur du gros intestin, ténesme rectal, selles muqueuses et sanglantes rappelant le frai de grenouille ou la raclure de boyaux.

La dysenterie produit, au niveau du côlon, des altérations peut-être plus intenses, plus nécrotiques et, de ce fait, plus durables que celles de la colite vulgaire, mais ce sont des lésions du même ordre. Il est vraisemblable, cependant, on peut même dire il est certain, que si l'effet est le même dans les deux cas, la cause n'est pas la même : la colite dysentériforme diffère, au point de vue de la pathogénie, de la dysenterie vraie.

La similitude des symptômes nous permet de comprendre comment les méthodes de traitement employées avec succès dans la dysenterie réussissent dans les colites dysentériformes ; le traitement de la dysenterie n'a rien de spécifique, en effet, il est dirigé contre l'inflammation du gros intestin, contre la colite, en un mot contre l'effet et non contre la cause (inconnue jusqu'ici) de la dysenterie.

C'est le traitement de la dysenterie que nous avons appliqué dans les différentes variétés de colites aiguës que nous avons eu à traiter : colites dysentériformes ou simplement muqueuses. Nous en avons retiré le plus grand bénéfice.

Voici comment nous le comprenons :

1° Repos au lit; diète à l'eau et au lait.

2° Calmer les douleurs abdominales par des applications de cataplasmes ou de compresses humides et chaudes.

3° S'abstenir de pratiquer les grands lavages de l'intestin qui, en produisant la distension de l'organe malade, provoquent des douleurs vives, parfois intolérables, et risquent d'augmenter le processus inflammatoire.

4° Diminuer la fréquence parfois excessive des selles et le ténesme rectal. Les petits lavements laudanisés répondent à cette indication et doivent être préférés aux suppositoires calmants.

5° Combattre l'inflammation de la muqueuse du gros intestin. Plusieurs procédés ont été conseillés :

A. *Introduction dans le gros intestin de substances modificatrices*, sous forme de lavements à base d'ipéca, de bi-borax, d'hyposulfite de soude, etc., ou de suppositoires à base d'iodoforme, de résorcine, d'extrait d'hammamélis.

Ces moyens doivent être rejetés dans les formes aiguës : 1° parce que ces lavements et suppositoires, efficaces peut-être dans les cas bénins, sont manifestement insuffisants dans les cas graves ; 2° parce qu'il y a le plus grand intérêt d'ailleurs à ne pas mobiliser le gros intestin enflammé et très douloureux.

B. *Administration de l'ipéca par la bouche, soit à dose massive, soit à doses fractionnées.* — Avec l'ipéca, on obtient de bons résultats dans la dysenterie, quand on l'administre dès les premiers jours, et à condition d'en donner de fortes doses.

Les enfants, surtout les plus jeunes, supportent mal

(1) Communication faite à la Société de pédiatrie.

l'ipéca à dose élevée, et nous ne croyons pas que ce soit un remède à conseiller dans les colites aiguës. On ne doit le prescrire que lorsqu'il y a un état saburral très prononcé des premières voies digestives, c'est-à-dire contre l'embarras gastrique qui accompagne la colite plutôt que contre la colite elle-même.

C. *Purgatifs.* — Ce sont les véritables agents curatifs de la dysenterie; ce sont également ceux qui donnent les meilleurs résultats dans les colites aiguës musqueuse ou dysentériformes. Ces médicaments modifient avantageusement les sécrétions de l'intestin et diminuent l'inflammation de la muqueuse.

Le *calomel*, qui est le médicament par excellence des infections gastro-intestinales, est utile dans les colites légères, mais ne rend peut-être pas les mêmes services dans les colites graves. Certes, quand on l'administre, les selles se modifient avantageusement, mais cette action est passagère et l'on peut, à juste titre, craindre en renouvelant chaque jour la dose, qui doit être assez forte pour être active, d'amener de l'irritation de la muqueuse intestinale.

Nous préférons avoir recours aux sulfates de soude ou de magnésie. *C'est le sulfate de soude que nous avons employé et les résultats obtenus ont été absolument remarquables.*

Le sulfate de soude agit d'une façon merveilleuse et constante sur les sécrétions du gros intestin; à dose forte il les exagère, comme tous les purgatifs; mais à dose faible il les diminue et fait disparaître l'hypersécrétion glaireuse et sanguinolente. (Les propriétés hémostatiques du sulfate de soude ont été bien mises en évidence par les expériences de M. Reverdin, de Genève.)

Les doses que nous csnseillons sont les suivantes : 10 à 15 grammes le premier jour (dose légèrement purgative, utile quand l'état saburral des vois digestives est très prononcé); petites doses les jours suivants : 5 grammes, par exemple, chez un enfant de douze à quatorze ans; 2 grammes chez un enfant de deux ans. Ces doses n'ont rien d'absolument fixe. La médication doit être continuée plus ou moins longtemps, pendant huit jours en moyenne.

Le sulfate de soude s'administre dissous dans un verre d'eau sucrée; la dose est prise dans le courant de la matinée en trois ou quatre fois.

Sous l'influence de ce médicament on constate la disparition rapide du ténesme rectal; la diminution de la fréquence des selles, sauf le premier jour si on a donné une dose forte; la disparition rapide du sang; la diminution graduelle des glaires et bientôt l'apparition de selles bilieuses diarrhéiques; enfin des selles moulées et de la constipation en certains cas.

En même temps, les douleurs spontanées ou provoquées, observées au niveau du gros intestin, disparaissent et l'état s'améliore rapidement.

Dans certains cas, il convient de complèter le traitement par l'administration de bains. Le bain frais a son indication dans quelques formes hyperthermiques; le bain tiède est donné avec avantage chez la plupart des malades; le bain chaud est indispensable dans les cas où les symptômes chlolériformes apparaissent. Enfin, on se trouvera bien des injections de sérum artificiel chez les malades déprimés.

Nous avons appliqué ce traitement avec un succès constant chez des enfants d'âge différent, observés à l'hôpital des Enfants-Malades dans le service de M. Moizard, que nous avions l'honneur de remplacer pendant les vacances, et chez plusieurs malades de notre clientèle. Nous rapporterons seulement ici l'observation du dernier malade que nous avons traité : elle est des plus caractéristiques. Il s'agissait d'un enfant de dix-huit mois, atteint d'une gastroentérite des plus graves, compliquée au bout de quatre jours de colite aiguë dysentériforme. L'enfant était malade depuis vingt-cinq jours quand nous le vîmes pour la première fois; la colite avait résisté à tous les traitements conseillés par le très distingué médecin qui soignait le petit malade. Les selles étaient fréquentes, très douloureuses, glaireuses, et sanglantes, les selles typiques de la colite dysentériforme, en un mot. L'enfant prit, le premier jour, 5 grammes de sulfate de soude et 2gr50 les jours suivants.

Du jour au lendemain, pour ainsi dire, il s'opéra un changement radical dans l'état du petit malade : le ténesme, qui était véritablement pénible, disparut; le sang apparut encore dans les glaires pendant un jour et ne se montra plus dans la suite; les, selles qui étaient très fréquentes, diminuèrent très rapidement; le troisième jour, l'enfant était constipé et l'on dut recourir à de petits lavements d'huile d'olive. L'amélioration persista les jours suivants, la guérison s'est maintenue depuis.

Le sulfate de soude, donné à dose faible, constitue donc un médicament de tout premier ordre dans les colites aiguës muqueuses ou dysentériformes. C'est un mode de traitement qui n'est pas nouveau, mais il n'est généralement pas mis en usage. Nous pensons avoir rendu service en attirant l'attention sur lui.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Pathologie. — *Candidats militaires.* — Séance du vendredi 19 octobre : MM. Okinczyc, 14; Français, 13; Bréchot et Morlet, 12; Le Gambier, 9; Béal et François, 7.

Séance du samedi 20 : MM. Fouquet et Halbron, 14; Leh, Nandrot et Villandre, 12; Capette, Cruveilhier et Rivet, 11; Eonnet, 10; Bouffier, 7.

Anatomie. — Séance du vendredi 19 octobre : MM. Cantonnet, 13; Diel et Méret, 10; Guillaume (Louis), 8; Caldaguès, 7; Deniker, 5; Bouffier, 4; Nathan, 2; Rottenstein, 1.

La prochaine séance de lecture aura lieu mercredi 24 octobre, à quatre heures et demie.

Les candidats non militaires commenceront la lecture des copies de pathologie le mardi 23 octobre, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu.

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — Le concours de l'internat vient de se terminer par la nomination de MM. Servonat, Trillat, Jules Favre, Thiers, Pellanda, Vial, Dauvergne, Rivière, Bonnamour, Condamin, Morel, Reynard, Delay, Porot, internes titulaires.

Ont été nommés internes provisoires, pour une période d'une année, MM. Cabaud, Moindrot, Allamagny, Gimbert, Cavaillon, Latarjet, Duvernay, Leriche, Pallasse, Duroux, Moreau, Robert, Challaye, Marque, Traversier.

La trousse d'honneur (prix Bonnet) a été, suivant l'usage, attribuée à M. Servonat, doyen de la nouvelle promotion.

Bordeaux. — Le concours de l'externat vient de se terminer par la nomination de MM. Guimbellot, Peyronny, Cazamian, Jeannicot, Pezet, Saligue, Boutin, Cazeneuve, Carmouze, Chauliac, Penard (Marcel), Boloquy, Lafon, Pouillot, Puns, Dessalle, Dhost, Pouchot de Champtassin, Lannelongue, Lailheugue, Parenteau, Méline, Baudon, Galtier, Philip, Fournial, Testut, Dhaurt, Morin, Fraysse, Busquet, Hirigoyen, Bonnet, Dudon, Valentino, Mlle Dubreuilh, MM. Alzieu, Dufourt, Boismoreau, Brouqueyre, Corcelle, Quéré, Vaillant.

Distinctions honorifiques.—M. le docteur Fitte (de Bagnères-de-Bigorre) est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Lagarde (de Vals) est nommé officier d'Académie.

Guerre. — M. Piquot, médecin-major de première classe, des hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie, est désigné pour le 4e bataillon du 3e tirailleurs, envoyé en Indo-Chine.

— M. Lehmann, médecin-major de deuxième classe, du 4e ba-

taillon d'infanterie légère d'Afrique, est désigné pour les compagnies du 4e bataillon d'infanterie légère d'Afrique envoyées en Indo-Chine.

— M. Masson, médecin-major de deuxième classe, du 1er régiment étranger, est désigné pour le 1er bataillon du 4e de tirailleurs algériens, envoyé en Indo-Chine.

— M. Leniez, médecin aide-major de première classe, du groupe des batteries du 38e d'artillerie désigné pour la Chine (non embarqué), est désigné pour les batteries du 38e d'artillerie envoyées en Indo-Chine.

— MM. Grenier et Sergent sont nommés élèves à l'École du service de santé militaire, en remplacement de MM. Collin et Chavannes, démissionnaires.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jules Bassot (de la Voulte-sur-Rhône); Bonnefin, doyen du corps médical de Bordeaux; Hameau (de Laventie); Merlin-Lemas (de Saint-Victurnien).

Faculté des sciences. — M. le professeur Duclaux commencera son cours de chimie biologique, le mardi 6 novembre, à deux heures et demie, à l'Institut Pasteur, rue Dutot, 25, et le continuera les mardis et jeudis suivants à la même heure. Il étudiera les fermentations des matières albuminoïdes et de la digestion.

M. le professeur J. Chatin commencera son cours d'histologie (fondation de l'Université de Paris), le mercredi 7 novembre, à onze heures, rue de l'Estrapade, 18, et le continuera les samedis et lundis suivants, à la même heure. Il traitera de la cellule et de la biologie cellulaire, puis il étudiera l'appareil digestif des invertébrés au point de vue de l'histologie comparée.

Les travaux pratiques d'histologie comparée auront lieu les mardis, de midi à trois heures, dans le laboratoire, sous la direction du professeur.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 122. — JEUDI 25 OCTOBRE 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 25 OCTOBRE 1900. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Les accidents de la médication arsenicale interne, d'après M. Dupoux. — Séance de l'Académie de médecine. — Revue de la Presse. *Médecine :* Nocivité de l'hérédité pathologique; — La xérostomie; — Ostéo-arthrite du rachis et des hanches; — Pustule vaccinale accidentelle à la lèvre; — Le signe de Kernig et le méningisme. — *Ophtalmologie :* Des grandes irrigations conjonctivales en thérapeutique oculaire. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

LES ACCIDENTS DE LA MÉDICATION ARSENICALE INTERNE

D'APRÈS M. DUPOUX (1)

Il existe peu de médicaments dont l'usage soit aussi répandu que l'arsenic. Mais cet usage ne va pas sans quelques dangers. Aussi, est-il indispensable de bien connaître les différents accidents de la médication arsenicale interne. C'est à leur étude que M. Dupoux vient de consacrer sa thèse inaugurale, « montrant ainsi à quoi on expose un malade ainsi traité, comment on l'expose, et jusqu'où on l'expose. »

La première question à résoudre est celle des *dangers de la médication.* Toutes les préparations arsenicales sont toxiques; aussi voit-on des accidents survenir, pour peu qu'on prolonge le traitement, quels que soient d'ailleurs le *mode d'administration*, la *dose* et la *nature* du médicament prescrit (liqueur de Fowler, granules de dioscoride, eaux minérales [Mont-Dore, Bourboule, Royat, etc.], et même cacodylates). Ainsi l'arsenic est un médicament dangereux, et dont les effets doivent toujours être soigneusement surveillés.

Il est difficile d'indiquer avec quelque précision la dose à employer pour éviter les accidents et celle avec laquelle on s'expose à les voir survenir. L'intolérance est due moins à la toxicité propre du médicament qu'à ses propriétés accumulatives et aux susceptibilités individuelles. On peut cependant dire, avec Navault, que l'on est sûr de ne déterminer aucun symptôme d'intoxication en commençant l'administration de l'arsenic à doses de 1 à 2 milligrammes, et en augmentant progressivement, suivant la tolérance, jusqu'à 10 ou 12 milligrammes et plus, dans les vingt-quatre heures. Il est prudent d'interrompre le traitement au bout de trois semaines, quitte à le reprendre, s'il y a lieu, après un temps égal. Il faut enfin et surtout compter avec la question de terrain. Les jeunes gens, les femmes tolèrent mal l'arsenic; de même ceux dont les organes éliminateurs (foie, reins, etc.) sont déjà lésés. Il existe là un certain nombre de conditions individuelles, extrêmement variables et qu'il faut bien connaître.

(1) Th. de Paris, 1900.

Les descriptions qu'ont données les différents auteurs de l'intolérance arsénicale, montrent combien sont variés les troubles que l'on observe. Ces troubles sont rarement isolés, et « pour peu que le médecin les recherche, il en découvrira que ne lui aura pas signalés le malade. Si quelques accidents, et surtout les accidents tardifs, ont une certaine gravité, la plupart sont d'une bénignité telle qu'ils échappent souvent à l'observation ». Ces derniers ont cependant leur importance : ils avertissent le médecin qu'il est urgent d'interrompre au plus tôt le traitement pour éviter des accidents plus sérieux; ils peuvent aussi, dans certains cas douteux, fixer le diagnostic.

Des troubles digestifs dus à l'intoxication, le plus constant est peut-être la *stomatite*. On a dit (1) que l'arsenic peut déterminer le ptyalisme, même à doses excessivement faibles (III gouttes par jour). Ce ptyalisme s'accompagne souvent de gingivite : les gencives deviennent rouges et se recouvrent sur leur bord libre d'un liséré blanchâtre analogue au liséré saturnin, la langue se revêt parfois d'un léger enduit d'un blanc argenté. L'odeur alliacée que prend l'haleine des malades soumis au cacodylate de soude, peut s'observer, quoi qu'on en ait dit, après l'administration du médicament par la voie hypodermique.

Les effets pathologiques de l'arsenic sur l'estomac et sur l'intestin sont particulièrement fréquents. L'*anorexie* ne se traduit pas toujours par un dégoût des aliments: le malade se met à table avec plaisir; il croit pouvoir manger de bon appétit, mais à peine a-t-il pris quelques aliments qu'il est rassasié; la *gastralgie* est momentanément calmée par l'ingestion du moindre aliment; les *nausées* et les *vomissements* s'observent fréquemment; cependant ils sont surtout le fait d'une intoxication moins chronique que ne l'est l'intoxication médicamenteuse; enfin la *diarrhée* est souvent le premier symptôme de l'intoxication : elle présente ces deux caractères importants d'être constituée par des selles jaunâtres d'une horrible fétidité.

Très variés également sont les troubles de l'appareil respiratoire. Le *coryza* apparaît parfois dès les premiers jours du traitement, il peut s'accompagner d'épistaxis, et surtout de pharyngite et de bronchite. « S'il y a en même temps

(1) Teissier. *Revue méd.-chir. de Paris*, août 1848.

conjonctivite, le groupe des symptômes arsenicaux représente assez bien un côté de la fièvre catarrhale, les bronchites grippales légères ou les prodromes habituels de la rougeole (1). »

La *pharyngite* joue peut-être un rôle important dans certains troubles vocaux. « Lolliot parle de raucité de la voix chez les arsenicophages ; Navault leur prête une voix rude et voilée ; Imbert-Gourbeyre nous apprend qu'au Mont-Dore, sous l'influence des eaux minérales, on voit parfois survenir un enrouement considérable. » Ces phénomènes sont souvent dus à l'inflammation des voies aériennes supérieures, et à la pharyngite ; d'autres fois, cette pathogénie ne saurait être invoquée, et nous restons alors dans l'ignorance absolue de la véritable cause des accidents.

La constriction de la gorge est un signe d'intolérance arsenicale signalé par presque tous les auteurs ; il en est encore de même de cette sensation spéciale si difficile à définir, et qui a été successivement appelée *ardeur*, *sécheresse*, *aridité* de l'œsophage et du pharynx. Les *bronchites* arsenicales sont rares : le plus souvent il ne s'agit que de simples trachéites, caractérisées par des quintes de toux sèche et déchirante ; parfois, cependant, on observe de véritables bronchites pouvant aller des formes les plus légères jusqu'à la broncho-pnenmonie.

L'arsenic est-il capable de provoquer la *phtisie?* Cette éventualité a été admise par Imbert-Gourbeyre, à une époque où l'examen bactériologique était chose inconnue : il est difficile aujourd'hui de se montrer aussi affirmatif ; il faut cependant reconnaître que les différentes déterminations respiratoires de l'intoxication arsenicale sont parfois de nature à simuler plus ou moins exactement la tuberculose pulmonaire commune.

Les accidents qu'on peut voir survenir du côté de l'APPAREIL CIRCULATOIRE sont de deux sortes : les hémorragies et les modifications anormales de la température. Les *hémorragies* sont peu fréquentes et généralement peu graves : elles se produisent sous l'influence de toutes les préparations arsenicales, mais surtout lorsqu'on fait usage de la médication cacodylique. Elles affectent le plus souvent la forme d'épistaxis, d'hémoptysies, de ménorragies et même de métrorragies. Le purpura arsenical a été signalé. Toutes ces hémorragies doivent être, d'après Lolliot, rattachées à l'action directe du médicament sur les globules sanguins.

Les *troubles de la tempérarure* sont assez peu connus : d'ordinaire, l'arsenic provoque un abaissement notable de la température ; parfois, comme dans une observation de M. Lancereaux, il détermine au contraire une hyperthermie assez intense pour que l'on ait pu, dans quelques cas, penser, dès l'abord, à une fièvre continue.

Multiples sont les accidents qui résultent de l'imprégnation du SYSTÈME NERVEUX. Parmi les troubles de la sensibilité, il faut citer le *prurit*, symptôme fréquent, mais qui semblerait dans certains cas (dermatoses) faire bien augurer du résultat de la cure ; les *névralgies* et les *douleurs*, qui précèdent souvent l'apparition des paralysies, les *anesthésies* pouvant porter sur tous les membres, mais surtout localisées aux extrémités des membres. Les *polynévrites arsenicales* peuvent revêtir deux formes principales : la forme paralytique et la forme ataxique. Les paralysies, tardives, frappent symétriquement les muscles extenseurs des membres inférieurs et s'accompagnent le plus souvent de l'abolition des réflexes rotuliens : l'ataxie arsenicale s'associe à d'autres symptômes de la série tabétique (signe de Romberg, douleurs lancinantes, troubles oculo-pupillaires, etc.). Le diagnostic de ces polynévrites n'est pas toujours aisé : si la forme ataxique, en raison même de la rapidité de son évolution, ne peut qu'être difficilement confondue avec un tabes, la forme paralytique offre une ressemblance frappante (Lancereaux, Raymond) avec la paralysie alcoolique. Les anamnestiques, la recherche des autres symptômes, au besoin l'analyse chimique des sécrétions, des poils, des cheveux ou des ongles, permettront cependant de déceler, dans tous les cas, la nature de l'intoxication.

Les *troubles trophiques* sont assez fréquents, et portent tantôt sur les muscles paralysés, qui s'atrophient, tantôt sur les annexes de la peau. Quant aux *troubles psychiques*, ils sont rares et peu connus.

Les *troubles oculaires* sont les plus fréquents. La *conjonctivite* est un des symptômes les plus précoces de l'intolérance arsenicale : elle ne manque pour ainsi dire jamais, elle est pour l'arsenic ce qu'est la salivation pour le mercure (Hunt). Comme l'ont dit Richon et Bornèque, c'est le prurit qui généralement ouvre la scène : le patient se frotte énergiquement les yeux, mais plus il essaye de mettre un terme à la démangeaison, plus elle devient insupportable. Enfin, les larmes coulent le long des joues, et tout rentre bientôt dans l'ordre. La conjonctivite arsenicale ne va jamais, en effet, jusqu'à la suppuration. L'*amblyopie* et l'*amaurose*, qui ont parfois été signalées, sont vraisemblablement en relation avec une névrite optique. Quant aux *troubles de l'audition*, de la *gustation* et de l'*odorat*, ils sont trop rares pour mériter plus qu'une simple mention.

L'APPAREIL GÉNITAL peut être troublé dans plusieurs de ses fonctions. Rayer et Charcot ont signalé l'*anaphrodisie*, accident rare, mais dont l'existence est indiscutable. Les troubles de la menstruation ont déjà été signalés. Enfin, un certain nombre d'observations semblent démontrer que l'arsenic est capable d'interrompre la *grossesse*, lorsqu'il est administré à doses élevées ou prolongées.

Les TROUBLES DE LA SÉCRÉTION URINAIRE sont assez peu connus. L'arsenic à petites doses provoquerait la polyurie, à hautes doses l'anurie. L'albuminurie consécutive à un traitement arsenical est exceptionnelle.

L'influence qu'exerce l'arsenic sur la NUTRITION est encore discutée. S'il est classique de dire que ce médicament favorise l'engraissement, un nombre suffisant d'observations semble montrer au contraire que l'un des résultats les plus constants de la médication arsenicale est l'amaigrissement souvent rapide, parfois considérable. On peut, à ce sujet, admettre, avec MM. Wahu et Depoux, que des préparations arsenicales donnent de l'embonpoint lorsqu'elles sont administrées à très petites doses, pendant un temps assez court, lorsque enfin elles sont parfaitement tolérées. Ces mêmes préparations font fatalement maigrir lorsqu'elles sont employées longtemps ; « elles font maigrir d'une manière incroyable lorsqu'elles sont administrées sans mesure, pendant des mois et des années, comme cela a lieu dans certaines circonstances. »

Les LÉSIONS CUTANÉES constituent peut-être, avec les troubles nerveux, les manifestations les plus caractéristiques de l'arsenicisme médicamenteux. L'*érythème* est le premier degré des lésions cutanées arsenicales ; il se manifeste ordi-

(1) IMBERT-GOURBEYRE. *Gaz. méd.*, 1862.

nairement sous l'aspect rubéolique ou scarlatiniforme, et précède souvent une éruption plus caractéristique qui se manifeste sous l'aspect de *papules* et d'*urticaire*. Les *éruptions squameuses* sont plus rares. Le *zona arsenical*, le *purpura*, les *éruptions bulbeuses* ont été signalés. Les *sueurs* s'observent souvent : d'après G. Brouardel, elles joueraient un grand rôle dans la genèse des éruptions précédentes.

La *mélanodermie arsenicale* est surtout le fait d'une intoxication très lente par petites doses régulièment et longtemps répétées. Elle a été définie par Devergier en ces termes : « Ce médicament imprime à la peau une coloration de gris de fer qui occupe toute l'étendue de chaque plaque et ne disparaît qu'après plusieurs mois. » Cette description s'applique seulement aux taches occupant la place de macules de psoriasis disparues. D'autres fois la mélanodermie est tardive, généralisée à toute une région, et caractérisée par un fond pigmenté semé de points plus clairs : elle respecte les parties exposées à l'air. Dans ce cas, la coloration du fond rappelle assez celle qu'on observe chez les Addisoniens avec cette différence qu'elle est plus ardoisée, plus rosée : « c'est un mélange de brun et de rose ». Sur ce fond ainsi coloré se trouvent disséminées çà et là, irrégulièrement, des taches foncées, franchement brunes, d'inégales dimensions, et aussi d'autres taches, plus claires que le fond, sur lequel elles semblent avoir été lancées comme une poignée de confetti (Mathieu). Cette mélanodermie se localise de préférence aux parties couvertes et soumises aux frottements répétés. Des parties latérales de l'abdomen, elle gagne le cou, le pourtour des aisselles, la face antérieure du coude, elle s'accompagne d'une desquamation purpuracée extrêmement fine. Telles seraient les principaux caractères de la véritable mélanodermie arsenicale.

Le diagnostic d'une telle complication repose surtout sur la constatation de l'*aspect tacheté*. Bien que ce ne soit pas là un signe pathognomonique [il semble en effet qu'un aspect identique ou très analogue puisse exister dans des mélanodermies d'origine différente (1)], il suffit cependant pour éliminer la *maladie d'Addison*, que caractérise encore l'existence sur les muqueuses buccales de macules spéciales que l'on n'observe jamais au cours de l'intoxication arsenicale. La teinte de la *sclérodermie* est sépia, comme enfumée, la *mélanodermie phtiriasique* se cantonne au dos, aux épaules et surtout à la nuque, la pigmentation argyrique n'est jamais tachetée, la mélanose du *goitre exophtalmique* présente des zébrures et des zones irrégulières. Relativement enfin au pronostic, il faut savoir que la mélanodermie est assez longue à s'effacer, même après l'abandon du médicament.

La *kératose palmaire et plantaire* accompagne fréquemment la mélanodermie : elle s'établit peu à peu, débute par les mains, et se manifeste tout d'abord par une foule de petites taches transparentes et qui semblent être vues à travers l'epiderme. Bientôt ces taches font saillie et l'on peut les percevoir par le toucher. A la période d'état, la forme palmaire rappelle d'assez près, moins la coloration, l'aspect de la peau de mandarine. Plus tard, apparaissent des saillies verruqueuses de la grosseur d'une tête d'épingle, profondément enchâssées, douloureuses à la pression et siégeant surtout sur les faces latérales des doigts.

La chute des *cheveux* et des *poils*, l'amincissement et la déformation des *ongles* comptent enfin parmi les accidents les plus fréquents de l'intoxication arsenicale.

(1) P. Lereboullet.

Le diagnostic de tous ces accidents, quels qu'ils soient, comporte souvent de grandes difficultés. Nous avons déjà vu que la coexistence de fièvre, de diarrhée et de bronchite peut faire penser à une dothiénentérie, que les symptômes de catarrhe oculo-nasal joints à l'exanthème peuvent simuler une rougeole, que certaines bronchites arsenicales offrent les plus grandes analogies avec la tuberculose pulmonaire. Il nous est impossible, ici, de mentionner toutes les causes d'erreur qui peuvent se présenter : le plus sûr moyen de les éviter est de penser toujours à un méfait possible de la médication arsenicale.

Considéré dans son ensemble, le pronostic est bon : à l'exception de quelques-uns, la plupart des accidents du traitement arsenical sont d'une bénignité remarquable et disparaissent très vite et très facilement. La mort n'a *jamais* été signalée comme conséquence de l'arsenicisme médicamenteux.

Le traitement sera d'abord *préventif*. Avant de prescrire l'arsenic, il faut : *a.* s'assurer du bon fonctionnement des organes éliminateurs et des voies digestives ; *b.* faire état de la pigmentation naturelle et de la nutrition générale du malade. L'arsenic sera administré sous la meilleure forme et dans les meilleures conditions (éviter de donner le médicament à jeun ; augmenter peu à peu la dose, arrêter au bout de quinze jours, puis reprendre ; prescrire tout ce qui est de nature à faciliter les échanges). Le traitement *curatif* consiste : *a.* à diminuer les doses aux moindres signes d'intoxication et à supprimer totalement l'arsenic en cas d'accidents graves ; *b.* à ordonner toutes les médications propres à favoriser l'élimination du poison (lait, bains, frictions, purgatifs, diurétiques, etc.). On pourrait peut-être prescrire les alcalins en même temps que l'arsenic, le bicarbonate de soude aidant à l'élimination du poison et agissant favorablement sur la digestion. L. B.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(23 octobre 1900)

En présentant un travail de M. Lesage, M. Brouardel donne quelques renseignements statistiques sur la **mortalité par la tuberculose en France**. Nous y relevons ces chiffres intéressants : pour les villes de plus de 50000 habitants, la tuberculose est de 41,3 pour 10000 habitants ; pour les villes de 10000 à 50000 habitants, 30,1 pour 10000 habitants ; pour les villes de 5000 à 10000 habitants, 26,7 pour 10000 habitants ; pour les villes ayant moins de 5000 habitants, 24,5 pour 10000 habitants.

Mais si on compare les périodes 1890-1895 et 1896-1897, il semble que la mortalité tuberculeuse a augmenté, dans les villes de moins de 5000 habitants, de deux unités.

M. Lesage a fait des recherches pour 84 communes d'Ille-et-Vilaine ayant moins de 4000 habitants. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

La mortalité par tuberculose, moyenne annuelle, pour 10000 habitants, tirée de la période de 1890 à 1899 est de 22,56 pour l'ensemble des 84 communes étudiées en Ille-et-Vilaine.

La mortalité par tuberculose subit des variations suivant la population, mais il y a lieu de distinguer : la population totale des communes ; la population agglomérée au chef-lieu (population agglomérée principale) ; le rapport de ces populations.

La mortalité par tuberculose n'offre pas de rapport nettement appréciable avec la population totale de chaque commune.

La mortalité par tuberculose présente, au contraire, un rapport assez marqué avec la population agglomérée au chef-lieu, et plus marquée encore avec le rapport de la population agglomérée principale à la population totale. Cette mortalité croît d'une façon appréciable quand la population agglomérée principale et quand le rapport de la population agglomérée à la population totale augmentent, mais plus sensiblement dans le second cas que dans le premier.

Les variations de la mortalité totale, comparées à celles des populations et de leurs rapports, suivent la même allure que les variations de la mortalité par tuberculose; mais cette dernière augmente proportionnellement un peu plus rapidement que la mortalité totale avec l'augmentation de la population agglomérée principale ou du rapport des deux populations.

La mortalité par tuberculose varie avec l'âge et le sexe. Elle est plus grande chez l'homme que chez la femme à presque tous les âges.

Dans les deux sexes, le maximum de cette mortalité se produit entre vingt et trente ans.

La mortalité par tuberculose ne paraît pas avoir de rapports précis avec l'altitude.

La distribution géographique des communes étudiées et leur mortalité ne font ressortir rien de suffisamment net.

M. Porak a fait un rapport très documenté sur le cas de **thoraco-xiphopage vivant** opéré par M. Chapot-Prévost, dont nous avons donné la relation dans le compte rendu de l'avant-dernière séance.

Ces cas de monstres doubles soulèvent des problèmes embryogéniques importants. On est disposé à admettre aujourd'hui que la monstruosité double dépend d'une anomalie du disque germinatif, que celui-ci se divise à un moment donné, ou que primitivement l'ovule porte deux disques germinatifs.

A ce propos, M. Porak rappelle qu'il a déjà soutenu que la grossesse gémellaire en apparence normale pouvait être rapprochée de la monstruosité double.

Dans cette étude des monstres doubles, l'examen des placentas présente une importance capitale. Les expériences de M. Chapot-Prévost sur Maria et Rosalina démontrent qu'il existait entre les deux placentas une communication vasculaire.

Nous ne suivrons pas M. Porak dans la relation qu'il a faite des cas pouvant être rapprochés de celui de M. Chapot-Prévost. Nous arrivons à la question soulevée par M. Fournier, à savoir quelle peut être l'influence de la syphilis sur la production de ces monstres. A ce point de vue, les yeux de Rosalina ont été examinés par M. Antonelli et par M. Sauvineau. M. Antonelli conclut à l'existence d'altérations ophtalmoscopiques qui, bien que rudimentaires, sont assez significatives pour affirmer la tare hérédo-syphilitique. M. Sauvineau est moins affirmatif et ne trouve pas dans ces troubles de stigmates de syphilis. La question d'origine syphilitique reste donc pendante.

M. Porak aborde ensuite l'intervention chirurgicale entreprise par M. Chapot-Prévost et le félicite de cette audacieuse opération.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Nocivité de l'hérédité pathologique. — MM. Mairet et Ardin-Delteil considèrent comme causes héréditaires de la folie :

a. La folie des ascendants (hérédité vésanique);

b. L'existence chez les parents de troubles du caractère portés à un très haut degré, sans toutefois constituer une véritable folie (hérédité psychique);

c. Certaines maladies nerveuses des parents, telles que l'hystérie, le nervosisme dans son expression la plus générale (hérédité nerveuse);

d. Enfin, certaines maladies physiques des ascendants, telles que : la cérébralité, reposant sur des altérations organiques du système nerveux central, et en particulier de l'encéphale (hérédité cérébrale); les diathèses, ou le groupe des maladies par ralentissement de la nutrition (hérédité diathésique); l'alcoolisme (hérédité alcoolique).

Ayant établi ces causes, MM. Mairet et Ardin-Delteil étudient, pour chacune séparément, ses effets sur la descendance des individus entachés de l'une d'elles, et tirent de leur communication les conclusions suivantes :

1° Aucune des causes héréditaires (vésanie, psychisme, nervosisme, diathèse, cérébralité, alcoolisme) ne diminue la natalité.

2° Ces diverses causes diminuent toutes la résistance vitale, diminution exprimée par la léthalité plus grande des produits héréditaires; cette diminution va en s'accentuant graduellement des familles saines aux familles d'aliénés, de psychiques, de diathésiques, de nerveux, de cérébraux et d'alcooliques.

3° La diminution de la résistance vitale est surtout marquée chez les enfants du premier âge, qui présentent une léthalité allant en croissant des familles saines aux familles des aliénés, des diathésiques, des psychiques, des cérébraux, des nerveux et des alcooliques.

4° La léthalité des survivants serait à peu près la même dans les familles saines, vésaniques, psychiques et nerveuses; elle serait augmentée dans les familles diathésiques et alcooliques, ce qui indique dans ces dernières une action plus générale de l'hérédité sur les descendants.

5° Les causes héréditaires peuvent marquer leur action sur le système nerveux des descendants par ses stigmates. A ce point de vue, celles qui marquent leur action sur le moins grand nombre d'enfants sont les hérédités vésanique et cérébrale; puis viennent les hérédités diathésique et nerveuse, dont l'action est déjà plus générale, et enfin l'hérédité psychique et l'hérédité alcoolique, dont les effets sont plus généraux encore.

6° L'hérédité alcoolique tient toujours le premier rang au point de vue de l'influence nocive sur les descendants. (*Montpellier méd.*, sept. 1900.) L. I.

La xérostomie. — La xérostomie, d'après M. le professeur Tédenat, peut se rencontrer à l'état isolé ou n'être qu'un symptôme secondaire dans un syndrome à phénomènes multiples.

Dans sa forme pure, la xérostomie se caractérise par une sécheresse plus ou moins marquée de la muqueuse buccale : cet état est à peine modifié par la mastication, la gustation, la parole. La muqueuse de la bouche n'est jamais congestionnée, plutôt pâle. Les glandes muqueuses de la joue et des lèvres sont tuméfiées, donnant l'impression de granulations plus ou moins développées, préoccupant le malade. Les glandes salivaires parotides et sous-maxillaires sont aussi tuméfiées, comme Hutchinson et Harris l'avaient déjà noté, et cette tuméfaction, plus marquée au moment des repas, se traduit par une sensation désagréable de tension.

La salive est plus rare et plus visqueuse. La déglutition en est rendue plus difficile, et les malades sont obligés de boire souvent pendant le repas pour humecter le bol alimentaire. Le sens du goût est parfois altéré, témoin une dame atteinte depuis cinq ans de xérostomie et qui distinguait à peine la saveur de la noix vomique et de l'acide picrique. Cette affection est rebelle au traitement. M. Tédenat a essayé sans succès le chlorate de soude, le sulfate de cuivre, l'acide phénique, le menthol, les gargarismes au jaborandi, à la pilocarpine, les courants continus faibles. Les iodiques à faible dose lui ont paru utiles dans deux cas : ils méritent d'être essayés. Les deux sexes y paraissent également prédisposés. C'est après quarante-cinq ans, et sur un terrain neuro-arthritique, que se développe la xérostomie. Il faut distinguer de la xérostomie essentielle les xérostomies dues à des affections telles que le diabète sucré, les maladies de l'appareil urinaire, l'hystérie. (*Montpellier méd.*, fév. 1900.)

L. I.

Ostéo-arthrite du rachis et des hanches, par H. FRAZIER. — Un certain nombre de cas de spondylose ont été publiés dans ces derniers temps, et cette affection commence à être assez bien connue. Néanmoins, le cas suivant mérite d'être rapporté; il est remarquable par la relation étroite qu'il montre entre le traumatisme et le développement de la maladie.

Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, sans antécédents héréditaires. Il n'est pas d'une constitution robuste mais n'avait jamais été malade jusqu'ici. Quatre ans avant de venir consulter, il avait été fortement pressé par une lourde pièce de fer sans qu'on ait pu constater de lésion grave du tronc ou des viscères. Il resta un mois au lit, puis reprit son travail, et pendant six mois il n'éprouva rien d'anormal. Au bout de ce temps, il commença à se plaindre d'une sensation de faiblesse dans les reins, accompagnée de douleurs dans la région dorsale, avec irradiations vers les hanches. Ces douleurs allèrent en s'accentuant, et au bout de cinq ou six mois devinrent continues; l'attitude n'avait aucune influence sur leur intensité.

En même temps, la colonne vertébrale et les hanches devenaient raides; depuis trois ans, le malade est resté presque constamment alité. L'ankylose des hanches devint complète, tandis que les genoux perdaient la souplesse de leurs mouvements. Toutes les autres articulations présentaient des mouvements normaux. La pression des articulations sacro-iliaques et des hanches provoquait de la douleur. La rigidité des segments sacré, lombaire et dorsal du rachis était absolue, mais la colonne cervicale était légèrement flexible. Il existait une cyphose marquée des premières vertèbres dorsales et des vertèbres cervicales. Les muscles étaient atrophiés mais sensibles au courant faradique. Le réflexe plantaire était paresseux, le réflexe patellaire normal et on n'a trouvé aucun symptôme de lésion spinale. Le patient a été examiné sous chloroforme, sans qu'on ait pu mobiliser les hanches ni la colonne vertébrale. (*University medical Magazine*, juillet 1900.)

A. H.

Pustule vaccinale accidentelle à la lèvre. — Les faits de vaccination accidentelle sur différentes parties du corps ne sont pas extrêmement rares, mais il n'est pas sans intérêt de les signaler. M. HEUCHLEY fut appelé un jour auprès d'une femme qu'on croyait atteinte d'érysipèle. A l'examen de la malade, il put constater une tuméfaction des ganglions sous-maxillaires, accompagnée d'un léger gonflement de la joue gauche. La lèvre inférieure était également tuméfiée et présentait, à sa partie moyenne, une grande vésicule flanquée d'une vésicule plus petite, qui siégeait au point de jonction de la peau avec la muqueuse. Or, dix jours auparavant, il avait vacciné l'enfant de cette malade; en rappelant ses souvenirs, la mère se souvint parfaitement avoir été égratignée à la lèvre quelques jours avant; de plus, en habillant son enfant, elle avait par mégarde effleuré sa propre bouche avec le tampon d'ouate imbibé d'un peu de pus qui recouvrait les pustules vaccinales. (*The Lancet*, 23 juin.)

A. H.

Le signe de Kernig et le méningisme. — D'après M. P. GALLI, le signe de Kernig n'existe que dans les méningites, quelle que soit d'ailleurs leur nature (épidémique, secondaire, tuberculeuse); c'est un symptôme de grande valeur, puisqu'on peut le constater dans la majorité des cas (83,5 p. 100 à 88 p. 100). Le degré de pression du liquide céphalo-rachidien peut permettre, en cas de troubles méningés, de différencier de simples troubles dynamiques de la véritable inflammation des méninges. La ponction lombaire pourrait donc permettre le diagnostic de la variété de méningite. (*Rivista critica di clinica medica*, 20 oct. 1900, I, n° 42.)

L. G.

OPHTALMOLOGIE

Des grandes irrigations conjonctivales en thérapeutique oculaire. — M. le professeur TRUC, encouragé par les excellents résultats obtenus par lui dans un cas d'irido-cyclite grippo-rhumatismale, rebelle au traitement habituel, aggravé par les injections sous-conjonctivales de sublimé et guéri par les grandes irrigations péri-oculaires très chaudes, suivies d'iridectomie, a employé les grands lavages comme complément thérapeutique de diverses affections oculaires.

Contre l'ophtalmie purulente de l'adulte ou du nouveau-né, les lavages au permanganate de potasse sont réellement utiles, mais ne légitiment pas l'abandon du nitrate d'argent.

Dans l'ophtalmie granuleuse et l'ophtalmie phlycténulaire, les grands lavages chauds à 40-50 degrés ont activé la cicatrisation des ulcères et la disparition des vésico-pustules.

Dans les iritis, les irido-cyclites de cause générale ou de cause externe, de même que dans quelques dacryocystites muqueuses ou purulentes, on a obtenu, par des lavages abondants et chauds, de grandes améliorations.

Le mode d'action de ces grandes irrigations, dans ces diverses ophtalmies, est antiseptique d'abord; mais il est surtout mécanique. En outre, ces grands lavages exercent une action thérapeutique par la température à laquelle on les emploie.

Les antiseptiques usités à la Clinique de Montpellier pour ces lavages sont le permanganate de potasse à 1 p. 1000 contre la blennorragie oculaire, et l'acide borique à 30 p. 1000 dans tous les autres cas.

En pratique ordinaire, on peut utiliser une épingle à cheveux recourbée comme blépharostat et injecter le liquide avec une seringue en caoutchouc ou un bock irrigateur ordinaire. (*Montpellier méd.*, avril 1900.)

L. I.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 29 OCTOBRE AU 3 NOVEMBRE 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 29 OCTOBRE, à une heure. — 1er de sages-femmes (1re et 2e classes) : MM. Rémy, Varnier et Gaucher; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Broca (Aug.) et Walther; — (2e série) : MM. Delens, Lejars et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Fournier, Teissier et Launois; — M. Delbet, suppléant.

MARDI 30 OCTOBRE, à une heure. — 5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Richelot, Quénu et Hartmann; — (2e série) : MM. Berger, Campenon et Thiéry; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Chauffard et Dupré; — M. Charrin, suppléant.

2e de sages-femmes (1re et 2e classes), *Clinique Tarnier* : MM. Maygrier, Bonnaire et Wallich; — M. Chassevant, suppléant.

MERCREDI 31 OCTOBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Delbet et Sébileau.

2e (nouveau régime), *Faculté, salles n° 2 et 3* : MM. Ch. Richet, Retterer et Desgrez.

4e, *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz ; — M. André, suppléant.

SAMEDI 3 NOVEMBRE, à une heure. — 5e (1re partie, chirurgie), *Necker* : MM. Le Dentu, Schwartz et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : — MM. Joffroy, Ménétrier et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Chantemesse, Achard et Dupré ; — M. Campenon, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bar et Bonnaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Pathologie. — *Candidats militaires.* — Séance du lundi 22 octobre : MM. Mauban, 13 ; Lardennois, 12 ; Brelet et Israël de Jong, 11 ; Blanluet, 10 ; Giraudet, 7.

Concours des prix de l'internat. — Les jurys de ces concours sont définitivement composés de la façon suivante :

Médecine. — MM. Vaquez, Brouardel, Brocq, Lamy et Terrier.

Chirurgie, accouchements. — MM. Rochard, Morestin, Reynier, Barbier et Guyon.

Concours de l'internat de Lyon. — Questions sorties et questions restées dans l'urne. — *Première épreuve.* — Question sortie : Des éléments figurés du sang (anatomie et physiologie).

Questions restées (anatomie et physiologie) : Lobule du pli du coude. — Des cordes vocales. — Des oreillettes. — De la trompe de Fallope. — Veines jugulaires. — Uretère.

Deuxième épreuve. — Question sortie : Des vomiques (symptômes et diagnostic).

Questions restées : De l'agraphie. — Complications pharyngolaryngées de la fièvre typhoïde. — Symptômes et évolution des troubles nerveux pottiques. — Névralgie intercostale ; valeur séméiologique, symptômes et diagnostic. — De l'obstruction calculeuse chronique du cholédoque (symptômes et diagnostic). — De la pleurésie diaphragmatique.

Troisième épreuve. — Question sortie : De l'anurie calculeuse.

Questions restées : Symptômes et diagnostic des anévrysmes circonscrits du creux poplité. — Variétés cliniques de la tuberculose du genou. — Du prolapsus rectal. — Spinosa ventosa de la main. — Localisations et symptômes des abcès de l'appendicite. — Arthrite blennorragique (symptômes et diagnostic).

Quatrième épreuve. — Questions sorties : Diagnostic du coma diabétique. — Diagnostic et traitement de la péritonite par perforation. — Hémorragies de l'avortement et leur traitement.

Questions restées : Diagnostic de la crise d'épilepsie. — Diagnostic de la variole à la période d'invasion. — Diagnostic de la varicelle. — Diagnostic clinique (non bactériologique) de la diphtérie. — Caractères de la dyspnée urémique, moyens à lui opposer. — Symptômes, traitement des abcès rétro-pharyngiens. — Symptômes, diagnostic de l'étranglement herniaire. — Diagnostic des fractures du rocher. — Diagnostic de l'iritis. — Contusion de l'abdomen. Indications fournies par l'examen du malade. — Comment reconnaître une grossesse à terme ? — Présentation du siège décomplété ; mode des fesses ; signes ; conduite à tenir. — Traitement de l'éclampsie dans le cours de la grossesse. — Conduite à tenir en présence des hémorragies du placenta prævia pendant la grossesse. — Auscultation du ventre dans la grossesse à terme.

Hôpitaux de province. — *Marseille.* — Le lundi 7 janvier 1901, à trois heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux.

Ce concours aura lieu devant la commission administrative, assistée d'un jury médical.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des Facultés de France, être âgés de vingt-sept ans au moins, de nationalité française, ou en mesure de justifier de leur naturalisation. Les anciens internes des hôpitaux de Marseille, âgés de vingt-six ans au moins, seront admis à concourir.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des anciens élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille ; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

Épreuves du concours. — 1. Question d'anatomie et question de physiologie.

2. Question de pathologie médicale avec les applications hygiéniques qu'elle comporte.

3. Examen clinique de trois malades atteints de maladies internes, choisis parmi ceux entrés dans les hôpitaux, à partir du jour où l'accès des salles des malades aura été interdit aux candidats.

Le compte rendu du troisième malade formera le sujet d'une consultation écrite, pour la composition de laquelle il sera accordé une heure.

Les deux premières questions seront traitées oralement, après un temps de préparation à huis clos et sans livres, qui sera déterminé par le jury.

Les candidats auront cinq heures pour traiter par écrit la question de pathologie, à huis clos et sans livres.

L'examen clinique des trois malades ne durera que trois quarts d'heure au plus.

A la fin du concours, la commission administrative délibérera sur le rapport du jury d'examen, et procédera, s'il y a lieu, à la nomination d'un médecin-adjoint.

Les médecins-adjoints forment, avec les chirurgiens-adjoints, le premier degré du corps médical des hôpitaux.

Ils doivent assurer le service des consultations gratuites. De plus, ils sont appelés, en cas d'absence ou de congé, à remplir les fonctions de médecins chefs de service, auxquels ils succèdent suivant les conditions du règlement.

Les candidats prendront connaissance des divers règlements dans le bureau du secrétariat général à l'Hôtel-Dieu. Ils signeront l'engagement d'en observer toutes les dispositions, ainsi que toutes celles que la commission administrative pourra prendre plus tard.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la commission administrative, huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

Ils auront à produire : 1° leur acte de naissance ; 2° leur diplôme de docteur ; 3° s'ils ne sont pas domiciliés à Marseille, un certificat de moralité, récemment délivré par le maire de leur résidence ; 4° les internes des villes où siègent des Facultés devront, en outre, déposer un certificat de bonne conduite, délivré par les directeurs des différents hôpitaux où ils auront fait leur service d'interne ; 5° les candidats pourront déposer leurs titres scientifiques, manuscrits, imprimés, etc., et, s'il y a lieu, une note de leurs services. Ces documents seront soumis au jury.

Écoles de médecine. — *Angers.* — A la suite du concours qui vient de se terminer, M. Ch. Martin est nommé chef des travaux anatomiques.

Dijon. — M. Hurion est chargé d'un cours de physique.

Rennes. — M. A.-C. Duhamel est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

Distinctions honorifiques. — MM. Fournial, médecin-major de deuxième classe, et Haller, médecin aide-major de première classe, sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe Reboul, du cadre de Toulon, est désigné, sur sa demande, pour servir à la prévôté du 5e dépôt des équipages de la flotte, en remplacement de M. le docteur Crozet.

— M. le médecin de deuxième classe Portes, du cadre de Lo-

rient, est désigné pour aller servir sur le *Charlemagne* (escadre de la Méditerranée), en remplacement de M. le docteur Caunac.

— M. le médecin de deuxième classe Féraud, du cadre de Rochefort, est appelé à servir à la prévôté de l'île d'Ouessant, en remplacement de M. le docteur Boudou.

— M. le médecin de première classe Caraës, du cadre de Brest, est désigné pour aller servir à la défense mobile de l'Algérie, en remplacement de M. le docteur Galbruner.

Médecine sanitaire maritime. — Des examens pour l'obtention du certificat de médecin sanitaire maritime ont lieu à Bordeaux le 15 janvier et le 15 juillet de chaque année.

Pour renseignements, écrire à M. le directeur de la Santé, à Pauilhac (Gironde).

Un examen pour l'obtention du certificat de médecin sanitaire maritime aura lieu à Marseille, le 12 novembre prochain.

Pour renseignements, écrire à M. le docteur Catelan, directeur de la Santé, quai du Port, Marseille.

Hôpital Saint-Antoine. — M. le docteur A. Béclère commencera le dimanche 4 novembre, à dix heures du matin, et continuera les dimanches suivants, à la même heure, dans la salle de conférences de l'hôpital, une nouvelle série de huit conférences sur les premières notions de radiologie, indispensables à la pratique de la radioscopie et de la radiographie médicales. — Après chaque conférence, présentation et examen radioscopique des malades.

— *Conférence d'internat.* — MM. H. Bourgeois et Dambrin, internes à l'hôpital Saint-Antoine, commenceront prochainement une conférence privée d'internat. — S'adresser à l'hôpital.

Faculté des sciences. — M. le professeur Y. Delage commencera son cours de zoologie, d'anatomie et de physiologie comparées, le mardi 6 novembre, à quatre heures, et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure. Il traitera des polypiers madréporaires et rugueux, des vermidiens, des mollusques et des procordés.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.


VÉRITABLES
GRAINS
de Santé
du docteur
FRANCK

Nº 123. — SAMEDI 27 OCTOBRE 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 27 OCTOBRE 1900. — Nº 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Revue générale. Étude clinique et thérapeutique de la thrombose du sinus latéral d'origine auriculaire, par M. P. Cornet, élève à l'École du service de santé militaire. — L'oxyde de carbone et les fumeurs, par M. F. Pommerol (de Gerzat). — Séance de la Société de chirurgie. — Médecine pratique. L'eau oxygénée dans les fistules pleurales; — Traitement de l'entérocolite muco-membraneuse par l'électricité; — Traitements modernes de la sciatique. — Revue bibliographique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Étude clinique et thérapeutique de la thrombose du sinus latéral d'origine auriculaire.

Par P. Cornet,
Élève à l'École du service de santé militaire.

« Il en est de l'ictère comme de la pleurésie, disait Trousseau, on ne sait jamais comment ils se terminent. » Cette parole du grand maître pourrait s'appliquer bien justement à l'otite moyenne : il n'est pas d'affection plus capricieuse dans son évolution, plus grave dans son pronostic. Si l'otite moyenne aiguë, survenue au cours d'une maladie infectieuse, se tarit en quelques semaines chez bien des sujets, bien des fois aussi, cette otite devient chronique, et, trop souvent abandonnée à elle-même, elle expose chaque jour le malade aux complications endocraniennes les plus graves. C'est l'une de ces complications, la thrombose du sinus latéral, dont nous voudrions donner un aperçu rapide. Cette affection, rare, il est vrai, offre au praticien un intérêt immédiat : car elle évolue en peu de jours vers la terminaison fatale, à moins que, diagnostiquée de bonne heure, elle soit traitée d'urgence par une opération chirurgicale. Nous entrerons donc dans cet article sur le terrain pratique, et rejetant de parti pris toute question bibliographique, anatomo-pathologique ou pathogénique, nous nous contenterons d'étudier le tableau clinique de la maladie, son diagnostic et son traitement. Nous nous guiderons dans ce travail sur les observations cliniques que nous avons pu faire dans la clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet, avec l'aide et l'obligeance de M. X. Delore.

I

Un premier point sur lequel nous voulons attirer l'attention est la nécessité qui s'impose de traiter les otites chroniques. Ce ne sont généralement pas les otites aiguës qui font les complications endocraniennes, ce sont les otites chroniques, surtout les otites à écoulement insignifiant, que le malade et le médecin parfois traitent par le laisser-aller. Toutes les statistiques sont d'accord à ce sujet. Sur 72 cas réunis par Hessler, entre autres, 18 fois la thrombose est survenue au cours d'une otite aiguë, 51 fois au cours d'une otite chronique. Peu importe la nature de cette otite : qu'elle ait succédé à l'otite aiguë de la rougeole ou de la grippe, qu'il s'agisse d'otite tuberculeuse, que ce soit une otite cancéreuse, partout le danger est le même, partant c'est un devoir pour le praticien de ne pas abandonner l'otorrée à elle-même. Décrire le traitement de l'otite chronique ne rentre pas dans les limites de notre sujet : nous dirons simplement qu'au premier rang des méthodes thérapeutiques, se place la désinfection directe de la caisse à l'aide de la canule de Hartmann, et les pansements secs ou humides suivant la nature de l'écoulement porté au contact de la membrane tympanique. Nous n'insisterons pas davantage, renvoyant le lecteur que cette question pourrait intéresser au livre de M. le professeur Mignon (1).

Voici donc un malade atteint d'otite chronique. D'ordinaire peu abondant, l'écoulement augmente un jour sans cause manifeste, ou sous l'influence d'un simple coryza.

Mais le malade n'y prête aucune gravité. Il s'agit là, croit-il, de l'une de ces recrudescences passagères auxquelles il est habitué. Cependant un léger malaise survient, les bourdonnements s'accentuent. Le sujet se plaint de douleurs rétro-auriculaires, et le soir la température monte un peu. La région mastoïdienne s'œdématie, les douleurs augmentent, le sillon rétro-auriculaire s'efface et les téguments de la région sont maintenant rouges et tuméfiés, la pression y est douloureuse : bref une mastoïdite a pris naissance. En effet, il est rare qu'une mastoïdite ne précède pas immédiatement la thrombose du sinus latéral. L'antre constitue pour ainsi dire une étape où les microbes s'arrêtent et pullulent avant d'arriver au contact du sinus, le plus souvent par une fissure de la table interne de l'os. Mais à cette règle, il y a des exceptions nombreuses. Bien des fois le sinus s'infecte sans qu'on puisse trouver dans l'antre une gouttelette de pus. Il existe alors une carie du rocher étendue depuis l'oreille moyenne jusqu'à la gouttière sigmoïde, et l'on trouve des perforations par où le pus de la caisse arrive directement sur le vaisseau. Ou bien le rocher est indemne, et les bacilles pénètrent dans la cavité cranienne par voie veineuse, à moins qu'ils n'empruntent des voies lymphatiques encore inconnues.

Qu'il y ait ou non mastoïdite, la thrombose du sinus latéral débute par un grand frisson. C'est un frisson analogue à

(1) Mignon. *Complications septiques des otites moyennes suppurées.*

celui de la pneumonie ou de l'érysipèle. Prend-on la température à ce moment? Le thermomètre marque 40 degrés. Le frisson s'accompagne de vomissements, de malaise, d'une grande faiblesse.

Il est suivi de sueurs, puis il disparaît. L'état général redevient parfait. Souvent même, au dire de Forselles, la température serait alors subnormale. Et les malades se lèvent pour reprendre leurs occupations. Mais quelques heures plus tard, un nouveau frisson survient, identique au premier. Et les frissons se répètent ainsi, à intervalles de plus en plus rapprochés, pendant trois, quatre, cinq jours. C'est à cette période que le médecin est généralement appelé.

D'eux-mêmes maintenant, les malades gardent le lit. Ils ressentent le plus souvent dès cette deuxième période un bien-être particulier qui contraste étrangement avec le pouls petit et rapide et la fièvre souvent considérable. C'est ce qu'on peut appeler le bien-être septique. Pourtant l'état général est mauvais. Les téguments présentent un teint pâle, subictérique, la face se couvre de sueur. Les lèvres sont fendillées, la langue est sèche, la respiration rapide. Les malades accusent de la céphalée, et cette céphalée affecte des caractères variables : chez l'un, elle est diffuse et le malade ne se plaint guère ; chez l'autre, elle siège au niveau de la fosse temporale, et son intensité est telle que le malade ne peut prendre aucun repos. Tous les signes s'accentuent de plus en plus, et voici ce que révèle à présent l'examen objectif.

Tout d'abord on peut être frappé chez certains sujets par une déviation de la tête en torticolis sterno-mastoïdien. Quand la trombo-phlébite du sinus s'est propagée à la jugulaire interne, le muscle sterno-cléido-mastoïdien peut se contracturer. Il y a un phénomène comparable à ce qui se passe dans les muscles abdominaux chez les sujets atteints de péritonite. Ce torticolis toutefois est un phénomène très rare ; il existait chez deux malades du service de M. le professeur Poncet.

En examinant la région mastoïdienne, le chirurgien peut constater une mastoïdite. Lorsque la mastoïde est indemne, la région est à peu près normale. Mais, au dire de Forselles, l'œdème serait constant, ou, s'il n'existe pas dès le début de la maladie, il survient toujours dans le courant de la première semaine, il nous semble pourtant que cet œdème symptomatique est assez rare. Mais on en conçoit aisément la possibilité : la thrombose de la veine perforante mastoïdienne suffit à la produire, et quelquefois, on perçoit à la palpation l'existence d'une petite corde indurée qui correspond à cette veine thrombosée.

Parfois aussi, le réseau veineux sous-cutané est dilaté. C'est ce qui existait nettement chez un des malades de M. le professeur Poncet. Cette dilatation porte sur les veines de de la région temporale, ailleurs même la jugulaire externe est dilatée (signe de Gerhardt). Les veines sont souples, non douloureuses. Il s'agit là non pas d'une extension de la thrombose, mais d'une circulation collatérale exagérée.

MM. Villard et Rivière ont signalé chez un malade une otorragie abondante qui survint au moment de l'anesthésie. Le sang, disent-ils, avait un aspect presque artériel, mais on en vint à bout par le tamponnement et l'autopsie montra qu'il existait en amont du caillot une perforation faisant communiquer la gouttière sigmoïde avec l'antre mastoïdien. Forselles signale aussi l'existence de thrombose avec otorragie. Mais il n'a pas constaté d'érosion dans la paroi sinusale.

Le conduit auditif présente un œdème assez marqué sur sa paroi postéro-supérieure, et il est impossible d'apercevoir la membrane du tympan.

Très fréquemment, il existe des troubles oculaires, tantôt il s'agit d'une réaction paresseuse des pupilles à la lumière, tantôt il y a de la photophobie et du larmoiement. Les troubles peuvent être plus prononcés. Jansen note l'œdème de la papille dans la moitié des cas, et pour lui la lésion est bilatérale. Dor a pu constater la dilatation des veines de la rétine. Souvent l'ophtalmoscope permet de reconnaître une névrite du nerf optique ou même une neuro-rétinite. Quelques rares malades ont présenté de l'exophtalmie double, alors même que le sinus caverneux était intact. D'autres ont offert du nystagmus binoculaire : mais d'après Jansen, ce nystagmus n'a de valeur comme signe de phlébite que si l'on peut exclure toute participation du labyrinthe ou de l'arachnoïde dans la production du phénomène.

Le chirurgien doit examiner la région carotidienne : car la thrombose du sinus se propage constamment dans la jugulaire interne. L'exploration de la région peut être rendue difficile par la vigilance du sterno-mastoïdien, qui se contracte dès qu'on tente la palpation profonde. On parvient cependant à sentir tout d'abord des ganglions volumineux qui forment une chaîne longue et épaisse ; l'adénite cervicale est pour ainsi dire la règle (1). Elle se produit même quand la jugulaire n'est pas thrombosée, et parfois les phénomènes inflammatoires vont jusqu'à la suppuration ; c'est pourquoi tel cas de thrombose du sinus a été pris au premier abord pour une mastoïdite de Bezold. Si les ganglions ne sont pas trop volumineux, on parvient à sentir au-dessous d'eux un cordon induré, qu'on localise aisément dans le paquet vasculo-nerveux du cou, parce qu'on sent à son côté battre l'artère carotide : c'est la jugulaire thrombosée. Le cordon peut s'arrêter à la partie moyenne du cou, du côté du cartilage thyroïde ; d'autres fois il descend jusqu'à l'articulation sterno-claviculaire. L'existence du cordon jugulaire impose le diagnostic. Mais il faut savoir s'en passer pour reconnaître l'affection et intervenir. Son absence a égaré Hansberg, qui a attribué les accidents cérébraux de son malade à un abcès encéphalique (Mignon).

La thrombose du sinus latéral détermine parfois des symptômes de compression du côté de plusieurs nerfs craniens ; on a cité la parésie du facial entre autres. Mais cette parésie tient probablement dans la plupart des cas à une carie du rocher. Toutefois la thrombose du bulbe de la jugulaire peut irriter et comprimer les nerfs des neuvième, dixième, et onzième paires. Dans certains cas on a trouvé ces nerfs, environnés de pus au voisinage du trou déchiré postérieur sans aucune autre lésion. Mais les troubles nerveux n'ont rien de pathognomonique : ils peuvent être produits par un abcès extradural, par une méningite, par un abcès venu de la mastoïde.

A mesure que la maladie progresse, le sujet s'affaiblit. Chose remarquable, il conserve presque toujours son intelligence intacte jusqu'à la fin. C'est là un des caractères les plus importants de la thrombose sinusienne, qui doit entrer en ligne de compte dans la discussion du diagnostic. Souvent même, il n'y a pas de délire bien que la fièvre soit très élevée. Un malade opéré par M. Delore dans le service de M. Poncet, et dont l'observation a été publiée dans la *Ga-*

(1) Collinet. Th. de Paris 1892.

zette des hôpitaux (1), en est un remarquable exemple. Il existe toutefois des formes, où l'adynamie et le coma sont assez précoces. Certains auteurs (Lebert, Sentez, Lancial, Forselles, etc.) les ont décrites sous le nom de formes typhiques, les opposant aux formes courantes de la maladie qu'ils ont appelées formes *pyohémiques*.

Si le malade est abandonné à lui-même, on ne tarde pas à voir survenir des foyers métastatiques multiples. Les plus fréquents siègent dans les membres, dans les articulations, surtout dans l'épaule, le coude, le genou, la hanche; enfin dans les poumons ou la plèvre. Beaucoup de thrombosés meurent en effet de complications pulmonaires : abcès du poumon, broncho-pneumonie, pleurésie purulente : les germes septiques, venus du sinus, arrivent dans le cœur droit, et sont lancés dans les poumons : rien d'étonnant que ces organes soient particulièrement affectés. En 1899 Dupuy a étudié une forme de thrombose qu'il dénomme forme gangréneuse à cause de l'allure particulière que prennent les abcès métastatiques. A peine un foyer s'est-il collecté que le sphacèle apparaît. Il gagne de proche en proche, détruit les parties avoisinantes, s'accompagnant de la formation de gaz et de pus fétide. L'examen bactériologique a montré que ces formes sont dues à des microbes anaérobies décrits par Veillon et Zuber.

Si le malade n'a pas encore été emporté par la broncho-pneumonie, sont état s'aggrave de plus en plus. Il maigrit. Un ictère survient avec de la diarrhée, des urines brunes et noires, et il meurt, infecté. Il meurt, emporté par une méningite ou une encéphalite. La maladie a évolué en moyenne en dix ou quinze jours. Cependant il eut des cas où la mort est venue au bout de quatre jours; d'autres où le sujet n'a succombé qu'au bout de cinq à six semaines.

Voilà comment se comporte, au point de vue clinique, une thrombose du sinus latéral non compliquée. Mais il peut exister en même temps qu'elle diverses lésions, telles qu'abcès extra-dural, méningite, abcès de l'encéphale. Les symptômes présentés par le malade sont alors des plus complexes, et souvent le diagnostic reste en suspens. La thrombose se complique-t-elle d'abcès extra-dural? L'allure de la maladie n'est pas sensiblement modifiée : les abcès extra-duraux ont en eux-mêmes une symptomatologie des plus vagues, car ils n'ont pour ainsi dire pas d'existence propre, et compliquent toujours une lésion dont les symptômes prédominent en clinique. C'est à peine si l'on peut dire ici que les troubles oculaires sont plus fréquents. Pratiquement donc le diagnostic ne se fait pas. S'agit-il d'une thrombose compliquée de méningite? Trois cas sont à distinguer : dans le premier la méningite se déclare au cours d'une thrombose en pleine évolution, dans le second thrombose et méningite évoluent parallèlement : les vomissements sont plus fréquents : mais les différences symptomatiques les plus grandes entre les thromboses non compliquées et les thromboses compliquées de méningite portent du côté des yeux; le rétrécissement de la pupille et la névrite optique sont de règle, et du côté du système nerveux; il existe un délire violent, des zones d'hyperesthésie et d'anesthésie, des crampes, des convulsions, des paralysies. Dans le troisième cas, c'est au cours d'une méningite que survient la thrombose : son apparition est marquée par des frissons violents et répétés. Lorsqu'à la thrombose se surajoute un abcès de l'encéphale, les symptômes sont tellement complexes qu'on ne saurait tracer de description clinique générale. L'une des deux affections peut du reste masquer l'autre complètement. Ce n'est que par un examen des plus minutieux qu'on peut arriver à poser un diagnostic toujours incertain.

(1) Delore. *Gaz. des hôpit.*, 1399.

Il existe enfin des thromboses sinusiennes, vraies trouvailles d'autopsie, qui ont évolué sans attirer l'attention d'aucune manière. Le patient est mort d'une broncho-pneumonie qu'on avait prise à tort pour une maladie primitive, alors qu'elle était le fait d'embolies infectieuses parties du sinus; ou bien la mort a été subite. Brouardel (1) cite l'exemple suivant : « Un homme de trente-six ans, qui avait eu en décembre et en janvier une otite moyenne, otite qu'il avait mal soignée, sans demander conseil à un médecin, vint au mois de juin dîner chez sa sœur. Après le dîner, ou fait de la musique, il joue du violoncelle. Il est pris tout à coup de suffocation violente et il meurt. A l'autopsie, on trouve dans l'artère pulmonaire un caillot volumineux qui était exactement moulé sur le tronçon resté dans le sinus latéral dont il s'était détaché sans que cependant le défunt eût fait un effort ou un mouvement violent. »

II

Voyons maintenant sur quels éléments doit reposer le diagnostic.

Si le sujet est examiné dès les premiers jours de l'affection, si les renseignements fournis sont suffisants, l'attention du médecin est aussitôt attirée du côté de l'oreille, et il songe, en présence d'un état aussi grave, à la possibilité d'une complication endocranienne. Mais le patient est-il plongé dans le coma? N'a-t-on sur son histoire aucune indication? Les plus grandes méprises sont possibles, et le diagnostic est à faire avec toutes les affections typhiques ou comateuses. La confusion se fait surtout avec la dothiénentérie et le malade, entrant à l'hôpital, est dirigé sur un service de médecine. La céphalée, l'agitation, l'anorexie, le météorisme, la fièvre font penser à tort à la fièvre typhoïde. Dans l'état général pourtant plusieurs signes peuvent mettre sur la voie du diagnostic : la température monte brusquement dans la thrombose, elle atteint d'emblée son maximum; au contraire, elle monte lentement dans la dothiénentérie, les oscillations thermiques sont beaucoup moins grandes, les frissons très rares. Dans la thrombose, il y a plutôt constipation que diarrhée; jamais il n'y a de taches rosées lenticulaires. Mais le diagnostic absolu n'est possible que par un examen des régions auriculo-mastoïdienne et carotidienne. Et l'on ne saurait trop conseiller d'y avoir recours dans tous les états comateux. Car l'otite moyenne joue un rôle considérable et souvent méconnu dans toutes les affections intracraniennes.

S'il existe une mastoïdite, il faut établir en premier lieu que les troubles généraux ne sont pas dus à cette mastoïdite; car une simple mastoïdite peut s'accompagner d'un orage méningé des plus violents, que fait immédiatement cesser la trépanation de l'apophyse. Evidemment, si la phlébite est arrivée à sa période d'état; si elle se manifeste avec tout son cortège symptomatique, son existence ne saurait faire de doute; aussi l'intérêt de la question n'est-il pas là. Ce que doit se proposer le chirurgien, c'est de savoir le moment où, derrière une suppuration des cellules mastoïdiennes, une phlébite du sinus se constitue. Le criterium, là encore, se trouve dans la température; si, au cours d'une mastoïdite,

(1) Brouardel. *Traité de la mort et de la mort subite.*

on observe une fièvre élevée et persistante, accompagnée de violents frissons, il faut se méfier, et l'indication se pose d'ouvrir la loge sinusale.

Mais les phénomènes cérébraux ne sont-ils pas imputables à une méningite ou un abcès cérébral? La méningite n'occasionne pas ces grands frissons pyohémiques, et elle a des symptômes qui la différencient nettement de la thrombose sinusienne : les vomissements si caractéristiques, la constipation, la raideur de la nuque, l'hyperesthésie plus ou moins généralisée, les contractures, le délire. Les abcès cérébraux non plus ne déterminent pas de frissons; mais il y a dissociation du pouls et de la température, convulsions, paralysies, aphasie, etc., et surtout les fonctions intellectuelles sont atteintes.

Le sinus est donc bien thrombosé. Pouvons-nous savoir jusqu'où s'étend la thrombose, pouvons-nous savoir si d'autres sinus sont atteints? Dans une certaine mesure. En pratique, on peut reconnaître une thrombose du sinus longitudinal supérieur, et une thrombose du sinus caverneux. La première se traduit par une céphalée intense et généralisée, par une douleur à la pression sur le trajet du sinus, et au point de d'émergence des veines perforantes pariétales, par une circulation collatérale très prononcée. La seconde se reconnaît à des symptômes tirés de l'irritation des nerfs de l'œil : ptosis, paralysie du sphincter de l'iris, strabisme externe, etc. Les symptômes qui traduisent la gêne de la circulation veineuse de l'orbite n'appartiennent pas en propre à la thrombose du sinus caverneux : nous avons vu que la thrombose du sinus latéral seule suffisait à les produire.

III

Il nous reste maintenant à examiner le traitement de la thrombose du sinus latéral.

Bien entendu, le traitement médical s'efface ici devant le traitement chirurgical. Ce n'est pas à dire toutefois qu'on doit le négliger : il permet au sujet de mieux lutter contre l'infection et de mieux supporter l'opération qu'il doit subir. Le malade est mis au régime lacté. On prescrit quelques potions alcooliques, du sulfate de quinine. On surveille l'évacuation régulière du tube digestif, et surtout on pratique des injections de sérum artificiel, qui provoquent la diurèse et favorisent l'élimination des toxines. Rien de spécial par conséquent : arrivons donc au traitement chirurgical, et étudions-le avec quelque détail.

Ce traitement est à l'heure actuelle assez vivement discuté, non pas que la nécessité d'une intervention fasse de doute pour personne, mais l'entente cesse lorsqu'il s'agit d'en déterminer les limites. Les interventions proposées peuvent se ranger en quatre groupes principaux :

1° Trépanation simple de l'apophyse mastoïde.

2° Trépanation suivie d'ouverture et de curetage du sinus;

3° Ligature de la jugulaire, suivie de trépanation mastoïdienne et de désinfection du sinus (méthode de Zaufal reprise par Broca et Maubrac);

4° Ligature de la jugulaire, puis du sinus latéral au pressoir d'Herophile, et seulement alors, trépanation de l'apophyse, désinfection du sinus.

1° *Trépanation simple de l'apophyse mastoïde.* — Cette méthode est à peu près rejetée par tous à l'heure actuelle, car on a reconnu qu'elle est tout à fait insuffisante. Plusieurs opérateurs comme Hecke, Knapp, Lane, Hoffmann étaient partis de cette idée que la thrombo-phlébite cesse d'évoluer quand le foyer mastoïdien, source de l'infection, est ouvert et drainé. Ils avaient enregistré quelques succès, soit que les phénomènes généraux fussent le foit de la mastoïdite, soit qu'il se fût agi d'une phlébite sinusienne sans caillot oblitérant, susceptible encore de rétrocéder. Mais en tenant une pareille conduite, on court les risques d'abandonner un caillot en voie de suppuration qui sera la source d'embolies infectieuses, et qui pourra infecter les méninges par contiguité.

2° *Trépanation mastoïdienne avec ouverture du sinus.* — C'est une loi de chirurgie générale que l'on doit donner issue au pus, partout où il se trouve. Le sinus renferme ici un caillot purulent ou en voie de suppuration. Il faut donc aller à lui pour l'évacuer et cureter ses parois. « Donc aborder largement le sinus latéral, l'ouvrir même, il n'y a plus de quoi faire trembler les chirurgiens modernes » (Broca et Maubrac). L'ouverture du sinus n'est pas dangereuse en elle-même. Heiman dit ne jamais avoir eu d'accidents chaque fois qu'il a blessé le sinus au cours d'une opération, sauf chez un homme de cinquante-six ans, atteint de néphrite chronique et d'otite aiguë. L'ouverture du sinus n'est plus discutable à l'heure actuelle. Ne pas l'ouvrir serait irrationnel. Mais quand on ouvre un vaisseau du volume du sinus latéral, un vaisseau dont les parois restent béantes à la coupe, il faut craindre l'entrée de l'air dans le bout central du vaisseau; et, dans le cas présent, il faut redouter qu'en mobilisant le thrombus, on ne fasse pénétrer dans le torrent circulatoire des matières septiques. Pour parer à ces inconvénients Zaufal (de Prague) a proposé pour la première fois la ligature de la jugulaire dans les interventions sur le sinus latéral.

3° *Méthode de Zaufal reprise par Broca et Maubrac.* — En France, cette ligature a été chaudement défendue par Broca et Maubrac. Elle a été exécutée avec succès dans le service de M. le professeur Poncet par M. X. Delore. Dans la méthode de Zaufal, le premier temps de l'intervention consiste à lier la jugulaire. Ceci fait, on pratique la trépanation de la mastoïde, puis on ouvre le sinus qu'on nettoie, qu'on désinfecte. Un tamponnement dans le bout périphérique arrête l'hémorragie considérable qui se produit dès que la perméabilité du vaisseau est rétablie. Mais la ligature de la jugulaire n'est pas admise par tous à l'heure actuelle. Salze, Schwartze, Rohden, Krestschmann, Jansen, Mignon sont loin de la considérer comme un temps opératoire indispensable. Passons donc en revue ses avantages et ses inconvénients.

En général, la ligature de la jugulaire n'est pas une opération grave en soi. La chose est surtout vraie pour les malades qui nous occupent, chez qui le calibre du vaisseau s'est peu à peu rétréci, et a fini par disparaître. C'est à peine si, au moment de la ligature, on observe un peu de cyanose de la face. La circulation collatérale se rétablit très rapidement d'une façon parfaite. Mais si la ligature est portée sur un vaisseau normal ou seulement atteint de légères lésions de phlébite, on peut observer des accidents mortels. Rohrbach, Kummer ont perdu des malades dans ces conditions, l'autopsie montra une congestion cérébrale intense, avec épanchement dans les ventricules. Nous pouvons donc retenir que la ligature de la jugulaire doit être seulement pratiquée dans les cas où elle est de toute nécessité. « On peut dire que c'est sagesse de ne pas fermer la jugulaire avant d'avoir vérifié *de visu* le diagnostic de thrombose suppurée du sinus » (Mignon).

Reste à examiner les cas où la ligature est nécessaire.

La ligature de la jugulaire répond, nous l'avons vu, à deux indications principales : couper la route aux embolies gazeuzes, et arrêter les embolies septiques.

La ligature de la jugulaire empêche d'une façon absolue l'entrée de l'air dans le système veineux ; le fait est indiscutable. Körner a rapporté dans ces derniers temps un cas d'aspiration de l'air par le sinus latéral ouvert, et la mort survint aussitôt. Mais supposons que la thrombose ait gagné la veine jugulaire. Si la thrombose n'a pas dépassé le bulbe, il est possible d'enlever tout le caillot par la voie mastoïdienne et dès lors l'indication de lier la jugulaire est formelle. Une désinfection complète du sinus est possible à cette seule condition : car le chirurgien est sûr de rester ainsi à l'abri de l'embolie gazeuze. Mais si la thrombose a dépassé le bulbe, on ne peut l'extirper complètement par la voie mastoïdienne. Il faudrait arriver sur le segment supérieur de la veine par la voie parotidienne ; or la chose est bien difficile. La lumière du vaisseau sera donc toujours obturée par un caillot sur une certaine longueur et une ligature dans ces conditions ferait double emploi. Si maintenant la veine est thrombosée sur toute sa hauteur, la ligature ne pourra porter qu'en plein caillot, et là encore quelle sera son utilité? Pourquoi prolonger et aggraver sans motif une opération sur un malade affaibli déjà? Tout le monde sait qu'une complication opératoire est une grosse faute. Évidemment, si le caillot de la jugulaire suppure, si les phénomènes inflammatoires du côté de la région carotidienne nécessitent en eux-mêmes l'intervention du chirurgien, il peut être indiqué de porter une ligature sur le vaisseau à base du cou, pour s'opposer à l'entrée de l'air au moment où l'on ouvre le vaisseau. Mais comme il est réduit le plus souvent à un cordon filiforme et dur au-dessous du thrombus, avant de porter la ligature, encore faut-il s'assurer de sa perméabilité. Et c'est dans le cas seulement où la perméabilité persisterait en bas, qu'on porterait un fil sur la jugulaire.

Examinons la deuxième indication de la ligature, c'est-à-dire la ligature envisagée comme barrière des embolies septiques. De toutes les veines de la région, la jugulaire est certainement celle qui offre le passage au plus grand nombre de matières infectieuses. Mais pour que la ligature ait à ce point de vue un rôle réellement efficace, il faudrait pouvoir l'exécuter en amont des gros troncs veineux qui se joignent à elle au niveau de la région parotidienne, sinon les éléments pathogènes pénétreront aisément par cette voie dans la circulation générale. Sans cette condition, la ligature n'aura qu'un rôle illusoire et la résection de la veine entre les deux fils ne modifiera pas la situation. « Or trop d'écueils protègent l'accès de la jugulaire au-dessous de la parotide pour que beaucoup de chirurgiens osent s'aventurer dans cette région » (Mignon). Et du reste tant de voies en dehors de la jugulaire peuvent verser des embolies septiques dans l'organisme : les veines profondes du cou, les sinus craniens, etc., qu'on se demande si la ligature, à ce point de vue, n'est pas encore une superfétation.

4° *Méthode de Jones-Chipault.* — C'est ainsi que Jones eut l'idée, pour isoler d'une façon plus complète le segment du sinus infecté, de compléter l'opération de Zaufal par la ligature du sinus tranverse au niveau du pressoir d'Héophile.

Cette méthode a été reprise en France par Chipault, qui s'en est fait le défenseur ardent, et Chipault préconise l'opération en trois temps : ligature de la jugulaire interne, ligature du sinus transverse, ouverture et drainage du sinus. On s'opposerait en outre par cette méthode à l'hémorragie abondante qui accompagne les interventions sur le sinus. Mais on peut répondre que, par le tamponnement, on se rend maître du sang avec la plus grande facilité. Et avec un tamponnement bien fait, les hémorragies secondaires ne sont jamais très redoutables et peuvent être aussi facilement arrêtées. La ligature d'autre part n'arrête pas complètement les embolies septiques : car pour réaliser ce but d'une façon absolue, il faudrait réséquer le sinus. Or réséquer le sinus, c'est ouvrir la séreuse arachnoïdienne, et l'exposer à une infection directe par le foyer purulent voisin : en somme c'est faire courir au malade les risques d'une méningite. Et puis la thrombose envahit souvent le confluent et le dépasse : à quoi bon alors scinder le caillot en deux parties par une ligature dont l'une, celle qui reste au delà du fil, conservera ses propriétés infectieuses?

IV

Quelle sera donc la conduite à tenir en face d'une thrombose du sinus latéral? De la discussion qui précède, elle peut, nous semble-t-il, se résumer dans les propositions suivantes :

1° Si la veine jugulaire est indemne, on fera l'opération en trois temps :

α. Trépanation de la mastoïde, mise à nu du sinus, après s'être assuré *de visu* qu'il existe une thrombose.

β. Pratiquer la ligature de la jugulaire.

γ. Ouvrir ensuite le sinus, extraire le caillot, arrêter l'hémorragie et faire un curetage soigné.

2° Si la veine jugulaire est thrombosée, on doit distinguer deux cas :

a. La veine jugulaire ne renferme pas de caillot suppuré, ce dont on s'assure par l'examen de la région carotidienne, et l'intervention se réduit aux premier et troisième temps de l'opération précédente.

b. Si la veine renferme du pus, après avoir désinfecté le sinus, on la mettra à nu. Est-elle thrombosée dans toute son étendue? On l'ouvrira et la drainera. Sa lumière est-elle conservée à sa partie inférieure? On posera une ligature au-dessous du thrombus, et on interviendra alors sur le caillot suppuré.

L'OXYDE DE CARBONE ET LES FUMEURS

Par M. Pommerol (de Gerzat).

Certains auteurs affirment que le tabac est doué de dangereuses propriétés ; d'autres le trouvent absolument inoffensif. On cite des octogénaires, des centenaires même qui sans inconvénient ont usé chaque jour et en quantité de la plante narcotique. Tout le monde en revanche est d'accord pour affirmer que la nicotine est une substance irritante et toxique. Elle enflamme, elle irrite les muqueuses buccale et laryngienne, elle provoque la stomatite aphteuse et ulcéreuse, l'enrouement, l'aphonie. Elle cause des brûlures œsophagiennes, (pyrosis), des gastrites qui commencent par le simple embarras de l'estomac pour finir par l'ulcère simple ou le cancer. On a mis encore à son compte certains phénomènes nerveux, tels que l'affaiblissement de la mémoire, les névralgies, les vertiges, les hallucinations, etc.

Mais dans le tabac fumé, la nicotine n'est pas le seul agent toxique ; il en est un autre tout aussi dangereux, et qui n'a pas été encore signalé, du moins à notre connaissance. J'ai été souvent frappé de l'analogie qui existe au

point de vue pathologique entre les grands fumeurs de cigarettes et les personnes soumises tous les jours aux émanations du charbon incandescent, comme les cuisinières, les repasseuses qui se servent du potager ou du réchaud dans l'intérieur même des appartements. Même chloro-anémie chronique, même inappétence, mêmes phénomènes cérébraux et névralgiques. La dissociation de certains groupes d'idées, la paresse de l'intelligence, l'affaiblissement de la mémoire, la somnolence invincible existent dans les deux cas.

Observez attentivement les fumeurs de cigarettes; presque tous respirent vivement la fumée odorante, et c'est une erreur de croire que les gaz provenant de la combustion du tabac et du papier, se mêlant à l'air inspiré, ne descendent pas jusqu'aux dernières ramifications bronchiques. L'oxyde de carbone existe dans la fumée du tabac, comme dans toute fumée; il y est même en grande quantité. Comment supposer que ce gaz si toxique, même quand l'air n'en contient que quelques millièmes, ne le sera plus quand il sera aspiré avec la fumée du tabac?

Les fumeurs de cigarettes en ressentent immédiatement l'action, quand, le matin, ils tirent et *avalent* leurs premières bouffées. One st d'abord comme étourdi; l'accoutumance survenant, la sensation passe bientôt, mais l'empoisonnement du sang n'en existe pas moins. L'oxyde de carbone passe dans le torrent circulatoire en même temps que l'oxygène, en vertu des propriétés endosmotiques de la muqueuse pulmonaire. On sait que ce gaz est un des agents les plus puissants pour produire la déglobulisation du sang et causer des anémies profondes. C'est surtout à lui qu'il faut attribuer les phénomènes cérébraux et nerveux, conséquences de l'altération du sang.

On comprend facilement pourquoi la fumée de la pipe est moins toxique que celle de la cigarette, c'est que le fumeur de pipe n'aspire pas la fumée. Celle-ci n'arrivant pas en contact avec la muqueuse bronchique, l'absorption de l'oxyde de carbone n'a pas lieu. On comprend aussi pourquoi les maîtres, les garçons de café, les consommateurs qui résident des journées entières dans des salles enfumées par le tabac, finissent par éprouver tous les symptômes de la chloro-anémie, comme ceux qui sont soumis journellement aux vapeurs d'oxyde de carbone.

L'usage de la cigarette est presque impossible à faire cesser. Il en est de même pour l'alcool, la morphine, l'éther et tous les excitants cérébraux. J'indiquerai un moyen que j'ai quelquefois prescrit aux malades pour les corriger de leur défaut. D'abord, suppression absolue et instantanée de la cigarette, destruction de tous les ustensiles ou engins du fumeur. Il faut à tout prix, ensuite, remplacer la sensation particulière et âcre de la fumée sur les muqueuses buccale et pulmonaire par un dérivatif. J'ordonne, dans ce but, de laisser fondre lentement dans la bouche de petits fragments de ces larges pastilles de *pipermente*, qu'on trouve dans toutes les pharmacies. L'air aspiré se charge des émanations fortes et balsamiques de la menthe poivrée, qui remplacent jusqu'à un certain point la sensation qu'on éprouve avec la fumée du tabac. Il faut en même temps que le malade prenne un peu plus que d'habitude de l'alcool, du vin, du café, pendant ou après ses repas. Ainsi, le cerveau n'est pas subitement privé de son excitant habituel, et la cessation de l'usage du tabac est moins difficile à supporter. Avec cette médication simple et quelques conseils vigoureux pour soutenir la volonté, on arrive à se guérir en quelques semaines d'une habitude qui présente, au point de vue de la santé, les plus grands inconvénients.

J'ai fait de nombreuses observations sur les malaises des fumeurs, et j'en ai guéri quelques-uns de leur funeste penchant. Je suis persuadé que la nicotine est moins meurtrière que l'oxyde de carbone. Elle provoque surtout des phénomènes d'irritation et d'inflammation locale, mais non la déglobulisation du sang et la cachexie particulière des fumeurs de cigarettes.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(24 OCTOBRE 1900)

La Société de chirurgie a repris la discussion sur l'**asepsie**. M. Walther a fait connaître le résultat d'expériences qu'il a faites à la Maison Dubois avec le concours de MM. Widal et Ravau. Ces expériences ont porté sur l'examen des mains lavées avant l'opération. M. Walther se lave les mains en les soumettant successivement aux opérations suivantes : lavage à l'eau chaude, savonnage, brossage, passage à l'alcool, au permanganate et au bisulfite, nouveau lavage à l'eau chaude bouillie, nouveau passage à l'alcool et assèchement avec une compresse aseptique. L'examen par les cultures a été fait 19 fois après lavage dans ces conditions; il y a eu 18 résultats négatifs et 1 seul positif. Six fois l'examen des mains a été fait au cours de l'opération; il y a eu 5 résultats négatifs; 1 seule fois le tube a cultivé. De même pour l'examen de la peau de la région à opérer, 5 résultats négatifs, 1 seul positif.

Quelle est la conclusion que M. Walther tire de ces faits? C'est que, contrairement à ce qu'a dit M. Quénu, malgré les nombreuses causes d'infections qui se trouvent autour d'une opération, les mains peuvent être suffisamment lavées et rester stériles pour que le danger d'infection venant d'elles soit bien minime.

Sans doute, ajoute M. Walther, les gants sont d'une désinfection plus facile, mais il est incontestable que les mains gantées sont plus inhabiles que les mains nues. Aussi M. Walther ne s'en sert-il que pour les opérations septiques.

Remarquons que cette discussion aura eu pour effet d'amener beaucoup de chirurgiens à cette pratique qui consiste à se servir des gants pour les opérations et les touchers septiques. C'est là un progrès réel.

Après M. Walther, c'est M. Quénu qui a été appelé à la tribune pour y lire sa réponse à ses collègues. Cette nouvelle communication de M. Quénu est un document important; c'est l'histoire complète de cette période de transition de l'antisepsie à l'asepsie. Il rappelle que c'est à M. Terrier que l'on doit les premières applications de l'asepsie en France. C'est en effet dans son service, en 1888, que fut installé le premier autoclave. M. Quénu rappelle également que l'asepsie est née d'une doctrine scientifique. On est assez facilement arrivé à réaliser cette asepsie pour les instruments, les pièces de pansement, les fils, etc. Mais il reste encore une source d'infection, c'est la difficulté d'une asepsie certaine et constante des mains. C'est là un dernier pas à franchir pour arriver à l'asepsie chirurgicale idéale, exactement comparable à l'asepsie du laboratoire. C'est dans cet ordre d'idées, que, depuis longtemps déjà, M. Quénu poursuit ses recherches et il faut lui rendre cette justice qu'il l'a fait avec une conscience, une rigueur toutes scientifiques : il rappelle donc ses travaux antérieurs sur ce sujet et répond à ses différents collègues, à MM. Bazy, Delbet,

Lejars, Tuffier, Broca, Lucas-Championnière, Terrier, etc.

La question revient toujours à ceci : est-il possible de stériliser complètement des mains infectées? Certainement, répondent les uns ; suffisamment, disent les autres, pour écarter tout danger; beaucoup plus difficilement qu'on pourrait le croire soutiennent M. Quénu et ses partisans, et c'est pourquoi il faut avoir recours à des gants qu'il est toujours possible de stériliser. En effet, ainsi que le fait remarquer M. Quénu, il ne suffit pas de prouver, comme l'ont fait MM. Delbet, Walther et bien d'autres, que l'on peut arriver à se stériliser assez facilement les mains, il faudrait prouver qu'elles peuvent l'être constamment sans exception.

Et bien cela est théoriquement et pratiquement impossible; car, il suffit d'une seule fois où cette stérilisation ne pourra être obtenue, pour qu'il y ait danger de mort. Le devoir du chirurgien est donc de mettre tout en œuvre pour arriver à cette stérilisation complète, constante, certaine et, jusqu'ici, ce qu'on a encore trouvé de mieux pour cela, ce sont les gants de caoutchouc. Gantez-vous donc, déclare M. Quénu, et vous arriverez à rapprocher ainsi le plus possible l'asepsie chirurgicale de l'asepsie idéale de laboratoire. A ces considérations théoriques, M. Quénu ajoute des résultats statistiques qui les confirment.

S'il n'a pas rallié à cette opinion tous ses collègues de la Société de chirurgie, il leur a tout au moins donné l'éveil et les a incités à ne pas trop s'endormir dans une sécurité trompeuse. Il est bien certain qu'on se lave mieux les mains depuis cet appel de M. Quénu et ses communications à la Société de chirurgie, n'auraient-elles eu que ce résultat, qu'il faudrait encore l'en louer et l'en remercier.

Au début de la séance, à propos du rapport de M. Tuffier sur une observation de M. Charcot, M. Hartmann a fait une petite conférence sur les **anastomoses intestinales**; et surtout sur la distinction qu'il faut faire entre l'entéro-anastomose et l'exclusion intestinale.

En présence d'une tumeur avec occlusion intestinale, l'opération de choix pour M. Hartmann est l'entéro-anastomose. Cette opération donne de très grandes améliorations et, en cas de cancers, des survies très appréciables. Dans les cas de cancers, M. Hartmann conseille de ne pas faire l'exclusion en deux points trop rapprochés du néoplasme. Il fait des bouches anastomotiques très larges; il se passe le plus possible de coprostase et s'applique à opérer extra-péritonéalement; enfin, il ne fistulise pas la portion intestinale située au-dessus de l'obstacle; cette soupape de sûreté lui paraît inutile. Telle est la pratique de M. Hartmann en matière d'anastomoses intestinales.

M. Terrier prend la parole à ce sujet : quand on se trouve en présence d'une simple bride ulcérée, on peut faire l'anastomose très près de la bride; mais quand il s'agit d'une tumeur végétante, il faut alors faire l'exclusion totale de l'intestin, c'est-à-dire la fermeture des deux bouts, et on peut alors ultérieurement faire l'ablation de l'intestin exclu. M. Terrier rapporte plusieurs faits empruntés à sa pratique.

Comme présentation, signalons un **rein tuberculeux**, apporté par M. Albarran. Ce rein, qu'il a enlevé, ne donnait lieu à aucun symptôme appréciable; examiné à l'œil nu, il n'offre, au premier abord, rien de particulier. Il était donc de toute impossibilité de faire le diagnostic de tuberculose rénale autrement que par le cathétérisme uretéral.

Ce malade est aujourd'hui complètement guéri.

Ce fait, dans sa simplicité, en dit plus que bien des discours et plaide vigoureusement en faveur de l'opinion soutenue par M. Albarran sur l'utilité du cathétérisme uretéral.

MÉDECINE PRATIQUE

L'eau oxygénée dans les fistules pleurales.

M. Stouffs rapportait récemment, à la Société médico-chirurgicale du Brabant, l'observation d'une malade de dix-huit ans, atteinte depuis plusieurs mois d'une pleurésie purulente avec fistules.

La malade étant dans un état de cachexie profonde, M. Stouffs jugea prudent, avant d'intervenir chirurgicalement, d'essayer de modifier l'état local et de relever l'état général.

C'est alors qu'il eut l'idée de faire des lavages à l'eau oxygénée.

Sous l'influence de ce traitement, d'abord institué matin et soir, puis seulement une fois par jour, la suppuration diminua pour devenir insignifiante au bout d'une dizaine de jours. L'état général se modifia également d'une façon très rapide et la malade guérit.

M. Stouffs pense que, « pour employer l'eau oxygénée en injection dans les cavités et surtout dans la plèvre, il faut toujours être assuré de son retour, sans quoi le développement brusque de l'oxygène peut amener une tension très forte de la cavité, une douleur très vive, des accidents. »

Traitement de l'entérocolite muco-membraneuse par l'électricité.

M. le professeur Doumer (de Lille) a présenté, à la Société d'électrothérapie, un nouveau traitement de l'entérocolite muco-membraneuse. Il emploie comme agent thérapeutique le courant continu. Il utilise une batterie galvanique capable de produire 100 milliampères. Les électrodes de 6 centimètres de diamètre sont recouvertes d'une triple épaisseur de peau de chamois et trempées dans de l'eau très chaude, afin de pouvoir utiliser des intensités de courant très élevées, sans produire des escares cutanées. Les électroïdes, reliées à un galvanomètre, sont appliquées : l'une dans la fosse iliaque droite, l'autre dans la fosse iliaque gauche, très près de l'arcade crurale. On débite le courant progressivement, et on peut aller jusqu'à 70 et 80 milliampères. M. Doumer affirme que ces intensités sont bien supportées et ne provoquent pas de douleur marquée. Toutes les minutes, on fait un renversement de courant, qu'on a eu soin de redescendre à 40 milliampères pour éviter la production d'un choc. La durée de la séance est de dix minutes. Au début, on fait une séance chaque jour. Plus tard, trois fois par semaine. La durée du traitement est de un mois et demi environ. M. Doumer possède des observations de malades guéries depuis plusieurs mois par ce nouveau traitement, qui n'exige que fort peu de connaissances en électrothérapie.

Traitements modernes de la sciatique.

Sous ce titre M. Lesmes Rodriguez rapporte, dans *Los nuevos remedios*, quelques nouvelles médications préconisées contre la sciatique. Les voici d'après le *Journal de neurologie* :

M. Lesmes Rodriguez rappelle d'abord les essais que Crocq a faits avec l'ichtyol, administré à l'intérieur sous forme de capsules de 10 centigrammes (six à huit capsules par jour), et à l'extérieur en frictions sur la partie endolorie dans des liniments où il est associé au baume tranquille, au chloroforme.

Un autre mode de traitement également préconisé par M. Crocq consiste en injections hypodermiques de gly-

cérophosphate de soude en solution à 25 p. 100 dans l'eau distillée. MM. Robin et Billard reconnaissent l'action utile des glycérophosphates dans le traitement de la sciatique; mais ils préfèrent employer un mélange de plusieurs glycérophospates. Ils conseillent une solution de :

Glycérophosphate de chaux...	4	centigrammes.
— magnésie.	4	—
— potasse..	4	—
— soude....	13	—
Eau distillée..................	1	gramme.

pour une injection.

Ces solutions doivent être préparées avec toutes les précautions aseptiques et conservées dans des ampoules de verre pour éviter leur altération.

On fait une à quatre injections par jour le plus près possible de l'endroit douloureux. Cette opération n'est généralement pas douloureuse. Ce traitement est continué huit à dix jours et donne très souvent de bons résultats. Si cependant au bout de ce laps de temps la douleur ne s'est pas amendée, il faut y renoncer et chercher d'autres moyens thérapeutiques.

On peut avoir recours au baume de copahu. On prétend avoir obtenu quelques succès en en faisant prendre au malade L à LX gouttes par jour.

M. Furnée a obtenu un certain nombre de guérisons par la cautérisation de la peau sur le trajet du nerf sciatique avec l'acide chlorhydrique. Ces cautérisations sont assez douloureuses.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Tableaux synoptiques d'anatomie topographique et chirurgicale, à l'usage des étudiants et des praticiens (1), par M. Boutigny, ancien interne des hôpitaux.

L'étude de l'anatomie est la base même de la médecine, ce qui légitime le travail de deux années consacrées à cette branche au début des études médicales. Son enseignement est avant tout un enseignement *pratique*, mais ce qui fait que les étudiants manquent en général leurs préparations, c'est qu'ils vont au hasard du scalpel, sans connaître la région qu'ils étudient ni les organes qu'ils rencontrent.

Il est donc de toute nécessité, s'ils veulent profiter, d'apprendre, chez eux, avant chaque séance, la partie du corps qu'ils dissèquent; malheureusement, les livres classiques sont pour les débutants beaucoup trop complets; ils peuvent même rebuter certaines intelligences avides de s'instruire.

Or, s'il y a une branche des sciences médicales susceptibles de se plier aux exigences de tableaux synoptiques, c'est assurément l'étude de l'anatomie, une des sciences biologiques qui, par sa constance et son uniformité, se rapprochent le plus des sciences abstraites, facilement schématisables. Il est donc permis de compter sur ce caractère de simplicité relative pour en donner une idée d'ensemble.

Ces tableaux n'ont pas d'autre but que d'aider le travail de la médecine en rappelant, à propos de chaque organe, son origine, sa direction, sa terminaison, ses connexions, etc.

Cette idée de mettre la médecine en tableaux synoptiques a obtenu un grand succès : les premiers volumes publiés, il y a un an à peine, en sont déjà à leur deuxième édition. La collection Villeroy comprend des *Tableaux synoptiques de pathologie interne*, de *pathologie externe*, de *thérapeutique*, de *pathologie générale*, de *diagnostic*, de *symptomatologie*, d'*anatomie* (2 vol.), de *médecine opératoire*, d'*obstétrique* et d'*hygiène*.

(1) Gr. in-8° (Collect. Villeroy), 176 p., 117 fig., Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Diagnostic et traitement des maladies de la peau (1), par M. C. Barbe, chef du laboratoire dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis, préface de M. Gaucher, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Par les fonctions qu'il remplit depuis huit ans à la clinique dermatologique de l'hôpital Saint-Antoine, par ses études et ses travaux antérieurs, M. Barbe était mieux préparé que tout autre pour écrire un ouvrage élémentaire sur les maladies de la peau. Certes, les traités de dermatologie ne manquent pas et tout récemment encore MM. Hallopeau et Leredde viennent de publier un magistral traité de dermatologie; ils ont tous leur utilité, mais je n'en connais pas qui soit conçu comme celui-ci dans un but exclusivement pratique. Que demandent l'étudiant et le praticien? Un livre concis et précis, à l'aide duquel ils puissent reconnaître et traiter les maladies cutanées. C'est ce livre qu'a composé M. Barbe.

Ce manuel de diagnostic et de thérapeutique des maladies cutanées comprend deux parties.

La première a trait au diagnostic général, c'est-à-dire à la manière d'interroger le malade et surtout de l'examiner avec tous les moyens naturels ou artificiels dont nous disposons, et à la thérapeutique générale, qui comprend toutes les médications employées contre les maladies cutanées et toutes les petites opérations dermatologiques.

La seconde partie concerne le diagnostic et le traitement de chaque maladie. Dans cet exposé des différentes dermatoses, l'auteur a suivi la classification morphologique, qui est la plus simple. Les lésions élémentaires primitives de la peau forment autant de chapitres distincts; chaque chapitre comprend des articles différents en rapport avec les données étiologiques.

A propos de chaque dermatose, l'auteur a décrit aussi complètement que possible les caractères de chacune d'elles, caractères qui permettent d'en faire le diagnostic; puis il a insisté sur le diagnostic différenciel des maladies de la peau entre elles.

Quant à la thérapeutique cutanée, il s'est appliqué à décrire longuement les traitements qui ont fait déjà leurs preuves.

Conférences pour l'externat des hôpitaux de Paris, anatomie, pathologie et petite chirurgie (2), par J. Saulieu et A. Dubois, internes des hôpitaux de Paris.

Deux internes des hôpitaux de Paris, MM. Saulieu et Dubois, ont réuni un choix des questions d'anatomie, de pathologie et de petite chirurgie, que chaque année les médecins et chirurgiens des hôpitaux posent aux candidats du concours de l'externat et dont ils jugent, par là même, la connaissance indispensable aux jeunes gens qui vont débuter dans la pratique hospitalière.

Le programme de l'externat comporte tout d'abord une question d'anatomie descriptive. Chaque question est traitée aussi complètement que possible et exposée de façon claire et intelligible.

On a toujours choisi un plan logique : par exemple, pour exposer les rapports des organes, les auteurs procèdent par voie de dissection ou par voie chirurgicale. Ils mettent bien en saillie les grandes lignes anatomiques, classiques, ainsi que les points anatomiques qui éclairent les faits pathologiques, ceux qui ont de l'importance au point de vue opératoire.

En pathologie, ils ont donné la préférence à un plan cli-

(1) In-16, 331 p. Prix : 5 francs. — J.-B. Baillière et fils.

(2) Gr. in-8°, 720 p., 200 fig., publié en 15 fasc. bi-mensuels. Prix du fasc. : 1 franc. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

nique, dans lequel ils montrent les symptômes sous l'ordre où on les rencontre dans l'examen d'un malade. Ils notent l'aspect général, les signes fonctionnels et généraux, l'examen local par l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation, la mensuration, s'attachant surtout à mettre en relief les symptômes importants par leur fréquence, leur valeur diagnostique, pronostique ou thérapeutique.

Précis d'ophtalmologie journalière (1), par MM. H. Puech et C. Fromaget, anciens chefs de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Si les traités d'ophtalmologie à l'usage des spécialistes abondent, il n'en est pas de même des manuels pratiques pour les étudiants et les praticiens. C'est cette lacune qu'ont voulu combler MM. Puech et Fromaget : éloignant les affections rares, dont le diagnostic exige la science d'un spécialiste, ils présentent, sous un aspect clinique saisissable, en insistant tout spécialement sur le diagnostic et le traitement, les affections oculaires les plus répandues, qu'ils passent ainsi successivement en revue dans les chapitres suivants :

Paupières. — Conjonctive. — Cornée. — Sclérotique. — Iris. — Glaucomes. — Cristallin (cataractes). — Corps vitré. — Choroïde. — Rétine. — Nerf optique. — Voies lacrymales. — Orbite. — Appareil moteur (strabisme, diplopie, paralysies).

Ce qui différencie ce nouveau précis d'ophtalmologie de tous tes traités ou résumés qui ne peuvent être lus avec fruit que par les spécialistes, c'est qu'il peut être consulté par tous les praticiens.

Les auteurs, anciens chefs de clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Bordeaux, avaient une compétence toute spéciale pour écrire ce précis.

Formulaire d'hydrothérapie et de balnéothérapie (2), par M. O. Martin, ancien chef de clinique médicale à l'Université de Lyon.

L'hydrothérapie n'est pas un traitement d'exception dans une catégorie très limitée de maladies. C'est, au contraire, un mode de traitement dont le concours est indispensable ou tout au moins utile dans un grand nombre de cas. La place de plus en plus grande qu'occupe l'eau dans les pratiques d'hygiène journalière a contribué du reste pour beaucoup au développement de l'hydrothérapie. Mais l'hydrothérapie hygiénique ne peut être assimilée à la véritable cure médicale par l'eau. Il faut que le médecin *formule* lui-même la *prescription hydrothérapique* de la façon la plus complète. M. O. Martin, ancien chef de clinique médicale de la Faculté de Lyon, dont nous publiions récemment une Revue générale sur le même sujet, rend un grand service aux médecins non familiarisés avec la technique hydrothérapique, en mettant entre leurs mains un formulaire qui leur permettra d'avoir présentes à l'esprit les ressources que peut leur offrir l'hydrothérapie et d'en faire bénéficier leurs malades dans la plus large mesure.

Voici un aperçu des matières traitées dans ce formulaire d'hydrothérapie :

Hydrothérapie froide. — *Hydrothérapie générale :* procédés sans percussion et avec percussion. *Hydrothérapie froide générale :* cas où il convient d'employer l'eau tiède. *Hydrothérapie froide locale :* procédés sans percussion et avec percussion. *Matériel hydrothérapique.*

Hydrothérapie chaude. — *Hydrothérapie chaude générale :* procédés sans percussion et avec percussion. *Hydrothérapie chaude :* applications locales; procédés employant l'eau à l'état de vapeur.

(1) In-16, 368 p., avec fig. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-18, 252 p. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Hydrothérapie combinée. — Hydrothérapie interne et adjuvants de l'hydrothérapie. Procédés combinant l'hydrothérapie froide et chaude. Hydrothérapie interne. Adjuvants de l'hydrothérapie.

Thérapeutique hydrothérapique. — Considérations générales sur la cure hydrothérapique. Comment on formule les prescriptions hydrothérapiques. L'hydrothérapie dans les affections chirurgicales et en gynécologie. L'hydrothérapie dans les maladies internes. L'hydrothérapie nans le traitement des maladies infectieuses aiguës.

Bicyclette et organes génitaux (1), par M. O'Followel. Préface de M. Lucas-Championnière, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine.

Très au courant de tout de qui concerne le sport et l'usage de la bicyclette, M. O'Followel a fait sur la question qu'il expose une enquête très scrupuleuse. Son livre écrit de bonne foi, sans idée préconçue, est le résultat d'une observation méthodique des faits. Grâce à un chapitre consacré à l'anatomie des organes génitaux, l'ouvrage sera lu avec fruit, non seulement par les médecins, mais encore par tous ceux qu'intéressent ces questions si importantes de l'influence de la bicyclette sur le système urinaire (urètre, vessie, rein), sur les organes génitaux de l'homme (testicules, vésicules séminales, prostate), sur l'appareil génital interne de la femme (matrice, ovaires, trompes) et surtout son appareil génital externe. Le lecteur y trouvera aussi de précieux renseignements sur l'âge auquel on doit commencer l'exercice de la bicyclette, sur la selle, sur le vêtement, etc.

Du reste la préface élogieuse consacrée à ce livre par M. Lucas-Championnière, l'éminent chirurgien de l'Hôtel-Dieu, nous dispense de recommander davantage ce travail si intéressant et si conscienceux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — *Candidats militaires.* — Séance du 25 octobre. — Question orale : « Arrière-cavité des épiploons; — Symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. »

MM. Halbron, 19 + 24 = 43; Mauban, 18 + 24 = 42; — Fouquet, 17 + 25 = 42; — Le Gambier, 18 + 22 = 40; — Lardennois, 14 + 25 = 39; — Français (Henri), 15 + 20 = 35; — Leh, 9 + 22 = 31; — Nandrot, 9 + 19 = 28; — François, 10 + 17 = 27; — Israëls de Jong, 1 + 18 = 19.

La prochaine et dernière séance pour les militaires aura lieu samedi à quatre heures, à l'Administration centrale.

Candidats non militaires. — Pathologie. — Séance du 23 octobre : MM. Pécharmant, 15; Bloch (Maurice), 14; Louste, 13; Thaon et Tillaye, 12; Delille, 11; Papillon et Patry, 7; Chaix, 6.

Séance du 24 octobre : M. Camus (Maurice), 13; M[lle] Francillon, 12; MM. Cornélius, 11; Morel, 10; Philibert, 9.

La prochaine séance aura lieu lundi 29 octobre, à cinq heures et demie, à l'Hôtel-Dieu.

Anatomie. — Séance du 24 octobre : MM. Bouchot, 13; Monier, 12; Teisseire et Jouhaud, 11; Dreyfus-Rose, 10; Delaage, 8; Pied, 7; Lavenant, 6; Longin et Dalimier, 3.

Le service de stomatologie de Saint-Louis. — A l'hôpital Saint-Louis, on a inauguré hier les nouveaux bâtiments du service de stomatologie et de chirurgie dentaire; ce service avait pris, depuis quelques années, une grande importance : en 1894, on avait soigné 2000 malades; on en a soigné 5086 en 1899.

On a donc dû créer un nouveau pavillon de chirurgie, avec salle de clinique, salle d'opérations, étuves, chambres d'appareils de stérilisation, lavabos, etc.

Hôpitaux de province. — *Marseille.* — Le lundi 14 janvier 1901, à trois heures, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux.

(1) In-16. Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Ce concours aura lieu devant la commission administrative, assistée d'un jury médical.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des Facultés de France, être âgés de vingt-sept ans au moins, de nationalité française, ou en mesure de justifier de leur naturalisation. Les anciens internes des hôpitaux de Marseille, âgés de vingt-six ans au moins, seront admis à concourir.

Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des anciens élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

Épreuves du concours. — 1. Question d'anatomie. — Question de physiologie.

Ces deux questions seront traitées oralement, après un temps de préparation à huis clos et sans livres, qui sera déterminé par le jury.

2. Question de pathologie chirurgicale.

Les concurrents auront cinq heures pour traiter cette question par écrit, à huis clos et sans livres.

3. Examen clinique de trois malades atteints de maladies internes, choisis parmi ceux entrés dans les hôpitaux, à partir du jour où l'accès des salles des malades aura été interdit aux candidats.

L'examen clinique des trois malades ne durera que trois quarts d'heure au plus.

Après l'interrogatoire, les concurrents donneront leur avis développé sur le diagnostic, le pronostic et les indications thérapeutiques ressortissant à deux de ces malades.

Le compte rendu du troisième malade formera le sujet d'une consultation écrite, pour la composition de laquelle il sera accordé une heure.

4. Deux opérations de grande chirurgie à pratiquer sur le cadavre.

Les candidats auront vingt minutes pour ces deux opérations.

A la fin du concours, la commission administrative délibérera sur le rapport du jury d'examen, et procédera, s'il y a lieu, à la nomination d'un chiurgien-adjoint.

Les chirurgiens-adjoints forment, avec les médecins-adjoints, le premier degré du corps médical des hôpitaux.

Ils doivent assurer le service des consultations gratuites. De plus, ils sont appelés, en cas d'absence ou de congé, à remplir les fonctions de chirurgiens chefs de service, auxquels ils succèdent suivant les conditions du règlement.

Les candidats prendront connaissance des divers règlements dans le bureau du secrétariat général à l'Hôtel-Dieu. Ils signeront l'engagement d'en observer toutes les dispositions, ainsi que toutes celles que la commission administrative pourra prendre plus tard.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la commission administrative, huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

Ils auront à produire : 1° leur acte de naissance; 2° leur diplôme de docteur; 3° s'ils ne sont pas domiciliés à Marseille, un certificat de moralité, récemment délivré par le maire de leur résidence; 4° les internes des villes où siègent des Facultés devront, en outre, déposer un certificat de bonne conduite, délivré par les directeurs des différents hôpitaux où ils auront fait leur service d'interne; 5° les candidats pourront déposer leurs titres scientifiques, manuscrits, imprimés, etc., et, s'il y a lieu, une note de leurs services. Ces documents seront soumis au jury.

Écoles de médecine. — *Amiens.* — Par arrêté en date du 25 octobre 1900, un concours s'ouvrira le 29 avril 1901, devant la Faculté mixte de médecine de l'Université de Lille, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'école préparatoire de médecine d'Amiens.

Guerre. — M. Autour est nommé élève à l'école du service de santé militaire en remplacement de M. Perret, démissionnaire.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe L'Herminier, du cadre de Brest, est désigné pour aller servir aux troupes à la Martinique, en remplacement de M. le docteur Béraud.

— M. le médecin de première classe Morel, réservé pour les escadres à Toulon, est désigné pour embarquer sur le *Chanzy* (escadre de la Méditerranée), en remplacement de M. le docteur Planté.

— M. Castex, médecin de deuxième classe, a été promu au grade de médecin de première classe, en remplacement de M. Boyer.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 42e semaine, 839 décès.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès; la variole, 11; la scarlatine, 3; la coqueluche 5; la diphtérie 5.

La diarrhée infantile a causé 55 décès.

En outre, 26 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires de l'appareil respiratoire ont entraîné 64 décès.

Les autres maladies des organes de la respiration ont causé 34 décès, dont 21 sont dus à la congestion pulmonaire; en outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 188 décès; la méningite tuberculeuse, 17; la méningite simple, 12; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 29 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 54 décès; les maladies organiques du cœur, 43; le cancer, 59; enfin 24 vieillards sont morts de débilité sénile.

Société centrale de médecine vétérinaire. — Hier à trois heures s'est tenue la séance solennelle de la Société, en son siège, rue de Lille, 41.

Après une allocution de M. H. Benjamin, président, M. Chauveau, membre de l'Institut, inspecteur général des Écoles vétérinaires, a prononcé l'éloge de Toussaint, ancien professeur à l'École vétérinaire de Toulouse.

Puis, M. Almy, secrétaire annuel, a fait un compte rendu général du dernier concours d'ouvrages spéciaux.

MM. Bourgès, vétérinaire en premier au 1er régiment d'artillerie de la marine, et Lebrun, vétérinaire à Percy (Manche), ont obtenu une médaille d'or.

Des médailles d'argent ont été attribuées à MM. Bedel, Decarme, Jacquot, Chaussé, Grenier et Mouilleron.

Des médailles de bronze sont décernées à MM. Salvignol, Dages et Huguier.

Le prix Paugoué a été partagé entre MM. Bouchet, Joly, Le Calvé, docteur Nicolas et Pader.

Enfin, des mentions très honorables sont accordées à MM. Bitard, Gallier, Guittard et à un auteur anonyme.

Amphithéâtre des hôpitaux. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques, sous la direction de M. Quénu, commenceront le vendredi 9 novembre 1900.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. Macaigne, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Conférences d'ophtalmologie. — Le docteur R. Dreyer-Dufer commence lundi 12 novembre 1900, à une heure un quart, à la clinique médicale de la Faculté de l'hôpital Saint-Antoine, pavillon Moïana, ses conférences pratiques d'ophtalmolgie (examen de l'œil; maladies des yeux que doit connaître le médecin; rapports des maladies des yeux avec les maladies générales). Il les continue tous les lundis à la même heure.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Voyages à itinéraires facultatifs en Algérie et en Tunisie.* — Il est délivré toute l'année, dans toutes les gares P.-L.-M., des carnets de 1re, 2e et 3e classes pour effectuer des voyages pouvant comporter des parcours sur les lignes des réseaux : Paris-Lyon-Méditerranée, Est, État, Midi, Nord, Orléans, Ouest, P.-L.-M. algériens, Est algérien, Franco-Algérien, Ouest algérien, Bône-Guelma, et sur les lignes maritimes desservies par la Compagnie générale transatlantique, par la Compagnie de navigation mixte (Compagnie Touache) ou par la Société générale des transports maritimes à vapeur. Ces voyages, dont les itinéraires sont établis à l'avance par les voyageurs eux-mêmes, doivent comporter, en même temps que des parcours français, soit des parcours maritimes, soit des parcours maritimes et algériens ou tunisiens; les parcours sur les réseaux français doivent être de 300 kilomètres au moins ou être comptés pour 300 kilomètres.

Les parcours maritimes doivent être effectués exclusivement sur les paquebots d'une même Compagnie.

Les voyages doivent ramener les voyageurs à leur point de départ. Ils peuvent comprendre, non seulement un circuit fermé dont chaque portion n'est parcourue qu'une fois, mais encore des sections à parcourir dans les deux sens, sans qu'une même section puisse y figurer plus de deux fois (une fois dans chaque sens ou deux fois dans le même sens).

Arrêts facultatifs dans toutes les gares du parcours. — Validité : 90 jours, avec faculté de prolongation de trois fois 30 jours, moyennant le paiement d'un supplément de 10 p. 100 chaque fois. — Faire la demande des carnets 5 jours au moins à l'avance.

Avis. — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 10 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi coûte 25 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE. — Étude des réflexes tendineux dans la chorée de Sydenham, par M. C. Oddo, professeur suppléant à l'École de médecine de Marseille. — L'huile de foie de morue. — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

ÉTUDE DES RÉFLEXES TENDINEUX DANS LA CHORÉE DE SYDENHAM

Par M. C. Oddo, professeur suppléant à l'École de médecine de Marseille, médecin des hôpitaux.

I

De tous les symptômes de la chorée vulgaire, les modifications de la réflectivité tendineuse sont certainement ceux dont l'étude a été la moins fouillée. Cette étude est cependant fort intéressante.

C'est Joffroy qui a eu le mérite d'attirer le premier l'attention sur l'altération des réflexes tendineux chez les choréiques. Il l'a fait avec une grande exactitude en 1885 (1), établissant que les réflexes sont presque toujours modifiés, le plus souvent supprimés ou diminués, parfois exagérés, rarement normaux. Cette même appréciation est contenue dans la thèse de Saric (2), inspirée par Joffroy. Depuis, les réflexes des choréiques ont été étudiés par Triboulet (3), qui, dans sa thèse, rapporte le résultat de recherches portant sur 21 choréiques. Lorsque la chorée est très intense, le réflexe est aboli. Dans les cas de moyenne d'intensité, le type le plus constant est constitué par plusieurs percussions sans effet, puis brusquement la jambe est lancée comme par un ressort. Triboulet attribue cette modification du réflexe à une diminution de la sensibilité coïncidant avec une exagération de la réflectivité due à de l'irritation médullaire.

Dans les traités classiques parus ces dernières années, les auteurs ne font guère que reproduire les résultats constatés par les médecins précédents et ne donnent aucun détail sur ce point.

Depuis 1893 j'ai recherché l'état des réflexes chez tous les choréiques qui se sont présentés à ma consultation du Dispensaire des enfants malades de Marseille, et j'ai pu jusqu'à ce jour réunir 147 observations. Ces recherches ont porté surtout sur le réflexe rotulien, plus facile à observer. L'appréciation des réflexes est, en effet, assez délicate chez les choréiques, à cause de leur variabilité et surtout en raison des mouvements choréiques qui se surajoutent au mouvement réflexe. J'ai pu suivre les modifications de la réflectivité pendant une période assez longue, pour un grand nombre de mes malades. Chez quelques-uns, les réflexes ont présenté des changements successifs, ceci explique que, dans ma statistique, la somme des chiffres représentant chacun un état déterminé des réflexes, soit supérieure au nombre de mes choréiques, le même choréique ayant présenté des modifications successives et se trouvant, par conséquent, représenté plusieurs fois dans le dénombrement.

Avant d'étudier l'état des réflexes, il faut faire la part des mouvements choréiques qui se produisent pendant la recherche du réflexe. Ces mouvements choréiques ne sont pas seulement des mouvements spontanés, qui se produisent à ce moment comme à un autre, ce sont aussi des mouvements provoqués dans le membre correspondant par la percussion tendineuse. Cette distinction est d'autant plus importante à faire que les mouvements choréiques, qui se produisent au moment de l'exploration des réflexes, peuvent en imposer pour des troubles réflexes proprement dits.

Mouvements choréiques provoqués par la percussion tendineuse. — Ces mouvements choréiques se produisent indépendamment des troubles réflexes vrais, ils peuvent se rencontrer aussi bien avec la suppression qu'avec l'exagération de la réflectivité normale. On comprend combien ils rendent délicate l'appréciation des caractères réels des réflexes, caractères que ces mouvements peuvent masquer ou au contraire simuler.

Voici comment se présentent ces mouvements choréiques qui constituent, en somme, un pseudo-réflexe. On attend, pour percuter le tendon rotulien, le moment où la jambe, mise en relâchement complet, est bien immobile. Après le choc rotulien quelques secondes s'écoulent, il y a généralement un certain *retard* dans l'apparition des mouvements, puis les muscles se contractent, tantôt en extension tantôt en flexion, ou bien encore la jambe est entraînée dans un mouvement de latéralité ou de torsion. Généralement plusieurs contractions se succèdent d'une manière irrégulière. Ces contractions sont imprévues dans leur direction, brusques et contradictoires, présentant en un mot tous les caractères des mouvements choréiques. Ces mouvements ainsi provo-

(1) Joffroy. Pathogénie et nature de la chorée, *Progrès méd.*, 1883.
(2) Saric. *Nature et traitement de la chorée*, Th. de Paris, 1885, p. 38.
(3) Triboulet. *L'infection dans la pathogénie de la chorée*, Th. de Paris, 1893.

qués peuvent s'étendre aux groupes musculaires voisins, à ceux d'un autre segment de membre et même parfois au membre du côté opposé. Il y a donc dans ces mouvements une tendance marquée à la *diffusion*.

D'autres fois, c'est une seule contraction qui apparaît; si elle se produit en flexion, elle constitue ce qu'on pourrait appeler le *réflexe paradoxal* des choréiques. Si, au contraire, elle se produit en extension, elle pourra simuler le réflexe normal ou exagéré.

A côté de l'*irrégularité* il y a encore un autre caractère, c'est l'*inconstance*. On peut souvent frapper plusieurs fois le tendon sans obtenir de réponse, puis brusquement il se produit un mouvement de sens variable. Ceci est distinct des modifications du réflexe vrai indiqué par Triboulet, puisqu'ici ce qui se produit c'est un mouvement choréique. Du reste, le contraire peut encore se rencontrer aussi, après une ou plusieurs percussions amenant des mouvements variés, les percussions suivantes n'amènent plus aucune oscillation du membre. Parfois enfin, après une ou plusieurs contractions musculaires, le membre reste un instant fixé dans sa position d'extension, de flexion, de latéralité, puis il retombe dans la résolution.

Du reste, ces mouvements choréiques se produisent en dehors du mouvement réflexe véritable, et la preuve en est qu'ils apparaissent, quel que soit l'état de la réflectivité tendineuse, qu'elle soit supprimée ou exagérée. On voit assez souvent le réflexe se produire, puis être suivi de mouvements choréiques, le pseudo-réflexe se produisant après le réflexe véritable.

Mais on comprend combien ces mouvements choréiques peuvent causer d'erreurs dans l'appréciation du réflexe. Ils peuvent remplacer un réflexe absent, et alors si c'est un mouvement d'extension, on croira à une persistance de la réflectivité. Ils peuvent masquer le réflexe vrai un mouvement de flexion s'opposant à l'extension du quadriceps. Ils peuvent même parfois ajouter au réflexe un mouvement d'extension qui fera croire à une exagération de la réflectivité. On évitera toutes ces erreurs, en étudiant longuement les réflexes des choréiques, et en recherchant en assez grand nombre de fois l'état du réflexe avant de conclure. Dans ces conditions, la variabilité, l'irrégularité, l'inconstance des mouvements choréiques éclairent sur leur véritable nature et permettent de démêler exactement l'état de la réflectivité tendineuse.

La localisation de ces mouvements choréiques provoqués est évidemment sous la dépendance de celle des mouvements choréiques spontanés. Elle est bilatérale, prédominante ou non d'un côté, unilatérale suivant les cas (1). Cependant, il arrive dans les cas d'hémichorée qu'on réussit à produire des mouvements choréiques du côté sain en apparence, par la percussion tendineuse. Ceci prouve que dans ce cas, l'hémichorée n'est pas pure et que le côté prétendu sain et sur lequel on n'a remarqué aucun mouvement anormal, est en réalité affecté de chorée latente, que l'excitation du tendon permet de mettre en évidence.

Ces mouvements choréiques provoqués sont surtout facilement saisissables au niveau du genou, à cause de leur amplitude plus grande permise par la longueur du levier. Mais je les ai retrouvés exactement avec les mêmes caractères, et tout aussi souvent qu'au genou, chaque fois que je les ai cherchés au niveau du tendon d'Achille. On peut enfin les reproduire, mais plus difficilement, dans le membre supérieur, au poignet et au coude.

(1) C. Oddo. Recherches sur la localisation des symptômes de la chorée de Sydenham, Cong. des neurol. et alién., 1899.

Passons maintenant à l'étude de la réflectivité tendineuse proprement dite, considérée indépendamment des mouvements choréiques provoqués. Ainsi que tous les auteurs qui ont recherché l'état des réflexes chez les choréiques, j'ai constaté une très grande variabilité dans le résultat de mes observations, c'est-à-dire que j'ai trouvé la réflectivité tendineuse tantôt normale, tantôt diminuée ou supprimée et tantôt exagérée.

II

Réflexes normaux. — La persistance d'une réflectivité normale peut se rencontrer chez les choréiques au niveau des deux genoux ou d'un côté seulement.

La réflectivité normale bilatérale ne s'est montrée que dans un petit nombre de cas chez mes malades, puisque je ne l'ai constatée que dans 14 cas sur 147. Elle ne s'observe que rarement pendant toute la durée de la maladie, puisque je ne l'ai constatée dans ces conditions que dans 7 cas. J'ajoute que ces sept observations se rapportaient à des chorées de faible ou de moyenne intensité. Dans 7 autres cas, j'ai trouvé des réflexes normaux bilatéraux à la période de début ou pendant le déclin, précédant des troubles divers de la réflectivité ou leur succédant. La réflectivité normale ne s'était montrée dans ces cas que pendant les périodes où la maladie n'était pas dans toute son intensité.

La réflectivité normale unilatérale s'est montrée chez 28 choréiques. Chez 16 d'entre eux, le réflexe du côté opposé était supprimé, chez 12 il était exagéré. Dans 7 de ces observations, la répartition des mouvements choréiques affectait le type d'hémichorée, et dans 21 cas le type de prédominance hémilatérale. Il est à remarquer que dans ces cas le réflexe normal occupait toujours le côté opposé à l'hémichorée ou à la prédominance des mouvements choréiques. Il est à remarquer aussi que l'existence d'un réflexe normal unilatéral ne s'est jamais rencontrée chez mes malades dans le cas de chorée généralisée et à répartition uniforme.

Je suis en droit de conclure de ce qui précède que la persistance d'une réflectivité normale n'est guère compatible avec des troubles moteurs très intenses, puisque je n'ai trouvé de réflexes normaux que dans les formes moyennes ou légères, dans les périodes du début ou du déclin des formes plus graves, et en cas d'unilatéralité du côté le moins atteint.

Lorsque je communiquai le résultat de mes observations à la section de neurologie du XIII[e] Congrès international de médecine, Babinski a manifesté un certain étonnement. Ce savant observateur a bien remarqué que les réflexes présentent des modifications très opposées chez les choréiques, mais le plus souvent il les a trouvés normaux. Ma surprise a été aussi grande que celle de Babinski, car je ne puis pas douter de mes observations, je les ai compulsées à nouveau et j'ai retrouvé les mêmes résultats. Il est bien entendu que mes observations se rapportent toutes à des *enfants* atteints de chorée de Sydenham. Il est aussi bien entendu que j'ai considéré comme anormaux, non seulement les réflexes supprimés, mais encore ceux qui sont simplement diminués ou exagérés. Ceci étant établi, je ferai remarquer que mes résultats sont semblables à ceux des auteurs qui ont recherché avant moi l'état des réflexes chez

les choréiques. Je rappellerai d'abord que Joffroy qui a, le premier, attiré l'attention sur cette question, a trouvé les réflexes altérés dans la grande majorité des cas. C'est ainsi que, dans sa thèse, Saric (1) rapporte que, dans les notes de Joffroy, les réflexes étaient abolis ou très diminués dans 12 cas, exagérés dans 2 cas et normaux dans 2 cas. Cette statistique, bien que portant sur un plus petit nombre de cas que la mienne, donne des chiffres proportionnellement identiques. Joffroy m'a tout récemment confirmé à nouveau verbalement son opinion sur la fréquence très grande de la modification des réflexes dans la chorée. Triboulet (2) a recherché l'état des réflexes chez 21 choréiques, et l'a trouvé presque toujours modifié, la suppression est notée dans 5 observations sur 21, qui se trouvent résumées à la fin de son travail.

Enfin, pendant le Congrès, j'ai demandé à plusieurs médecins d'enfants, appelés à voir un grand nombre de choréiques, quel était l'état des réflexes dans cette affection d'après leur observation personnelle, et tous m'ont répondu que les réflexes leur ont paru le plus souvent modifiés, et cela dans des sens très variables. C'est aussi ce qui résulte du chiffre important de mes observations.

III

Réflexes affaiblis ou supprimés. — La diminution ou la suppression des réflexes s'est montrée dans la très grande majorité de mes observations, puisque je les ai rencontrées pour ma part chez 116 choréiques sur 147.

Lorsque le réflexe est affaibli on n'observe qu'un mouvement d'amplitude peu étendue, ou bien ne se produisant pas à tous les coups, et nécessitant parfois une percussion très énergique pour se produire. Une des modifications les plus fréquentes est celle qui a été signalée par Triboulet : « La percussion du tendon rotulien reste souvent sans efficacité à une ou deux reprises et même plus, puis tout à coup la jambe est lancée comme par un ressort. » J'ai rencontré pour ma part cette modification dans un très grand nombre de cas, elle est très commune dans la chorée et paraît bien spéciale à cette affection. J'avais coutume dans mes notes de la désigner sous le nom de *réflexe type Triboulet*. Il me semble que cette dénomination mériterait d'être répandue. Je dois cependant faire ici une distinction qui a, à mon avis, une assez grande importance. Lorsque j'ai décrit plus haut les mouvements choréiques provoqués par la recherche du réflexe j'ai insisté sur l'inconstance de ces mouvements. Or, il arrive parfois chez un choréique dont la réflectivité patellaire est abolie qu'au cours de sollicitations infructueuses pour produire le réflexe, un mouvement choréique viendra brusquement déterminer l'extension de la jambe, comme d'autres fois il produira la flexion ou l'adduction, etc. Ce mouvement choréique n'appartient pas à la réflectivité vraie et le moyen d'éviter l'erreur, c'est de reproduire plusieurs fois l'expérience, et le mouvement d'extension ne se manifestera plus ou sera remplacé par un autre mouvement, le réflexe vrai continuant à faire défaut. Mais d'autres fois, les choses se passent d'une manière différente lorsqu'on répète la recherche du réflexe plusieurs fois de suite; à chaque série de percussion le membre reste immobile pendant un certain temps, puis il est brusquement étendu, et chaque fois le résultat est le même. Il m'est même arrivé plusieurs fois de faire l'expérience suivante chez des choréiques qui étaient assez peu agités pour qu'on puisse obtenir une immobilité suffisamment prolongée, je percutai le tendon à intervalle régulier et avec la même force jusqu'à soixante, quatre-vingts et cent fois de suite sans m'arrêter et je voyais la jambe rester immobile, puis de temps en temps, et à des intervalles assez irréguliers du reste, l'extension se produisait brusquement. Dans ces cas, il n'y a pas à en douter, les modifications décrites par Triboulet appartiennent bien en propre à la réflectivité vraie, et cet auteur a raison de récuser l'explication qui attribuerait ces modifications à des mouvements choréiques. Je n'admets cette explication, pour ma part, que lorsque le phénomène est inconstant, et il est loin d'en être toujours ainsi. Par contre, je ne saurais admettre l'explication que Triboulet donne du phénomène, je reviendrai sur ce point lorsque j'aborderai la pathogénie des troubles des réflexes des choréiques.

Très fréquemment le réflexe patellaire est complètement aboli chez les choréiques. Cette suppression est aussi complète que celle des tabétiques, les percussions répétées et de plus en plus énergiques ne réussissent pas à provoquer l'extension de la jambe même ébauchée. Il faut seulement se mettre en garde, ainsi que je le disais plus haut, contre l'existence de mouvements choréiques qui peuvent produire un *pseudo-réflexe* qui pourrait faire croire à la persistance d'un réflexe normal, alors que la réflectivité vraie est abolie. Ici encore le moyen de se garer contre cette erreur, c'est de prolonger l'examen, de répéter plusieurs fois cet examen prolongé et de ne conclure qu'après avoir fait abstraction des mouvements contradictoires qui se produisent dans le membre sous l'influence de l'incitation tendineuse.

a. *Suppression ou diminution bilatérales des réflexes*. — La suppression ou la diminution des réflexes peut exister en même temps des deux côtés. C'est ce que j'ai rencontré chez 75 de mes choréiques. Ceci prouve, ainsi que l'a établi le premier Joffroy, que la suppression ou la diminution bilatérale est la plus fréquente des modifications des réflexes chez les choréiques.

La suppression ou la diminution bilatérale des réflexes se rencontrent relativement plus souvent chez les malades atteints de chorée généralisée que chez ceux qui ont de l'hémichorée ou de la prédominance hémilatérale des mouvements choréiques. Ceci prouve, ainsi que je l'ai établi dans un précédent travail, que bien que les troubles de la réflectivité aient une tendance manifeste à affecter la même disposition topographique que les troubles moteurs, ils affectent cependant une subordination moins grande par rapport à ceux-ci, que celle qui existe dans les relations que les troubles moteurs ont entre eux. Cette indépendance relative se traduit par une tendance plus grande pour les troubles réflexes, à affecter la disposition bilatérale et symétrique. Les troubles moteurs pouvant prédominer d'un côté ou même affecter la disposition hémiplégique, alors que chez le même malade, les modifications des réflexes existent des deux côtés. Toutefois, ainsi que je viens de le dire, cette bilatéralité des troubles réflexes se rencontre plus souvent chez les choréiques à troubles moteurs généralisés, que chez ceux qui présentent une disposition hémilatérale.

Cette suppression des réflexes dure le plus souvent aussi longtemps que la chorée elle-même, et la réappari-

(1) Saric. Loc. cit., p. 38.
(2) Triboulet. Loc. cit., p. 21.

tion des réflexes s'effectue en même temps que la disparition des autres symptômes. Nous avons vu plus haut que pendant la période de décroissance la réapparition des réflexes normaux peut se produire à mesure que les troubles moteurs s'atténuent. Mais l'inverse peut se produire aussi, c'est ainsi que chez un certain nombre de choréiques guéris j'ai vu la suppression des réflexes patellaires se maintenir. Je n'ai pu me rendre compte si cette persistance de la suppression des réflexes se manifestait de préférence chez les choréiques qui devaient rechuter ou récidiver. Quoi qu'il en soit il semble bien que dans un certain nombre de cas au moins, car je n'ai pu vérifier la chose que sur quelques choréiques que j'ai pu suivre après leur guérison, la suppression des réflexes est le symptôme qui a le plus de tendance à persister.

La suppression ou la diminution des réflexes se sont montrées comme la seule modification pendant toute la durée de la chorée chez 62 de mes malades. Elles se sont même montrées chez un certain nombre d'entre eux pendant plusieurs atteintes successives. Chez 13 autres malades il s'est produit d'autres modifications. Ce n'est que dans un petit nombre de cas, que l'exagération bilatérale des réflexes a précédé la suppression. Je n'ai rencontré cette modification que 3 fois et dans ces 3 cas le changement dans le caractère des réflexes ne s'est produit qu'à de longs intervalles, et au cours de rechutes ou de récidives. Plus fréquemment, la suppression bilatérale des réflexes a été suivie ou précédée de suppression unilatérale (10 fois).

b. *Suppression ou diminution unilatérale des réflexes patellaires.* — La suppression ou la diminution unilatérales des réflexes se sont rencontrées chez 16 de mes choréiques. Chez tous ces malades, ainsi que je l'ai établi encore dans le travail que je citais tout à l'heure, il y avait toujours soit hémichorée, soit prédominance hémilatérale des mouvements choréiques. L'affaiblissement musculaire était aussi plus marqué d'un côté que de l'autre. Dans ces cas par conséquent la superposition des troubles a été complète.

Si nous rapprochons ces faits de ce que nous avons dit plus haut nous voyons que, tandis que des troubles réflexes symétriques peuvent coexister avec des troubles moteurs à prédominance hémilatérale, l'inverse ne s'observe guère, c'est-à-dire que jamais je n'ai rencontré de suppression unilatérale chez des choréiques qui avaient des troubles moteurs, chorée et affaiblissement musculaire uniformément répartis. Ce qui vient confirmer la proposition émise plus haut, à savoir que les troubles réflexes ont une tendance plus grande que les troubles moteurs à la disposition bilatérale et symétrique.

Lorsque la suppression ou la diminution bilatérale des réflexes ont précédé ou suivi la suppression ou la diminution unilatérale, le parallélisme avec la répartition des troubles moteurs se rencontre ordinairement C'est-à-dire que chez ces malades, chez lesquels nous voyons ces troubles réflexes symétriques d'abord, se localiser ensuite d'un côté, il en est de même des troubles moteurs. L'ordre inverse de succession peut se rencontrer aussi, l'unilatéralité des symptômes précédant la bilatéralité.

Enfin chez 6 choréiques j'ai trouvé le réflexe patellaire supprimé d'un côté et diminué de l'autre. Chez eux aussi la prédominance des mouvements choréiques et de l'affaiblissement musculaire occupait toujours le côté où le réflexe était totalement supprimé. Chez deux de ces malades cette disposition asymétrique a été suivie ou précédée d'une répartition généralisée et symétrique dans les troubles moteurs aussi bien que dans les troubles réflexes.

IV

Réflexes exagérés. — J'ai constaté l'exagération des réflexes chez 38 choréiques. Cette modification est donc bien moins fréquente que la diminution des réflexes.

Chez 23 de mes choréiques l'exagération des réflexes était bilatérale, chez 12 elle n'occupait qu'un côté avec persistance de la réflectivité normale du côté opposé. Chez 3 choréiques enfin, l'exagération du réflexe rotulien d'un côté existait simultanément avec la suppression du réflexe du côté opposé.

L'exagération des réflexes peut être simulée par un mouvement choréique surajouté d'extension, et d'autres fois elle peut être masquée par un mouvement choréique de flexion. Dans les deux cas, la répétition de la recherche du réflexe permettra d'éviter l'erreur. L'amplitude excessive du mouvement d'extension peut coïncider avec un retard dans la production du réflexe et ces deux caractères réunis constituent le *type Triboulet* assez spécial à la chorée de Sydenham. On n'est pas, à mon avis, autorisé à considérer ces cas comme relevant de l'exagération de la réflectivité, puisque cette exagération de la réflectivité se manifeste au contraire par la rapidité avec laquelle le mouvement réflexe se produit. Je considère plutôt pour ma part le type Triboulet comme une manifestation de la diminution de la réflectivité, parce que cette réflectivité n'est mise en jeu que par une véritable *sommation* d'excitation.

Par contre, lorsque la réflectivité est exagérée, nous voyons le mouvement d'extension se produire rapidement, brusquement et avec une amplitude exagérée, une sollicitation toujours unique et légère suffit à le mettre en jeu. En pareil cas, j'ai rencontré quelquefois mais rarement la trépidation épileptoïde. J'ai recherché chez un assez grand nombre de choréiques le phénomène des orteils ou *signe de Babinski* et je l'ai toujours trouvé normal. Assez souvent l'excitation de la plante des pieds ne déterminait aucun mouvement des orteils, le plus souvent elle produisait la flexion, mais dans aucun cas je n'ai vu se produire l'extension des orteils. Il y a là, ce me semble, un signe qui pourrait être utilisé pour le diagnostic de l'hémichorée post-hémiplégique et de la chorée à forme hémiplégique ou hémichorée, lorsque celle-ci s'accompagne d'exagération du réflexe et même de trépidation épileptoïde.

Au point de vue des rapports de localisation avec les troubles moteurs, j'ai trouvé chez les choréiques qui présentaient l'exagération des réflexes : 2 cas d'hémichorée, 9 cas de prédominance hémilatérale et 12 cas de généralisation symétrique. En réunissant les cas où les troubles des réflexes présentaient une distribution bilatérale et symétrique, que ces troubles fussent de la diminution ou de l'exagération, j'ai constaté que la répartition bilatérale et symétrique des troubles moteurs se rencontre deux fois plus souvent chez ces choréiques que dans la totalité de mes observations prises en bloc. De même que pour la suppression unilatérale, l'exagération unilatérale des réflexes ne se rencontre jamais que dans les cas où il y a prédominance hémilatérale des mouvements choréiques ou hémichorée, et toujours l'exagération des réflexes occupait le même côté que celui où prédominaient les troubles moteurs. En réunissant les troubles réflexes de toute nature, exagération ou diminution, j'arrive donc bien à la formule plus haut

énoncée concernant les rapports topographiques des troubles réflexes : *superposition des troubles moteurs et des troubles réflexes avec tendance plus marquée pour ceux-ci à la bilatéralité et à la symétrie.*

Rapports des troubles réflexes et de l'affaiblissement musculaire. — Je me suis demandé s'il y avait dans le siège de l'affaiblissement musculaire une relation avec les troubles réflexes chez les choréiques et particulièrement si cet affaiblissement musculaire était plus marqué chez les choréiques qui présentaient, soit de l'exagération, soit de la diminution des réflexes. Cette question était fort intéressante, étant donné que les rapports des réflexes tendineux et de la tonicité musculaire ne sont pas admis par tous les auteurs et néanmoins par van Gehuchten. Or, tout récemment, Bonœfer, d'une part, Londe de l'autre ont insisté sur l'hypotonie musculaire des choréiques, hypotonie plus prononcée dans les formes de chorée qu'on est convenu d'appeler chorées molles. J'ai rencontré chez les choréiques à forme molle, à amyosthénie très prononcée, l'exagération aussi bien que la suppression des réflexes. Il m'a bien semblé que l'exagération des réflexes se rencontrait un peu plus souvent que la suppression des réflexes, chez les choréiques qui avaient un affaiblissement musculaire très prononcé. Mais la différence est trop faible pour que je puisse tirer aucune conclusion de mes recherches à cet égard, au moins jusqu'ici.

V

Réflexes du tendon d'Achille. — Mes observations ont porté systématiquement sur les réflexes rotuliens, mais j'ai recherché les réflexes du tendon d'Achille chez une vingtaine de choréiques et voici ce que j'ai observé.

Dans plus de la moitié des cas, les réflexes rotuliens et les réflexes achilliens présentaient les mêmes modifications : suppression ou exagération bilatérale ou unilatérale, dans ce dernier cas les troubles des réflexes occupaient le même côté au genou et au talon.

Dans les autres cas il y avait une certaine différence entre les réflexes de la rotule et du tendon d'Achille. Dans tous ces cas la différence était constituée par une atténuation des troubles réflexes pour le tendon d'Achille par rapport au tendon rotulien. C'est-à-dire que le réflexe du tendon d'Achille était normal, alors que le réflexe rotulien était diminué ou exagéré. Ou bien encore il y avait une simple diminution du réflexe achillien, alors que le patellaire était totalement supprimé.

J'ai dit que, en cas de modification unilatérale, les troubles occupaient le même côté pour le tendon rotulien et pour le tendon d'Achille ; toutefois, chez un choréique j'ai observé une disposition croisée, le réflexe étant exagéré pour le tendon rotulien d'un côté et pour le tendon d'Achille de l'autre.

Chez aucun de mes choréiques je n'ai trouvé de troubles réflexes de signe différent, pour le réflexe rotulien et pour le réflexe achillien, abolition pour l'un et exagération pour l'autre.

VI

Pathogénie. — Est-on dans l'état actuel de nos connaissances en mesure de donner une explication de ces modifications si nombreuses et si contradictoires de la réflectivité médullaire dans la chorée de Sydenham ?

Le problème est complexe au plus haut point, parce que les deux termes dont il se compose sont eux-mêmes deux inconnues ou à peu près. Le premier de ces termes, la chorée, ne possède certes pas aujourd'hui une physiologie pathologique suffisante. Le second, le mécanisme de la réflectivité tendineuse n'est, pas non plus complètement éclairé : cette question a été l'objet de rapports très savants de la part de Jendrassik, de Sherrington, au XIII[e] Congrès international de médecine ; les rapports nous ont montré toute la complexité du problème, ils ne l'ont élucidé qu'en partie.

Ainsi donc les difficultés s'élèvent des deux côtés à la fois et pour établir une théorie complète des troubles de la réflectivité médullaire dans la chorée, les données positives nous manquent encore. C'est donc avec la plus grande réserve que j'essaierai d'interpréter les faits cliniques en me tenant le plus près possible des données fournies par l'observation.

Suivant le plan que j'ai adopté pour l'exposé clinique de mes observations je tâcherai d'abord de faire la part des mouvements choréiques surajoutés qui se produisent sous l'influence de la percussion tendineuse. Il est bien certain que le mécanisme de ces mouvements choréiques provoqués est le même que celui des mouvements anormaux qui se produisent spontanément chez les choréiques. Seule la cause provocatrice est ici à retenir. L'excitation des terminaisons sensitives des nerfs du tendon est transmise aux centres réflexes médullaires, et détermine une éclosion passagère des contractions anormales dans les muscles du membre inférieur. Mais quelles sont les voies suivies par cette excitation centripète pour produire ces effets anormaux ? Tout se passe-t-il dans l'arc réflexe médullaire ? Dans ce cas, la perturbation fonctionnelle siégerait dans cet arc, elle devrait être localisée à la portion motrice de cet arc et d'une manière plus précise dans la portion centrale du neurone moteur direct, c'est-à-dire dans les cellules des cornes antérieures de la moelle ? Ou bien franchissant les limites de l'arc réflexe, l'excitation nerveuse irait-elle solliciter des réactions pathologiques dans les centres supérieurs bulbo-protubérantiels, cérébraux ou cérébelleux ? Nous verrons dans un instant les motifs qui feront admettre l'intervention des centres supérieurs dans la production des troubles réflexes vrais. Mais il me paraît que les troubles survenus dans l'arc réflexe médullaire expliquent pour une bonne part les productions de ces contractions musculaires surajoutées au réflexe simple. En effet, que nous indiquent ces mouvements anormaux de flexion, d'adduction, etc., qui se produisent dans la jambe sous l'influence du choc rotulien et qui peuvent s'étendre à d'autres segments du même membre ou même s'étendre parfois au membre du côté opposé ? Ils indiquent que l'excitation nerveuse partie du tendon rotulien n'est pas seulement transmise aux neurones moteurs périphériques qui aboutissent au quadriceps fémoral, mais que cette excitation s'est transmise également aux neurones moteurs périphériques voisins ou plus ou moins éloignés et qui aboutissent aux muscles fléchisseurs, adducteurs ou abducteurs de la jambe, parfois aux muscles dévolus aux mouvements des autres segments du membre et exceptionnement aux muscles du membre du côté opposé. Il me paraît très vraisemblable d'attribuer cette extension de l'excitation réflexe en dehors de son trajet habituel à une *diffusion* particulière de la neurilité des centres médullaires. Cette diffusion paraît être une manifestation des perturbations

fonctionnelles dont seraient le siège les cellules des cornes antérieures de la moelle et leurs prolongements chez les choréiques. C'est ce qui expliquerait que ces mouvements choréiques surajoutés se produisent avec un certain retard qui serait nécessaire au passage de l'excitation nerveuse des neurones moteurs directement en contact avec les neurones sensitifs excités aux neurones moteurs voisins. Quant à la forme de ces mouvements, à leur brusquerie, à leur succession irrégulière, etc., tous caractères qui appartiennent aux mouvements choréiques spontanés, ils sont l'expression des troubles spéciaux dont le système moteur tout entier est le siège chez les choréiques et que l'excitation tendineuse n'a fait que mettre en éveil. Mais cette question n'est autre que celle de la physiologie pathologique de la chorée que je ne puis aborder dans ce travail.

Ceci étant admis pour les mouvements choréiques surajoutés, il faut rechercher maintenant l'explication des états si variables de la réflectivité tendineuse vraie dans la chorée de Sydenham. Comment peut-on comprendre que cette réflectivité soit tantôt diminuée, et tantôt augmentée? C'est ici qu'il me semble vraisemblable de faire intervenir l'influence des centres nerveux supérieurs.

Suivant une théorie exposée par de Massary (1) et qui reflète l'enseignement de Charcot, de Marie, de Brissaud, la moelle aurait une action excito-motrice propre et toujours en tension. Cette tension serait refrénée par le pouvoir modérateur du cerveau. Suivant cette théorie la diminution ou la suppression des réflexes tendineux résulterait d'une altération de l'arc réflexe simple composé des neurones moteurs et sensitifs directs ou périphériques. L'exagération des réflexes dépendrait au contraire des altérations des parties supérieures du système nerveux, de l'archineurone moteur notamment, qui cesserait d'exercer son pouvoir frénateur sur l'arc réflexe médullaire. Si l'on voulait appliquer cette théorie à la chorée on pourrait admettre que, lorsque les réflexes sont abolis, les centres médullaires sont intéressés, et lorsque les réflexes sont exagérés, les altérations portent sur les centres supérieurs, sur le cerveau. Ou plutôt il faudrait admettre, ce qui est du reste mon opinion, que le système moteur tout entier est intéressé dans la chorée, mais que les lésions peuvent prédominer sur telle ou telle portion de ce système. Si elles prédominent sur la moelle, la réflectivité est diminuée, elle est augmentée si elles prédominent sur le cerveau.

Mais il est une autre théorie des réflexes qui me paraît plus en harmonie avec les idées récentes émises sur la pathogénie de la chorée, cette théorie fait intervenir le cervelet. Bastian, puis van Gehuchten ont admis que la réflectivité médullaire est actionnée par deux sortes de fibres, les unes modératrices venant du cerveau, les autres excitatrices venant du cervelet. Pour van Gehuchten, l'influence excitoréflexe du cervelet lui appartiendrait en propre, se distinguant en cela de l'action du cervelet sur le tonus musculaire qui serait une action d'emprunt venant du cerveau par les fibres cortico-ponto-cérébelleuses. Plus récemment encore van Gehuchten (2), établissant l'indépendance des réflexes tendineux et des réflexes cutanés, tend à admettre que les réflexes tendineux ont pour voie de transmission les fibres venant du noyau rouge ou fibres rubro-spinales, tandis que les réflexes cutanés ont pour voie de transmission les fibres cortico-spinales. Quoi qu'il en soit et pour en revenir à la chorée de Sydenham, il paraît aujourd'hui bien probable que le cerveau d'une part, et le cervelet de l'autre sont intéressés dans cette affection. La participation du cerveau dans la chorée ne saurait faire l'ombre d'un doute. L'existence presque constante des troubles psychiques, qui dans un grand nombre de cas prennent une importance considérable, en sont une preuve clinique indéniable. L'étude de la localisation des symptômes de la chorée conduit à admettre qu'en ce qui concerne les troubles moteurs notamment, l'hémilatéralité est la répartition habituelle, et cette hémilatéralité est bien le propre des symptômes d'origine cérébrale.

Enfin, une dernière preuve de la participation du cerveau nous est fournie par l'anatomie pathologique. L'application des méthodes récentes de coloration des cellules nerveuses a démontré l'existence de lésions fines des cellules de l'écorce cérébrale : Daddi et Silvestrini (1) notamment ont décrit, dans un cas de chorée terminée par la mort, des altérations des cellules pyramidales de l'écorce, révélées par la méthode de Nissl.

Mais, d'autre part, les travaux récents de Bonœfer (2) et de Londe (3) font jouer un rôle très important au cervelet dans la pathogénie de la chorée de Sydenham. Londe a montré notamment que la tonicité musculaire était profondément atteinte dans la chorée de Sydenham comme dans le goitre exophtalmique, et cette hypotonie musculaire peut être aisément mise sur le compte d'altérations cérébelleuses dans ces deux affections. D'ailleurs, l'action bien connue du cervelet sur la coordination musculaire qui est si profondément atteinte dans la chorée, l'existence des mouvements choréiques dans certaines affections cérébelleuses et notamment dans la maladie de Friedreich, dans l'hérédo-ataxie cérébelleuse, sont des arguments très puissants en faveur de l'existence de lésions cérébelleuses dans la chorée de Sydenham.

Nous voici donc amenés à admettre la double participation du cerveau et du cervelet dans la chorée de Sydenham, c'est-à-dire des deux centres qui actionnent en sens contraire la réflectivité médullaire suivant la théorie de Bastian et de van Gehuchten. Il serait dès lors logique d'admettre que les perturbations de ces deux centres antagonistes se font sentir sur la réflectivité médullaire dans la chorée de Sydenham et que l'état variable des réflexes chez les choréiques est dû à la prédominance des altérations sur l'un ou sur l'autre centre. Les altérations prédomineraient-elles sur le cervelet au point de diminuer ou d'annihiler son action excito-réflexe, le cerveau exercerait son action modératrice d'une manière prépondérante ou absolue, et l'on s'expliquerait que les réflexes tendineux fussent diminués ou même abolis suivant l'intensité des lésions cérébelleuses. Au contraire, ces lésions prédomineraient-elles du côté du cerveau, l'action excito-réflexe du cervelet s'exercerait d'une manière plus énergique, puisque le pouvoir modérateur serait affaibli, et dans ce cas la réflectivité tendineuse serait exagérée. Ainsi on pourrait expliquer la variabilité

(1) De Massary. La théorie des réflexes, *Presse méd.*, 1898, t. I, p. 69.

(2) Van Gehuchten. Antagonisme des réflexes cutanés et des réflexes tendineux, XIII[e] Cong. internat. de méd., sect. de neurol.

(1) Daddi et Silvestrini. Cas mortel de chorée de Sydenham, IX[e] Cong. ital. de méd. int., Turin, oct. 1898.

(2) Bonœfer. Diminution du tonus musculaire dans la chorée, *Monats. f. Osgeh und Neurol.*, vol. III, 1898, p. 239.

(3) Londe. Les parésies de la chorée et du goitre exophtalmique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 19 oct. 1899.

de l'état des réflexes dans la chorée, on pourrait comprendre comment dans une même affection ils peuvent être supprimés chez l'un et exagérés chez l'autre. On pourrait aisément s'expliquer aussi comment chez un même choréique, à l'occasion d'une rechute ou d'une récidive, les réflexes puissent revêtir des caractères opposés. Cette hypothèse s'accorde même assez bien avec cet état particulier des réflexes que j'ai désigné sous le nom de type Triboulet. Point n'est besoin à mon avis d'invoquer une diminution de la sensibilité, que rien ne démontre d'ailleurs chez les choréiques, chez lesquels l'anesthésie est assez rare. Du reste nous ne voyons dans aucune autre affection la diminution de la sensibilité, même quand elle coïncide avec une exagération de la réflectivité, se manifester par des phénomènes de sommation réflexe tels que nous les observons dans la chorée. Il me paraît plus logique d'admettre que dans ces cas, les deux centres modérateurs et excitateurs des réflexes étant intéressés l'un et l'autre, l'influence modératrice puisse l'emporter d'abord par affaiblissement du centre excito-réflexe jusqu'au moment où des sollicitations répétées viennent en quelque sorte réveiller le centre excito-réflexe de sa torpeur. Le réflexe se produira alors avec d'autant plus de vivacité que le centre modérateur affaibli lui-même ne peut opposer qu'un faible contre-poids à cette action excito-réflexe éphémère. Et cette explication me paraît d'autant plus plausible que l'inverse se rencontre aussi et que la production d'un réflexe est souvent suivie d'une suppression aux sollicitations suivantes comme par une sorte d'épuisement rapide du centre excito-réflexe.

D'ailleurs, plus ou réfléchit à cette question de l'état des réflexes dans la chorée de Sydenham, si variable, si contradictoire chez les différents malades et parfois chez le même malade, et plus on se convainc qu'une seule explication est possible, c'est celle de la participation de deux centres à action antagoniste dont l'équilibre habituel est troublé et dont la double altération détermine, par une sorte de jeu combiné, ces états variables de la réflectivité.

Ainsi donc, pour me résumer, l'étude des réflexes tendineux permet d'incriminer l'état des centres médullaires par la diffusion des mouvements choréiques provoqués, elle permet d'invoquer des altérations portant à la fois, sur le cerveau et sur le cervelet, dans leurs centres dévolus au réglage de la réflectivité médullaire. Cette étude nous permet donc d'entrevoir que le système moteur central tout entier est atteint, dans la chorée de Sydenham. C'est là, ainsi que je l'ai dit plus haut, une opinion qui me paraît très vraisemblable.

L'HUILE DE FOIE DE MORUE

L'huile de foie de morue a pris, depuis quelques années, une place importante en thérapeutique, et, à l'heure actuelle, il est peu de médecins qui n'aient eu à constater l'heureuse influence qu'elle exerce sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire. Aussi faut-il savoir gré à M. Maigné de nous indiquer, en une monographie récente (1), tout ce qu'il importe au médecin de connaître sur les propriétés physico-chimiques et sur l'action thérapeutique de l'huile de foie de morue.

L'emploi médical des huiles de poisson remonte à la plus haute antiquité. Hippocrate et Pline préconisent l'huile de foie de morue et de phoque dans le traitement de l'hystérie; Rondelet (*De piscibus*) recommande l'huile de lamantin contre les douleurs articulaires et l'huile de foie de raie contre les démangeaisons. Borelli et Hartmann insistent sur l'utilité de l'huile de foie de lote contre les taches de la cornée. La chair du *squalus squaturea* est considérée par Lemery comme propre « pour la maladie de consomption et pour ceux qui tombent en chartre ». Vers la fin du siècle dernier, Percival et Hall prescrivent l'huile de foie de morue contre le rhumatisme chronique et l'ostéomalacie.

En France, il n'y a guère qu'un demi-siècle que, grâce aux efforts de Bretonneau, de Saint-Girons et de Trousseau, ce médicament est définitivement entré dans le domaine de la thérapeutique. En 1870, la France consommait 2 480 000 litres d'huile. Cette consommation, qui n'a fait que croître depuis cette époque, se répartit sur trois espèces différentes : l'*huile vierge*, l'*huile blonde*, l'*huile brune*.

L'huile vierge est préparée avec des foies frais et à une douce température; l'huile blonde, ambrée, est préparée avec des foies ayant déjà subi un commencement de fermentation; l'huile brune, enfin, s'obtient à bord des vaisseaux qui se livrent à la pêche sur les bancs de Terre-Neuve.

Les *propriétés physiques* de ces trois espèces d'huile sont extrêmement différentes.

L'huile de foie de morue vierge est un liquide jaune d'or, d'odeur peu prononcée. Elle n'est pas acide. Sa densité moyenne à 15 degrés est de 0,91. Sa saveur rappelle celle de la sardine fraîche. En vieillissant, elle s'épaissit un peu et laisse se former, au fond du récipient, un léger dépôt. Elle se congèle au-dessous de 15 degrés. L'acide azotique pur et fumant la colore en rose.

L'huile blonde ambrée présente une odeur qui, sans être désagréable, est assez accentuée. Sa saveur et sa densité sont sensiblement les mêmes que celles de l'huile vierge. Deux caractères la différencient de la variété précédente : son acidité et sa solubilité plus considérable dans l'alcool absolu.

Quant à l'huile brune, sa consistance épaisse, sa mauvaise odeur et surtout son extraction de foies en pleine putréfaction la rendent absolument impropre à tout usage thérapeutique; aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étendre longuement sur ses propriétés physiques.

La *composition chimique* de l'huile de foie de morue, après avoir fourni l'objet de nombreuses discussions, semble aujourd'hui définitivement fixée. Les analyses de de Jaugh et de Devergie montrent que les matières grasses représentent les quatre-vingt-dix-neuf centièmes de l'huile, mais ce sont des substances grasses spéciales. Les acides stéarique et oléique n'existent pas, en effet, dans l'huile de foie de morue. Par contre, on y trouve deux glycérides particuliers : l'*acide thérapique* et l'*acide jécoléique* (Heyerdahl). Il faut ajouter à ces deux corps la *gaduine*, sur la nature de laquelle on est encore peu renseigné, et divers principes minéraux : le chlore, l'iode, le brome et le phosphore. Ces derniers éléments sont surtout abondants dans l'huile vierge, d'où on peut les isoler par différentes méthodes (Barral, Filhol, Personne, Guibout, etc.). Les huiles colorées en renferment très peu; elles contiennent, en revanche, des acides minéraux en quantité d'autant plus forte que l'huile est plus foncée. L'huile vierge n'en possède que des traces invisibles, si tant est même qu'elle en renferme.

L'huile renferme encore divers alcaloïdes isolés par Gau-

(1) Th. de Paris, 1900.

tier et Mourgues. Ces corps ne sont solubles dans l'huile qu'à la faveur des principes biliaires contenus dans le foie, et comme il faut que le tissu hépatique ait subi un commencement de putréfaction pour permettre la mise en liberté de ces derniers principes, la solution des alcaloïdes ne peut avoir lieu avant que la fermentation ne soit commencée. De ces alcaloïdes (*amylamine*, *butylamine*, *hexylamine*, *dihydrotoluidine*, *aselline*, *morrhuine*, *acide morrhuique*), le plus important est la morrhuine; elle est en quantité telle qu'une cuillerée à bouche d'huile contient, sur 10 milligrammes d'alcaloïdes, 2 milligrammes de morrhuine. Tous ces alcaloïdes, quels qu'ils soient, jouissent de la propriété d'exciter le filtre rénal et de déterminer, à doses élevées, des convulsions cloniques.

Comment l'huile de foie de morue est-elle assimilée? Le suc gastrique l'émulsionne presque aussitôt après son entrée dans l'estomac. L'émulsion ainsi formée est extrêmement stable et permet l'absorption du médicament par les muqueuses digestives. Nous sommes moins fixés sur l'action générale exercée par l'huile sur l'organisme. Tandis que l'école anglaise n'attribue d'efficacité qu'aux glycérides, l'école française, plus éclectique, pense que l'huile agit à la fois par ses matières grasses, ses acides gras libres et ses combinaisons métalliques. L'huile posséderait ainsi une double action : nutritive par ses éléments gras, médicamenteuse par ses principes généraux et ses alcaloïdes. La première action est de beaucoup la plus importante, ce qu'expliquent la facilité avec laquelle l'huile s'émulsionne, comme la rapidité de son absorption. Pour ce qui est de l'action médicamenteuse, on peut dire que l'huile favorise les fonctions digestives par l'iode, la nutrition du système osseux par le phosphore, la nutrition générale par les alcaloïdes qu'elle renferme. On voit donc que l'action thérapeutique de l'huile est extrêmement complexe et se fait sentir sur tous les organes.

Aussi l'huile est-elle un puissant stimulant de l'hématose, de la caloricité et de la nutrition. Elle est à la fois un aliment respiratoire et un aliment plastique : elle augmente le nombre des globules rouges, accroît la force musculaire, excite et tonifie le tube digestif. Soulier a donc eu raison de dire que l'huile de foie de morue est à la fois un *aliment* et un *médicament*.

Les *indications thérapeutiques* de ce médicament sont les suivantes. Dans la *tuberculose pulmonaire*, l'huile agit très favorablement : elle n'a, à vrai dire, aucune valeur spécifique contre le bacille de Koch, mais elle intervient comme réparateur énergique des tissus, comme reconstituant général.

Il est en effet démontré depuis longtemps déjà, que ce qu'il importe le plus de réaliser chez un tuberculeux, c'est l'alimentation à outrance, la suralimentation. Or, de tous les aliments, ce sont les substances grasses qui, sous le même volume, représentent la plus grande valeur nutritive. L'huile agira donc d'abord et surtout comme aliment; de plus, en ralentissant la désassimilation des phosphates, en introduisant dans l'organisme du phosphore sous une forme éminemment assimilable, elle mettra l'organisme dans les meilleures conditions de résistance contre la tuberculose.

Malheureusement, cette action favorable n'est pas utilisable à toutes les périodes de la bacillose : lorsque les lésions sont avancées, lorsque la fièvre est intense, l'huile est contre-indiquée. Elle est alors ou inutile (n'étant plus absorbée), ou même nuisible par les troubles digestifs qu'elle provoque.

L'huile de foie de morue est encore indiquée dans un certain nombre d'autres déterminations tuberculeuses. Dans les *adénites tuberculeuses*, elle modifie heureusement la constitution générale du sujet en lui donnant le moyen de réagir contre l'infection tuberculeuse commençante. Dans les *ulcères scrofuleux*, elle trouve les mêmes indications. Le *lupus* a souvent bénéficié de son action, à une époque où l'huile était pourtant impure et mal préparée (statistiques de Devergie, d'Emery, de Hebra, etc.); en un mot, l'huile de foie de morue sera indiquée dans toutes les formes de tuberculose : ses résultats seront d'autant meilleurs qu'elle sera prescrite à une époque plus rapprochée du début de l'affection, et sous une forme plus pure (huile vierge).

Elle est encore avantageusement prescrite dans le *rachitisme*. Nul médicament n'est plus capable d'entraver la prolifération vasculaire et la décalcification de l'os; aussi Bodel, Bretonneau, Trousseau et tous les médecins qui l'ont préconisée dans le traitement de cette affection en ont-ils retiré les plus heureux effets.

Bien qu'étiologiquement l'*ostéomalacie* diffère singulièrement de l'affection précédente, elle n'en reste pas moins une maladie de dénutrition, de décalcification; elle est justiciable à ce titre de l'huile de foie de morue. Pour les mêmes raisons, dans le *diabète maigre* et dans la *convalescence de certaines maladies infectieuses chez les enfants* (rougeole, scarlatine, etc.), l'huile devra être méthodiquement et longtemps prescrite; elle répare en effet les pertes organiques et apporte aux différents tissus les matériaux nécessaires à leur développement rapide. « Aucune autre substance médicamenteuse ne saurait remplir cette double indication d'une façon aussi parfaite. »

Les *falsifications* de l'huile de foie de morue mériteraient à elles seules une longue monographie : la principale consiste à mélanger une quantité d'huile de foie de morue vraie avec d'autres huiles extraites de divers poissons (Baudrimont). Cette fraude sera facilement reconnue par l'addition au mélange suspect d'acide azotique pur : ce corps, au lieu de donner une belle coloration rose, ne détermine aucune réaction colorante quand il y a mélange de plusieurs espèces d'huiles de poissons. Les falcifications par les huiles végétales seront facilement décelées, ces huiles ayant une densité de beaucoup inférieure à l'huile de foie de morue. Enfin la purification plus ou moins complète des huiles brunes donne des produits mal dosés, de composition variable, et qu'il faut soigneusement rejeter de la thérapeutique.

Parmi les *succédanés* habituels de l'huile de foie de morue on peut citer l'*huile de foie de raie*, l'*huile de foie de requin*, l'*huile de phoque*, l'*extrait de foie de morue*, le *pâté de foie de morue*, etc.. A tous ces succédanés peut s'appliquer le mot de M. Jaccoud : ce sont des médicaments très rationnels et très utiles, mais qui ne sauraient en aucun cas jouer le rôle de corps gras. Certains présentent l'avantage de pouvoir être pris en toute saison et de n'avoir aucun goût désagréable; ils ont le tort de coûter cher et surtout de ne pas représenter plus de la moitié de leur volume d'huile, ce qui a pour effet de doubler le volume du médicament.

Un dernier mot sur le *mode d'administration* de l'huile. L'étude physico-chimique précédente montre qu'il faut toujours employer l'huile vierge. Cette huile sera donnée avant le repas, à l'état naturel (Stokvis, Jaccoud); d'abord à très petites doses (une à deux cuillerées à bouche par jour), puis à doses progressivement plus élevées, jusqu'à 150 et 200

grammes par jour (Jaccoud). M. Dieulafoy, pour faire accepter plus facilement le médicament, le donne à doses progressives dans un mélange réfrigérant. L'addition d'eau-de-vie, de liqueurs aromatiques, de sirop de gentiane, etc., masque dans une certaine mesure la saveur de l'huile; l'administration de l'huile sous forme d'émulsion en lavements :

Huile de foie de morue......	600 grammes.
Jaune d'œuf................	n° 2
Eau de chaux...............	400 grammes.

donnerait également de bons résultats (Revillod). Quel que soit le mode d'administration, il faut prolonger plusieurs mois l'usage de l'huile (en supprimant la prescription huit jours par mois) et l'interrompre totalement en été, alors que la température élevée entrave l'absorption rapide du médicament.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(26 octobre 1900)

Rien n'est plus difficile que le **diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début**; et nul diagnostic n'est plus urgent. A une période où le bacille de Koch ne peut être décelé, les signes cliniques peuvent seuls être interrrogés et c'est à les perfectionner ou à en augmenter le nombre qu'on s'applique chaque jour. M. Grancher a groupé les principaux. M. Fernet exposait l'an dernier sa triade stéthoscopique (lésion du sommet entraînant l'adénopathie trachéo-bronchique, celle-ci déterminant à son tour la congestion de la base). Enfin, MM. Hirtz et Brouardel montraient récemment l'utilité des tracés pneumographiques en pareil cas. A son tour, M. Boix étudie « l'amyotrophie scapulo-thoracique précoce » et la considère comme un signe révélateur ou confirmatif de la tuberculose pulmonaire au début.

Cette atrophie plus ou moins prononcée, plus ou moins généralisée, est bien connue aux périodes avancées ou simplement confirmées de la tuberculose.

Elle est moins connue au début même de l'invasion bacillaire, où elle se montre assez souvent comme symptôme *précoce*, mais *précoce* ne veut pas dire *primitif*.

L'atrophie musculaire n'est jamais le premier signe de la tuberculisation d'un sommet du poumon. Mais, se montrant de bonne heure, alors que la percussion et l'auscultation ne décèlent que des modifications respiratoires sans signes adventices, elle peut être le signe révélateur qui attire l'attention sur un sommet que rien ne pouvait, au premier abord, faire soupçonner tuberculeux ; elle peut aussi s'ajouter à des signes stéthoscopiques vagues ou difficiles à interpréter, en particulier chez des femmes nerveuses dont les sommets respirent mal ou présentent des saccades inspiratoires, confirmer l'idée d'une tuberculose commençante, mieux établie sur un faisceau de signes, ou apporter un élément nouveau à un diagnostic encore hésitant.

L'atrophie plus ou moins généralisée à l'ensemble de la calotte musculaire, dans les cas de tuberculose avancée, est, au contraire, au début, partielle, frappant tel ou tel groupe; c'est tantôt le creux sus-claviculaire qui est plus ou moins en retrait sur le côté symétrique, tantôt la loge sus-épineuse qui est moins pleine que l'autre. Cela s'apprécie à la vue sous diverses incidences et aussi au toucher, qui permet de se rendre compte du volume, de la consistance, de l'élasticité des muscles palpés.

Normalement, la calotte musculaire qui coiffe le sommet gauche est un peu moins forte que celle de droite; il faudra tenir compte de cela dans la comparaison entre les deux côtés; de même, il convient de s'enquérir si le sujet n'est pas gaucher.

La pathogénie de cette atrophie est sans doute analogue à celle des amyotrophies arthropathiques; l'altération des filets nerveux de la plèvre retentit sur la moelle, soit par action réflexe, soit par dégénérescence rétrograde, soit par réaction à distance.

Voici une curieuse observation d'**otite moyenne pneumococcique prise au contact d'un pneumonique.** « Le 26 juin, dit M. Hirtz, je suis appelé auprès d'un malade de soixante-cinq ans, diabétique, chez qui je constate une pneumonie peu étendue du poumon droit. Dans la région axillaire je note du souffle et des râles crépitants. Il expectore depuis deux jours des crachats un peu rouillés, très adhérents, finement aérés. L'affection évolue d'une manière favorable.

Le neuvième jour la fièvre tombe et le sujet entre assez rapidement en convalescence. Sa femme le soigne jour et nuit depuis les premières manifestations de la maladie. Elle vide ellemême le crachoir et le nettoie. D'une santé parfaite jusque-là, sans aucun antécédent morbide, sans autres manifestations qu'un peu de fatigue, elle est prise le 27 juin, trois jours après le début de la pneumonie du mari, d'un écoulement purulent assez abondant des deux oreilles. Le pus est blanchâtre, grumeleux, sans odeur appréciable. L'écoulement dure environ une douzaine de jours. La malade ne souffre pas et, sous l'influence d'un traitement antiseptique, elle guérit rapidement. Le pus de l'otite fut examiné à l'institut Pasteur; on y trouva de nombreux pneumocoques ainsi que de petits bacilles indéterminés, on fit une série de cultures qui donnèrent de nombreuses colonies. Tant par leur aspect macroscopique, que par l'examen microscopique ces colonies sont manifestement dues à des pneumocoques.

La contagion dans ce cas s'est, sans aucun doute, faite directement par le conduit auditif ou les fosses nasales, par des mains souillées au contact du crachoir.

M. Variot lit une fort intéressante étude faite en collaboration avec M. Devé sur le **polymorphisme des angines de la scarlatine** et sur les relations du processus angineux avec l'évolution du cycle thermique. Cette étude porte sur 525 malades entrés à l'hôpital Trousseau en 1899. Il en résulte que, dans un tiers des cas, ces angines sont tout à fait dépourvues d'exsudats. Dans les deux tiers des cas, les pharyngites ont été exsudatives, mais le plus souvent les exsudats ont été pultacés, non adhérents et non extensifs.

Dans 62 cas sur 525, les angines présentèrent l'aspect diphtérique. Cependant sur ces 62 cas, 30 seulement donnèrent le bacille de Lœffler et 32 ne donnèrent que des streptocoques. Il est impossible d'établir un diagnostic différentiel entre les diphtéries vraies et les fausses diphtéries, doù la nécessité d'appliquer le sérum antidiphtérique à toutes ces angines, si le diagnostic bactériologique ne peut être fait.

Enfin, contrairement à l'opinion anciennement émise par Wurtz et Bourges, le bacille de Lœffler existe presque toujours dès le début dans les angines membraneuses et non tardivement. Dans la scarlatine enfin, c'est l'angine qui influence la courbe thermique et non l'érythème.

M. Laignel-Lavastine rapporte un cas de **pneumonie avec ictère et faible réaction thermique.**

L'examen journalier de la malade dont il s'agit a permis

de mettre en valeur des caractères un peu spéciaux de l'ictère, de la température et du sang.

L'ictère cutané franchement jaune n'était pourtant pas orthopigmentaire, car la réaction de Gmélin manquait dans le sérum, l'urine et les crachats jaune d'or. Il répondait à l'ictère hémaphéique, ou par pigments modifiés. Dans les premiers jours l'urobiline ne fut décelable que dans le sérum, comme en ont rapporté des exemples M. Hayem et ses élèves. A partir du troisième jour fut très nette dans les urines la réaction du pigment rouge brun, bilirubidine de Tissier, intermédiaire entre la bilirubine et l'urobiline, et cause déterminante de l'ictère.

La courbe thermique qui oscilla entre 38 et 39 degrés rappelait les pneumonies des vieillards. Mais outre que la malade n'était pas sénile, les observations de Teissier, Hanot et Grenet, les expérimentations de Charrin et Carnot, et Grenet, inclinent à mettre la faible réaction thermique sur le compte de l'ictère, l'injection de bile dans le sang abaissant la température et le foie ayant peut-être été infecté secondairement par le coli-bacille.

L'examen du sang montre une réaction leucocytique inférieure à celle donnée par Lœper, et une absence de réticulum fibrineux peut-être en rapport avec les phénomènes hépatiques.

En résumé, une femme à foie antérieurement touché a réagi de ce fait modérément à une infection pneumococcique localisée du poumon avec, au niveau du foie, organe de moindre résistance, formation de pigments modifiés donnant à l'ensemble une allure spéciale.

M. Méry rapporte quelques faits qui vont à l'encontre de l'opinion émise dans la dernière séance par M. Rénon, opinion d'après laquelle le voisinage des crèches aurait une influence sur l'évolution de la fièvre typhoïde.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 5 AU 10 NOVEMBRE 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 5 NOVEMBRE, à une heure. — 1er (oral, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Rémy, Poirier et Mauclaire.

1er de chirurgien-dentiste, *Faculté* : MM. Retterer, Sébileau et Launois; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Reclus et Broca (Aug.);— (2e série) : MM. Terrier, Lejars et Legueu; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Méry; — M. Teissier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Varnier; — M. Desgrez, suppléant.

MARDI 6 NOVEMBRE, à une heure. — 1er de chirurgien-dentiste; *Faculté* : MM. Blanchard, Schwartz et Quénu.

2e (nouveau régime) : MM. Gautier, Retterer et Langlois; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : MM. Guyon, Campenon et Hartmann; — (2e série) : MM. Jaccoud, Chauffard et Dupré; — (2e partie) : MM. Hutinel, Chantemesse et Ménétrier; — M. Charrin, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Wallich; — M. André, suppléant.

MERCREDI 7 NOVEMBRE, à une heure. — 1er de chirurgien-dentiste, *Faculté* : MM. Poirier, Sébileau et Launois.

3e (ancien régime) : MM. Reclus, Wallich et Mauclaire; — M. Hanriot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Terrier, Segond et Delbet; — (2e série) : MM. Delens, Walther et Legueu; — (2e partie, 3e série) : MM. Hayem, Wurtz et Méry; — M. Broca (Aug.), suppléant.

JEUDI 8 NOVEMBRE, à une heure. — 1er de chirurgien-dentiste, *Faculté* : MM. Campenon, Launois et Thiéry.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Le Dentu, Schwartz et Bonnaire; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Blanchard et Roger.

3e (2e partie, ancien régime) : MM. Cornil, Achard et Vaquez.

4e : MM. Debove, Charrin et Teissier; — M. Marfan, suppléant.

VENDREDI 9 NOVEMBRE, à une heure. — 1er de chirurgien-dentiste, *Faculté* : MM. Rémy, Poirier et Gley; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Delens, Segond et Walther; — (2e partie) : MM. Landouzy, Wurtz et Méry; — M. Legueu, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Delbet, suppléant.

SAMEDI 10 NOVEMBRE, à une heure. — 1er de chirurgien-dentiste, *Faculté* : MM. Richelot, Quénu et Langlois; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie), *Charité* : MM. Berger, Thiéry et Albarran; — (2e partie) : MM. Raymond, Roger et Vaquez; — M. Achard, suppléant.

5e (2e partie, 1re série), *Hôtel-Dieu* : MM. Cornil, Chantemesse et Thiroloix; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Chauffard et Marfan; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bar et Bonnaire; — M. Chassevant, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — *Candidats militaires.* — Séance du 27 octobre. — Question orale : « Réseau artériel du coude; — Symptômes et diagnostic des abcès rétro-pharyngiens aigus. »

MM. Morlet, 16 + 25 = 41; — Brelet, 17 + 23 = 40; — Okinczye, 17 + 22 = 39; — Bréchot, 14 + 24 = 38; — Villandre, 12 + 25 = 37; — Rivet, 14 + 22 = 36; — Blanluet, 13 + 17 = 30; — Capette, 10 + 18 = 28.

Candidats non militaires. — ANATOMIE. — Séance du 26 octobre : MM. Gaultier (René), 15; Devraigne, 12; François-Dainville, 11; Courtois, Jullich et Hébert, 10; Rouhier, 9; Onfray, 6; Claret, 4; Roques, 1.

Hôpitaux de province. — *Nantes.* — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. Moisnard, Bossis (Gabriel), Lumineau, Giraudeau, Blanchard, Cesbron, Favreul, Hervouet, Bossis (Eugène).

Les épreuves données étaient :

Composition écrite : « Cavités et valvules du cœur; circulation intra-cardiaque. — Formes, signes et diagnostic de la variole. »

Épreuve orale : « Rapports du pancréas. — Le rétrécissement mitral, en indiquer les différentes formes, et décrire le rétrécissement pur. »

Le concours de l'externat vient de se terminer par la nomination de MM. Roberdeau, Luneau, Horeau, Sedille, Lerat (Henry), Barré, Gleizes, Mesnard, Maisonneuve, Fonteneau, Dousset, Billot, Mlle Homery, MM. Mahot, Thibaut, Lerat (Georges), Huzard, Mignot.

Le sujet de la composition écrite était : « Articulation radio-carpienne; entorse tibio-tarsienne. »

Celui de l'épreuve orale : « Indications et contre-indications de l'occlusion des plaies. »

Facultés de province. — *Bordeaux.* — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de M. Gentes.

Les pièces sèches à préparer étaient les artères du membre inférieur et du bassin. L'épreuve écrite avait pour sujet : « Le pancréas (anatomie et physiologie). » L'épreuve orale d'anatomie : « Muscles et nerfs du larynx. » La dissection portait sur les nerfs de la cavité orbitaire et le ganglion ophtalmique. Plusieurs pièces microscopiques étaient à déterminer.

Le féminisme au Japon. — Les Japonais, qui sont en train de s'approprier toute civilisation européenne, viennent de faire un pas gigantesque dans la voie du féminisme en instituant une Université spéciale pour femmes. La riche famille Mitsui, de Tokio, a offert un grand terrain dans cette ville, et trois citoyens ont réuni entre eux une somme de 600 000 francs environ pour construire les édifices nécessaires. Les travaux ont déjà commencé et on espère inaugurer la nouvelle Université pour femmes au printemps prochain. Les élèves ne manqueront pas, car un nombre énorme de jeunes filles de bonne famille font déjà des démarches pour être admises aux cours de l'Université, surtout de la Faculté de médecine et de l'Ecole polytechnique, qui n'aura naturellement aucun caractère militaire et se contentera de former des ingénieurs civils.

Dans six ans, au plus tard, nous verrons arriver des jolies doctoresses japonaises à Paris compléter leurs connaissances dans nos cliniques. (*Mém. de la Lib. franç.*)

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Services directs entre Paris, l'Algérie, la Tunisie et Malte (vià Marseille).* — Billets simples valables quinze jours.

Prix des billets. — De Paris aux ports ci-après (ou vice-versa) :

Alger, Oran, Bône (par Philippeville), Philippeville, Tunis : Compagnie générale transatlantique, 1re classe 197 fr.; 2e classe 135 fr. 50.

Alger, Bône (par Philippeville), Philippeville : Compagnie de navigation mixte (Touache), 1re classe 147 fr., 2e classe 105 fr. 50, 3e classe 63 fr.

Oran, Tunis : Compagnie de navigation mixte (Touache), 1re classe 157 fr., 2e classe 110 fr. 50, 3e classe 65 fr.

Malte (La Valette) : Compagnie générale transatlantique, 1re classe 267 fr., 2e classe 180 fr. 50.

Les prix de ces billets comprennent la nourriture à bord des paquebots.

En ce qui concerne les jours et heures de départ de Marseille, consulter les agences, soit de la Compagnie générale transatlantique : à Paris, boulevard des Capucines (Grand-Hôtel); à Marseille, 12, rue de la République; soit de la Compagnie de navigation mixte (Touache) : 70, rue Basse-du-Rempart, à Paris, et, 54, rue Cannebière, à Marseille.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 125 — JEUDI 1er ET SAMEDI 3 NOVEMBRE 1900. 73e ANNÉE JEUDI 1er ET SAMEDI 3 NOVEMBRE 1900. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Des thromboses veineuses au cours des cardiopathies, par M. Louis GALLAVARDIN, interne des hôpitaux de Lyon. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Des thromboses veineuses au cours des cardiopathies.

Par M. Louis GALLAVARDIN, interne des hôpitaux de Lyon.

Durant ces dernières années, l'étude des thromboses veineuses a été surtout un recensement étiologique. La symptomatologie et les complications de cette affection, ses lésions, les rapports chronologiques entre l'altération pariétale et la formation du caillot étant définitivement élucidés, on s'efforça d'en fonder la nature infectieuse et de faire le décompte des maladies microbiennes pouvant la provoquer. On mit à nu la trame infectieuse des anciennes coagulations marastiques et inopexiques, et les thromboses des cachexies, des anémies vinrent prendre place à côté des phlébites chirurgicales et des pyrexies. Puis, ces diverses oblitérations veineuses ne présentant pas, dans leurs caractères objectifs de localisation ou d'évolution, de signes vraiment distinctifs dans les divers cas, on essaya de fonder l'individualité de certains groupes sur la notion étiologique seule, et l'on décrivit la phlébite puerpérale, typhique, goutteuse, rhumatismale, etc.

Il en va autrement des thromboses veineuses développées au cours des cardiopathies que nous allons maintenant étudier. Ici, ce n'est plus seulement la notion étiologique, d'ailleurs très précise et étroite, qui justifie la formation et la description de ce groupe d'oblitérations veineuses; mais nous verrons qu'il existe dans leur aspect clinique, leur localisation, leur évolution, des signes véritablement distinctifs et c'est peut-être le seul groupe de thromboses veineuses qui possède, outre son individualisation étiologique, une réelle individualité clinique et anatomique.

Malgré cela, cette complication des cardiopathies a été à peu près complètement méconnue. Nous n'en avons trouvé aucune mention dans les traités classiques, ni dans les ouvrages spéciaux traitant des affections cardiaques ou des phlébites (1). Il n'existe, à notre connaissance, sur ce sujet, aucun travail d'ensemble, et les faits publiés sont épars dans les diverses publications françaises ou étrangères. Cependant ces faits sont assez nombreux et surtout assez concordants pour qu'une description générale s'impose presque d'elle-même.

(1) VAQUEZ. *Cliniques de la Charité*, 1895. — LAACHE. Periphere Thrombosen bei inneren Krankheiten, *Deuts. med. Wochens.*, 1893, n° 33, p. 785.

I

DÉFINITION ET DÉLIMITATION. — Quelque explicite que paraisse le titre donné à cette étude, nous devons encore en préciser et en limiter le sujet. Nous étudierons seulement les thromboses veineuses développées chez des cardiaques, et sans qu'on puisse déceler d'autres raisons à ces coagulations vasculaires que le trouble asystolique apporté à la circulation. Nous sommes donc conduit à éliminer de notre description :

1° Les observations de *phlébites infectieuses compliquées d'endocardites, presque toujours ulcéro-végétantes :* nous citerons comme relevant de ce groupe le fait rapporté par Handjian (1) et celui de Malvoz (2) dans lequel une endocardite tricuspidienne parasitaire fut la suite d'une phlébite suppurée de la veine axillaire droite ;

2° Les faits d'*anévrysmes de l'aorte* avec ou sans insuffisance aortique concomitante et accompagnés de thrombose des veines du médiastin supérieur (3) : dans ce cas la présence de la poche agit nettement d'une façon locale, il s'agit d'une thrombose par compression, non d'une thrombose au cours d'une cardiopathie ;

3° Les cas de *phlébites développées chez un cardiaque*, mais *au contact d'une artère ayant subi une oblitération embolique* et par propagation du travail inflammatoire réactionnel, envahissant la paroi artérielle, puis la paroi veineuse adjacente ;

4° Les faits dans lesquels la cardiopathie, coïncidant avec une autre cause de thrombose (cancer), paraît n'être qu'*une coïncidence* (4).

5° Nous éliminons enfin nettement toutes les observations de *phlébites rhumatismales*. C'est là, en effet, un groupe de faits qui n'a aucun rapport avec celui que nous décrivons. Dans le premier cas, la phlébite survient à un moment va-

(1) HANDJIAN. Phlébite variqueuse, phlébites multiples, purpura, embolies pulmonaires. Endopéricardite infectieuse probable, guérison, *France méd.*, juin 1891.

(2) MALVOZ. *Revue de méd.*, 1888.

(3) MOORE. Thrombosis of the external jugular subclavia veins caused by anevrysm of ascending aorta, *The Lancet*, avril 1882.

(4) Sydney COUPLAND. Thromboses multiples chez une femme atteinte de cancer pelvien et abdominal et d'affection mitrale, *Med. Times*, 21 févr. 1885.

riable, il est vrai, « tantôt au milieu de la phase articulaire aiguë, tantôt au déclin du rhumatisme, parfois plusieurs jours après la cessation de tout phénomène articulaire, » mais toujours le lien est net et saisissable entre les phénomènes articulaires et l'oblitération veineuse. Dans le groupe des thromboses veineuses développées au cours des cardiopathies, au contraire, l'infection rhumatismale n'existe plus depuis longtemps, elle n'a même parfois jamais existé, c'est à une cicatrice valvulaire qu'on a affaire et aux troubles de circulation qui en dérivent. Le malade est un cardiaque, ce n'est plus un rhumatisant. Cette distinction nous paraît tellement claire et évidente que nous n'y aurions même pas insisté si la confusion n'avait été faite par quelques auteurs. On est étonné en effet de trouver relatées dans le travail de Gatay (1), à côté de faits légitimes de phlébites rhumatismales développées au cours ou à la suite d'un rhumatisme polyarticulaire, des observations ayant trait à des malades cardiaques ayant eu, il y a dix ans et même plus, une atteinte de rhumatisme articulaire aigu et présentant, au moment où ils constituèrent leurs thromboses veineuses, le tableau classique de l'asystolie progressive. La même confusion semble avoir été faite par Cheadle et Lees qui font rentrer dans le cadre de la phlébite rhumatismale leurs observations de thromboses au cours de cardiopathies.

II

Historique. — C'est dans un article de Bouchut, sur la « coagulation du sang dans les cachexies et les maladies chroniques », qu'on trouve rapportées les premières observations se rapportant à notre sujet. Cet auteur en cite deux exemples succincts et signale le fait sans détails, ni commentaires : il s'agit dans le premier cas « d'une femme atteinte de maladie de cœur et ayant succombé à une oblitération des veines profondes et superficielles de la jambe » ; le second cas est donné par lui comme un exemple d'oblitération de la veine cave supérieure, suivie de guérison. Le premier, Lino Ramirez, un médecin de Mexico, signala dans un article peu connu, publié en 1867, les véritables caractères de cette complication. Il rapporte deux faits de thrombose des veines jugulaires et sous-clavière développée au cours de cardiopathies et suivie de terminaison fatale ; ces deux cas sont rapportés avec précision et détails, l'auteur insiste sur leur dépendance étiologique vis-à-vis de la cardiopathie, sur les caractères spéciaux et concordants tenant à leur localisation singulière, à leur gravité. « La rareté, écrit-il, de l'oblitération de certaines veines venant compliquer les affections organiques du cœur, avec les caractères présentés dans les deux faits que j'ai observés, m'engage à les publier ; s'il y en a d'autres semblables, on pourra étudier dans ses détails l'histoire d'une complication si dangereuse. »

Durant ces vingt à trente dernières années, il en a été publié plusieurs cas ; nous citerons seulement ceux de Peter, Andral, Willy Hirschlaff, Robert, etc. Hanot en relate deux cas à quelques années de distance, insiste sur la localisation du processus thrombosique aux branches tributaires de la veine cave supérieure, sur la préférence marquée pour le côté gauche et tente d'expliquer ces coagulations par une véritable cachexie cardiaque. Mais tous les faits publiés étaient mal connus ; en 1894, Huchard n'avait pu trouver qu'une observation analogue à celle qu'il publiait et Hanot, en 1896, n'avait pu en réunir que 5 cas, y compris les 2 qui lui étaient personnels. Dans nos recherches bibliographiques, nous avons pu en réunir 25 observations absolument concordantes et il nous sera facile, en nous appuyant sur elles, de tracer une description générale de cette complication.

Au reste, il est probable que ces faits sont en réalité beaucoup moins rares qu'on ne le pense ; l'attention n'étant pas attirée sur ce point dans les livres ou traités classiques, ils ont souvent dû passer inaperçus. Mieux connus, nous ne doutons pas qu'on en publie rapidement de nouveaux exemples. Nous n'en voulons pour preuve que ce fait que la plupart des auteurs qui ont eu l'attention attirée sur cette complication par un premier cas en ont publié d'autres analogues. Bouchut, Lino Ramirez, Hanot, Willy Hirschlaff en ont publié chacun deux observations ; Cheadle et Lees viennent récemment d'en publier trois exemples, nous-même, enfin, en avons fait connaître 3 cas. Les deux premiers nous ont été communiqués obligeamment par notre maître, M. E. Josserand, médecin des hôpitaux de Lyon, et nous avons pu à une année de distance observer le troisième.

Nous donnerons l'indication bibliographique de tous ces cas dans un index placé à la fin de cette étude.

III

Étiologie. — Les circonstances étiologiques présidant au développement de ces thromboses veineuses ne se résument pas seulement dans la notion de l'existence d'une cardiopathie, mais s'accompagnent encore d'autres particularités assez intéressantes.

C'est presque toujours chez une femme que survient cette complication ; parmi les 25 observations que nous avons pu réunir et consulter, le *sexe* est indiqué 23 fois, et dans 20 cas il s'agit d'une femme, soit 87 p. 100. C'est seulement dans les faits relatés par Bouchut, Potherat, Lino Romirez (Obs. II), que cette complication survint chez un homme.

L'*âge* est variable ; nous noterons cependant cette circonstance, qu'assez souvent cette thrombose se développe chez des femmes jeunes ; dans la moitié des cas où l'âge des malades est mentionné, il s'agissait de femmes âgées de moins de trente ans (9/18). Nous relevons même les âges de neuf ans dans l'observation III de Cheadle et Lees, de douze ans dans le premier fait de Lino Ramirez, et de seize ans dans deux autres cas.

Dans toutes les observations, très uniformément il s'agit d'une *cardiopathie valvulaire chronique* ; la malade a eu du rhumatisme articulaire aigu, en général plusieurs années auparavant, et à l'autopsie on note l'existence de lésions valvulaires cicatricielles. Dans un fait, cependant (Obs. II de Cheadle et Lees), il semble bien qu'il se soit agi d'une endocardite infectieuse. Il s'agissait d'une femme âgée de vingt et un ans, ayant eu antérieurement deux atteintes de rhumatisme polyarticulaire aigu ; durant la vie, outre les symptômes d'une cardiopathie grave, on nota une pâleur spéciale, des oscillations thermiques, et à l'autopsie on trouva la valve antérieure de la mitrale complètement libérée et détachée de ses cordages par un processus ulcéreux récent. Pendant la systole, cette valve était soulevée dans la cavité auriculaire, en donnant lieu à une insuffisance mitrale volumineuse, et venait par contact direct ensemencer la

(1) Gatay. *Contribution à l'étude de la phlébite rhumatismale*, Th. de Paris, 1895.

paroi antérieure de l'oreillette gauche, sur laquelle se développèrent des végétations sessiles. Il s'agissait donc là, sans doute, d'un processus ulcéro-végétant, greffé peut-être sur une endocardite rhumatismale ancienne. L'examen microscopique ou bactériologique ne révéla cependant la présence de micro-organismes ni sur les bords de la valve ulcérée, ni dans les exsudats péricardiques concomitants.

Dans la plupart des cas, la *cardiopathie est d'origine rhumatismale;* l'absence de toute infection articulaire antécédente est signalée explicitement dans 6 cas seulement. L'étiologie de l'affection cardiaque resta indéterminée dans les deux faits de Potherat, de Hanot et Kahn, et dans le nôtre; le malade de Lino Ramirez était un ancien paludique qui constitua une lésion aortique; la lésion endocarditique fut attribuée à une scarlatine dans le fait de Cheadle et Lees (Obs. III), et relevait d'une chorée, dans celui de Josserand et Gallavardin (Obs. I).

La localisation de la lésion valvulaire n'est pas indifférente. Dans 3 cas sur 25 le siège de la lésion n'est pas précisé, et il est simplement parlé de maladie de cœur (Bouchut, Jolly). Dans les 22 restants, nous avons trouvé signalé les localisations suivantes :

Rétrécissement mitral isolé..............	3
Insuffisance mitrale isolée...............	3
Lésion mitrale double	8
Lésion mitrale aortique..................	4
Lésion mitrale, aortique et symphyse.....	1
Lésion aortique isolée	3

De ce tableau il ressort nettement que ce sont les lésions mitrales qui semblent le plus prédisposer aux lésions veineuses. Sur nos 22 cas, nous les voyons signalées 19 fois, 14 fois isolées, 5 fois associées à des lésions aortiques ou péricardiques. Nous avions déjà, dans deux articles précédents, attiré l'attention sur ce fait, et signalé leur fréquence au cours du rétrécissement mitral, isolé ou associé à l'insuffisance. On sait, du reste, que c'est dans ces mêmes lésions mitrales que se forment le plus aisément les coagulations intracardiaques auriculaires ou ventriculaires, point de départ d'embolies artérielles viscérales, cérébrales ou périphériques.

Enfin, il faut encore que cette cardiopathie valvulaire chronique, à prédominance mitrale, soit *arrivée à la phase asystolique*, pour qu'elle donne naissance à la complication que nous étudions. C'est une loi qui ne souffre à peu près pas d'exceptions; dans presque tous les cas, en effet, on insiste sur les troubles de compensation présentés par la malade. Il existe de la cyanose, de la dyspnée, de l'œdème des jambes et parfois du tronc, de l'ascite, un gros foie; les urines sont en minime abondance, hautes en couleur, riches en urates, les conjonctives subictériques, et c'est au milieu de cette scène asystolique et précédant d'ordinaire de peu de jours la terminaison fatale que se déclare la complication thrombosique que nous étudions.

IV

Localisation de la thrombose et lésions veineuses. — Nous avons déjà laissé entrevoir, à plusieurs reprises, que c'est de leur localisation singulière que les thromboses veineuses, développées au cours des cardiopathies, tirent leur principal caractère.

Le siège de ces thromboses, *au niveau d'une branche tributaire du tronc veineux cave supérieur*, est, en effet, presque constant. Nous trouvons cette localisation réalisée 23 fois sur 25 cas, c'est-à-dire dans 92 p. 100 des faits. Dans les deux autres faits, ce furent les veines de la jambe qui furent atteintes; dans le premier, dû à Bouchut, il y eut une oblitération des veines profondes et superficielles de la jambe et la malade mourut; dans le deuxième, rapporté par Malibran, il s'agissait d'une femme de quarante-neuf ans, atteinte de rétrécissement mitral et « chez laquelle survint un œdème non douloureux de la jambe gauche, avec sensation d'un cordon dur au niveau du triangle de Scarpa; l'œdème disparut progressivement et la malade guérit ».

Dans tous les autres faits, la thrombose siégeait au niveau d'un tronc veineux tributaire de la veine cave supérieure, et il semble que la cardiopathie agisse réellement à ce niveau avec la régularité d'une cause locale.

Or, cette localisation singulière constitue un fait absolument remarquable, qu'on ne retrouve dans l'histoire d'aucune autre cause provocatrice de phlébite, et qui à lui seul suffirait à donner au groupe d'oblitérations veineuses que nous décrivons, sa physionomie si spéciale. On sait, en effet, avec quelle prédilection les thromboses veineuses, lorsqu'elles dépendent d'une cause générale (cachexies, infections, etc.) occupent les troncs veineux déclives, même bien entendu, si l'on excepte celles qui se développent en ces points par suite d'une cause locale (extension de l'inflammation des sinus utérins dans la phlébite puerpérale). En regard de notre proportion de 23 cas sur 25 d'oblitération des veines tributaires du tronc cave supérieur, au cours des cardiopathies, nous opposerons seulement la statistique de Bouchut qui, sur 51 cas d'oblitérations veineuses spontanées, non puerpérales, observées par lui, ne vit qu'un exemple de thrombose des veines supérieures (veine cave, jugulaire, sous-clavière), et ce cas précisément au cours d'une cardiopathie.

Outre leur siège au niveau des troncs veineux tributaires de la veine cave supérieure, ces thromboses sont encore remarquables par *leur localisation nettement prédominante sur les veines du côté gauche*. En effet, sur les 23 cas où cette thrombose affectait un siège supérieur, 13 fois, c'est-à-dire dans plus de la moitié des faits, l'oblitération siégeait sur les veines du côté gauche; 6 fois les coagulations étaient bilatérales, et dans 4 cas seulement leur siège se trouvait localisé à droite. Il faut, du reste, remarquer que sur les 6 cas de thromboses bilatérales, 4 fois au moins les coagulations débutèrent par les veines du côté gauche et envahirent les troncs veineux du côté droit, par l'intermédiaire de la partie supérieure du tronc cave; dans les 2 faits de Willy Hirschlaff, en effet, il existait du côté gauche une oblitération très étendue des jugulaires, de la sous-clavière, du tronc brachio-céphalique, tandis qu'à droite, seule la jugulaire était atteinte. Dans 2 faits de Cheadle et Lees (Obs. I et III) les deux jugulaires, les deux troncs brachiocéphaliques étaient également oblitérés des deux côtés, mais dans le premier cas, l'oblitération apparaissait nettement plus ancienne à gauche; et dans le deuxième, ce fut aussi de ce côté que débuta l'œdème qui ne s'étendit au côté droit que secondairement. Ce ne fut que dans 4 cas que la thrombose s'installa primitivement à droite et y resta localisée, mais dans deux d'entre eux, il existait une cause intercurrente, rendant compte de cette localisation anormale : dans l'observation de Hanot et Kahn, les troncs veineux droits étaient comprimés par d'assez volumineux ganglions, qui localisèrent à ce niveau la thrombose; dans celle de Josserand et

Gallavardin (Obs. II), il s'agissait d'une malade atteinte de rétrécissement mitral et qui avait été amputée de la cuisse, pour un ostéo-sarcome : elle portait un appareil prothétique, dont la courroie passait sur l'épaule droite et exerçait des frottements continuels sur la jugulaire externe, et c'est sans doute à cette cause que doit être rapportée la cause de la localisation à droite des accidents.

On voit donc que cette prédominance à gauche des oblitérations veineuses est réelle, puisque dans 13 cas sur 23, la thrombose fut cantonnée à ce niveau, que dans les 6 cas où elle fut double, elle avait débuté au moins 4 fois par le côté gauche (1) et qu'enfin, sur les 4 faits où elle se trouva cantonnée primitivement dans les veines du côté droit, 2 fois une circonstance concomitante anormale rendait raison de cette localisation insolite.

Le *degré d'extension de l'oblitération veineuse* est très variable. Sur les 13 cas où les lésions siégeaient à gauche, nous avons trouvé oblitérées :

Veine humérale	1 fois.
— humérale et sous-clavière	1 —
— sous-clavière	3 —
— jugulaire externe	1 —
— sous-clavière, jugulaire, tronc brachio-céphalique	7 —

Sur les 4 cas de lésions droites :

Veine sous-clavière	1 fois.
— jugulaire et sous-clavière	2 —
— sous-clavière et tronc brachio-céphalique	1 —

Enfin, dans les 6 cas d'oblitérations bilatérales :

Deux veines sous-clavières	1 fois.
Deux jugulaires, deux troncs brachio-céphaliques, deux sous-clavières et veine cave supérieure	3 —
Deux jugulaires, veine sous-clavière et tronc brachio-céphalique gauche	1 —
Deux jugulaires et veine cave supérieure	1 —

Par cette énumération un peu longue, on voit nettement que les veines les plus fréquemment atteintes sont la sous-clavière, puis la jugulaire. Cette dernière veine est rarement lésée isolément et le plus souvent les deux jugulaires, externe et interne, sont prises, de concert avec la sous-clavière. La thrombose peut remonter assez loin à la périphérie et atteindre même de petites branches ; dans un cas de Cheadle et Lees, non seulement les grosses veines du bras étaient prises, mais encore la thyroïdienne inférieure, les veines de l'angle de la mâchoire.

Partie de la sous-clavière ou du segment inférieur des jugulaires, la thrombose peut gagner le centre, envahir les troncs innommés et atteindre la veine cave supérieure. Si l'on excepte le cas de Bouchut, dans lequel l'oblitération cave supérieure ne put être vérifiée, il existe trois faits où la thrombose de ce vaisseau fut constatée anatomiquement. Ce sont ceux de Cheadle (Obs. I et III) et celui de Willy Hirschlaff (Obs. I). L'oblitération de ce tronc volumineux coïncide toujours avec des coagulations étendues des veines supérieures, jugulaire, sous-clavière, innominée, et avec des oblitérations veineuses bilatérales, pour lesquelles la veine cave supérieure a servi de point de passage d'un côté à l'autre. C'est là l'analogue de la thrombose en fer à cheval des iliaques et, comme nous l'avons déjà dit, anatomiquement comme cliniquement, le côté primitivement lésé est le plus souvent le côté gauche.

Le plus ordinairement l'oblitération cave affecte seulement la partie la plus supérieure du vaisseau laissant libre probablement l'orifice de la grande azygos ; dans l'observation III de Cheadle et Lees, cependant, le caillot occupait les deux tiers supérieurs du vaisseau et en examinant la veine cave par la cavité de l'oreillette droite on voyait ce tronc veineux totalement oblitéré.

L'*aspect du caillot* diffère suivant l'étendue de l'oblitération, son ancienneté et surtout suivant le point où on le considère. C'est généralement à l'extrémité inférieure de la jugulaire interne, au niveau de la crosse de la sous-clavière ou au confluent de ces deux vaisseaux, que les caillots paraissent les plus fermes et les plus anciens. Ils sont blancs, fibrineux et transforment le vaisseau en une sorte de corde blanchâtre. En amont, les concrétions sanguines paraissent de date postérieure et semblent dues surtout à la stase sanguine conditionnée par l'oblitération ; ils sont plus mous, noirâtres ou brunâtres, peu adhérents. Dans tous les cas, l'obstruction était complète. Dans un fait cependant, le centre du caillot était ramolli, puriforme, comme cela se voit pour les caillots « en grelot » des cavités intra-cardiaques.

Les *lésions veineuses microscopiques* furent examinées dans deux cas, par Cheadle et Lees (Obs. II et III) ; dans le deuxième de ces cas, le caillot apparaissait dans la cavité du vaisseau nettement fibrineux et organisé ; il était pénétré par de fins bourgeons s'élevant de l'endartère et fragmentant sa masse. La paroi veineuse elle-même, dans les deux faits, ne paraissait pas très altérée, il existait cependant, dans le second, un léger degré de phlébo-sclérose et de périphlébite.

Quant aux *lésions concomitantes*, nous n'y insisterons pas, ayant déjà suffisamment parlé plus haut de la lésion cardiaque et de sa localisation valvulaire à prédominance mitrale. L'existence des coagulations des oreillettes et des ventricules est parfois notée, mais jamais nous n'avons vu signaler le fait de la continuation des caillots de l'oreillette avec ceux de la veine cave supérieure. La veine cave inférieure, même lorsque l'oblitération envahit tout l'éventail veineux tributaire de la veine-cave supérieure, est toujours et intégralement respectée. Quant aux viscères, ils sont d'ordinaire franchement cardiaques ; le foie est augmenté de volume, congestionné, muscade à la coupe ; l'ascite est souvent abondante, et il est fréquent de constater des infarctus rénaux, spléniques ou pulmonaires.

V

Histoire clinique. — Comme nous l'avons dit plus haut, c'est presque constamment *au cours de la phase asystolique avancée d'une cardiopathie*, que survient la complication dont nous faisons l'étude. Les malades entrent à l'hôpital comme cardiaques et c'est presque toujours sous les yeux du médecin, souvent peu de jours avant la mort, qu'évolue la thrombose jugulo-sous-clavière. Le tableau clinique est toujours le même. La cyanose, la dyspnée sont très marquées, parfois cependant, surtout chez les enfants, à la face, la pâleur remplace la cyanose ; les œdèmes, très marqués aux membres inférieurs, atteignent les lombes et le tronc, il

(1) Dans les deux autres cas (Bouchut, Jolly), on ne peut, faute de détails, voir où commença la thrombose.

existe de l'ascite, un peu d'hydrothorax droit, le foie est gros, les urines cardiaques. Ce tableau est stationnaire depuis quelques jours, parfois même il s'est légèrement amélioré, les œdèmes ont diminué, l'arythmie, la dyspnée sont moindres, lorsque se déclare la complication veineuse oblitérante.

Le début se manifeste d'ordinaire par une douleur à la base du cou, au-dessus de la clavicule gauche, au niveau des deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien. Cette douleur est spontanée, peu violente, mais elle est fortement exagérée par l'exploration de la région; on ne sait, à ce moment à quel phénomène attribuer cette douleur. Puis très rapidement, souvent dès le lendemain, les symptômes se sont accusés; la douleur persiste, mais il est survenu à la base du cou de l'empâtement, la veine jugulaire externe est elle-même devenue douloureuse, distendue, comme injectée, et s'est transformée en un cordon dur et sensible au toucher; en même temps la face du côté gauche s'est parfois un peu tuméfiée. Le surlendemain ou le même jour apparaît l'œdème du bras qui annonce l'extension du processus thrombosique à la veine sous-clavière.

D'autres fois le début se manifeste dans le domaine de la sous-clavière et non dans celui des veines jugulaires; dans un cas même (Obs. II de Cheadle et Lees), l'oblitération semble avoir débuté au niveau des veines de l'avant-bras gauche. La face interne de l'avant-bras et du poignet devint très sensible au toucher, et quelques jours après il survint une douleur soudaine à la base du cou, de la tuméfaction de la face, etc., etc.

Au bout de quelques jours, la thrombose a progressé, le caillot a envahi le confluent de la jugulaire et de la sous-clavière, parfois le tronc innominé, et l'oblitération complète et définitive est constituée; les signes ne diffèrent pas alors de ceux d'une thrombose banale et nous y insisterons peu.

C'est toujours au niveau du bras que l'*œdème* est le plus accentué. Les doigts, l'avant-bras, la racine du membre sont pâles et tuméfiés; le dos de la main apparaît surtout bombé, infiltré et la région du coude est particulièrement empâtée, car chez les malades alités elle constitue au niveau du membre supérieur le point le plus déclive. La paroi thoracique peut être envahie par l'œdème, le sein lui-même augmente de volume et devient plus lourd; cette tuméfaction de la glande mammaire est notée dans les deux faits de Hanot. La tuméfaction est assez évidente au-dessus des clavicule et à la base du cou; les parties latérales du cou étaient très œdématiées dans une observation de Cheadle et Lees et rappelaient l'aspect d'une parotidite double. Quant à la face, il est rare que la stase circulatoire y soit très manifeste, c'est plutôt une bouffissure qu'un œdéme.

Les parties ainsi œdématiées sont parfois cyanosées, mais plus souvent pâles. La pâleur est surtout marquée au niveau de la face et chez les malades jeunes. Lino Ramirez a noté l'abaissement de la température locale au niveau du bras dans ses deux observations. L'œdème, au niveau du bras tout au moins, est rarement douloureux.

Le plus souvent l'œdème qui s'installe ainsi dans le territoire des vaisseaux thrombosés coïncide avec l'œdème préexistant des membres inférieurs, du tronc, des lombes. D'autres fois on note une discordance très nette entre l'œdème local et celui dû aux troubles de la circulation générale. Dans l'observation de Robert, l'œdème thrombosique débuta au membre supérieur et les jambes enflèrent seulement dans la suite; il n'existait pas d'œdème des membres inférieurs dans l'observation III de Cheadle et Lees; dans celle de Potherat et Lino Ramirez (II), il disparut aux membres inférieurs et persista dans le territoire thrombosé.

Le *cordon veineux* se perçoit difficilement et même jamais très nettement au niveau de la sous-clavière, à cause de l'empâtement superficiel des tissus, de la profondeur à laquelle se trouve ce vaisseau et de la douleur provoquée par l'exploration; pour les mêmes raisons la jugulaire interne n'est pas plus aisément accessible, il existe seulement une tuméfaction générale au niveau des deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien et le long de la gouttière latérale du cou. Dans deux observations on put percevoir très nettement un cordon dur et douloureux sur le trajet de l'axillaire et de l'humérale. Mais la veine où l'on peut par excellence apprécier et suivre pas à pas le travail de coagulation est la jugulaire externe. Cette veine est en effet presque toujours atteinte concurremment avec la jugulaire interne; elle est très superficielle, facilement accessible au regard et à l'exploration digitale. D'abord distendue et sinueuse, elle se transforme très rapidement en un cordon dur, très sensible au toucher. Quelques jours après, elle cesse de devenir douloureuse et peut à la longue, en cas de survie, se changer en un cordon plein, dur, mais indolent.

Il existe parfois de la *fièvre*; dans les deux observations de Hanot, la température atteignit 39, 39°8; une pyrexie irrégulière est notée dans le deuxième cas de Cheadle et Lees, mais il existait une lésion vasculaire ulcéreuse, qui suffisait à rendre compte de l'élévation thermique. L'hypothermie a été notée par le même auteur dans sa troisième observation.

Cet auteur a remarqué aussi que, chez ses 3 malades atteints d'oblitération de la jugulaire interne et parfois même en même temps des deux jugulaires internes et de la sous-clavière, il existait une certaine torpeur cérébrale, une somnolence, une apathie singulière qui sont peut-être attribuables à la stase circulatoire encéphalique.

L'*évolution clinique* de cette complication se présente d'ordinaire avec une extrême sévérité, soit qu'elle aggrave par sa présence les troubles circulatoires dépendant de la cardiopathie, soit par ce fait qu'elle survient à un moment où ces troubles circulatoires sont eux-mêmes au maximum. La mort est survenue 20 fois sur 25 cas, soit avec une proportion de 80 p. 100; on conviendra que c'est là une proportion qu'on ne retrouve aussi élevée dans l'histoire d'aucun autre groupe de coagulations veineuses. L'apparition de la thrombose jugulo-sous-clavière précède d'ordinaire de peu de jours la terminaison fatale; dans l'observation de Duguet, c'est trois jours avant la mort que la malade se plaignit de souffrir du bras gauche, principalement de l'épaule, et bientôt survint de l'œdème de tout le membre supérieur gauche avec cordon douloureux sur le trajet de l'axillaire; dans le cas I de Lino Ramirez, le malade mourut le lendemain de l'apparition des symptômes objectifs dus à l'oblitération. Il en est ainsi presque dans toutes les observations et une survie de dix à vingt jours, comme on la trouve parfois notée, constitue une exception.

La mort semble survenir du fait de la cardiopathie et les troubles de compensation dus à cette cardiopathie sont tels qu'on peut à peine dire que l'apparition de la thrombose ait véritablement hâté une terminaison fatale qui paraissait imminente. Plus rarement, elle relève d'un accident intercurrent, d'une embolie pulmonaire, comme dans l'observation de Duguet, d'une hémiplégie droite embolique avec

aphasie et coma consécutif comme dans un des faits rapportés par Cheadle et Lees.

La guérison a été notée 5 fois. Dans le cas de Malibran, il s'agissait, comme nous l'avons dit plus haut, d'une thrombose de la veine fémorale, dans celui rapporté par Bouchut on aurait eu affaire à une oblitération de la veine cave supérieure et le fait est assez remarquable pour être cité tout au long : « Chez un homme atteint de maladie de cœur, écrit Bouchut, il survient une oblitération de la veine cave supérieure, des veines axillaires, jugulaires profondes et des veines de la profondeur du membre supérieur jusqu'à la partie moyenne du bras. Chez cet individu, on vit apparaître sur le col et sur le thorax un réseau de veines innombrables agglomérées çà et là sous forme de masses vasculaires semblables à du tissu érectile, ailleurs variqueuses, aidant au rétablissement de la circulation collatérale. Le visage, les membres supérieurs étaient livides, complètement cyanosés et infiltrés de sérosité. Il resta cinq mois à l'hôpital, fut saigné trois fois sur l'ordre de M. Rayer et sortit enfin dans un état satisfaisant : la cyanose et l'œdème avaient disparu. » Dans ses leçons cliniques, Peter a consigné un autre cas de guérison : « Chez une personne atteinte de lésion mitrale double arrivée à la phase asystolique, il survint un œdème volumineux du bras gauche ; quelques jours après, se manifesta une douleur à la partie externe et inférieure du cou et le doigt explorant la région percevait le cordon dur de la sous-clavière oblitérée se continuant avec celui de la jugulaire externe non moins évidemment oblitérée. » Au bout de trois semaines la circulation se rétablit peu à peu, l'œdème du bras disparut et la malade quitta l'hôpital guérie de sa phlegmatia, mais se mourant de sa cachexie cardiaque.

Nous avons nous-même publié deux faits de guérison analogue ; dans le premier (Josserand et Gallavardin Obs. II), chez une jeune fille de trente ans, au cours d'un rétrécissement mitral, il se développa une thrombose de la jugulaire interne et de la sous-clavière ; au bout d'un mois, la guérison était complète et deux ans plus tard la santé de la malade était encore très bonne et n'avait pas été troublée par de nouveaux accidents asystoliques ; dans le deuxième, on put suivre pas à pas l'amélioration, l'œdème du bras disparut complètement en trois semaines environ, la jugulaire externe cessa d'être douloureuse, mais se transforma en un cordon dur et totalement oblitéré pendant que quelques veines dilatées faisaient leur apparition sur la paroi thoracique antérieure, du côté gauche. Six mois après, la guérison locale s'était maintenue, mais la cardiopathie persistait avec tous ses symptômes alarmants.

On voit donc que, malgré les cinq faits de guérison que nous venons de mentionner, le pronostic reste très sévère et que, même dans la plupart des cas terminés heureusement, la cardiopathie ne cessa pas de rester menaçante.

Le *diagnostic* de cette complication est facile, mais il faut y songer et la rechercher, d'autant que ces signes ne se manifestent d'ordinaire que pendant peu de temps et quelques jours seulement avant la terminaison fatale.

Il faut se garder de porter ce diagnostic toutes les fois que chez un cardiaque asystolique il survient de l'œdème d'un membre supérieur, de la bouffissure de la face et de l'œdème translucide des paupières. Ce fait constitue en effet la règle ; lorsque l'œdème a envahi les membres inférieurs, la paroi abdominale, les lombes, il saute brusquement aux membres supérieurs, ou plutôt à un membre supérieur. Hanot a fait remarquer avec raison que c'était le membre supérieur gauche qui s'œdématiait le premier ; cette règle n'est cependant pas absolue et nous avons vu dans plusieurs cas l'œdème débuter et rester plusieurs jours localisé au niveau du membre supérieur droit, variation qui dépend sans doute de variétés anatomiques dans la disposition des troncs veineux ou des valvules. Mais dans ce cas d'œdème unilatéral d'un bras, les jugulaires restent perméables, conservent leur pouls veineux, il n'existe pas de douleur à la pression au niveau des creux sus-claviculaires.

Les signes qui permettent d'affimer l'existence d'une thrombose jugulo-sous-clavière sont : 1° la tuméfaction sus-claviculaire, avec douleur spontanée accusée par la malade et sensibilité réveillée par l'exploration de la région ; 2° l'existence d'un cordon dur, plein et douloureux au niveau de la jugulaire externe qui, elle, reste toujours facilement explorable et traduit au dehors l'état de la sous-clavière plus profondément située ; 3° enfin, la discordance parfois notée entre l'existence d'un œdème volumineux d'un membre supérieur, de la base du cou, et l'absence de tout œdème ou au moins d'un œdème parallèle au niveau des membres inférieurs, conduira aussi à penser à une thrombose locale jugulo-sous-clavière.

VI

Pathogénie. — Trois problèmes seraient à élucider dans l'étude pathogénique de la complication dont nous traitons : 1° *la cause du développement de ces thromboses veineuses au cours d'une cardiopathie arrivée à la phase asystolique ;* 2° *la raison de leur localisation presque exclusive dans le système veineux tributaire du tronc cave supérieur ;* 3° *l'explication de l'atteinte prédominante des branches veineuses du côté gauche.*

1° Hanot est tenté d'attribuer à la cachexie ces thromboses et de les assimiler aux thromboses se produisant chez des malades porteurs de néoplasme : « Ces thromboses, écrit-il, ne se produisent qu'à une période spéciale de l'évolution de la cardiopathie et leur apparition vient encore justifier ce terme si vrai et si expressif d'Andral : la cachexie cardiaque. Certains cardiopathes, en effet, arrivés à la période ultime de leur existence, présentent cet aspect de délabrement, cette insuffisance définitive de la fonction de tous leurs organes, qui caractérisent la cachexie. A ce point de vue, ils ressemblent à des tuberculeux où à des cancéreux arrivés au dernier terme de leur maladie : comme eux, ils présentent des altérations de la crase sanguine, comme eux, mais plus rarement qu'eux, ils peuvent avoir des phlegmatia. » Cette opinion est à rapprocher de celle de Cheadle et Lees qui font entrer en ligne de compte la teinte pâle et anémique présentée par leurs malades. Il nous semble cependant que l'interprétation de Hanot, vraisemblable peut-être dans certains cas, notamment dans les deux faits rapportés par lui où il s'agissait de femmes âgées et amaigries, ne puisse s'adapter à tous les cas. Elle n'est pas de mise chez les enfants, chez les cardiaques jeunes, alors cependant que la complication dont nous traitons y est assez fréquente ; enfin elle n'explique en rien la localisation jugulo-sous-clavière, et c'est pour cela que nous la rejetons.

Peut-on assimiler cette thrombose veineuse au cours des cardiopathies à la thrombose intracardiaque elle-même et voir dans les gros vaisseaux veineux de la base du cœur, une sorte de prolongement des cavités auriculaires dans lesquelles les caillots se déposent si facilement? Cette idée

paraît de prime abord assez séduisante mais en réalité se trouve absolument hypothétique et improbable. En effet, si la concomitance de la thrombose intracardiaque, auriculaire ou ventriculaire, est relevée assez fréquemment dans les cas dont nous faisons l'histoire, jamais la continuité entre les caillots de l'oreillette et ceux de la veine cave supérieure ou des veines sus-jacentes n'a été établie. D'autre part, les coagulations veineuses, comme le démontrent les constatations anatomiques et l'évolution clinique, au lieu de débuter par le tronc de la veine cave supérieure, prennent au contraire naissance dans la jugulaire, la sous-clavière et, de là, descendent dans les troncs plus volumineux pour y rester cantonnées ou passer dans ceux du côté opposé. Enfin, si ces thromboses veineuses n'étaient que l'extension d'une thrombose intra-cardiaque, on ne comprendrait pas que la veine cave inférieure, située dans un point déclive, ne soit pas aussi souvent, et même plus souvent, le siège de ces coagulations, ce que l'examen des faits dément formellement.

Le seul facteur qu'on rencontre dans tous les cas, est *la gêne de la circulation veineuse.* Ce n'est plus là un élément hypothétique mais un fait dont témoigne et le trouble cardiaque excessif et son retentissement périphérique (œdème, ascite, gros foie). On peut même dire que chez les cardiaques la thrombose jugulo-sous-clavière n'apparaît qu'à la suite et pour ainsi dire dans l'ombre de cette stase veineuse généralisée. Mais cet engorgement veineux, « ce marasme circulatoire » sont-ils suffisants pour créer de toutes pièces ces coagulations veineuses? C'est peu probable, si l'on s'en rapporte aux idées actuelles sur les oblitérations des veines, et il est possible que l'intervention d'un agent microbien soit nécessaire. Il faut dire cependant qu'on n'a pas actuellement de preuves certaines de l'origine infectieuse de ces thromboses. Des recherches bactériologiques ont été faites par Poynton dans les observations II et III de Cheadle et Lees et, dans ces cas, l'ensemencement du liquide péricardique, des exsudats fibrineux recouvrant cette séreuse, des caillots veineux, a été négatif, et l'examen microscopique, non plus, n'a pu révéler la présence de microorganismes dans les parois de la veine ou dans l'épaisseur du caillot. L'examen microscopique ne révélait pas non plus d'altérations inflammatoires bien accusées dans la paroi veineuse, si l'on excepte dans un cas un léger degré de phlébo-sclérose et de périphlébite. Notons cependant, en faveur de l'origine infectieuse de ces thromboses, ce fait que, chez les deux malades de Hanot, elles s'accompagnèrent d'une élévation thermique (39, 39°8) et chez l'une d'elles de manifestations pulmonaires à pneumocoques.

En tous cas, qu'il soit aidé ou non par une cause microbienne, le seul facteur de ces thromboses veineuse qui soit, pour l'instant, indiscutable, est la gêne imprimée par la cardiopathie à la circulation périphérique.

2° Pourquoi les effets de cette thrombose se localisent-ils, d'une façon si exclusive, sur les branches tributaires de la veine cave supérieure, dont le courant est descendant? C'est là un fait qui domine, comme nous l'avons déjà dit, toute l'histoire des thromboses veineuses développées au cours des cardiopathies, et dont l'explication reste cependant encore un peu incertaine. Il ne semble pas qu'on doive chercher la raison de cette localisation singulière dans une gêne circulatoire plus intense; en effet, il est peu probable que la stase soit plus accusée là que dans le territoire de la veine cave inférieure; les troubles dépendant immédiatement de cette stase, tels que l'œdème sous-cutané, apparaissent de façon beaucoup plus précoce dans le domaine de ce dernier tronc veineux qu'au niveau des membres supérieurs. On ne peut invoquer non plus le pouls veineux, dont les effets se font sentir également dans les deux systèmes (pouls jugulaire, pouls hépatique).

Il y a cependant une disposition réalisée dans le système de la veine cave supérieure, qu'on ne retrouve pas à un même degré dans celui de la veine-cave inférieure et qui nous paraît donner l'explication de la localisation des coagulations que nous venons d'étudier. Ce sont les *ramifications*, les *courbures*, présentées par cette sorte d'éventail ou plutôt d'espalier veineux que constituent la veine cave supérieure et ses branches. Le tronc principal se divise en deux rameaux volumineux de direction oblique, qui eux-mêmes se bifurquent en veines jugulaires et sous-clavière. Les premières de ces veines décrivent avant de pénétrer la région cervicale une sorte de crochet, les secondes dessinent au-dessus de la première côte, un fer à cheval complet. Rien de semblable dans le système de la veine cave inférieure, qui constitue un tronc rectiligne et volumineux qui descend jusqu'à la partie inférieure de la cavité abdominale et se divise à ce niveau en deux troncs volumineux, qui parcourent, obliquement il est vrai, les parois de la cavité pelvienne, mais qui ne présentent ni les branchements multiples, ni les courbures ou les crosses des troncs homologues supérieurs.

En faveur de cette explication, milite encore ce fait que la thrombose, comme nous l'avons déjà dit, ne naît pas dans la veine cave supérieure, mais dans la partie inférieure des jugulaires, dans la sous-clavière, précisément au niveau d'un abouchement, d'un éperon ou d'une courbure. Peter avait du reste signalé comme favorisant la précipitation de la fibrine, la disposition spéciale des parois veineuses à ce niveau et notamment le nid valvulaire situé au point de rencontre de la veine jugulaire externe et de la sous-clavière.

3° Du même coup se trouve expliquée aussi la localisation prédominante de la thrombose à gauche. *C'est en effet de ce côté que les coudes, les courbures sont les plus accusés.* Le tronc veineux brachio-céphalique gauche est plus long, de direction plus oblique que celui du côtédroit, et la gêne circulatoire s'y fait plus aisément sentir. C'est à son niveau, comme le faisait remarquer Hanot, que se manifeste tout d'abord la stase circulatoire, créant au cours des cardiopathies l'œdème du bras gauche; c'est ce même point qu'affectionnent les thromboses veineuses conditionnées par cette même gêne circulatoire.

De tout ceci, il ressort nettement que les cas d'oblitérations des veines au cours des cardiopathies ne sont pas des faits disparates que réunirait seule une étiologie commune. Il y a là des caractères très précis, presque toujours concordants, qui assurent à cette complication une physionomie bien à part, une autonomie anatomique et clinique que ne possède au même degré aucune autre sorte de thrombose veineuse. C'est en effet presque toujours, peut-on dire, chez une femme, atteinte de cardiopathie valvulaire chronique, à prédominance mitrale et arrivée à la phase asystolique que se développent ces coagulations veineuses. Elles affectent toujours, peut-on dire, un tronc veineux tributaire de la veine cave supérieure, se localisent le plus souvent du côté gauche, envahissent d'ordinaire simultanément la jugulaire et la sous-clavière et précèdent, dans la

plupart des cas, de peu de jours la terminaison fatale. Étant donné : l'apparition de ces thromboses veineuses au moment de la phase asystolique des cardiopathies, leur localisation jugulo-sous-clavière si singulière, leur prédominance du côté gauche, il semble légitime de leur reconnaître sinon comme cause déterminante, du moins comme cause occasionnelle et localisatrice, la gêne de la circulation veineuse dont les effets se trouvent encore aggravés par les courbures et les branchements présentées par l'arbre veineux cave supérieur, principalement du côté gauche.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES DE 25 CAS DE THROMBOSES VEINEUSES DÉVELOPPÉES AU COURS DE CARDIOPATHIES. — 1-2. BOUCHUT. Mémoire sur la coagulation du sang dans les cachexies et les maladies chroniques, *Gaz. méd. de Paris*, 1845. — 3-4. Lino RAMIREZ. Obliteracion de las veinas jugulares como complicacion de afecciones cardiacas, *Gac. med. de Mexico*, 1867, p. 211-217, ou *Gaz. méd. de Paris*, 1867, p. 714-719. — 5. DUGUET. *De l'apoplexie pulmonaire*. Th. d'agrég., 1872. — 6. L. DREYFUS. Lésions cardiaques multiples, embolies viscérales, thromboses veineuses, *Bull. de la Soc. anat.*, 1875, p. 599. — 7. PETER. *Leçons cliniques*, t. I, XIIe leçon. — 8. ROBERT. Thrombose du tronc veineux brachio-céphalique gauche, *Bull. de la Soc. anat.*, avril 1880, p. 314. — 9. MALIBRAN. Rétrécissement mitral et embolies multiples cérébrales, phlébite, néphrite interstitielle, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, janv. 1884. — 10. POTHERAT. Insuffisance aortique, artério-sclérose généralisées, thrombose du tronc veineux brachio-céphalique droit, *Bull. de la Soc. anat.*, 1887, p. 620. — 11. HANOT et PARMENTIER. Asystolie, cachexie cardiaque, thrombose de la veine sous-clavière gauche, *Arch. gén. de méd.*, 1889, p. 91. — 11. JOLLY. Th. de Paris, in article de Hanot et Parmentier. — 13-14. Willy HIRSCHLAFE. Beitrag zur Lehre und Casuistik von der thrombose der vena jugularis externa, interna und subclavia, *Inaug. diss.*, Berlin, 1893. — 15. HUCHARD. *Bull. méd.*, 1894, p. 423. — 16. ANDRAL. *Bull. de la Soc. anat.*, in article Huchard. — 17. LETULLE et SERGENT. In thèse de Gatay. *Phlébite rhumatismale*, Paris, 1895. — 18. HANOT et KAHN. Asystolie, cachexie cardiaque, thrombose de la veine sous-clavière droite. Rareté de cette complication, *Arch. gén. de méd.*, 1896, p. 2, 469. — 19. NICOLLE et Mlle ROBINEAU. Phlébite de la veine jugulaire externe chez une malade atteinte d'endocardite mitrale, *Normandie méd.*, 15 fév. 1897. — 20-22. CHEADLE et LEES. Three cases of extensive venous thrombosis associated with severe rheumatic carditis, necropsies. *The Lancet*, 23 july, 1898. — 23-24. L. GALLAVARDIN. De quelques accidents périphériques au cours du rétrécissement mitral; un cas de gangrène des membres inférieurs ; deux cas de thrombose des veines jugulaires, *Province méd.*, 2 sept. 1899. — 25. L. GALLAVARDIN. Deux observations d'accidents périphériques au cours du rétrécissement mitral ; un cas d'embolie de la mésentérique supérieure ; un cas de thrombose de la veine jugulaire externe et de la sous-clavière gauche, *Lyon méd.*, sept. 1900.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(30 OCTOBRE 1900)

L'Académie est revenue sur la question de l'étiologie des **monstres doubles**. M. Pinard a fait un rapport sur une observation de M. Barette (de Caen); voici, en quelques mots, cette observation :

Il s'agit d'une femme de vingt-six ans, primipare, chez laquelle une sage-femme rompt la poche des eaux, deux pieds se présentent à la vulve, et le palper fait reconnaître deux têtes dans le fond de l'utérus. Un médecin constate la présence d'un troisième pied, et pratiquant le toucher, trouve le quatrième membre inférieur replié dans le vagin. Il s'efforce de rétropulser les deux membres inférieurs les moins engagés, et, ne pouvant y parvenir, fait appeler M. Barette.

Celui-ci introduisant la main dans le vagin entre les deux fœtus, fut arrêté par une résistance unissant les corps des deux fœtus. Au fond de ce sillon il rencontra l'insertion d'un cordon unique, au niveau duquel on ne pouvait percevoir aucun battement. Le diagnostic des deux fœtus, accolés par leur plan antérieur et ne donnant plus signe de vie, étant ainsi fait, M. Barette fit la détroncation du fœtus le plus engagé au-dessous des omoplates, puis fut obligé de sectionner l'épaule abaissée au moyen d'un lac fixé sur le bras. Le fœtus entier fut alors extrait. La tête du fœtus sectionné sortit la dernière. Délivrance spontanée. Suites apyrétiques.

M. Barette n'a pas trouvé de tare chez les parents, et M. Pinard ne croit pas à l'influence de l'hérédo-syphilis dans la production des monstres doubles.

Dans le cas où les enfants auraient été vivants, M. Barette se demande s'il aurait dû sacrifier les enfants, ou, au contraire s'il aurait dû pratiquer l'opération césarienne afin de les extraire vivants.

Etant donné que les fœtus meurent le plus souvent avant toute intervention lorsqu'il y a obstacle à l'accouchement, et cela par la compression du cordon, étant donné que l'hypothèse de M. Barette comporte la nécessité d'un diagnostic de cause et de nature de l'obstacle, que ce diagnostic sera souvent impossible, toujours extrêmement difficile, M. Pinard ne sait si le cas supposé se rencontrera jamais.

Néanmoins, admettant que le fait peut se produire, M. Pinard conclut en ces termes :

« Si, de par mes explorations manuelles, j'avais la certitude d'être en présence d'un monomphalien xyphopage à terme ou près du terme, bien vivant, ne pouvant être extrait, sans être sacrifié, par les voies naturelles, je pratiquerais l'opération césarienne.

Ces fœtus peuvent vivre de la vie extra-utérine et même être séparés comme vient de le démontrer si brillamment notre confrère Chapot-Prévost.

Dans tous les autres cas de dystocie par monstruosité double, je pratiquerais l'embryotomie, étant donné que ces fœtus ne sont pas aptes à vivre de la vie extra-utérine. »

A la suite de cette communication, une petite discussion s'engage à nouveau sur l'étiologie de ces monstres doubles. M. Fournier appelle aussi l'attention sur le rôle que peut jouer l'hérédo-syphilis dans la production de ces monstres ou même seulement des grossesses gémellaires.

M. Fiessinger a communiqué deux notes, l'une sur l'**application prolongée des compresses d'éther pour la réduction des hernies étranglées** (voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 215); l'autre sur le **saturnisme chez les lapidaires**.

Dans la première note, M. Fiessinger insiste sur les effets vraiment surprenants de ces applications de compresses d'éther; suivant lui, on arriverait presque toujours au résultat cherché par ce moyen en y mettant le temps et la patience nécessaires. On est tenté de s'étonner qu'un moyen si simple ait si longtemps échappé à l'attention des praticiens. L'expérience est d'ailleurs facile à vérifier, bien que depuis qu'on fait tant de cures radicales des hernies on voie beaucoup moins de cas d'étranglements.

Quant à la seconde note de M. Fiessinger, elle présente

un certain intérêt en révélant la fréquence du saturnisme chez les lapidaires.

Signalons une série de présentations : une note de M. Matignon sur la **variole à Pékin,** présentée par M. Laveran; un magnifique atlas statistique présenté par M. Laborde, au nom de M. Petit, et relatif au **placement des enfants dégénérés.** On y voit que le nombre de ces enfants dégénérés sous l'influence de l'alcoolisme des parents est bien plus considérable dans les pays à usines; en signalant ce fait, M. Laborde reproche aux patrons de la plupart de ces usines d'y tenir des cabarets.

M. Hanriot présente, au nom de M. Guillemet, un appareil destiné à rendre très volatiles, à l'aide du chlorure d'éthyle, les **substances antiseptiques.**

Enfin, M. Landouzy signale une note de M. Camousse (de Nice), sur plusieurs cas d'**empoisonnement cuprique** chez les wattmen, qui tiennent toute la journée dans la main un guidon en cuivre. M. Landouzy fera un rapport sur ce travail.

Le reste de la séance a été occupé par des rapports de prix : M. Peyrot a fait le rapport sur les mémoires adressés pour le prix Laborie; M. Laborde a analysé les travaux envoyés pour le prix Falret; enfin, M. Magnan a fait un rapport sur les travaux adressés pour le prix Baillarger; ce dernier rapport ne contient pas que des éloges pour les auteurs qui se sont risqués à solliciter les suffrages de l'Académie.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(31 octobre 1900)

Dans la dernière séance, M. Albarran a présenté un **rein tuberculeux** qui ne donnait lieu à aucun symptôme et qu'il n'avait pu diagnostiquer que par le cathétérisme uretéral; le diagnostic posé, il a fait la néphrectomie et le malade a bien guéri. A propos de cette présentation, M. Bazy a demandé la parole et il a sévèrement critiqué la conduite tenue, dans ce cas, par M. Albarran, tant au point de vue du moyen de diagnostic qu'au point de vue de l'intervention chirurgicale. D'abord, pour M. Bazy, le diagnostic de tuberculose reste encore douteux; ensuite, même dans l'hypothèse de la tuberculose, ce rein n'était pas assez malade pour être enlevé; telle est la thèse soutenue par M. Bazy à l'occasion de la présentation faite par M. Albarran. Celui-ci n'était pas présent à la séance, il nous paraît douteux qu'il laisse sans réponse la critique de son collègue.

Or qui mettra d'accord ces deux messieurs ensemble?

Chemin faisant, M. Bazy a aussi répondu à M. Quénu sur la question de l'asepsie. Ici encore l'accord est loin d'être parfait.

M. Chaput, chargé d'un rapport sur une observation adressée par M. Véron, attaché à l'hôpital du Dey à Alger, résume ainsi cette observation. Un homme travaillant à genoux reçoit sur le mollet droit un gros ciseau qui lui fait une blessure en apparence assez légère; cependant il est pris d'une syncope par hémorragie, puis ressent de violentes douleurs qui persistent. Le blessé est transporté à l'hôpital où on constate l'état suivant : plaie profonde à la partie supérieure et postérieure du mollet, gonflement du membre qui a trois centimètres de plus que du côté opposé; le mollet est dur, tendu, le blessé a des fourmillements; il y a de l'œdème; la marche et la station debout sont impossibles. M. Véron diagnostique un **anévrisme diffus**; il pratique l'anesthésie à la cocaïne, ouvre un premier foyer qu'il nettoie, puis un second foyer au fond duquel il constate une lésion des vaisseaux tibiaux postérieurs; il lie le bout supérieur de la tibiale, fait la torsion des troncs veineux; le blessé a très bien guéri.

M. Chaput fait observer que, dans ce cas, le diagnostic n'a été fait qu'après plusieurs jours, que le retard dans le diagnostic, qui n'est pas attribuable à M. Véron, aurait pu coûter le membre ou même la vie au malade. Dans ce cas, M. Chaput aurait préféré l'éther à la cocaïne comme moyen anesthésique. Enfin, il insiste sur ce point intéressant, dans cette observation, qu'il y avait une double poche anévrismale, ce qui constitue une disposition exceptionnelle.

M. Chapot-Prévost, dont nous avons publié l'intéressante observation de monstre xyphopage récemment présentée à l'Académie (Voy. *Gaz. des hôp.*, p. 1270), a appelé l'attention de la Société de chirurgie sur un procédé particulier d'**hémostase des plaies du foie**, procédé qu'il a mis en œuvre dans la séparation de Maria et de Rosina. Nous y reviendrons à l'occasion du rapport dont est chargé M. Walther sur ce sujet.

Nous arrivons aux présentations : M. Bazy a présenté un malade auquel il a pratiqué la laparotomie et la suture intestinale pour une **rupture de l'intestin** par coup de pied de cheval à la volée. En présentant ce malade, M. Bazy émet cette opinion que, dans ces cas, il y a toujours rupture de l'intestin, opinion que soulève les protestations de MM. Delorme et Nimier. Aussi, M. Bazy change-t-il sa formule en disant que, dans ces cas, il a toujours trouvé une rupture de l'intestin. Quoi qu'il en soit, ainsi que le fait observer M. Terrier, la conclusion qu'il faut tirer de ces faits, c'est qu'il faut toujours ouvrir le ventre de ces blessés dès qu'il y a des symptômes nets de contusion.

Le **capitonnage des kystes hydatiques**, selon la méthode de M. Delbet, aurait-il vécu? Il le semblerait, d'après la petite discussion qui a suivi une présentation de M. Guinard; voici le fait : kyste hydatique du foie constitué par deux poches réunies par un petit orifice; à l'ouverture de la seconde poche, hémorragie considérable; cette hémorragie arrêtée, fermeture de l'orifice de communication, fermeture de la première poche, sans capitonnage, guérison. L'opération a été ainsi très simple et très courte.

M. Ricard considère le capitonnage comme absolument inutile; il va plus loin, il ne ferme même plus l'ouverture faite par le bistouri pour l'évacuation du kyste : ouverture, évacuation, simple nettoyage aseptique de la poche et simple fermeture de la paroi abdominale, telle est la conduite suivie par M. Ricard, récemment encore, dans un cas de kyste volumineux du foie, avec un plein succès. En effet, si la poche est aseptique, pourquoi la capitonner ou même la fermer?

M. Rochard est absolument de l'avis de M. Ricard sur l'inutilité du capitonnage de M. Delbet, mais il croit plus prudent de fermer la poche. C'est aussi l'avis de M. Guinard qui, en cas d'épanchement sanguin ou autre, croit qu'il vaut mieux que la poche soit fermée.

En somme, tout le monde semble d'accord pour reléguer le capitonnage parmi les procédés reconnus inutiles, même son auteur, au dire de M. Routier, qui rappelle que, dans le procédé de M. Delbet, seconde manière, il ne s'agit plus de capitonnage. C'est ce que confirmera probablement dans une prochaine séance M. Delbet, aujourd'hui absent.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Anatomie. — Séance du 29 octobre : MM. Rostaine, 13 ; Lecornu, 12 ; Roussy, 9 ; Baudoin, 8 ; J. Roux, 3.

Pathologie. — Séance du 29 octobre : MM. P. Bloch, 14 ; Ambrosi et Lequeux, 13 ; H. Lemaire et Bailleul, 10 ; Renaud, 6.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Le lundi 3 décembre 1900, à midi précis, il sera ouvert, à la préfecture de la Seine, annexe de l'Hôtel de Ville, rue Lobau, 2, à Paris, un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine vacantes au 1er janvier 1901, dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine, asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Évrard, Villejuif et Maison-Blanche, et l'infirmerie spéciale des aliénés à la Préfecture de police.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de midi à cinq heures, du lundi 5 au samedi 17 novembre 1900 inclusivement.

Asile de Maine-et-Loire. — Un concours, pour une place d'interne en médecine à l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire), s'ouvrira à Angers, le lundi 3 décembre 1900, à huit heures du matin, à la préfecture.

Avantages : indemnité annuelle de 700 francs ; nourriture, logement, chauffage, éclairage.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'asile.

Écoles de médecine. — *Dijon.* — Par arrêté en date du 29 octobre 1900, des concours s'ouvriront à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon :

1° Le 30 avril 1901, pour l'emploi de chef des travaux de médecine opératoire à ladite École ;

2° Le 30 avril 1901, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie et d'histologie à ladite École.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

Marine. — MM. les médecins de deuxième classe Castex et Hari sont affectés au port de Lorient.

— M. le médecin de première classe Hervé, du cadre de Toulon, est désigné pour embarquer sur le *Saint-Louis* (escadre de la Méditerranée) en remplacement de M. le docteur Courtier.

— M. le médecin de deuxième classe Chabannes, du cadre de Cherbourg, est désigné pour embarquer sur le *Magenta* (école des torpilles à Toulon), en remplacement de M. le docteur Castex, promu au grade de médecin de première classe.

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — Par arrêté, en date du 30 octobre 1900, les professeurs, les agrégés en exercice et les chargés de cours des écoles supérieures de pharmacie et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont convoqués le jeudi 22 novembre, à l'effet d'élire un délégué au conseil supérieur de l'Instruction publique, en remplacement de M. Moissan.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 43e semaine, 866 décès, chiffre assez voisin de la moyenne ordinaire des semaines d'octobre (832).

La fièvre typhoïde a causé 7 décès, chiffre identique à celui de la semaine dernière et inférieur à la moyenne (9) ; la variole, 9 ; la rougeole, 2 ; la coqueluche 5, et la diphtérie 6. La scarlatine n'a causé aucun décès.

La diarrhée infantile a causé seulement 33 décès de 0 à 1 an (moyenne 45).

En outre, 21 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 86 décès, au lieu de 64 pendant la semaine précédente et au lieu de 82, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 13 décès (au lieu de la moyenne 10) : bronchite chronique, 24 (au lieu de la moyenne 20) ; broncho-pneumonie, 22 (chiffre identique à la moyenne) ; pneumonie, 27 (au lieu de la moyenne 30).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 42 décès, dont 34 sont dus à la congestion pulmonaire ; en outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 195 décès (au lieu de la moyenne 184) ; la méningite tuberculeuse, 22 ; la méningite simple, 12 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 33 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 53 décès ; les maladies organiques du cœur, 65 ; le cancer a fait périr 57 personnes ; enfin 33 vieillards sont morts de débilité sénile.

Faculté de médecine de Paris. — Le cours de médecine légale pratique commencera à la Morgue, le mercredi 7 novembre 1900, à deux heures, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Les mercredis : M. le professeur Brouardel ; les vendredis : M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale ; les lundis : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf).

Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 10 novembre 1900, les mardis, jeudis et samedis.

Les jeudis à quatre heures : M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale ; les mardis à trois heures : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique ; les samedis à trois heures : M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine ; 2° MM. les étudiants ayant subi le troisième examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique. Ces élèves seront inscrits au laboratoire, et après autorisation du doyen, sur la présentation de la carte d'immatriculation et de la quittance des droits prescrits (50 francs par trimestre).

— *Cours de pathologie chirurgicale* (Professeur, M. Lannelongue). — M. Aug. Broca, agrégé, commencera ce cours le vendredi 9 novembre 1900, à trois heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Psychiatrie et psychologie. — Le laboratoire du service de M. Toulouse, à l'asile de Villejuif, fait partie de l'École des Hautes-Études, sous la dénomination de laboratoire de psychologie expérimentale. Les élèves sont exercés, sous la direction de M. Vaschide, chef des travaux, et d'autres spécialistes, à l'examen des malades et aux diverses manipulations de la psychologie expérimentale. Les conférences, dont le programme sera ultérieurement publié, seront faites par le directeur, M. Toulouse, et ses collaborateurs.

On est prié de se faire inscrire au préalable, pour prendre part aux travaux pratiques qui sont gratuits.

Le mercredi, visite du service.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boyer, médecin de première classe de la marine ; Mirbeau (de Reinalard) ; Peltier (de Sedan) ; et de M. Jabouville, étudiant à Poitiers.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Relations directes entre Paris et l'Italie (viâ Mont-Cenis).* — Billets d'aller et retour de Paris à Turin, à Milan, à Gênes et à

Venise (vià Dijon, Mâcon, Aix-les-Bains, Modane). — Prix des billets : Turin, 1re classe, 148 fr. 10 ; 2e classe, 106 fr. 45. — Milan, 1re classe, 166 fr. 55 ; 2e classe, 121 fr. 70. — Gênes, 1re classe, 168 fr. 40 ; 2e classe, 120 fr. 05. — Venise, 1re classe, 218 fr. 95 ; 2e classe, 155 fr. 80. — Validité : 30 jours.

Ces billets sont délivrés toute l'année à la gare de Paris-Lyon-Méditerranée et dans les bureaux-succursales.

La validité des billets d'aller et retour Paris-Turin est portée gratuitement à 60 jours lorsque les voyageurs justifient avoir pris à Turin un billet de voyage circulaire intérieur italien.

D'autre part, la durée de validité des billets d'aller et retour Paris-Turin peut être prolongée d'une période unique de 15 jours, moyennant le paiement d'un supplément de 14 fr. 80 en 1re classe et de 10 fr. 65 en 2e classe.

Arrêts facultatifs à toutes les gares du parcours. — Franchise de 30 kilogs de bagages sur le parcours P.-L.-M.

Trajet rapide de Paris à Turin et à Milan, sans changement de voiture.

SIROP HENRY MURE — *Maladies nerveuses, épilepsie, hystérie.*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6 280
— de potasse ...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.......	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives. Emplois spéciaux*: ***SAINT-JEAN***, maladies des organes digestifs; — ***PRÉCIEUSE***, maladies de l'appareil biliaire; — ***DÉSIRÉE***, maladies de l'appareil urinaire; — ***RIGOLETTE***, chlorose, anémie; ***MAGDELEINE***, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE

Acide sulfurique libre	1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » — *Sesqui-oxyde de fer*...... ; — *de chaux*......; *Chlorure de sodium*......; *Matières organiques*......	0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Dose ordinaire : 1 bouteille par jour.

Médaille d'Or à l'Expon Univlle de Paris 1900

SAVONS MÉDICINAUX DE BERGER

Ces Savons qui se distinguent par leur préparation soignée et leur dosage rigoureux et garanti sont en usage depuis 1868 dans les principaux services hospitaliers de France et de l'Etranger. Leur emploi facilite l'absorption des Médicaments par la peau et constitue la **Médication la plus simple** et la **plus efficace**. — A l'encontre des onguents et emplâtres qui sont exposés à la décomposition, les **SAVONS MÉDICINAUX de BERGER** conservent leurs propriétés sans aucune altération.

Ils se préparent à base de tous les Médicaments usuels.

Les **SAVONS MÉDICINAUX de BERGER** au **Goudron**, au **Soufre**, au **Borax**, au **Thymol**, à l'**Ichthyol**, au **Naphtol**, etc., *se trouvent dans toutes les Pharmacies de France et de l'Etranger.*

DÉPOT PRINCIPAL :
Phcie LIMOUSIN, 2 bis. Rue Blanche, PARIS

DIABÈTE

Le PAIN DESVILLES au SOYA est agréable au goût et il a de la mie. En quelques jours, et fait tomber le sucre à *zéro*. C'est donc un médicament de premier ordre, autant qu'un excellent aliment. Il est employé dans les Hôpitaux civils et militaires de Paris. — Echantillons à MM. les docteurs qui désirent l'essayer.

Desvilles, phien, 24, r. Etienne-Marcel, Paris.

DRAGÉES MARIANI

AU MALATE DE FER ET MANGANÈSE

Plus efficaces que tous les ferrugineux connus, ces Dragées constituent la médication vraiment rationnelle de toutes les maladies où le fer est indiqué : *Chlorose, Anémie, Tuberculose, Lymphatisme*. L'expérience a démontré qu'elles ne constipent jamais; elles sont toujours tolérées par les estomacs les plus délicats.

Deux Dragées avant les repas. — Prix, 4 fr. le flacon.

PARIS : 41, boulevard Haussmann et Pharmacies.

CONSTIPATION

DYSPEPSIE, MIGRAINES, INSOMNIES

Leur Traitement **TOUJOURS EFFICACE** PAR LES

PILULES DE SURINAM DÉJARDIN

Phen-Chimte de 1re Classe, Ex-Int. et Fournisseur des Hôpitaux
109, Bd Haussmann, PARIS.

KOLA ROY

2 à 4 cuillerées par jour aux repas.
Th. Roy, pharmacien, Asnières (Seine).

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE

NEVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de cinq francs par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure;*
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium*

Dépôt : à Paris, 10, rue de Richelieu, pharmacie Brunschwik.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

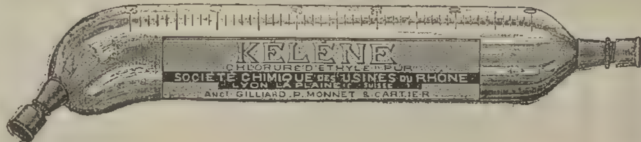
TERPINE-COCA MARIANI

Liqueur anticatarrhale et antineurasthénique. 2 à 4 cuillerées par jour. Bd Haussmann, 41, Paris et phies.

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE
Anciennement GILLARD, P. MONNET et CARTIER
Société anonyme au capital de 6000000 de francs
Siège social : 8, quai de Retz, à LYON

KÉLÈNE

Chlorure d'Éthyle pur
POUR LA
KÉLÉNNARCOSE
ET
L'ANESTHÉSIE LOCALE



Se vend en tubes de métal et de verre pour l'anesthésie locale et en tubes gradués pour l'anesthésie générale.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES

ACIDES : phénique synthétique, salicylique.
SALICYLATES : de soude, de méthyle, et tous autres dérivés. **Salol, Résorcine, Antipyrine, Hydroquinone, Saccharine, Bleu de méthylène** méd., **Formaldéhyde** 40 p. 100, **Trioxyméthylène**, etc.

NOUVEAUTÉS THÉRAPEUTIQUES

LACTANINE
(NOUVEL ANTIDIARRHÉIQUE)
PHOSPHOTAL
(PHOSPHITE DE CRÉOSOTE)
GAIACOPHOSPHAL
(PHOSPHITE DE GAIACOL)

DÉPARTEMENT SÉROTHÉRAPIQUE

SÉRUMS : antistreptococcique, antidiphtérique.
PUBLICATIONS ET PROSPECTUS FRANCO SUR DEMANDE

MÉNOPAUSE (NATURELLE et POST-OPÉRATOIRE), AMÉNORRHÉE, CHLORO-ANÉMIE, etc.

CAPSULES OVARIQUES VIGIER

à 0gr 20 centigr. de *Substance ovarienne*. — Dose : 2 à 6 capsules par jour.
Phie VIGIER, 12, Bd BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

SÉRUM selon la méthode du Dr MARMOREK **ANTISTREPTOCOCCIQUE**
Société chimique des Usines du Rhône
8, quai de Retz, 8
— LYON —

N° 126. — MARDI 6 NOVEMBRE 1900. 73e ANNÉE. MARDI 6 NOVEMBRE 1900. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Tic douloureux de la face; névralgie du nerf dentaire inférieur; section de ce nerf a son entrée dans le canal dentaire par la voie sous-angulo-maxillaire (*2 fig.*), par M. H. Morestin, chirurgien des hôpitaux de Paris. — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — Médecine pratique. Traitement du ptérygion, par M. Albert Terson. — Correspondance. — Chronique et nouvelles scientifiques.

TIC DOULOUREUX DE LA FACE

NÉVRALGIE DU NERF DENTAIRE INFÉRIEUR; SECTION DE CE NERF A SON ENTRÉE DANS LE CANAL DENTAIRE PAR LA VOIE SOUS-ANGULO-MAXILLAIRE.

Par H. Morestin, chirurgien des hôpitaux.

Dans les formes graves de névralgie faciale, avec ou sans spasmes musculaires, celles qui résistent à tous les traitements médicaux, ainsi qu'aux opérations s'adressant aux terminaisons nerveuses ou aux rameaux périphériques, la section des troncs ou des branches qui sont les conducteurs centripètes des excitations douloureuses, est une ressource éprouvée et bonne. De telles interventions procurent, sinon des guérisons définitives, du moins de longs sursis, des trêves qui durent des mois, des années, et dispensent le plus souvent de recourir à la dangereuse extirpation du ganglion de Gasser. Il est d'autant plus indiqué de recourir à la simple névrotomie que le siège de la douleur est plus limité, mieux circonscrit au trajet d'un nerf. J'ai eu récemment l'occasion de traiter, à l'hôpital Saint-Louis, un malade qui était dans ces conditions, et je lui ai fait la section du nerf dentaire inférieur, au moment où il s'enfonce dans le conduit qui lui est ménagé dans l'épaisseur du maxillaire. Il y a beaucoup de procédés pour atteindre ce nerf, je crois avoir utilisé sinon le plus simple, du moins un des meilleurs et des moins mutilants.

Il s'agit d'un homme de quarante-six ans, C. L..., garçon de restaurant, occupé dans un établissement fort connu des Champs-Élysées. Très robuste, il n'a jamais eu d'autre maladie que la syphilis autrefois, et depuis trois ans, la névralgie qui le tourmente très cruellement. Il avait, à la mâchoire inférieure, une molaire cariée du côté droit. Quand, il y a trois ans, il commença assez brusquement à souffrir au niveau de la gencive, de la mâchoire et de la joue, cette dent fut immédiatement incriminée, et C... en subit l'extraction. Ses souffrances ne furent nullement apaisées par ce sacrifice. Au contraire, les crises douloureuses devinrent rapidement moins espacées et plus violentes, revenant dix, quinze fois, trente fois dans les vingt-quatre heures. Ces crises étaient fort pénibles, et le pauvre homme les peint d'un mot en déclarant qu'« elles étaient à rouler par terre ». On lui fit à ce moment de nouvelles extractions et une large résection du bord alvéolaire, supprimant le point où la douleur était au maximum et d'où elle semblait irradier.

L'opération fut bienfaisante ; pendant un an, les crises furent supprimées. Mais au bout de ce temps, elles reparurent extrêmement violentes, et au mois d'août 1899, il fallut de nouveau recourir à la résection du bord alvéolaire. Celui-ci fut attaqué encore une fois, très largement, et tout ce que la première intervention avait laissé, fut détruit depuis l'apophyse coronoïde, jusqu'à la canine. Le calme revint et dura six mois.

Pour la troisième fois, le malade est repris de ses crises douloureuses au mois de mai de cette année. Jamais elles n'ont été aussi terribles. En outre, un signe qui avait été noté aussi lors des premiers accès, mais à un faible degré, a pris une notable importance. Il s'agit des contractions spasmodiques des muscles de la face qui accompagnent les douleurs. Celles ci sont discontinues, et surviennent par attaques distinctes, séparées par des périodes d'indolence absolue. Ce sont des crises très courtes, mais très rapprochées et très violentes. Nous avons été témoin de plusieurs d'entre elles : l'infortuné malade, pourtant bien courageux, paraissait en proie à des douleurs effroyables. Elles étaient déterminées par le moindre mouvement des lèvres, des joues, réveillées à coup sûr par la parole. Aussi, cet homme avait-il dû renoncer complètement à son métier, où il était obligé d' « annoncer » à haute voix au cuisinier les plats choisis par ses clients. Bien plus, il en était réduit à ne pas même parler à voix basse, sinon par de rares monosyllabes, à peine articulés.

Il avait renoncé à manger, la mastication étant absolument impossible. Il vivait de lait. Comme, chaque fois qu'il portait le verre à ses lèvres, il déterminait une crise, on le voyait méditer son acte, s'armer de tout son courage, assujétir préalablement sa joue droite dans sa main gauche, puis brusquement, d'un seul coup, avaler la totalité du verre. Il souffrait terriblement pendant une ou deux minutes, puis ses traits se détendaient et il pouvait se reprendre. La pression énergique sur la joue et la mâchoire lui semblaient apporter quelque atténuation à sa douleur. Celle-ci partait de la cicatrice gingivale, pour irradier à la moitié droite de la lèvre et au côté correspondant de la mâchoire. En même temps, tous les muscles de la commis-

sure labiale, de l'aile du nez, de la paupière, se contractent d'une façon désordonnée, provoquant les grimaces les plus bizarres. L'exploration ne permet de rien sentir d'anormal au niveau de la joue, ni des dents restantes. Le maxillaire dans sa portion horizontale a beaucoup perdu de sa hauteur en raison des opérations antérieures et il est couvert d'une muqueuse cicatricielle, légèrement grisâtre.

C'est d'ailleurs à grand'peine que l'on peut faire ces constatations, il faut profiter d'un des moments où il arrive à ouvrir la bouche, en écartant les mâchoires avec une très grande lenteur. La gencive est extrêmement sensible, et pour la partie que le malade indique comme le point de départ de ses douleurs, elle répond à l'emplacement de la deuxième molaire.

Il ne restait, en vérité, plus de bord alvéolaire à réséquer, et il fallait s'attaquer au nerf dentaire lui-même. Il n'y avait pas lieu de faire plus, car la douleur n'irradiait nettement sur aucune autre branche du nerf maxillaire inférieur. Il était donc inutile de s'attaquer au tronc nerveux lui-même. Réservant donc pour plus tard, si les circonstances le veulent, toute intervention de cet ordre, je me bornai à interrompre le nerf dentaire.



Fig. 1.

Les procédés qui permettent de l'aborder pendant son trajet, dans l'épaisseur de la branche horizontale du maxillaire, sont d'application facile, mais il était nécessaire de remonter plus haut.

En opérant par la bouche, on peut atteindre le dentaire sans difficulté excessive, mais cette voie utilisée autrefois par Lizars (1821), Michel (1857), Von Bruns (1859), Létiévant, paraît être aujourd'hui abandonnée. Ce n'est qu'avec une extrême répugnance, on le conçoit, que l'on se décidera, à l'époque actuelle, à passer par la bouche, milieu septique, pour pratiquer une opération qui doit être aseptique.

Les procédés transmaxillaires, de Warren, Schuh, Dubreuil, Chalot, Horsby, jouissent de plus de faveur, et c'est à ce dernier que s'arrête Chipault, après une longue étude de toutes ces techniques.

Pour la voie sous-maxillaire ou rétro-maxillaire, elle a été employée par Sonnenburg, Nicoladoni, Kuhn, mais paraît aujourd'hui un peu négligée.

Il m'a paru cependant que ce n'était pas un trop mauvais chemin pour aller à la recherche du nerf dentaire et c'est par là que j'ai opéré mon malade le 21 août.

Une incision curviligne fut tracée contournant l'angle de la mâchoire, longue de 6 centimètres. La figure ci-jointe en donne une idée exacte (fig. 1); la ligne d'incision est fidèlement reproduite sur la photographie prise dix jours après l'opération. Le menton bien relevé pour agrandir les régions parotidienne et sus-hyoïdienne, ou tout au moins pour y rendre les manœuvres plus faciles, et aussi pour fixer la mâchoire, je mis à nu l'angle de celle-ci, après avoir reconnu, disséqué et récliné quelques filets du nerf facial, sectionné l'aponévrose d'insertion faciale, libéré la parotide et la sous-maxillaire, repoussé l'une en arrière, l'autre en bas. La face interne de la branche montante devenait abordable. Le doigt, introduit dans la plaie et glissé sous la branche montante, reconnut tout d'abord l'apophyse styloïde très longue et fort pointue chez ce sujet. L'épine de Spix étant masquée par le ptérygoïdien interne ne put être perçue. Je reconnus bien vite qu'il me serait sinon impossible, du moins très difficile, de conduire à bonne fin mon opération sans toucher au maxillaire. Je m'y attendais. Je fis sauter à la pince gouge l'angle du maxillaire et une petite partie du bord postérieur de la branche montante après avoir décollé à la rugine, dans l'étendue

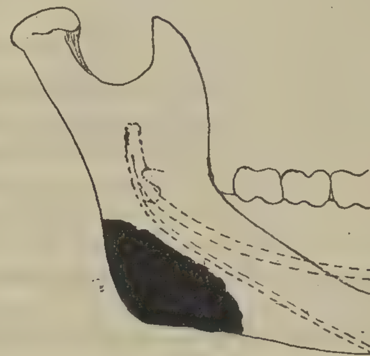


Fig. 2.

à supprimer, les insertions du masséter et du ptérygoïdien interne. La quantité d'os supprimée est indiquée sur la figure schématique ci-contre [fig. 2]. (On a représenté un maxillaire normal, peu importe puisqu'il s'agit d'un simple schéma. Celui de notre malade est dépourvu de dents à droite, et fortement ébréché par les résections du bord alvéolaire pratiquées antérieurement.)

Le ptérygoïdien interne ayant été encore un peu décollé, je pus reconnaître l'épine de Spix, et en arrière d'elle le paquet vasculo-nerveux. A l'aide d'un crochet à strabisme je me mis en devoir de charger le nerf. Ce fut assez délicat. La plaie était profonde, étroite, médiocrement éclairée; je ramenai d'abord l'artère en même temps que le nerf. Un coup de sonde cannelée permit de séparer les deux organes, puis une meilleure prise me montra le nerf seul soulevé par le crochet. On voyait même se détacher du dentaire un rameau grêle se dirigeant en avant et en bas. C'était la branche mylo-hyoïdienne. Comme cette branche est exclusivement musculaire, se distribuant au mylo-hyoïdien et au ventre antérieur du digastrique, je me suis borné à sectionner le dentaire, immédiatement au-dessous de son émergence. Le bout périphérique saisi avec une pince de Kocher, j'essayai

de l'enrouler, de l'attirer pour en réséquer ou arracher au moins une partie, mais rien ne voulut venir, et je dus me borner à la simple section.

Il n'y eut pas d'hémorragie notable, et je n'eus pas une seule ligature à faire. La peau remise en place, je vis avec satisfaction qu'il n'y avait aucune déformation appréciable.

Les suites opératoires ont été des plus simples ; un petit drain, qui avait été laissé par précaution, fut retiré le deuxième jour et les fils coupés le huitième ; la réunion était alors parfaite. Le résultat esthétique est des plus satisfaisants, ainsi qu'on en peut juger d'après la photographie prise au dixième jour, au moment où le malade est sorti de l'hôpital. Il n'y a d'autre trace apparente qu'une cicatrice linéaire de 6 centimètres, destinée à s'effacer promptement, et d'ailleurs située dans une région qui n'attire point le regard. C'est un point qui a de l'importance. Une cicatrice laide et trop visible, une difformité quelconque de la face, aurait mis ce pauvre homme dans l'impossibilité de reprendre son métier. Lui laisser une figure normale, c'est lui conserver son gagne-pain.

Pour ce qui est des douleurs, elles ont cessé le jour même de l'opération. Il se plaignait seulement d'avoir « quelque chose de froissé » sous la mâchoire. Le lendemain je l'ai trouvé radieux, buvant voluptueusement, mais fort étonné de ne pas sentir sur sa lèvre le contact du bol ou du verre. Il y a, en effet, anesthésie de la moitié droite de la lèvre et de la peau dans le territoire du nerf mentonnier. Depuis, il n'y a plus eu de crises. Le malade peut s'alimenter à sa guise ; il a repris son travail depuis longtemps et n'a plus eu aucun spasme. Il a gardé un peu de raideur de la mâchoire, il n'a pas l'écartement normal, mais il n'est cependant nullement gêné pour parler ou manger. D'ailleurs, cette raideur s'est grandement atténuée par la mobilisation spontanée, et le malade, en cela meilleur juge que quiconque, a trouvé inutile de subir un traitement destiné à vaincre cette légère constriction des mâchoires. Il est content de son état actuel, et ne demande rien davantage.

A vrai dire, nous ne pouvons non plus souhaiter mieux pour l'avenir. Cette guérison ne sera peut-être pas durable. Deux fois déjà le malade a eu des rémissions temporaires obtenues dans des conditions analogues. Comme les opérations antérieures, celle-ci n'offre point de garantie contre le retour des crises névralgiques.

Mais toutes les interventions pour névralgie faciale en sont là, et aucune d'elles n'est à l'abri des récidives. Aussi est-il bon de commencer par les plus bénignes. Dans le cas particulier, il valait mieux, sans doute, se borner à couper le dentaire que d'aller chercher le maxillaire inférieur à la base ou dans l'épaisseur du crâne. A quoi bon une intervention laborieuse et de pronostic presque sérieux, qui ne va point sans délabrements ni cicatrices étendues, et laisse énervés les muscles masticateurs du côté opéré?

Pour le procédé que j'ai suivi, je ne saurais dire s'il est le meilleur, mais il me paraît bon, puisque le nerf a pu être recherché méthodiquement et sectionné en bon lieu, sans perte de sang, sans ennuis, sans laisser extérieurement de traces disgracieuses. Il est possible que les procédés transmaxillaires donnent plus de facilité pour la découverte du nerf, ou plutôt moins de peine, car ce ne sont jamais des opérations faciles, mais tant au point de vue esthétique qu'à celui des perturbations apportées au jeu des muscles masticateurs, ils me paraissent manifestement inférieurs.

Chez certains sujets maigres, chez ceux dont les mâchoires sont privées de la plupart de leurs dents, on aura un peu plus d'espace, et pour ces individus, la résection de l'angle du maxillaire n'est sans doute pas absolument indispensable. Il y a de notables variations d'un homme à l'autre, en ce qui concerne la hauteur du maxillaire, l'épaisseur des parties molles superficielles, le développement des glandes salivaires, le volume du ptérygoïdien interne. On conçoit donc que, chez l'un, une résection osseuse soit indispensable, alors qu'on peut s'en passer chez l'autre. La soustraction de ce coin d'os, plus ou moins étendu selon le besoin, sera déterminée par l'opérateur et proportionnée aux difficultés qu'il rencontre. C'est un temps additionnel. Je ne vois pas pourquoi mon ami, M. Chipault, traite de procédés bâtards ceux où l'on a supprimé une portion du bord postérieur ou de l'angle de la mâchoire. Ce faisant on a fait une manœuvre qui ne change rien au caractère général de l'opération. Il s'agit toujours bien d'aborder le nerf par la voie sous-angulo-maxillaire. Un coup de pince-gouge sur une saillie osseuse gênante n'est qu'un détail peu important de technique. Dans toute cette région, l'angle de la mâchoire est ce qu'on peut sacrifier avec le moins de regret.

La dentaire inférieure est bien proche du nerf et l'on a invoqué ce dangereux voisinage contre les opérations pratiquées par la voie sous-angulo-maxillaire. Cette crainte est théorique. Je ferai remarquer tout d'abord que chez mon malade j'ai pu éviter de la blesser. Mais eût-elle été sectionnée en même temps que le cordon nerveux, ou déchirée pendant sa recherche, il n'y a vraiment pas là de quoi se troubler beaucoup, puisqu'il suffit d'une pince hémostatique pour conjurer tous les accidents qui résulteraient de la lésion de cette artère. On remarquera que la dentaire ne peut être atteinte que dans le dernier temps de l'opération, au moment de charger ou de sectionner le nerf. A ce moment, on a pour ainsi dire préparé la région, créé un vide entre la face interne de la mâchoire et les plans plus profonds, reconnu l'épine de Spix et le paquet vasculo-nerveux. On n'a donc pas à chercher longtemps d'où vient le sang. On n'a même pas du tout à chercher, car on doit voir assez distinctement dans la plaie pour reconnaître exactement le point de départ du jet artériel.

Quant au ligament spléno-maxillaire qui masque l'orifice du canal dentaire, c'est un mince ruban, dont la rugine détruit l'insertion sans même qu'on l'aperçoive.

Il n'en reste pas moins que c'est là une opération assez délicate, mais pour ne pas enlaidir son malade, on peut bien se donner un peu de peine, et cette considération est, en somme, ce que l'on peut dire de meilleur pour justifier l'emploi de la voie sous-angulo-maxillaire. J'ajoute que cette dénomination me paraît meilleure et plus exacte que les termes de rétro ou sous-maxillaire. Que l'incision remonte plus ou moins haut, descende plus ou moins bas, c'est l'angle de la mâchoire qui sert de guide, de repère et de conducteur.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(2 NOVEMBRE 1900)

A propos de la récente discussion sur la varicelle suppurée, M. Merklen rapporte qu'il a reçu, de M. Bolognesi (de Bologne), communication d'un travail publié en 1897 sous le nom de **staphylococcie varicelleuse.** L'auteur a ob-

servé une véritable épidémie de varicelle suppurée avec fièvre prolongée, albuminurie légère et transitoire. Cette épidémie atteignit 12 enfants habitant des maisons contiguës (2 ou 3 par maison ou par famille) et se présenta chez tous avec la même forme, alors que plusieurs petits malades éloignés de ce foyer avaient au même moment la varicelle simple. La maladie fut bénigne, sauf dans un cas, où la mort survint à la suite d'une néphrite grave, avec 7 grammes d'albumine par litre d'urine et bactériurie streptococcique. Le pus des vésicules varicelleuses contenait d'ailleurs, dans tous les cas, des streptocoques, mais surtout des staphylocoques. M. Bolognesi insiste justement sur le caractère épidémique de cette varicelle suppurée, et se demande s'il n'y a pas eu chez les malades infection double et simultanée par le virus varicelleux et les microbes de la suppuration. Si des faits de ce genre se multipliaient, ils tendraient à prouver que la varicelle suppurée peut se transmettre sous cette forme : la petite épidémie dont M. Merklen a relaté l'histoire trouverait ainsi son explication.

L'ictère acholurique simple, dont le début est indéterminé, et remonte souvent à la naissance, a pour symptômes essentiels la teinte jaunâtre du tégument, tantôt généralisée, tantôt partielle, souvent peu accentuée et sujette à variation sous certaines influences, la présence constante des pigments biliaire dans le sérum, l'absence de pigments biliaires dans les urines, l'absence de troubles objectifs notables du côté du foie. C'est l'étude de cette variété d'ictère que reprennent MM. Gilbert et Lereboullet, en insistant surtout sur son caractère familial et héréditaire, ainsi que sur sa parenté avec les diverses formes de l'infection biliaire chronique que l'on retrouve souvent chez les ascendants ou les collatéraux, d'où le nom de famille biliaire.

Quelquefois cet ictère entraîne après lui une série de symptômes, tels : l'urticaire, le xanthélasma, la dyspepsie, la neurasthénie ou l'hystérie, les hémorragies... En un mot, l'ictère acholurique rappelle certains traits assignés par les anciens au tempérament bilieux; il relève sans doute d'une infection chronique légère des voies biliaires, favorisée par la prédisposition héréditaire.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement du ptérygion (1).

Par M. Albert Terson.

Il y a trois grandes catégories de ptérygions : ceux qui sont rapidement envahissants et qui ont une marche réellement *maligne* : ceux qui, sans être stationnaires, ont une croissance extrêmement lente : enfin il existe une variété de dégénérescence conjonctivale en nappe, qui *n'empiète jamais sur la cornée*, qui est une sorte de *ptérygion à rebours*, dont la base correspond à la cornée, tandis que, dans les deux variétés précédantes, la *pointe* ménage ou envahit la cornée. Nous nous sommes attaché déjà à différencier cette variété, souvent confondue avec les deux autres, mais qui en est profondément différente et nécessite rarement, malgré l'extrême fréquence de la maladie, un traitement chirurgical. Ce n'est donc pas essentiellement sur l'étendue du ptérygion, sur sa forme et son volume, que doit se baser le traitement chirurgical. C'est sur l'*évolution* qu'il doit être basé. Aussi serons-nous bref sur l'examen critique et sur l'exposé des nombreux procédés auxquels on a eu recours pour lutter contre le ptérygion, sans faire la différence des variétés de ptérygion et du traitement qui leur est applicable. Nous chercherons d'abord quelles sont les indications à remplir, suivant la variété du mal, et il nous apparaîtra ensuite clairement quel doit être le procédé *de choix* et jusqu'à quel point les auteurs ont rempli l'indication thérapeutique dans chaque cas.

Les anciens ne paraissent guère s'être préoccupés de poser des indications précises et détaillées à ce sujet. Celse et à sa suite les chirurgiens du moyen âge attiraient le ptérygion avec un crochet ou un fil pour le sectionner; la plaie était laissée sans suture et fréquemment touchée avec des caustiques chimiques qu'on employait d'ailleurs quelquefois seuls contre le ptérygion.

La cautérisation de l'emplacement et l'absence de sutures devaient entraîner, après un temps dont les opérateurs anciens (souvent ambulants) ne paraissent pas toujours avoir voulu se préoccuper, des récidives et des cicatrices rétractiles avec possibilité de diplopie.

Plus près de nous, on a cherché à atrophier le ptérygion *par ligature* (Szokalski), et l'on répète souvent que ce procédé pourrait se justifier chez des patients pusillanimes : outre qu'il ne faut être guère plus courageux, même sans cocaïne, pour admettre des aiguilles et des fils sur sa conjonctive, au lieu d'une pince et des ciseaux, ce procédé ne pouvait se maintenir : car avec lui la *tête* du ptérygion, seul danger permanent pour la cornée, la masse ou ptérygion lui-même et enfin l'aspect disgracieux qui préoccupe assez certains malades pour les conduire à l'opérateur, tout cela subsistait. Pas plus que la ligature des canaux de la glande lacrymale due également à Szokalski, la ligature du ptérygion ne pouvait être un procédé de choix.

Bien que Scarpa ait conseillé de ne plus enlever comme autrefois le ptérygion tout entier, frappé sans doute qu'il était des rétractions conjonctivales cicatricielles pires que le mal primitif, et persuadé à juste titre qu'il vaut mieux avoir encore trop de conjonctive que pas assez, Desmarres proposa de *transplanter* le ptérygion (déviation) sans en enlever.

Knapp a même recommandé de faire une transplantation en haut et en bas, *bifide*, *en fourche*. Il s'agit en somme d'un diminutif conjonctival des autoplasties par échange de lambeaux. Maurel a inséré la pointe du ptérygion désinséré *sous un pont de tissu conjonctival* (fixation sous-conjonctivale). D'autres se sont bornés à le détacher en laissant sa base intacte (Arlt) et à le laisser pendre et s'atrophier plus ou moins (Pageustecher).

Galezowski fixe le sommet du ptérygion au fond de la plaie (enroulement). D'autres auteurs ont même *ajouté* de la conjonctive au ptérygion et l'ont distendu (Gayet) en le barrant à son milieu par une petite autoplastie conjonctivale à pédicule. Mais la tête du ptérygion, qui est la partie dangereuse, reste et peut continuer sa marche envahissante. L'aspect esthétique reste compromis même si l'état est stationnaire.

Enfin on a été jusqu'à greffer (Hotz) sur la plaie au voisinage de la cornée un lambeau épidermique emprunté à la face postérieure du pavillon de l'oreille. C'est remplacer une difformité par une autre difformité sans que le bénéfice en soit bien réel, et ce procédé ne paraît pouvoir entrer en ligne de compte qu'en cas de récidive. Il en est de même pour des greffes muqueuses.

L'*indication fondamentale* pour le ptérygion envahissant, rouge, gonflé, absorbant le repli semi-lunaire, ou même de marche plus timide, a été de s'attaquer d'abord à la *tête* du ptérygion.

Nous trouvons cette indication de viser à la tête du mal dans des auteurs relativement modernes; auparavant on

(1) Extrait d'un volume intitulé : *Chirurgie oculaire*, qui doit paraître à la librairie J.-B. Baillière.

craignait de toucher la tête cornéenne du ptérygion et on recommandait même d'en laisser une petite partie (Dionis). Richter se bornait à enlever l'extrémité cornéenne du ptérygion, ce qui montre au contraire l'importance qu'il attachait à cette indication.

L'indication était en effet trouvée; que l'on détruise la tête du ptérygion, en la cautérisant, en l'enlevant, en la curetant, l'idée est la même, et dans les petits *ptérygions*, où la conjonctive saine, légèrement attirée, joue le rôle de comparse, et reprend vite son rôle effacé dès que le chef de file n'existe plus, cette *destruction peut suffire à atrophier le ptérygion*. L'indication est donc tout à fait *opposée* à la thérapeutique de plusieurs siècles, pendant lesquels on s'est simplement préoccupé de la partie accessoire, la queue du pinguicula-ptérygion.

La deuxième *indication* formelle était de réunir les bords *de la plaie* : la suture s'imposait ici plus que jamais, comme pour toute plaie chirurgicale, pour éviter le bourgeonnement si fréquent du tissu sous-conjonctival, le *plastron* cicatriciel consécutif et l'attraction de la conjonctive ambiante, ajoutant l'effet désastreux du ptérygion ou du pseudo-ptérygion cicatriciel (ptérygoïde) à celui du ptérygion vrai. Coccius a rempli le premier cette indication, qui, jointe à celle de l'ablation de la tête du ptérygion, constitue le procédé *moderne*.

Pour suturer les lèvres de la plaie, il faut pouvoir attirer la conjonctive, et sans trop de force, les fils coupant sans cela bien vite la conjonctive, et le chirurgien se trouvant au premier pansement en face d'une plaie où une vaste surface cruentée à nu nécessite, dans de très mauvaises conditions, une nouvelle suture. Dans les cas où on avait enlevé beaucoup et même *trop* de conjonctive, on a donc été amené à pratiquer des *incisions libératrices* avec dégagement en pont des parties conjonctivales à côté du ptérygion, des autoplasties et même des hétéroplasties conjonctivales ou muqueuses, dont la nature, la forme et la technique ne présentent rien de spécial. Elles s'appliquent du reste à des cas souvent des plus mauvais, à des récidives, et elles peuvent aggraver la situation, en touchant encore à la conjonctive saine, ou du moins subir les insuccès presque inhérents à l'autoplastie conjonctivale comme pour le symblépharon.

Procédé de choix. — Il consistera d'abord, après cocaïnisation à 1/20, dans l'ablation de la *tête du ptérygion*. Ici, divers détails de technique, généralement omis ou considérés comme quantité négligeable, nous paraissent à signaler. On a procédé à l'ablation à la pince et au bistouri, soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant. Dans les grands ptérygions à *tête large*, il est prudent d'aller de la cornée vers le ptérygion avec une pince ou un petit bistouri myrtiforme délicat, mais plus convexe que le couteau de Graefe. Par contre, nous procédons, après avoir soulevé en pont le ptérygion près du limbe, à l'ablation de sa tête, *par transfixion*, avec un couteau de Graefe, lorsque sa tête est mince et qu'il n'y a ainsi aucun danger de traverser la cornée, tout en faisant une ablation parfaite, car *elle dépasse les limites du mal*. On sait, en effet, qu'avec le procédé précédent, il reste au fond de la plaie anfractueuse, tandis qu'elle est lisse avec le procédé par transfixion, des débris presque tendineux qu'il est fort difficile d'enlever même par le grattage à la curette, de sorte qu'on en est réduit à la cautérisation ignée pour en venir à bout. Si par transfixion, dans les cas où, nous le répétons, la forme du mal s'y prête, on enlève tout d'un seul coup, cette cautérisation ignée devient inutile, puisqu'elle porterait en plein tissu sain et augmenterait la rétractilité du tissu cornéen cicatrisé.

Lorsqu'on a procédé au détachement de la tête, on termine par une excision losangique aux ciseaux de la partie exubérante du ptérygion, en péchant par défaut bien plus que par excès, car il faut admettre qu'une partie du ptérygion non coupé, et qui est du tissu sain, se dégonflera et même s'atrophiera. Dans quelques cas, le procédé par transfixion peut commencer au milieu du ptérygion et faire en un seul temps, élégamment, et en terminant par la cornée avec la prudence la plus minutieuse, l'excision de tout ce qu'il y a à exciser.

Faut-il cautériser, *lorsqu'on n'a pas procédé par transfixion*, la partie cornéenne et limbaire où adhérait le mal? Il est entendu qu'on ne doit jamais cautériser la partie *épisclérale* de la plaie.

On a recommandé de gratter *seulement* l'emplacement de la pinguicula enlevée (Deschamps).

Mais on peut avoir des récidives. La cautérisation ignée sera donc préférée (Martin); elle doit être prudente et peu profonde.

Pour faire la suture, les éléments sont tout trouvés, si on a, avec le plus grand soin, évité d'aller enlever le *corps* du ptérygion, et surtout le repli semi-lunaire. Le ptérygion lui-même va guérir la plaie qu'on lui a faite : la suture faite bien exactement en commençant *au ras du limbe* sera pratiquée, avec ou sans incision libératrice, à une certaine distance de la section. Ici encore, plusieurs points techniques sont à signaler.

Le catgut a été souvent recommandé, et nous l'avons nous-même plusieurs fois employé avec des résultats satisfaisants : d'autre part, nous avons également assisté plusieurs fois à la résorption *trop rapide* du catgut. Aussi avons-nous été amené à lui préférer la soie fine *plate*, qui ne coupe pas les tissus : le n° 00 est approprié à cette suture. Sans faire le procès complet du catgut, détestable quand il y a trop de tiraillement, car il n'offre aucune résistance dans ses faibles numéros, et il est, dans ses numéros plus forts, des plus mauvais comme matériel de suture, si quelquefois chez les enfants, il a pu paraître indiqué pour ne pas nécessiter d'ablation ultérieure, quel que soit son mode de préparation, la soie *plate* lui est en général supérieuse et expose moins à un accident.

Enfin, nous prenons avec chaque point (2 à 3) de suture, commençant et finissant par le rebord conjonctival de la plaie, un peu de *tissu épiscléral*. Cette prise solide et sans nul danger nous paraît assurer la *fixité* profonde de la suture, ce qui est important aussi bien pour le résultat immédiat que pour le résultat ultérieur. On laissera les fils *longtemps en place*, sept à huit jours au moins, de façon à ne les enlever que lorsque la plaie cornéenne sera plus ou moins complètement recouverte d'un épithélium protecteur.

On rejettera en général les procédés qui ne touchent pas à la tête du ptérygion, ceux qui se bornent à le cacher à côté sans enlever la partie dangereuse, à le distendre ou à greffer un fragment disgracieux au niveau de la partie enlevée. Si on se rappelle que l'excision doit être prudente, on ne trouvera pas grand bénéfice à laisser flotter l'extrémité sans la couper, car elle est inutile ou dangereuse. C'est l'abaissement, il vaut mieux l'extraction.

On évitera les grandes ablations de conjonctive et surtout la cautérisation de la partie conjonctivale. Plusieurs malades sont venus nous consulter après avoir été opérés ailleurs de ptérygion et présentaient un symblépharon *incurable*, avec diplopie. Bien qu'on ne voie jamais que les mauvais cas des autres, il est permis d'affirmer qu'il y a eu un excès de cautérisation ou d'ablation.

Les *scarifications*, la *cautérisation* seules sont insuffisantes ou dangereuses, le traitement par les topiques est en général inefficace.

La récidive nécessiterait du reste la même intervention que la première fois. La *pinguicula*, dès qu'elle devient volumineuse ou qu'elle touche le limbe, est justiciable d'opération, car elle est très généralement (Horner, Fuchs) la vraie cause du ptérygion.

Les *ptérygoïdes*, causés au contraire par des ulcères cornéens ou des destructions conjonctivales, ne seraient opérés qu'en cas de nécessité absolue : ils sont exposés à toutes les incertitudes de l'avenir opératoire des autoplasties conjonctivales et du symblépharon.

Ptérygion stationnaire. — Dans la variété absolument stationnaire, la cornée n'est jamais intéressée, on n'enlèvera donc que la partie exubérante, lorsqu'elle vient, comme on le voit souvent, *pendre* sur le bord palpébral qui la pince à chaque clignement. On ne touchera à cette lésion peu accentuée que si le malade, même dans un but de coquetterie, réclame avec insistance l'opération. On se bornera à suturer les bords de la plaie avec ou sans incision et dégagement libérateur, et *on ne touchera jamais à la cornée*, qui ne risque rien.

On résistera aux sollicitations des malades lorsque, l'opération n'étant suivie d'aucune récidive, il reste plus tard un peu de vascularisation anormale à la base de l'ancien ptérygion. Tout au plus quelques légères pointes de feu blanchiraient un peu cet état qui n'a rien d'inquiétant, et pour lequel on se gardera d'ablation.

En somme, si l'on choisit exactement les cas, en se pénétrant de l'indication thérapeutique et de l'examen soigneux de la marche de la maladie, on arrive à obtenir de bons résultats, dans une lésion qui semble bien peu de chose, mais qui est fort (apparente), dans laquelle il est facile de faire trop ou trop peu, et où toute intervention excessive ajoute à l'aspect disgracieux un trouble visuel (diplopie), où les ténotomies, les avancements de l'antagoniste et autres opérations peuvent, dans les cas où l'on pourrait exceptionnellement y penser, rester infructueux.

Avant l'opération de la cataracte, les replis du ptérygion constituent un certain danger d'infection par les amas microbiens qui s'y trouvent inclus. Si l'on peut en effet quelquefois réussir cependant, comme on l'a dit et comme nous l'avons vu, il est plus raisonnable et plus prudent d'opérer la lésion quelque temps à l'avance. Il y a là une bonne précaution qu'on ne pourrait négliger qu'en présence de très petits ptérygions; on évitera d'y placer la pince à fixer pendant l'opération de la cataracte, et on pincera au-dessus et au-dessous; la laxité du ptérygion permet des mouvements trop étendus à l'œil, et le col du ptérygion se *déchire* facilement quand on pousse le couteau dans les mouvements de ponction, de contre-ponction et de transfixion de la cornée, d'où une très mauvaise incision cornéenne.

CORRESPONDANCE

Berlin, 26 octobre 1900.

Monsieur le Directeur,

Je vous prie de bien vouloir donner l'hospitalité à la petite rectification suivante.

Dans son très intéressant article sur l'hémiathétose, paru dans le numéro 120 de la *Gazette des hôpitaux*, M. Jean Ferrand rassemble tous les travaux parus jusqu'ici sur le syndrome athétose. Parmi les auteurs cités dans ce travail, mon nom ne se trouve pas.

Je ne me serais pas permis de faire remarquer cet oubli si l'illustre Charcot ne m'avait fait l'honneur de me citer.

J'ai publié un travail intitulé : *Ueber den von Hammond Athetose genannten Symptomencomplex*, en 1875, dans les *Virchow's Archiv* (vol. LXVII); j'y disais surtout que l'hémichorée se transforme en hémiathétose, et que celle-ci n'est une variété de la première.

Une autre publication de moi, sur le même sujet, a paru en 1876, dans le *Deutsch medic. Wochenschrift*, n° 48, ainsi que dans la thèse de Goldstein (Berlin 1878).

Je ne vous aurais pas communiqué ces renseignements, si Charcot ne m'avait expressément cité dans ses dernières leçons de la Salpêtrière (déc. 1876). Parlant de l'hémichorée posthémiplégique, il fait mention de mes travaux parus antérieurement dans ces termes : « Cette opinion a déjà été émise dans un intéressant travail de M. Bernhardt : *Ueber den von Hammond Athetose genannten Symptomencomplex* (1). »

Agréez, etc.

Prof. Dr Martin Bernhardt.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Pathologie. — Séance du 30 octobre : MM. Denis, 14 ; Theulet-Luzié, 13 ; Georget, 12 ; Ertzbischoff et Sébilleau, 11 ; Claeys et Munch, 9 ; Kauffmann, 5 ; Oppert, 4; Bordenave, 3.

Séance du 2 novembre : MM. Tanon et Dobrovitch, 12 ; Rouet et Algret, 11 ; Cointepas, 10 ; Halgan, 8 ; Lestelle, 7 ; Cattier, 5.

Séance du 3 novembre : MM. Hulleu, 13 ; Daniel, 12 ; Royer, 11 ; Barthélemy et Galezowski, 10 ; Auburtin et Renou, 9 ; Dupuy (Jacques) et Valatx, 7.

Guerre. — Par décret, en date du 3 novembre 1900, sont promus ou nommés dans le corps de santé militaire, aux grades et emplois ci-après :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Chevassu, désigné pour l'emploi de médecin chef à l'hôpital militaire du camp de Châlons.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Gross, désigné pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Poirier, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Labanowski, maintenu au 9e d'infanterie ; — Dupard, maintenu au 151e d'infanterie ; — Félix, maintenu au 41e d'infanterie ; — Adriet, désigné pour le 64e d'infanterie ; — Labroue, désigné pour le 3e d'artillerie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Lesnès, maintenu aux hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — Leniez, maintenu au 38e d'artillerie ; — Guichemerre, maintenu au 9e d'infanterie ; — Cathoire, maintenu au 121e d'infanterie ; — Coupry, désigné pour le 122e d'infanterie ; — Palet, désigné pour le 90e d'infanterie ; — Dénommé, désigné pour le 4e bataillon du 11e d'infanterie (Tunisie) ; — Zimmermann, désigné pour le 149e d'infanterie ; — Jaffary, maintenu au régiment de zouaves de marche du corps expéditionnaire de Chine ; — Massenet, désigné pour le 146e d'infanterie.

— Par décret du président de la République, en date du 30 octobre 1900, les médecins stagiaires dont les noms suivent ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe pour prendre rang du 1er novembre 1900 et ont reçu les affectations ci-après :

MM. Monod, pour le 129e d'infanterie ; Melnotte, pour le 12e dragons ; Pourcines, pour le 20e bataillon de chasseurs à pied ; Petit, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons ; Dugrais, pour le 156e d'infanterie ; Tranchant, pour le 3e hussards.

Le sanatorium d'Angicourt vient de recevoir ses premiers malades. Une seule section est actuellement ouverte, mais dans quelques jours l'établissement disposera de 165 lits d'hommes.

Un pavillon semblable pour les femmes doit être rapidement construit.

Angicourt est réservé aux tuberculeux au début, convalescents plutôt que malades. Pendant la mauvaise saison surtout, les tuberculeux un peu avancés supporteraient mal son climat un peu rude et son air extrêmement vif.

(1) J.-M. Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière*, t. II, Paris 1877, p. 455.

Faculté de médecine de Paris. — *Cours de clinique des maladies des enfants* (professeur : M. Grancher). — M. Marfan, agrégé, chargé de cours, commencera ce cours à l'hôpital des Enfants-Malades, le vendredi 9 novembre 1900, à dix heures du matin, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

M. Jacquet, médecin des hôpitaux : Maladies de la peau, les mercredis, à dix heures. — M. Cuvillier : Maladies du nez, du pharynx, du larynx et des oreilles, les samedis, à dix heures. — M. Larat : Électrothérapie, les jeudis, à dix heures.

Cours de pathologie interne. — M. le professeur Hutinel commencera ce cours le samedi 10 novembre 1900, à trois heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de clinique chirurgicale. — M. le professeur Le Dentu commencera ce cours à l'hôpital Necker, le mardi 13 novembre 1900, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure. — Opérations après les leçons. — Opérations gynécologiques le jeudi, à neuf heures, dans le service spécial de gynécologie.

Conférence d'internat. — MM. Alquier, Auffret et Lefas, internes des hôpitaux, commenceront le 16 novembre, à deux heures et demie, une conférence publique d'internat, dans l'amphithéâtre Cruveilhier, à l'École pratique, et la continueront les vendredis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 127 — JEUDI 8 NOVEMBRE 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 8 NOVEMBRE 1900. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Botryomycome de la face palmaire du petit doigt (*1 fig.*), par MM. Xavier Delore, chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon, et Ch.-L. Gauthier, interne des hôpitaux de Lyon. — Traitement des abcès pottiques. — Séance de l'Académie de médecine. — Revue de la Presse. *Médecine :* Les nouvelles idées sur la pathogénie des tumeurs malignes du rein; recherches expérimentales; — Empoisonnement par l'acide phénique traité avec succès par l'alcool; — Prophylaxie de la tuberculose dans le jeune âge; — *Bactériologie :* Du pouvoir pathogène du bacille de Lœffler et du streptocoque; — *Obstétrique :* Des plaies pénétrantes de l'utérus gravide; — *Otologie :* Traitement de l'otorrhée. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

BOTRYOMYCOME DE LA FACE PALMAIRE DU PETIT DOIGT

Par MM. Xavier Delore,
Chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon.
et Ch.-L. Gauthier,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Voici un nouveau cas de botryomycose humaine observé dans la région lyonnaise. Cette observation clinique et histologique renforce le faisceau de faits analogues recueillis pendant ces dernières années :

G... (Marguerite), âgée de cinquante-huit ans, cultivatrice à Saint-Cyr au Mont-d'or (Rhône).

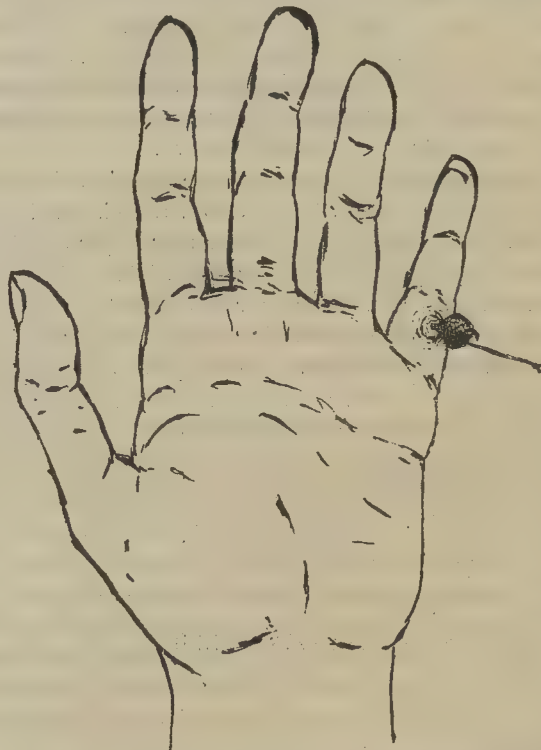
Femme obèse, porteur d'un goitre. A été soignée, il y a un an, pour des accidents myxœdémateux qui ont cédé à l'emploi de la thyroïdine.

Au commencement du mois de juin 1900, elle se piqua à la main gauche avec une épine. La piqûre se fit à la face palmaire de la première phalange du petit doigt. Ce menu traumatisme n'inquiéta nullement la malade; elle remarqua cependant qu'un léger suintement séreux s'établissait à son niveau. Puis au bout de deux ou trois semaines, un petit bourgeon charnu fit issue au dehors, et cette production augmenta peu à peu de volume jusqu'à acquérir, au commencement d'août, les dimensions d'un noyau de cerise.

Aucune douleur spontanée, la malade ne souffrait qu'à l'occasion d'un choc ou d'un froissement. Pas d'application de topiques irritants. Le traitement suivi sur les conseils d'un pharmacien consista en bains boriqués et pansements à la vaseline boriquée, mais à plusieurs reprises il y eut de la part de la malade des essais infructueux d'arrachement.

Voici ce que nous constatons le 3 août, jour où nous voyons la malade pour la première fois :

En cette région de la paume de la main, que nous avons précisée plus haut, est développée une petite tumeur rouge, légèrement saignante au contact; quand on l'attire latéralement, on constate qu'elle est implantée dans le derme par un pédicule court, de la dimension d'une grosse plume de perdrix. Autour de ce pédicule l'épiderme est jaunâtre, il



Botryomycome de la face palmaire de la première phalange du petit doigt.
Une érigne écarte la tumeur et fait voir le pédicule, très net.

est durci et desquame en fines lamelles cornées; il est perforé régulièrement au niveau du pédicule de la tumeur qui s'enfonce en lui comme un clou. La consistance du bourgeon est dure, sa palpation n'est pas douloureuse. Les mouvements du doigt s'exécutent assez bien, seule la flexion est un peu limitée.

Vue par nous le 3 août, la malade était envoyée le lendemain à la clinique de M. le professeur Poncet avec le diagnostic de botryomycose. L'un de nous pratique aux ciseaux l'extirpation de la petite tumeur : une petite hémorragie en nappe se déclare après l'ablation, elle est facilement maîtrisée par un pansement compressif.

La cicatrisation survenait, sans incidents et d'une façon définitive, au bout de trois semaines. La malade est revue le 5 octobre, la guérison est parfaite.

L'examen histologique de la pièce recueillie a été fait par M. Thévenot au laboratoire de la clinique. Les caractères anatomiques retrouvés sont ceux que MM. Poncet et Dor ont décrits complètement dans leurs diverses communications sur la botryomycose, nous y renvoyons le lecteur (1).

La présence des amas typiques de botryomycose, agglomérés entre eux comme les grains de raisins dans une grappe, a été reconnue; elle a été confirmée par M. Dor.

Cette observation s'ajoute aux faits recueillis déjà. Les caractères cliniques habituels de la botryomycose y sont au complet. Piqûre de la face palmaire de la main, lente constitution d'un petit bourgeon qui n'a aucune tendance à la guérison spontanée et s'accroît continuellement, indolence, péduculisation nette.

TRAITEMENT DES ABCÈS POTTIQUES (2)

Le rôle de la thérapeutique varie suivant la période à laquelle on est appelé. L'abcès vient-il de se former, l'essentiel est d'en empêcher l'ouverture; est-il déjà ouvert à l'extérieur, il importe, dans la mesure du possible, de diminuer la gravité des accidents septiques consécutifs. Autant, en effet, nous sommes désarmés en présence d'un abcès ouvert, autant notre thérapeutique est efficace dans le cas contraire, pour en favoriser la guérison définitive.

La thérapeutique des anciens, au sujet de l'abcès fermé, se résumait en un mot : l'abstention. Les chirurgiens d'aujourd'hui préconisent une thérapeutique plus active : les *injections modificatrices*, et même parfois l'*intervention sanglante*.

Le premier agent modificateur des abcès tuberculeux employé à notre époque, a été l'iodoforme. Verneuil s'en servait sous forme de solution éthérée à 5 p. 100. Plusieurs chirurgiens actuels lui sont restés fidèles. Cependant cette médication présente quelques inconvénients, dont le principal est de provoquer de vives douleurs, dues à la distension brusque de la poche par les vapeurs éthérées. A l'iodoforme en solution éthérée, M. Ménard préférerait de beaucoup le naphtol camphré, agent d'une efficacité au moins égale, et qui n'occasionne aucune douleur. Mais son emploi n'est pas sans danger, et l'on sait aujourd'hui qu'il peut, dans quelques cas, déterminer une intoxication suraiguë. Aussi faut-il lui substituer le thymol camphré (Ménard), médicament non toxique, non douloureux, et d'efficacité curative certaine.

Quelle que soit la substance choisie, il faut bien savoir qu'aucune d'elles ne possède d'action spécifique sur le bacille de Koch. Elle agit seulement en dissolvant les graisses, et en favorisant ainsi la ponction consécutive. Le contenu de l'abcès est donc profondément modifié; non seulement la poche est vidée, mais sa face interne est détergée. En même temps, le liquide modificateur paraît produire sur la paroi de l'abcès une irritation favorable : la membrane tuberculogène prend une coloration rose vif, sa surface interne est plus unie, elle finit par être difficilement appréciable; à la plaie bacillaire a succédé une plaie granuleuse de bonne nature.

Le manuel opératoire comprend trois temps successifs :

1° *Ponction.* — Toutes les précautions aseptiques étant prises, et le siège de l'abcès soigneusement repéré d'avance, il faut, dans un abcès iliaque (le plus fréquent), traverser la paroi abdominale avec le trocart dans le voisinage immédiat de l'épine iliaque antéro-supérieure, à 1 ou 2 centimètres d'elle. Pour éviter le péritoine, il suffira de pousser l'instrument la pointe en bas et en dedans, afin qu'elle s'éloigne peu de la paroi osseuse et reste logée dans la gaine du muscle iliaque. Quant aux vaisseaux, ils sont protégés par le bord interne du psoas et ne courent aucun danger.

2° *Evacuation et lavage.* — Au moment où la pointe du trocart pénètre dans la poche, on peut sentir un léger ressaut suivi d'un échappement. Un léger mouvement de bascule indiquera si la pointe est libre. Le contenu s'écoule facilement lorsqu'il est liquide. La présence de grumeaux arrête brusquement le jet dans nombre de cas. Lorsque le contenu est pâteux, mi-solide, il suffit d'injecter une petite quantité du liquide de lavage pour en délayer une petite partie, et évacuer ainsi la collection.

3° *Injection modificatrice.* — Injecter alors 10 à 25 grammes de thymol camphré, couvrir la piqûre d'un nuage d'ouate collodionnée, surveiller la région les jours suivants. Il convient d'attendre quinze à vingt jours avant de pratiquer une seconde injection. Cet intervalle peut être raccourci (distension extrême de la poche); il sera, au contraire, prolongé si le liquide se reproduit lentement. Lorsque l'abcès résiste longtemps à la thérapeutique, certains chirurgiens multiplient ces injections : c'est là une pratique défectueuse, car, dans ces cas, c'est l'altération rachidienne qui joue le principal rôle et les injections répétées ne possèdent aucune action sur elle.

Lorsque l'on se trouve en présence d'*abcès rebelles* à la méthode des injections, *et dont l'ouverture est imminente*, le curetage s'impose. Le curetage aussi étendu que possible est, en effet, d'une pratique infiniment préférable à l'abstention : donc, en présence d'un abcès superficiel qui paraît définitivement rebelle ou d'un abcès superficiel prêt à s'ouvrir, ou encore d'un abcès superficiel qui vient de s'ouvrir et pour lequel on n'espère pas une fistulisation seulement temporaire, le curetage aseptique est formellement indiqué. Il n'y a pas lieu d'insister sur la technique de cette opération, qui ne présente aucune particularité intéressante. Toutefois, le drainage en caoutchouc doit être absolument proscrit et remplacé par une suture complète de la plaie.

Lorsque l'infection suppurative secondaire a envahi l'abcès, la situation du malade est grave. Il est, en effet, difficile d'agir efficacement sur les altérations osseuses. C'est dans ces cas que de sages mesures hygiéniques, sur lesquelles M. Ménard s'étend avec juste raison, rendront les plus grands services.

Que faut-il penser, enfin, du *traitement opératoire des abcès par congestion*? Cette méthode semble condamnée par cette seule remarque qu'elle n'est jamais complète. Aussi est-il juste d'admettre que les préférences des thérapeutes doivent aller à l'usage des injections pour les foyers fermés. Le curetage des abcès prêts à s'ouvrir est généralement la seule intervention utile. « On n'est autorisé qu'exceptionnellement à s'attaquer directement au foyer osseux que l'on n'enlève jamais complètement. »

(1) Poncet et Dor. Cong. de chir., Paris 1897. — Poncet et Bérard. *Traité de l'actinomycose, pseudo-actinomycoses et botryomycose*, Paris 1898, p. 348. — Poncet et Dor. La botryomycose, *Arch. gén. de méd.*, fév. et mars 1900. — Spick. *Spécificité de la botryomycose*, Th. de Lyon, 1900. — X. Delore. *Gaz. des hôpit.*, 12 juin 1900. — X. Delore. *Gaz. hebd.*, sept. 1899.

(2) V. Ménard. *Étude pratique sur le mal de Pott.* — Paris, Masson et Cie.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(7 novembre 1900)

M. Laveran a, de nouveau, donné lecture des vœux qu'il a exprimés dans son rapport sur les épidémies (Voy. *Gaz. des hôp.*, 1900, p. 1299).

Après quelques observations présentées par M. Colin, ces vœux ont été soumis au vote de l'Académie et adoptés.

Dans l'une des dernières séances, M. Laveran a présenté une note de M. Matignon, médecin militaire attaché à la légation de Pékin, relative à l'observation d'un blessé pendant l'attaque de la légation.

Il s'agit d'un volontaire atteint au cou d'une balle de petit calibre qui a traversé la partie inférieure du cartilage thyroïde et est sortie sans avoir intéressé les gros vaisseaux de la région. Le pouls était filiforme, à peine perceptible; la respiration paraissait suspendue, la face cyanosée, les mâchoires contracturées. M. Matignon, par un espace interdentaire, passe une pince, saisit la langue et pratique des tractions lentes et énergiques.

Après deux à trois minutes, le malade a un mouvement de hoquet. Après six minutes, il revenait à lui, et respirait seul. Une heure et demie après, il était transporté à l'ambulance et supportait ce trajet très pénible.

A ce propos, M. Laborde a pris la parole et rapproche de ce fait plusieurs cas analogues de corps étrangers de la trachée dans lesquels les tractions rythmées de la langue ont rendu les plus grands services.

Tout le reste de la séance a été occupé par des rapports de prix : M. Rendu a analysé les travaux envoyés pour le prix Godard, M. Roux ceux qui ont été adressés pour le prix de l'Académie et M. Motet, ceux qui ont été envoyés pour le prix Herpin (de Genève).

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Les nouvelles idées sur la pathogénie des tumeurs malignes du rein. Recherches expérimentales (Léon Imbert). — Nos conceptions sur les tumeurs malignes du rein se sont profondément modifiées depuis quelques années. On peut, semble-t-il, en étudier dès maintenant trois catégories principales : les sarcomes, les épithéliomas et les tumeurs mixtes ou adéno-sarcomes.

Les sarcomes ne présentent ici rien de bien spécial; ils existent incontestablement dans le rein; il est à croire cependant que nombre de néoplasmes décrits sous ce nom doivent être rangés dans la catégorie des tumeurs mixtes.

Les épithéliomas ou plutôt les tumeurs auxquelles on accorde assez généralement cette appellation sont de plusieurs sortes. Dans une première variété se groupent les pseudolipomes ou strumes aberrantes du rein, étudiées surtout par Granitz et ses élèves. Ces tumeurs, souvent petites, peuvent cependant acquérir des caractères de malignité absolument nets; elles sont surtout caractérisées par leur richesse en graisse suivant Granitz, dont l'opinion est généralement acceptée, elles prennent naissance dans des noyaux aberrants de la capsule surrénale, des véritables surrénales accessoires incluses dans le rein. Les épithéliomas vrais forment une seconde variété, dissociée par Albarran en deux groupes : épithéliomas cancéroïdes et épithéliomas à cellules claires. Les premiers paraissent provenir de l'épithélium rénal, tandis que les seconds, assez semblables aux strumes à évolution maligne, reconnaissent peut-être la même origine aux dépens des noyaux surrénaux aberrants. Enfin dans une troisième catégorie, il faut ranger les tumeurs décrites sous le nom d'angio-sarcome; elles ressemblent beaucoup aux épithéliomas à cellules claires dont elles se distinguent par leurs rapports intimes avec les vaisseaux et aussi par la constitution du stroma fibreux qui comportent de fines travées extrêmement nombreuses. L'auteur rapporte en outre le résultat de ses recherches sur les inclusions expérimentales de capsule surrénale dans le rein : les capsules ainsi incluses peuvent aboutir soit au pseudo-lipome, soit à des formations kystiques qui ne sont pas sans analogie avec certaines formations observées dans les épithéliomas.

Tandis que les tumeurs précédentes se rencontrent d'habitude chez l'adulte, les tumeurs mixtes sont spéciales aux enfants; on les appelle aussi adéno-sarcomes; elles sont caractérisées par la présence simultanée de tissus très différents : épithélium, éléments embryonnaires, tissu conjonctif, fibres musculaires lisses et striées, cartilage, etc. Il faut attirer l'attention surtout sur les fibres musculaires striées qui ne se rencontrent pas normalement dans le rein et qui ne peuvent s'expliquer que par une anomalie de développement. Ces néoplasmes commencent à être bien connus, mais la pathogénie en est encore des plus obscures. On les a attribués successivement à des inclusions dans le rein de segments primordiaux, à des inclusions de corps de Wolff dans le rein définitif et enfin à une sorte d'inclusion d'un segment rénal demeuré embryonnaire au milieu du reste de la substance rénale qui a poursuivi son évolution. (*Nouveau Montpeltier méd.*, 1900, p. 417.) L. I.

Empoisonnement par l'acide phénique traité avec succès par l'alcool (Rodman). — Une femme de soixante ans avait absorbé, par erreur, plus de 50 grammes d'acide phénique pur. Quand on l'examina elle présentait un pouls filiforme à peine perceptible, la dyspnée était extrême, la face était congestionnée et les lèvres cyanosées. Le réflexe pupillaire était aboli, les extrémités étaient refroidies. La température rectale atteignait à peine 36 degrés. Il existait sur les lèvres et sur la langue des plaques de sphacèle.

On introduisit dans le pharynx un tube à lavage stomacal et on administra par ce moyen à la malade 120 grammes d'alcool pur. Au bout de deux ou trois minutes, le tube fut poussé dans l'estomac et l'on pratiqua un lavage gastrique avec de l'eau chaude. Après un second lavage à l'alcool dilué, on retira le tube. Au bout de vingt minutes la malade reprit peu à peu connaissance, le pouls devint meilleur et la respiration moins précipitée. Les vomissements devinrent fréquents et il y eut deux selles consécutives. On fit absorber à la patiente divers toniques cardiaques, on lui pratiqua des injections hypodermiques d'alcool. Pendant une demi-heure elle eut un peu d'excitation cérébrale, un véritable accès de gaieté dû vraisemblablement à l'alcool. Le ventre n'était pas douloureux, et, à part une certaine douleur dans le pharynx, l'état général était bon. Le soir, la température était de 38°9; le pouls, d'ailleurs bien frappé, marquait 110. L'urine, extraite par le cathétérisme, était brun foncé, assez abondante et non albumineuse. Trois jours après, la température et le pouls étaient normaux, l'urine également, et au bout de trois semaines la malade allait parfaitement bien. (*Medical Record*, 14 juillet 1900.)

A. H.

Prophylaxie de la tuberculose dans le jeune âge. — M. Feer (de Bâle) insiste sur les mesures prophylactiques à prendre à l'égard de la tuberculose dans le jeune âge, époque de la vie où cette maladie fait le plus de ravage. Ces mesures sont celles de l'hygiène du corps et de l'habitation appliquées à l'enfance; l'auteur recommande les habitations spacieuses, aérées, claires, propres, ensoleillées; les enfants doivent être souvent lavés et baignés; on doit veiller à ce qu'ils conservent des habitudes de grande propreté même

en jouant (la terre et le sable sont particulièrement dangereux dans les villes à cause des poussières qu'ils peuvent contenir) et leur faire prendre le plus d'exercice possible au grand air.

Les voies respiratoires supérieures des enfants doivent être surveillées, surtout après la coqueluche.

Le médecin doit s'élever contre les mariages entre tuberculeux; les parents tuberculeux doivent être prévenus de la non-hérédité de la tuberculose, mais des dangers de contagion auxquels sont exposés leurs enfants. Dans les familles où existent des tuberculeux, les mesures prophylactiques doivent être d'autant mieux observées; si on ne peut envoyer le tuberculeux dans un sanatorium, on doit chercher à lui donner une chambre spéciale, on redoublera de précautions à l'égard des crachats; les enfants passeront le plus de temps possible dehors, au grand air. Bien que la propagation de la tuberculose se fasse beaucoup plus ordinairement par l'air que par les aliments, on fera bien de faire bouillir le lait. Les établissements placés dans le voisinage de villes, en bon air, où l'on recevra les enfants malades, anémiés, rendront de grands services pourvu que les enfants tuberculeux aient leurs asiles spéciaux. (*Wien. klin. Wochens.*, 1900, n° 40, p. 919.) P. V.

BACTÉRIOLOGIE

Du pouvoir pathogène du bacille de Lœffler et du streptocoque. — M. Kassowitz a récemment publié une série d'études critiques sur le rôle pathogène du bacille de Lœffler; elles tendent à le rejeter au rang de saprophyte vulgaire. La thèse est franchement révolutionnaire; les faits qui lui servent de base sont intéressants, bien qu'ils ne soient pas absolument démonstratifs.

La connaissance que nous avons de l'existence de variétés inoffensives de bacilles si voisines du bacille diphtérique, que, jusqu'ici, la distinction des uns et des autres est trop souvent restée problématique, donne un intérêt nouveau à la question; aussi avons-nous cru devoir résumer brièvement les faits invoqués un peu tardivement par l'auteur en faveur de sa thèse.

Le meilleur caractère permettant de distinguer le bacille de Lœffler des bacilles pseudo-diphtériques, sinon le seul, est encore actuellement, de l'aveu général, la virulence du premier, la non-virulence du second; or M. Kassowitz fait valoir qu'à l'hôpital des maladies infectieuses de Londres a régné, daus les salles de convalescents de scarlatine, une rhinite endémique qui a évolué sans fausses membranes, sans engorgements ganglionnaires, sans fièvre, sans aucun trouble de l'état général, bien que le bacille de Lœffler ait été mis en évidence dans les 51 cas sans exception; M. Kassowitz rapporte une observation analogue de Gœrensen (de Copenhague), qui, chez 326 malades atteints de scarlatine ou scarlatineux convalescents, trouva le bacille de Lœfffer pleinement virulent; cependant aucun symptôme morbide ne se manifesta chez 85 p. 100 d'entre eux. Gœrensen n'eut à déplorer aucune mort sur ces 326 cas.

On pourrait interpréter ces premiers faits, mis en relief par M. Kassowitz, dans le sens d'une immunité particulière des convalescents de scarlatine à l'égard du bacille de la diphtérie. Il y a longtemps qu'on a signalé la persistance presque indéfinie de ce bacille dans le nez des convalescents de scarlatine, et on pourrait admettre que leurs muqueuses se défendent mieux contre ses attaques que tout autres, citées par M. Kassowitz, celles de C. Todd et A. Kanthrack qui, en dix-huit mois, sur 365 enfants, vus également à Londres, au « Fever Hospital », observent 91 cas de rhinite due à un bacille diphtérique virulent pour le cobaye et ont à déplorer, sur ce nombre, 13 morts d'enfants âgés pour la plupart de quatre à neuf ans (1).

(1) Voir, à ce sujet, la *Gaz. des hôpit.*, 1900, n° 109, p. 1209 (notes).

Dans une seconde critique, M. Kassowitz relève une assertion de Behring disant que la pyohémie, la gangrène ou la putréfaction dans la diphtérie sont presque toujours attribuables à une association microbienne de bacille de Lœffler et de streptocoque, tandis que les diphtéries pures, même étendues aux petites bronches, sont guéries par l'emploi du sérum. A cette assertion, M. Kassowitz répond par une observation du professeur Stoos (de Berne), qui a toujours constaté chez des enfants atteints de coryza vulgaire, à côté de bacilles de Lœffler virulents ou non, la présence d'autres bacilles tels que diplostreptocoques, staphylocoques, streptocoques pyogènes, sans qu'aucun enfant ait eu à souffrir de diphtérie septique ou non. Ainsi, ajoute M. Kassowitz, jamais le rôle du bacille de Lœffler n'a été exalté par ces associations microbiennes comme le veut Behring.

Pour être à même de juger la question, il faut rappeler les recherches de MM. F. Widal et F. Bezançon, qui ont montré la présence constante du streptocoque dans la cavité bucco-pharyngée (1). Ces recherches ont été reprises depuis par Hilbert (2); cet auteur a constaté la présence constante, sur des amygdales saines, *de streptocoques longs ne se différenciant ni par les cultures, ni par la virulence*, de ceux recueillis sur des amygdales enflammées. Quel rôle peut-on faire jouer au streptocoque dans l'étiologie en présence de semblables constatations? Il est certain qu'avec elles le rôle du streptocoque dans les associations microbiennes devient assez douteux et, par suite, plusieurs chapitres de l'étude et du traitement des angines diphtériques ou non sont peut-être à réformer.

Il est vrai qu'il n'est pas aisé de trancher les questions de pathogénie microbienne : il y a lieu de tenir compte de tant de facteurs indépendamment du degré plus ou moins élevé de virulence du bacille, de l'état de réceptivité individuelle, de terrain plus ou moins favorable, des conditions climatériques, atmosphériques, hygiéniques, etc., il faut encore faire la preuve de la spécificité de l'agent à l'égard de l'affection en cause.

De ce que des statistiques montrent que des cas (d'angines considérées comme diphtériques, je suppose) où n'existent pas de bacilles diphtériques, la mortalité s'est élevée à 15,7 p. 100, alors qu'elle n'était que de 14,1 p. 100 chez ceux où l'on décelait la présence du bacille à l'état de pureté; de ce qu'on a signalé des paralysies post-diphtériques dans des cas de diphtérie sans bacilles; de ce que, dans quelques cas, on est obligé, avec Paltauf, de considérer comme de la diphtérie certains cas qui la simulent complètement, cliniquement et anatomiquement, alors même qu'on ne trouve pas de bacilles, en résulte-t-il que le bacille de Lœffler n'a aucun rôle pathogène dans les cas où on constate sa présence? Je le veux bien; mais les faits que je viens d'énumérer, d'après M. Kassowitz, peuvent tout aussi bien signifier qu'à côté du bacille de Lœffler il existe d'autres agents capables de donner lieu à des symptômes ou à des accidents tout à fait comparables à ceux de la diphtérie.

Quelle que soit la solution que l'on trouve au problème ainsi posé par M. Kassowitz, elle ne peut, on le voit, manquer d'intérêt. (*Centralbl. f. Inn. Med.*, 1900, n° 36, p. 925 et passim.) P. V.

OBSTÉTRIQUE

Des plaies pénétrantes de l'utérus gravide (Puech et Estor). — Les auteurs terminent leur important mémoire par les conclusions suivantes :

La laparotomie constitue la méthode de choix pour le traitement des plaies pénétrantes de l'utérus gravide.

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 18 mai, 1er juin et 27 juillet 1894.

(2) *Zeits. f. Hyg. und Infect. Krank.*, Bd. XXXI, Heft. 3.

L'utérus bien mis à découvert, la conduite ultérieure variera suivant : que la conservation de l'organe est possible; que son ablation s'impose; qu'il existe en même temps d'autres lésions viscérales.

La conservation de l'utérus, avec suture soigneuse de la plaie, sera pratiquée quand on aura affaire à des plaies incomplèles ou à des plaies complètes ne s'accompagnant pas de trop grand délabrement. Au cas de plaie complète, il y aura lieu de se préoccuper au préalable du contenu de l'utérus; le fœtus est-il pour la plus grande partie hors de la matrice il faut en faire l'extraction. Y a-t-il seulement issue d'un membre ou d'une partie des annexes fœtales, on doit se contenter de la réduction. Fœtus et annexes sont-ils restés en totalité dans l'utérus, on ne procédera point à leur extraction utéro-abdominale.

Quand l'ablation de l'organe s'impose, nous donnons la préférence à l'hystérectomie abdominale partielle avec pédicule externe précédée de l'extraction du fœtus.

Les lésions viscérales qui peuvent accompagner les plaies de l'utérus gravide seront traitées suivant le mode qui convient à chacune d'elles. (*Revue de gynécol. et de chir. abd.*, décembre 1899.)

L. I.

OTOLOGIE

Traitement de l'otorrhée. — M. A. Lucae préconise, dans le traitement des otorrhées chroniques, l'emploi de la formaline à la dose de xv à xx gouttes par litre d'eau; il estime que les cas qui résistent à ce traitement sont justiciables de la cure radicale, ce sont des cas où l'on trouve de graves lésions osseuses. Kümmel (de Breslau) fait remarquer, à ce propos, avec juste raison, que ce n'est peut-être pas tant le médicament employé que le mode de donner l'injection qui assure la guérison de l'otorrhée; j'ajoute : l'emploi des seringues à bout rond qui lavent toutes les parties du pavillon excepté le conduit et l'oreille moyenne est particulièrement néfaste parce qu'il donne l'illusion de soins appropriés et efficaces alors que le pus stagne et se putréfie au fond du conduit. Enfin il faut savoir que, si le nez n'est plus toujours immédiatement en cause comme pour les otites aiguës, c'est encore lui qui, seul, donnera souvent la clef d'une otorrhée chronique : végétations adénoïdes, polypes, ozène, syphilis naso-pharyngée, etc., etc.; l'examen et les soins du nez restent donc toujours le grand secret de nombre de succès de thérapeutique auriculaire; on ne saurait trop le redire. (*Ann. des mal. de l'oreille*, t. XXV, n° 12.)

P. V.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 12 au 17 novembre 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 12 NOVEMBRE, à une heure. — 2e (ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Blanchard, Desgrez et Launois; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Poirier et Walther; — (2e série) : MM. Delens, Reynier et Legueu; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Méry; — M. Broca (Aug.), suppléant.

MARDI 13 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (2e série) : MM. Joffroy, Roger et Marfan.

4e (ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Proust, Chassevant et Vaquez; — M. Lauglois, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Schwartz et Albarran; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Ménétrier et Achard; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Charrin et Dupré; — M. Thiéry, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Bonnaire; — M. Quénu, suppléant.

MERCREDI 14 NOVEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Sébileau et Mauclaire.

2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Ch. Richet, Hanriot et Heim.

3e (oral, 1re partie), *Faculté, salle n° 3* : MM. Segond, Delbet et Lepage; — M. André, suppléant.

JEUDI 15 NOVEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Campenon, Hartmann et Thiéry.

Anatomie pathologique, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Cornil, Chauffard et Hanriot.

3e (oral, (1re partie, ancien régime) : MM. Le Dentu, Richelot et Wallich.

3e (2e partie, ancien régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Debove, Charrin et Teissier.

4e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Chantemesse, Vaquez et Dupré; — M. Broca (André), suppléant.

VENDREDI 16 NOVEMBRE, à une heure. — 4e (ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Wurtz et André; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Segond, Broca (Aug.) et Legueu; — (2e série) : MM. Delens, Reclus et Walther; — (2e partie) : MM. Hayem, Teissier et Méry; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Lepage et Wallich; — M. Lejars, suppléant.

SAMEDI 17 NOVEMBRE, à une heure. — 5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Schwartz, Quénu et Faure.

3e (2e partie), *Pitié* : MM. Chauffard, Ménétrier et Achard; — M. Rémy, suppléant.

5e (2e partie, 1re série), *Hôtel-Dieu* : MM. Debove, Thiroloix et Roger; — (2e série) : MM. Raymond, Joffroy et Vaquez; — M. Albarran, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Bar; — M. Retterer, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Anatomie. — Séance du 5 novembre : MM. Bourguignon, 11; P. Fabre, Laffite et Dennecé, 8; P. Mathieu, 7; Cottard, 6; Vacquerie, 3.

Séance du 6 novembre : MM. Braillon, 13; Viteman, 12; Juy, Lebhard et Regnard, 11; Ambard, Boisseau et Darcanne, 10; Gaudemet, 7.

Pathologie. — Séance du 6 novembre : MM. Ferry et Trémolières, 13; Poupardin, 11; Debets de Lacrousille, 10; Saillant, 9; Leduc et Roubaud, 7; Uteau, 4; Landowski, 2.

La prochaine séance aura lieu jeudi 8, à cinq heures.

Maison départementale de Nanterre. — Un concours aura lieu, le 10 décembre prochain, pour l'admission à quatre emplois vacants au 1er janvier, d'internes provisoires en médecine pouvant être nommés titulaires au cours de l'année, suivant les vacances qui se produiront, ou, au plus tard, à l'expiration de l'année.

Se faire inscrire jusqu'au 24 novembre à la préfecture de police (service du personnel).

Hôpitaux de province. — *Lille.* — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Leroy, Deshusses, Paul Delobel, Piet, Real.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Delépine, Robert, Duchêne, Labaude, Perard, Delfosse, Augier, Lefebvre (Léon), Maurice d'Halluin, Vermesch, Klein, Guilluy, Levesque, Paul d'Halluin, Dubus.

Nantes. — M. Urbain Monnier, médecin suppléant, a été nommé médecin titulaire.

Écoles de médecine. — Un concours s'ouvrira le 6 mai 1901, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et

de clinique obstétricale, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Distinctions honorifiques. — M. Batut, médecin-major de deuxième classe, répétiteur à l'École du service de santé militaire à Lyon, a été nommé au grade de chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Marine. — Par décision ministérielle, en date du 5 novembre 1900, M. le médecin de deuxième classe Boudon, du cadre de Rochefort, a été nommé, après concours, à l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'École annexe de médecine navale de Brest, pour compter du 1er novembre 1900.

Une souscription vient d'être ouverte à Nantes, pour y élever, dans les squares de l'Hôtel-Dieu, des bustes à *Chassaignac* et à *Maisonneuve*.

Le bureau de l'Académie de médecine a bien voulu autoriser le dépôt dans ses bureaux d'une liste destinée à recevoir les souscriptions.

Œuvres de mer. — La dernière circulaire des Œuvres de mer annonce la fin de la campagne, qui a été heureuse à tous les points de vue. Le *Saint-Pierre* est rentré à Saint-Malo le 24 octobre, ramenant 27 malades.

La maison de famille de Saint-Pierre-et-Miquelon a fermé ses portes le 21, après avoir rendu les plus grands services.

Nous pouvons dire dès aujourd'hui que, dans une navigation très active, le *Saint-Pierre*, parcourant continuellement les parages de pêche, a pu donner, avec une abondance exceptionnelle, les secours qu'il a la mission de porter à nos pêcheurs; un seul chiffre en indiquera l'importance; il a recueilli dans l'hôpital du bord 88 malades atteints gravement. Inutile de dire ici le nombre incalculable des consultations données, les naufragés recueillis, les milliers de lettres distribuées ou reçues pour la France, etc.

La pêche a été mauvaise cette année à Terre-Neuve : cruelle épreuve pour nos pêcheurs, dont la solde dépend de son importance.

La maison de famille, fréquentée comme tous les ans, plus que tous les ans, est toujours un centre vers lequel affluent nos marins.

En France, le navire-hôpital à vapeur, si longtemps désiré, a été mis sur les chantiers. Sa construction a été confiée à MM. de la Brosse et Fouché (de Nantes); cette œuvre, poursuivie avec les plus grands soins, avance rapidement, et le navire sera largement prêt pour la prochaine campagne. Un don généreux facilite singulièrement la tâche du conseil en cette occasion, et cependant on ne peut se dissimuler qu'il faudra encore recueillir d'importantes ressources, pour que la campagne de 1901 soit assurée à Terre-Neuve et en Islande.

Un encouragement de haute valeur a été donné à Paris aux efforts de tous ceux qui coopèrent à la prospérité des Œuvres de mer. A l'Exposition universelle, le jury les a honorées d'une médaille d'or.

Faculté de médecine de Paris. — *Cours de clinique chirurgicale.* — M. le professeur F. Terrier commencera ce cours à l'hôpital de la Pitié, le vendredi 9 novembre 1900, à neuf heures du matin, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Cours d'anatomie pathologique. — M. le professeur Cornil commencera ce cours le vendredi 9 novembre 1900, à cinq heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure (dans le même amphithéâtre); les mercredis, à deux heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (2e étage).

Sujet du cours : L'inflammation en général, applications à l'anatomie pathologique spéciale des voies respiratoires. Les tumeurs étudiées spécialement dans la glande mammaire.

Conférences de pathologie interne. — M. Ménétrier, agrégé, commencera ces conférences le vendredi 9 novembre 1900, à six heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Clinique d'accouchements et de gynécologie. — M. le professeur Budin commencera ce cours le samedi 10 novembre 1900, à neuf heures (clinique Tarnier, rue d'Assas), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : Mardi et samedi, leçons à l'amphithéâtre; visite des malades tous les matins, à neuf heures. — Dirigeront les exercices pratiques : M. Macé, chef de clinique; M. Perret, chef de clinique adjoint; MM. Dubrisay, Chavanne et Schwaab, anciens chefs de clinique; MM. Galippe, Nicloux, Chéron et Bouchacourt, attachés aux laboratoires; MM. Audion, Planchon, Thoyer-Rozat et Valency, moniteurs.

Cours de clinique médicale. — M. le professeur G. Hayem commencera ce cours le samedi 10 novembre 1900, à dix heures, au pavillon Moïana (hôpital Saint-Antoine), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Enseignement complémentaire : Technique clinique, par M. Hulot; anatomie pathologique et bactériologie, par MM. Bensaude et Thiercelin; chimie clinique, par M. Winter; électrothérapie et radioscopie, par M. Ravé; conférences pratiques d'ophtalmologie, par M. Dreyer-Dufer. — Les élèves qui désirent suivre ces cours devront se faire inscrire par M. Bensaude, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Conférences de chimie biologique. — M. Chassevant, agrégé, commencera ces conférences le samedi 10 novembre 1900, à trois heures (amphithéâtre de physique et de chimie, à la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — La conférence du jeudi sera consacrée à des explications complémentaires, théoriques ou pratiques, sur des sujets déjà traités ou sur des questions afférentes à la clinique, qui pourraient intéresser les auditeurs.

Clinique d'accouchements et de gynécologie. — M. le professeur Pinard commencera ce cours à la clinique Baudelocque, le lundi 12 novembre 1900, à dix heures du matin, et le continuera les vendredis et les lundis suivants, à neuf heures.

Ordre du cours : lundi et vendredi, leçons de clinique obstétricale à l'amphithéâtre, par le professeur; — mercredi, leçons et opérations de gynécologie, par M. Segond, agrégé.

Autres jours : Leçons et opérations de chirurgie infantile, par M. Kirmisson, agrégé; — Anatomie obstétricale pathologique, par M. Varnier, agrégé ; — Leçons de diagnostic obstétrical, par M. Paquy, chef de clinique; — Leçons de diagnostic gynécologique, par M. Baudron, accoucheur des hôpitaux; — Cours pratique et manœuvres obstétricales, par MM. Wallich, agrégé, Potocki, Bouffe de Saint-Blaise et Baudron, accoucheurs des hôpitaux, Funck-Brentano, chef de laboratoire, et Couvelaire, interne des hôpitaux.

Cours de thérapeutique. — M. le professeur Landouzy commencera le cours de thérapeutique le lundi 12 novembre 1900, à trois heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Programme du cours : 1° Principes et pratique des traitements appropriés aux malades aigus : pneumoniques, typhoïdiques, grippés, tuberculeux, pleurétiques. — Médication dépurative et déplétive (saignées).

2° Principes et pratique des traitements appliqués aux malades souffrant de troubles de la nutrition, héréditaires ou acquis : médication hydro-minérale (suite).

3° Principes et pratique des médications dont l'air, les climats, l'eau (hydrothérapie, thalassothérapie), la lumière (héliothérapie, radiothérapie), la chaleur, le froid, le mouvement (massage, mécanothérapie, sismothérapie), l'électricité sont les agents. Physiothérapie.

Cours sur les maladies des voies urinaires. — M. Lavaux commencera son cours sur les maladies des voies urinaires, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris (amphithéâtre Cruveilhier), le mardi 13 novembre, à deux heures, et le conti-

nuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Électricité médicale. — M. L. Regnier, chef du laboratoire d'électrothérapie de la Charité, commencera ses conférences hebdomadaires le jeudi 15 novembre à quatre heures, au laboratoire.

Objet du cours : Sources de l'électricité médicale. Technique générale du maniement des appareils. Électro-diagnostic. Application des courants de haute fréquence, des bains de lumière et du massage vibratoire.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 128. — SAMEDI 10 NOVEMBRE 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 10 NOVEMBRE 1900. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. *A propos d'une récente discussion à la Société de chirurgie :* L'asepsie et les mains du chirurgien, par M. A. RICARD, agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. Traitement des hydarthroses par l'air chaud; — Traitement de la blennorragie par le massage. — VARIÉTÉS. Marie de Médicis et les médecins Vautier et Riolan, par M. le docteur CORLIEU. — THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

A propos d'une récente discussion à la Société de chirurgie.

L'asepsie et les mains du chirurgien.

Lorsque M. Quénu fit sa brève communication à la Société de chirurgie, il ne pouvait espérer que la discussion prendrait une telle ampleur et soulèverait d'aussi vives polémiques. Ce débat, qui s'est ouvert il y a plusieurs mois, vient de se clore seulement dans la dernière séance. Nous allons essayer de mettre en lumière les conséquences pratiques qui s'en dégagent.

Pour un observateur superficiel, rien de saillant ne paraît être sorti de ce chassé-croisé d'opinions un peu contradictoires. Mettre ou ne pas mettre de gants : tel semblait être l'unique point en discussion. En réalité, le débat a été beaucoup plus large et, venu à la suite et comme complément d'une série de communications antérieures, il marque une étape définitivement acquise par la science chirurgicale dans sa marche incessante vers le progrès.

Et d'abord, qu'est-ce donc que cette ASEPSIE, cette nouvelle venue dont on parle tant, comparée à son aînée, l'ANTISEPSIE? Pour beaucoup, celle-là n'est qu'une variante de celle-ci : l'antisepsie étant une méthode générale, dont l'asepsie serait un des nombreux procédés. Cette erreur regrettable est encore trop répandue à l'heure actuelle dans la masse des médecins, qui croient volontiers qu'il ne s'agit que d'un point de doctrine, d'une théorie. Ce sont, pensent-ils, querelles de savants, discussions de laboratoires, qui ne sauraient intéresser la pratique. Or, au contraire, si théoriquement on peut encore soutenir cette thèse contestable que l'asepsie n'est qu'un dérivé de l'antisepsie, il importe de crier hautement qu'au point de vue pratique ce sont deux méthodes absolument distinctes. Quoique visant à concourir au même but, elles emploient des moyens complètement dissemblables.

I

DE L'ANTISEPSIE. — Nous serions ingrats d'oublier les résultats inespérés que nous a procurés l'antisepsie. Appartenant à une génération qui a vu finir la chirurgie ancienne, évoluer la chirurgie antiseptique et naître la chirurgie actuelle, nous sommes bien placé pour apprécier en connaissance de cause ce qui fut, ce qu'a été et ce qu'est aujourd'hui la chirurgie.

L'antisepsie, c'est la foi plus ou moins aveugle dans le pouvoir bactéricide des substances chimiques, qui devaient détruire les microbes partout où ils se trouvaient, sur les mains du chirurgien, sur ses instruments, aussi bien que dans les tissus des opérés. Pendant longtemps l'*acide phénique* fut le roi indiscuté de la chirurgie antiseptique. On crut à sa puissance comme on crut à un article de foi et les premiers pansements d'après Lister revêtaient les allures mystérieuses des pratiques d'un culte interdit aux profanes. Chacun de nous se rappelle les chirurgiens officiant sous le brouillard odorant du spray phéniqué, le « silk protective » de couleur verte, destiné à protéger la plaie contre les atteintes de l'acide phénique, la gaze phéniquée jaune et compacte dont les seize épaisseurs recouvraient largement le champ opératoire; et par-dessus le « makintosh » rose qui devait déborder au loin. Jeune élève bénévole, j'entendais mes savants maîtres d'alors discuter gravement s'il valait mieux mettre le côté caoutchouté et luisant face en l'air ou face au pansement!

Recouvrant le tout, une bande également phéniquée assujettissait ce pansement tricolore : véritable forteresse, trop souvent, hélas ! vulnérable aux microbes. Car, si les résultats se transformèrent, si l'infection purulente diminua et devint exceptionnelle, il n'en est pas moins vrai que les malades étaient en grand nombre plus ou moins frappés de suppuration, d'intensité et de virulence variables.

Étant interne plus tard, il me souvient d'avoir vu, sous le pansement de Lister, scrupuleusement fait par le plus scrupuleux des maîtres, mourir en quarante-huit heures, de septicémie suraiguë, une jeune femme opérée d'un lipome de la région lombaire. Je me rappelle, comme si c'était hier, un de mes malheureux collègues d'internat succombant en quelques jours à la suite d'une malheureuse opération de phimosis, exécutée, est-il utile de le dire, avec les précautions les plus rigoureuses.

Ces insuccès, rares, mais décourageants, ébranlèrent peu à peu la confiance aveugle que les chirurgiens avaient

placée dans l'acide phénique, et pendant ces vingt dernières années, toujours sous l'empire de la même idée dominante, les chirurgiens, aidés du laboratoire, se mirent à la recherche d'un « germicide » infaillible. On crut l'avoir trouvé dans le sublimé, dans le biiodure; c'est à ce moment que surgirent ces multitudes de substances en *ol* et en *ine*, dont on dosait le pouvoir bactéricide, comme on dose la puissance toxique d'un alcaloïde.

On fut longtemps à s'apercevoir que cette substance bactéricide idéale n'existait pas et que les liquides dont le pouvoir antiseptique était reconnu, agissaient non seulement sur les germes pathogènes mais avaient une influence néfaste sur la vitalité des tissus, ou même agissaient comme de véritables toxiques sur l'organisme entier. Les solutions antiseptiques atténuaient certainement la virulence et la toxicité des microbes, mais ils diminuaient le pouvoir phagocytaire des tissus opérés en lésant et mortifiant leurs éléments, en sorte que l'effet produit était souvent plus nuisible qu'utile.

On reconnut, d'autre part, que la puissance des antiseptiques était nulle ou presque nulle en face de lésions infectieuses bien caractérisées. Quelle que soit, en effet, la nature de l'antiseptique employé, nous ne saurions avoir la prétention d'enrayer l'évolution d'une lésion infectieuse. A-t-on trouvé l'antiseptique qui jugule l'érysipèle, tarit une suppuration ou sèche un foyer d'ostéomyélite?

Il fallut se rendre à l'évidence, et reconnaître que les substances antiseptiques n'ont que peu de valeur au point de vue réellement antiseptique. C'est dire, en d'autres termes, qu'ils sont sans action contre les infections, que, par définition, ils devraient détruire.

Aussi, vaut-il mieux ne pas créer d'infection pour ne pas avoir à la combattre. L'asepsie est née de cette constatation; elle vise à écarter des champs opératoires tout germe pathogène. Son rôle est absolument préventif, et il est tout-puissant. Grâce à elle, toute opération effectuée dans des tissus sains doit nécessairement et constamment évoluer *aseptiquement*, c'est-à-dire sans réaction fébrile, sans incident inflammatoire, sans rougeur ni irritation même minime des téguments; à plus forte raison, sans suppuration d'aucune sorte. Rien ne vient troubler l'évolution du processus réparateur.

Depuis que l'asepsie s'est substituée à l'antisepsie, les résultats chirurgicaux se sont transformés. Les opérations, restées graves, ont vu leur mortalité s'abaisser et devenir presque nulle. La grande chirurgie abdominale n'est même possible que grâce à l'asepsie et à la technique particulière qu'elle a commandée. Sans elle, la chirurgie du foie, de l'estomac et de l'intestin n'eût pas été possible.

Aussi bien, il est inutile d'insister sur la valeur de l'asepsie. Le jour est proche où tous les chirurgiens n'accepteront plus d'autre méthode.

II

Pour éviter d'apporter des microbes pathogènes sur le champ opératoire, il faut stériliser : 1° les instruments et objets de pansement; 2° les mains du chirurgien et des aides; 3° les téguments de l'opéré.

Pour le premier point, il y a déjà longtemps que la technique est établie, et il n'y a pas de *manuel d'asepsie et d'antisepsie* qui ne donne à cet égard tous les renseignements désirables. La stérilisation des instruments, des fils à ligature, des compresses, du coton, est aujourd'hui chose trop connue pour qu'on puisse trouver matière à discussion. La manœuvre des étuves sèches, des autoclaves est aujourd'hui classique.

2° La stérilisation des mains du chirurgien est malheureusement chose plus délicate, et c'est ce point spécial qui a servi de base à la discussion de la Société de chirurgie.

Cette stérilisation est-elle possible? A cette question, les faits répondent par l'affirmative. Oui, cette stérilisation est possible, mais elle est possible dans certaines conditions, et ce sont ces conditions qu'il importe de déterminer.

Pour démontrer que la stérilisation des mains était possible, M. Bazy s'est souillé les mains par des contacts septiques, puis il s'est lavé suivant sa méthode habituelle, et, ceci fait, a promené ses doigts dans le péritoine de quatre lapins. Ces lapins ont vécu, alors que les quatre lapins, laparotomisés avant le lavage des mains, sont morts.

MM. Delbet et Walther ont eu recours, non pas à l'expérimentation sur les animaux, mais à des preuves bactériologiques. Leurs mains lavées comme pour une opération, ils ont fait prélever, par des bactériologistes compétents, des parcelles de leur épiderme dans les plis interdigitaux, dans la sertissure des ongles, partout où il semblait que la brosse pût avoir une action plus incertaine. Les inoculations ont toutes été négatives. Je ne veux point entrer ici dans le détail de ces très intéressantes recherches, elles sont consignées tout au long dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*.

Il est donc indiscutable qu'après des contacts infectieux, le lavage méthodique et minutieux des mains peut donner une asepsie suffisante. Mais, cette asepsie sera-t-elle *toujours* et *constamment* obtenue? Aucune expérimentation ne peut répondre à cette question, à moins d'avoir été faite en quantité innombrable.

L'image de M. Quénu est en tout cas assez saisissante, quand il dit : « Une zone est de temps en temps parcourue par des projectiles. Dix, vingt, cinquante hommes la traversent sans être atteints, en concluez-vous que cette traversée est inoffensive? Le cinquante et unième ou le centième est frappé et votre affirmation est réduite à néant. »

Aussi, si l'expérimentation, forcément restreinte, ne peut donner la solution de la question, il semble plus naturel de la chercher dans des preuves cliniques. Malheureusement, ici non plus la preuve ne peut être faite rigoureusement et scientifiquement. Les statistiques ne sont pas comparables entre elles et ces comparaisons de pourcentage de la mortalité n'auraient de valeur que s'ils s'appliquaient à des cas identiques.

Després prétendait, autrefois, avoir la meilleure statistique de tous les hôpitaux de Paris et ses dires étaient appuyés par le relevé officiel de l'administration. C'est que Després n'opérait que peu ou pas, qu'en fait de chirurgie abdominale il s'était rapidement tenu sur une prudente abstention. Même en restreignant la statistique sur une même affection, il est difficile de comparer la pratique d'un chirurgien à celle de son collègue. L'un opère tous les fibromes, dès qu'ils sont diagnostiqués, fussent-ils gros comme un œuf; l'autre réserve son intervention aux fibromes hémorragiques, compressifs et volumineux. Évidemment, la statistique de l'un ne peut ressembler à la statistique de l'autre.

Ce qui découle néanmoins des communications des statistiques intégrales de nos collègues, qu'ils aient la main nue ou gantée, c'est que leurs résultats sont à peu près com-

parables. [Partisan de l'asepsie absolue, depuis plusieurs années déjà, j'ai acquis cette conviction que le lavage des mains était pratiquement suffisant. En vue de cet article, j'ai prié un de mes élèves, de faire le relevé des opérations abdominales faites dans mon service, depuis le mois de mars, jour de l'entrée de mes élèves, jusqu'à ce jour, déduction faite de trois mois (juillet, août, septembre) pendant lesquels le service a été fermé pour être transformé.

Je relève 47 laparotomies, toutes sans un seul décès, et cependant toutes les opérations les plus graves ont été faites : fibromes volumineux et compliqués, salpingites suppurées, grossesses extra-utérines, cancers utérins, etc. Or, mes mains ne sont jamais gantées pour mes opérations abdominales. J'ai donc le droit de penser que le lavage des mains est suffisant pour obtenir l'asepsie et de conclure qu'il n'est pas nécessaire de recourir à des gants pour pratiquer les opérations aseptiques. Cette première conclusion me paraît indiscutablement acquise par les faits et quand un chirurgien peut aligner plusieurs centaines de cures radicales de hernies, sans avoir à enregistrer de suppuration, on est en droit de dire qu'il a su se laver et se stériliser les mains.

Mais sans être de l'avis de M. Quénu sur cette nécessité pour le chirurgien d'être ganté, il ne s'ensuit pas pour cela que je trouve oiseux et inutile le débat qu'il a soulevé.

La discussion ouverte par M. Quénu a, au contraire, mis en relief une série de points nouveaux, de considérations peu connues d'une importance capitale pour la bonne pratique de l'asepsie. L'asepsie des mains des chirurgiens est en effet d'autant plus certainement obtenue, que celui-ci s'astreint à de certaines règles fixes, obéit à certains préceptes que l'expérience a fait reconnaître comme utiles sinon comme indispensables.

La *manière de se laver les mains* est, on le conçoit, un des points importants à préciser. C'est, comme on le prévoit, chose simple, facile, et à la portée de tout le monde. Toutefois, tout en admettant certaines variantes personnelles, le lavage des mains doit être fait dans des conditions bien déterminées, auxquelles il importe de se soumettre.

Le lavage doit se faire à l'aide d'objets et de substances préalablement stérilisés, il doit être de longue durée, à l'aide d'eau stérilisée chaude, avec une solution concentrée de savon. Le chirurgien doit se servir d'une brosse dure et terminer par un lavage spécial à l'alcool ou au permanganate de potasse.

Reprenons par le détail ces différents temps.

Le lavage doit se faire à l'aide d'objets et de substances préalament stérilisés. — Cette règle, qui paraît banale, est cependant celle qui est le plus fréquemment enfreinte.

Ne voyons-nous pas encore dans maints services de chirurgie les brosses à ongles macérer dans un liquide de couleur plus ou moins louche et qui fut une solution de sublimé? Ces [brosses servent, reservent et sont chaque fois consciencieusement remises dans le fameux liquide. Or, les brosses à ongles deviennent, si elles ne sont pas stérilisées chaque fois, un véritable réceptacle de tous les microbes connus et inconnus. Il est donc indispensable d'avoir, dans des plateaux stérilisés, des brosses spécialement stérilisées pour chaque opération.

Les cure-ongles doivent aussi, à l'égal d'un instrument de chirurgie, subir cette stérilisation et non pas, comme cela se voit encore, pendre mélancoliquement le long du lavabo, attachés au mur par une ficelle crasseuse.

Le savon doit lui-même être stérilisé, et il faut éviter, ce que, hélas! on ne fait pas toujours, qu'un savon qui vient de laver quelque région malpropre serve, le lendemain, pour préparer les téguments d'une région qu'on va opérer. Or cette asepsie du savon est chose facile; ou bien on peut se servir de solutions savonneuses stérilisées dont la formule est dans tous les manuels; ou, ce qui est très simple, faire préparer un savon composé de savon blanc de Marseille et de glycérine mélangés et portés à l'ébullition, qui a lieu, je crois, au-dessus de 120 degrés. En refroidissant, ce mélange prend la consistance ordinaire du savon, il est onctueux, doux et aseptique. On le découpe en petits cubes, de façon à éviter qu'ils servent pour une série d'opérations.

Il est inutile de dire que les récipients où se fait le lavage doivent être préalablement et sérieusement flambés.

Quant à l'eau du lavage, elle doit être *stérilisée* et *chaude*.

Dans la pratique ordinaire, l'eau bouillie suffit; dans un grand service hospitalier, où des bacilles et des spores résistant à 100 degrés peuvent se rencontrer, il est plus sage d'avoir de l'eau stérilisée en la soumettant à une température de 125 degrés pendant un quart d'heure. Peu d'appareils donnent actuellement cette stérilisation désirable. Mais, je le répète, dans la pratique ordinaire l'eau bouillie suffit. Cette eau, au moment du lavage, doit être *chaude*. Elle pénètre ainsi plus facilement les couches superficielles de l'épiderme, facilite l'évacuation et l'excrétion des sécrétions glandulaires; elle facilite également la saponification des graisses qui lubréfient les téguments. Le nettoyage des ongles est aussi plus parfait.

La main ne doit pas être nettoyée à grande eau, mais dans une solution très concentrée de savon. Les uns se brossent les mains et enlèvent le résultat du brossage sous un jet d'eau courante, les autres préfèrent une série de lavages dans très peu d'eau. Le procédé importe peu, pourvu que le brossage dure dix minutes à un quart d'heure et que la mousse résultant du brossage soit enlevée et lavée trois ou quatre fois pendant ce laps de temps.

Lorsque la main a été ainsi brossée, à l'aide de cette brosse large et dure en usage aujourd'hui courant dans nos hôpitaux, elle est prête pour être « décapée » par le brossage dans l'alcool absolu. Ce brossage complète le nettoyage des téguments; il est excellent par lui-même et contribue, pour une large part, à l'asepsie des téguments. Mais il a aussi cet immense avantage, c'est qu'il sèche la main et que celle-ci, plongée dans de l'eau bouillie, se mouille uniformément et complètement; l'eau ne se met pas en gouttelettes séparées par parcelles de téguments gras et non mouillés. On a ainsi la preuve que le nettoyage est parfait.

Cette preuve, je la demandais autrefois au permanganate de potasse, dont la solution devait imprégner uniformément les téguments en cas de lavage complet. Depuis plusieurs mois, je me suis contenté du lavage à l'alcool; j'évite ainsi les émanations sulfureuses de la solution de bisulfite, complémentaire de la solution de permanganate; de plus, le lavage à l'alcool rend les téguments plus secs, moins glissants, ce qui est, dans bien des circonstances, un précieux avantage.

Le nettoyage des ongles doit être fait au milieu de la séance de lavage, quand on juge que l'épiderme a déjà été suffisamment ramolli.

Ce sont là détails de bien piètre importance en apparence, mais qu'une bonne asepsie ne saurait dédaigner. J'ai conservé pour la commodité du langage l'expression « la-

vage des mains ». Je rougis d'avoir à dire que non seulement les mains, mais les avant-bras du chirurgien doivent être lavés de cette manière jusqu'au coude. Le bras doit être lui-même découvert dans ses deux tiers inférieurs. Cette réflexion m'eût apparu comme inutile si, dans une École de médecine, je n'avais vu un professeur de clinique chirurgicale, encore jeune, pratiquer une laparotomie avec les manches de sa blouse boutonnées au poignet et souillées de sang à la fin de l'opération. Le souvenir de cet exemple récent sera mon excuse d'être entré dans de si petits détails.

Quand la main a subi cette série d'opérations, elle peut *pratiquement* être considérée comme aseptique. Si les recherches de laboratoire ont, à cet égard, formulé des réponses contradictoires, la clinique a suffisamment répondu par l'affirmative.

Mais ce n'est pas tout que de bien se laver, il faut : 1° faciliter le lavage par des précautions préalables; et 2° maintenir l'asepsie au cours de l'opération.

Malgré notre conviction absolue qu'un lavage bien fait suffit pour nous asepsier, malgré l'expérience clinique nous le démontrant chaque jour, il n'en est pas moins exact que M. Quénu est dans le vrai quand il nous dit que la démonstration de la constance de cette asepsie ne peut pas être démontrée. Nous avons tous l'intuition que cette asepsie peut être imparfaite, à un moment donné, et la preuve en est fournie par ce fait que tous les chirurgiens règlent avec soin l'ordre et la succession des cas pour lesquels ils vont intervenir dans une même séance opératoire. Et quelle que soit la confiance qu'on peut avoir dans la constance de la désinfection obtenue par le lavage, il n'est pas un chirurgien qui commencerait sa séance opératoire par ouvrir un phlegmon diffus ou une gangrène septique pour continuer par une laparotomie.

A l'heure actuelle, aucun chirurgien ne se rendrait coupable de cette criminelle tentative. Ce qui prouve bien, encore une fois, que tout en comptant sur l'asepsie que lui donne ce lavage méthodique, il n'en est pas suffisamment certain pour se départir de toute autre précaution.

C'est de ces précautions qu'il nous reste encore à parler.

Tout d'abord, nous venons de voir qu'il faut éloigner le plus possible tout contact septique du moment où le chirurgien va pratiquer une intervention aseptique. Ce précepte est élémentaire. Tout chirurgien y obéit instinctivement, et ce n'est que forcé par les nécessités de la pratique qu'il enfreint cette prescription. On a voulu établir comme une règle fixe que « tout chirurgien qui a eu un contact septique doit s'abstenir de toute opération pendant quarante-huit heures ». Je ne saurais souscrire à cette exigence rendant impossible la vie chirurgicale pour le vrai chirurgien de profession, car il est démontré que cette sévérité est inutile et excessive.

Je ne veux point aujourd'hui entrer dans la question si intéressante de la séparation des services en services des septiques et des aseptiques. Mais je démontrerai, avec preuves à l'appui, que cette séparation est absolument inutile pour un chirurgien qui, lui, sait rester aseptique. Je fournirai la statistique du pavillon où je pratique indifféremment toute opération ; et, si je n'étais pas indiscret, je trouverais également des plus encourageants les chiffres que M. Terrier nous a fournis incidemment au cours de discussions et qui proviennent de son service de la Pitié, où sa salle d'opérations est, si je ne me trompe, commune à tous les opérés.

Cette digression sert à démontrer que, tout en recommandant certaines précautions, il faut éviter de dépasser la mesure, car je maintiens que le chirurgien peut rester aseptique et opérer chaque jour s'il sait se conformer à la conduite suivante :

Tout d'abord, en évitant de s'infecter, il facilitera la désinfection. Cette vérité, digne de la Palisse, a cependant besoin d'être développée.

Le chirurgien d'aujourd'hui ne saurait ressembler au chirurgien d'autrefois : sans se spécialiser, ce qui serait impossible, dans le traitement des affections aseptiques, il doit éviter le contact des lésions infectieuses, il doit avoir l'horreur instinctive du pus et des sécrétions septiques, il doit fuir leur contact, s'en éloigner et non s'y complaire comme le chirurgien d'autrefois, s'inquiétant de l'odeur, de l'aspect, de la consistance du pus ! Ainsi que le fait justement remarquer M. Terrier, rien n'est facile au chirurgien comme d'opérer des lésions infectieuses sans se contaminer. On peut ouvrir un empyème sans se souiller d'une goutte de pus, trépaner un foyer d'ostéomyélite, ouvrir une articulation suppurée sans être soi-même souillé, il suffit de se servir de ses instruments, sans mettre le doigt en vue d'explorations inutiles.

Quand le chirurgien ou l'élève doit renouveler un pansement douteux, qui l'empêche de l'enlever avec des pinces au lieu d'y mettre les doigts? De même, n'est-il pas plus propre, et plus tranquillisant pour l'asepsie ultérieure des doigts, de ne pratiquer le toucher rectal, par exemple, qu'en revêtant son index d'une baudruche protectrice? Par une série de petites mais constantes précautions, le chirurgien évite le contact du pus. C'est là un objectif constant qu'il ne doit pas perdre de vue.

Il est des cas, cependant, où la contamination ne saurait être évitée, malgré toutes les précautions prises. Lorsque le chirurgien peut prévoir ces cas, c'est alors qu'il peut recourir aux gants pour protéger ses mains. Je ne mets à cette recommandation qu'une restriction, c'est que le chirurgien puisse pouvoir mener à bien son opération avec sa main gantée. Sinon, si sa main coiffée du gant devient trop inhabile, il n'y a pas d'hésitation, le chirurgien doit passer outre et pratiquer son opération non ganté.

Lorsque la contamination n'a pu être évitée, le chirurgien doit la rendre aussi fugitive que possible ; se laver, dès qu'il le peut, devient un devoir impérieux, et par là, nous entendons qu'un chirurgien qui vient de s'infecter sérieusement, doit se laver immédiatement et de suite les mains, comme s'il allait pratiquer une opération. Un lavage insuffisant ou retardé permet une infection plus profonde, plus pénétrante, qui peut s'intensifier et en pénétrant, dans les culs-de-sac glandulaires, rendre ultérieurement la désinfection plus aléatoire et plus difficile.

Grâce à toutes ces précautions, on peut dire que l'asepsie des mains du chirurgien devient chose facile.

2° Cette asepsie obtenue, il convient de la conserver pendant toute la durée de l'acte opératoire. Or, l'expérience a démontré qu'assez rapidement la surface des mains redevenait septique ; soit que les germes de l'air ambiant (qui suffisent pour faire cultiver des plaques de Pietri simplement ouvertes dans la salle d'opération) s'accumulent à la surface des téguments, soit qu'à la longue, l'excrétion des culs-de-sac des glandes cutanées continuant, amène à la surface des microbes que le lavage n'a pu atteindre. Quoi qu'il en soit, l'expérience bactériologique a démontré que

des mains pures au début, immédiatement après le lavage, devenaient à la longue de plus en plus septiques.

Pour éviter cette septicité renaissante il est indiqué de laver fréquemment ses mains au cours de l'opération. Aussi, le chirurgien doit avoir à sa portée une cuvette remplie soit d'eau stérilisée, soit d'alcool. Ou bien, comme le préfère M. Terrier, il s'essuiera les mains, avec soin et souvent, avec des compresses stérilisées.

De plus, ceci est trop élémentaire pour que j'y insiste, le chirurgien évitera tout contact suspect, non seulement avec les objets non stérilisés qui l'environnent, mais avec les tissus suspects de son opéré : muqueuses intestinale, vaginale, utérine, etc. Si, au cours d'une intervention, ces contacts deviennent nécessaires, ils doivent être suivis immédiatement d'un brossage à l'alcool.

Enfin, les observations confirment les données fournies par le laboratoire, le succès favorisera toujours davantage l'opérateur rapide et habile, qui ne se perd pas en longueurs inutiles, et qui, ne s'attardant pas à de vaines minuties, ne prolonge pas outre mesure son acte opératoire.

La technique du lavage des mains s'applique évidemment à la désinfection des téguments de l'opéré. Cette région devra, dès la veille, être savonnée et recouverte d'un pansement humide stérilisé, ce qui, en ramollissant l'épiderme sans l'irriter, comme peuvent le faire les pansements antiseptiques, favorise l'action du brossage. Ce brossage doit se faire sous le chloroforme, largement et à distance ; il est suivi de frictions, à l'aide de compresses sous un jet d'éther ou d'alcool. Lorsque le champ opératoire a été ainsi convenablement préparé, il ne donne lieu à aucune infection.

Tels sont les enseignements pratiques qui sont sortis de cette longue discussion à la Société de chirurgie.

Les développements dans lesquels nous sommes entrés font voir que nous n'acceptons pas l'usage courant des gants imperméables pour la pratique usuelle des opérations. Ce n'est pas à dire que nous les rejetions complètement, comme une inutile superfétation ; il nous reste à préciser le rôle que nous leur concédons.

Les gants ont leurs avantages et leurs inconvénients.

Ils doivent être imperméables ; les gants de fil, préconisés par M. Tuffier, ont été unanimement rejetés. Ces gants, en caoutchouc, peuvent être minces ou épais, à la convenance des opérateurs ; les premiers rendent le toucher moins obtus que les seconds, mais ils sont plus coûteux et plus faciles à déchirer, ce qui est un gros inconvénient. Ces gants peuvent s'asepsier aisément, soit à l'autoclave, soit par l'ébullition. Il est hors de doute qu'ils isolent complètement les téguments du chirurgien de la région opératoire, et qu'ils donnent, de ce côté, une certitude complète d'asepsie.

Mais, en regard de cet avantage, ils ont le très grand inconvénient de priver le chirurgien de la délicatesse, si nécessaire cependant, de son toucher. Ils le gênent dans l'appréciation de certaines lésions, dans la préhension de certains tissus minces ; ils rendent presque impossible le maniement des aiguilles fines à suture. Enfin, ils peuvent se perforer, se fissurer au cours de l'opération, et alors si la main enfermée dans le gant est septique, le danger est augmenté par cette fausse sécurité que donnait au chirurgien sa confiance dans l'imperméabilité de son gant.

M. Quénu, partisan du gant pour toutes les opérations, n'admet guère ces inconvénients ; mais nos collègues qui l'ont expérimenté pendant longtemps, ne sont pas de son avis ; ils pensent, comme moi, que les inconvénients des gants suffisent pour les rejeter de la pratique courante. Avec la plupart de mes collègues, je trouve au gant deux indications principales :

1° Lorsqu'il s'agit d'une intervention septique, où le contact de liquides ou de tissus infectés est inévitable. Mais, il faut toutefois que la nature de l'intervention le permette. S'il s'agit d'une intervention de résection de l'estomac, par exemple, dans laquelle il est difficile d'isoler le contact des doigts avec la muqueuse gastrique plus ou moins infectée, je considère comme impossible l'usage des gants. De même, s'il s'agit de la recherche d'un appendice enfoui autour du cæcum dans des fausses membranes adhérentes et cachant souvent un reliquat septique, je pense que le chirurgien a, là encore, l'obligation de jouir de toute la finesse de son toucher. Il en est de même pour la décortication de pyosalpinx adhérents, où le doigt doit chercher et reconnaître le plan de clivage. Ces exemples suffisent pour nous démontrer que l'usage des gants doit être réservé aux opérations septiques, n'exigeant pas une finesse spéciale du toucher.

Dans cette catégorie, l'on peut ranger toutes les ouvertures de phlegmons, d'abcès, les ostéomyélites, les péritonites purulentes, certaines arthrotomies, les opérations pour fistules anales, etc.

2° Lorsque, après un contact manifestement très septique, le chirurgien se trouve dans la nécessité de pratiquer immédiatement une opération aseptique. Encore faut-il que cette opération ne soit pas trop minutieuse. Mais ce sont là cas d'urgence, où le chirurgien subit une nécessité, qu'il ne choisit pas. En règle générale, le chirurgien qui vient de s'infecter doit, lorsqu'il le peut, remettre à plus tard toute opération aseptique.

Enfin, pour traduire plus exactement notre pensée, le gant doit servir à protéger le chirurgien contre les attouchements septiques, ce n'est qu'exceptionnellement, et dans des cas bien déterminés, qu'il sera utilisé pour protéger le malade contre le chirurgien.

A. RICARD,
Professeur agrégé, chirurgien
de l'hôpital Saint-Louis.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(7 NOVEMBRE 1900)

Un rapport de M. Walther sur une observation de M. Morestin, relative à un cas de **plaies pénétrantes du crâne par arme à feu**, a été le point de départ d'une nouvelle discussion sur ce sujet, qui a déjà été bien longuement et bien souvent traité à la Société de chirurgie. Voici en deux mots l'observation de M. Morestin : un homme reçoit trois balles de petit calibre dans la tête ; M. Morestin en nettoyant, en agrandissant ou réunissant au besoin les trajets des trois projectiles, a été assez heureux pour trouver ceux-ci et les extraire tous les trois sans être obligé de faire de sérieux délabrements dans la substance cérébrale. Le blessé a été promptement guéri. M. Walther félicite M. Morestin d'avoir agi comme il l'a fait et il pense que tous ses collègues de la Société de chirurgie approuveront, comme lui, cette conduite, qu'ils auraient tous également suivie. Jusque-là, rien de mieux et tout le monde est d'accord ; mais MM. Monod et Reynier ayant rapproché du fait de M. Morestin des cas dans lesquels il y eut des difficultés, et dans lesquels on n'osa pas intervenir, ce qui n'empêcha pas les malades ou

certains de ces malades de guérir, une discussion assez vive s'est rouverte sur la question de savoir quelle est la meilleure conduite à tenir en présence d'une plaie pénétrante du crâne par arme à feu.

Le premier devoir du chirurgien appelé immédiatement auprès d'un de ces blessés est d'ouvrir antiseptiquement et de désinfecter avec le plus grand soin le trajet du projectile. Telle est l'opinion de MM. Reclus et Schwartz. Quant à aller à la recherche de la balle, cela peut être dangereux, disent-ils; le plus souvent ces balles s'enkystent, dit M. Reclus, et les blessés n'en souffrent pas autrement. Toutefois, il peut y avoir des accidents éloignés. Mais d'une façon générale, il est plus sage et plus prudent de s'en tenir au nettoyage aseptique de la plaie et de ne pas aller plus loin, à moins que la balle ne soit très rapprochée de la perforation cranienne, qu'on ne la voie et qu'on ne puisse la saisir facilement. Telle est l'opinion de M. Reclus.

C'est aussi celle de M. Schwartz qui s'applique tout d'abord à faire une bonne asepsie du trajet, qui attend ensuite les événements, se renseigne par la radiographie et agit secondairement, s'il y a lieu, et suivant les circonstances.

M. Quénu rappelle la discussion qui a eu lieu, sur ce sujet, en 1894; il rappelle que l'opinion courante était alors qu'il fallait, comme pour l'abdomen, attendre les accidents pour intervenir et qu'on intervenait alors dans de mauvaises conditions. Il cite un cas où il agit de cette façon; il y eut des accidents et le malade succomba. M. Quénu croit qu'il aurait sauvé ce malade s'il était intervenu immédiatement après l'accident. Une balle n'est qu'un morceau de plomb dans l'économie, dit-on; c'est vrai, mais cette balle s'infecte dans son trajet et peut conséquemment devenir elle-même le point de départ d'une infection plus ou moins grave. Aussi M. Quénu est-il d'avis d'intervenir tout de suite après l'accident : il débride donc, agrandit le trajet en le nettoyant, agrandit l'ouverture cranienne elle-même en trépanant, débride même la dure-mère, s'assure s'il peut arriver jusqu'au corps étranger pour l'extraire, sinon, il peut tout au moins assurer un bon drainage. La radiographie ne modifie pas sa façon d'agir. Si la balle est trop loin, il attend alors, après avoir toujours fait le nettoyage de la plaie. Ces conclusions, M. Reclus les posait déjà en 1894 et il ne fait que les maintenir aujourd'hui.

Cependant, depuis cette époque, ainsi que le fait justement observer M. Delorme, nous avons fait du chemin. Nous avons aujourd'hui la radiographie qui, dans bien des cas, peut amener les chirurgiens à suivre une conduite toute différente de celle qu'ils suivirent en 1894. M. Delorme commence donc par se renseigner le plus exactement possible, non seulement par l'étude des symptômes, mais aussi par la radiographie; puis, une fois bien renseigné sur le siège du projectile, il serait aujourd'hui bien plus partisan d'aller à sa recherche qu'il ne l'était il y a six ou sept ans, à condition, toutefois, qu'il ne soit pas nécessaire de faire trop de dégâts dans la substance cérébrale, à condition que le projectile soit assez rapproché de la paroi cranienne, se trouvant du côté de la plaie d'entrée ou de la paroi opposée. Il est d'avis qu'il faut largement agrandir le trajet, faire une trépanation large, débrider largement la dure-mère afin que l'instrument préhenseur puisse facilement saisir le corps étranger.

M. Lucas-Championnière, malgré la grande expérience qu'il a des ouvertures craniennes, ou peut-être même à cause de cette expérience, estime qu'il ne faut pas risquer de s'égarer dans la substance cérébrale et qu'il ne faut y pénétrer que muni d'un guide très sûr. Nettoyez bien votre plaie, faites de prudentes recherches seulement dans le voisinage de la porte d'entrée intracranienne et n'allez pas au delà si vous n'avez pas un guide très sûr, et, pour M. Lucas-Championnière, la radiographie elle-même ne constitue pas encore ce guide sûr.

M. Tuffier conseille également de s'en tenir d'abord au nettoyage de la plaie et d'assurer un bon drainage, quitte à intervenir d'une façon plus complète ultérieurement, quand on aura pu se renseigner à l'aide de la radiographie.

M. Guinard résume assez bien la question en disant que la balle n'est rien et que le trajet est tout. Il cite ce fait : Un homme reçoit une balle de revolver dans la tempe droite; aucun symptôme cérébral, mais il constate un épanchement sanguin dans la paupière inférieure de l'œil du côté opposé; il existe également une douleur très nette dans un point de la fosse temporale de ce même côté gauche. M. Guinard trépane des deux côtés; il fait un nettoyage soigné du côté droit; il trépane à gauche et trouve la balle enchâssée dans la portion d'os enlevée par cette trépanation. Il y eut de la suppuration des deux côtés, mais le blessé n'en guérit pas moins bien.

M. Gérard-Marchant a la satisfaction de constater que tous ses collègues acceptent aujourd'hui les conclusions qu'il a formulées en 1894 sur ce sujet, et que beaucoup d'entre eux combattaient alors.

Comme lecture, signalons la **statistique des opérations**, pratiquées à l'hôpital d'Elbeuf par M. Buffet, travail renvoyé à l'examen de M. Walther.

Comme présentations : c'est d'abord un **appendice** enlevé et présenté par M. Guinard, et dans lequel se trouvait un ver, un **tricocéphale** mâle. Quelle relation peut-il y avoir entre la présence de ce ver et l'appendicite? M. Guinard se le demande, sans résoudre la question.

C'est ensuite un malade présenté par M. Potherat et qui, en sautant par une fenêtre, s'était fait une **fracture du calcanéum**, que M. Potherat a suturé par deux fils d'argent; c'est enfin un malade et une pièce présentés par M. Ricard : le malade avait une **luxation ancienne de l'épaule**, qui entraînait une impotence fonctionnelle complète; M. Ricard a fait l'arthrotomie et même, dans une certaine mesure, l'arthrectomie, puisqu'il a enlevé la capsule. Le résultat obtenu est très bon. Il faut d'autant plus en féliciter M. Ricard, qu'au cours de l'opération l'artère axillaire a été sectionnée longitudinalement; elle a été immédiatement suturée au catgut. Ce fait intéressant montre que les sutures latérales des vaisseaux tiennent bien et permettent de conserver l'intégrité du canal artériel.

Quant à la pièce présentée par M. Ricard, il s'agit d'une **grossesse extra-utérine**, opérée avec succès. Nous reviendrons ultérieurement sur cette observation.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(8 novembre 1900)

M. Touché rapporte une observation intéressante concernant les **illusions des amputés**. Son malade a subi une amputation du bras et il éprouve dans son bras fantôme des douleurs lancinantes à territoire radiculaire dont la topographie varie suivant qu'on lui comprime telle ou telle apo-

physe épineuse cervicale ou dorsale. Mais des stigmates hystériques permettent de supposer que la grande névrose est la véritable cause d'une systématisation aussi précise. M. Touché montre les coupes de deux moelles comprimées par des tumeurs rachidiennes, des psammomes, ayant déterminé des paraplégies flasques sans troubles de la sensibilité, bien que la moelle, traitée par la méthode de Weigert, montre une grosse démyélinisation au niveau de la région comprimée.

M. Marie a observé deux cas de **scoliose tardive** chez des malades atteints dans le jeune âge d'une paralysie infantile. Ces scolioses ne s'accompagnent pas de troubles permettant de soupçonner la syringomyélie; chez l'un des malades, elle coïncide avec une reprise de l'atrophie musculaire, reprise depuis longtemps signalée par MM. Raymond et Ballet, Bernheim, mais, cependant il ne paraît pas vraisemblable que cette scoliose soit sous la dépendance de ces nouveaux troubles atrophiques qui font en effet défaut chez le deuxième malade.

M. Souques présente une jeune malade atteinte d'une **paralysie du grand dentelé droit**. Les déformations présentées par cette malade ont été déjà étudiées par M. Souques dans son intéressant mémoire de l'*Iconographie de la Salpêtrière* (1). Dans le cas actuel, la paralysie du grand dentelé est associée à la paralysie de la portion inférieure du trapèze; elle a succédé nettement à un violent effort musculaire, la malade ayant prévenu une chute dans un escalier en se retenant à la rampe.

M. Pécharmant a noté, dans un cas d'**arthropathie tabétique**, l'heureuse influence de l'aspirine qui a très rapidement fait disparaître l'hydarthrose.

Trois communications ont concerné le **signe des orteils de Babinski**. M. Delteil (de Montpellier) l'a étudié dans la paralysie générale et a pu le constater dans la paralysie générale d'origine syphilitique. M. Crouzon a étudié 37 épileptiques au moment de la crise épileptique; ces épileptiques n'étaient pas atteints de troubles moteurs permanents. A l'état normal, en dehors des crises, ils présentaient soit l'immobilité, soit la flexion du gros orteil. Or, chez 21 de ces épileptiques, il a pu constater l'extension du gros orteil immédiatement après la crise. Des faits semblables avaient été déjà signalés par MM. Babinski, Cestan et Le Sourd, puis dans la thèse récente de M. Faruel à Nancy. Dans certains cas, le signe de Babinski pourrait permettre de différencier la crise d'épilepsie de la crise d'hystérie, problème souvent délicat.

M. Léopold-Lévi a trouvé le signe de Babinski dans 10 cas de fièvre typhoïde sur 20 cas observés. Le signe a apparu aux différentes périodes de la maladie et a persisté un temps variable; certains malades ont quitté l'hôpital le présentant encore. Deux fois les phénomènes nerveux ont réalisé le tableau d'une myélite aiguë bénigne; les troubles délirants étaient fréquents. Mais, dans aucun des cas, il n'y a eu signe de Kernig et phénomènes méningés. La trépidation épileptoïde a coexisté dans 5 cas avec le signe de Babinski, mais elle a existé aussi 4 fois sans signe de Babinski. Tous ces signes indiquent que la fièvre typhoïde a atteint légèrement la moelle. Il serait intéressant de revoir longtemps après ces malades, étant donné surtout l'hypothèse émise par M. Marie de l'origine infectieuse de la sclérose en plaques.

(1) Voir aassi : A. Souques. Symptômes et pathogénie de la paralysie isolée du muscle grand dentelé, Rev. gén., *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 313.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des hydarthroses par l'air chaud.

Tandis qu'autrefois la chaleur humide était très souvent employée dans le traitement des arthrites chroniques, M. R. Klapp (1) lui préfère de beaucoup la chaleur sèche sous forme d'air chaud. Ce n'est pas seulement l'agent chaleur auquel il attribue les heureux effets obtenus; c'est aussi et surtout l'hyperhémie ainsi provoquée qui agit. Peu importe d'ailleurs qu'il y ait ou non sudation.

L'appareil qui sert à faire une application locale d'air chaud peut être très varié de forme; le plus simple est peut-être le meilleur. Le mieux est de soumettre quotidiennement l'articulation malade à une chaleur sèche de 120 à 150 degrés pendant une heure ou deux. Il ne faut pas exagérer la durée de l'application, car il en résulterait un œdème long à disparaître.

Quand la méthode est bien appliquée, on voit dès les premiers jours le liquide se résorber avec une rapidité surprenante et le pourtour de l'articulation diminuer d'un centimètre par jour. Mais bien souvent cette amélioration ne se poursuit pas ensuite avec la même rapidité. Cet arrêt, lorsqu'il est bien réel, serait dû, d'après M. Klapp, à l'encombrement des vaisseaux lymphatiques. Il faut alors laisser le malade se reposer du traitement pour permettre aux lymphatiques de se dégorger, ce que l'on peut faciliter en plaçant le membre malade dans une situation élevée. M. Klapp, par ces deux moyens : air chaud et élévation du membre, a obtenu la résorption de toutes les hydarthroses du genou qu'il a eu à traiter.

Le traitement par l'air chaud a, sur le traitement par la compression, l'avantage de ne pas nécessiter l'immobilisation de l'article et de permettre des mouvements qui sont d'ailleurs favorables à la résorption.

La même méthode s'applique avec avantage aux œdèmes consécutifs aux fractures guéries, à la sciatique. Elle convient aussi aux blessures dont elle ravive en quelques heures les granulations languissantes; elle peut être utile aux ulcères de jambe et même aux ulcérations syphilitiques.

Des expériences faites sur les animaux ont montré que la chaleur sèche active la résorption péritonéale. Les arthrites tuberculeuses aussi se trouvent bien de l'hyperhémie active que l'on produit ainsi.

Traitement de la blennorragie par le massage (Mohlau).

L'auteur donne les résultats de 120 cas de gonorrée chronique, inutilement traités par les méthodes les plus variées, qu'il a soumis à la médication suivante :

On saisit l'urètre aussi près que possible de la prostate entre le pouce et les deuxième et troisième doigts, et l'on avance vers le gland en comprimant le canal aussi énergiquement que le malade peut le supporter. Cette pratique est répétée deux à quatre fois. Cela fait, on procède à un grand lavage urétral avec 1 à 2 litres d'eau stérilisée tiède ne contenant aucun médicament. Ensuite, on introduit dans le canal une sonde métallique passant facilement et on refait un massage comme ci-dessus. On termine par une nouvelle irrigation.

Il arrive souvent qu'au bout de deux à trois jours se manifeste une recrudescence des phénomènes inflammatoires, mais cette période est de courte durée, et la guérison s'obtient en trois semaines environ. Pour qu'une chaude-pisse dure trois semaines, nous ne voyons pas les avantages que peut présenter ce massage de là verge (2).

(1) *Munch. med. Wochens.*, 1900, n° 23, et *Bull. méd.*
(2) *Journ. de med. de Paris*, 7 oct. 1900.

VARIÉTÉS

Marie de Médicis et les médecins Vautier et Riolan

Par M. A. Corlieu.

I

Le nom de Riolan était arrivé jusqu'à nous comme celui d'un habile anatomiste, malgré ses idées anti-harveyennes. On connaît ses succès comme professeur, et son nom avait été donné à l'amphithéâtre anatomique de l'ancienne Faculté, inauguré le 20 décembre 1620. Ses biographes disent qu'il fut le premier médecin de Marie de Médicis et qu'il l'accompagna dans ses voyages. Ces détails manquent un peu d'exactitude, ainsi que le prouvent les documents authentiques que nous avons eus entre les mains. La conduite médico-politique de Riolan auprès de la reine-mère laissa beaucoup à désirer et le rôle qu'il joua près d'elle fut peu digne d'un médecin. Il était l'homme du cardinal...

II

Marie de Médicis, née à Florence en 1573, mariée à Henri IV en 1600, veuve en 1610, régente à la mort du roi, s'était gravement compromise dans les affaires politiques, et, après avoir été la protectrice de Richelieu, devint son ennemie et se mit à la tête des conspirations contre lui.

Étant reine-mère, elle avait pris pour premier médecin, en 1624, François Vautier, docteur de Montpellier. Vautier jouissait d'une grande réputation et lui avait inspiré une confiance illimitée. Il l'avait déjà guérie d'un érysipèle et elle lui avait donné, en 1629, les revenus d'une abbaye, sans consulter Richelieu, ce qui avait irrité le cardinal. Vautier était l'un des intrigants qui contribuaient le plus à aigrir la reine-mère contre Richelieu. « C'étoit, dit Tallemant des Réaux (1), un grand homme, bien fait, mais qui avoit de grosses épaules : il faisoit fort l'entendu. Il étoit d'Arles... »

Vautier eut le malheur d'entrer dans la cabale contre Richelieu : il fut arrêté après la Journée des dupes (1630) et emprisonné à Senlis.

Marie de Médicis avait été reléguée à Compiègne, le 17 février 1631. De là, elle passa en Belgique. Étant tombée malade à Gand en 1633, elle réclama les soins de Vautier qui l'avait déjà soignée et qui lui était dévoué. Non seulement on n'accéda pas à sa demande, mais on se méfiait de Vautier, qui fut transféré à la Bastille, dans le carrosse de l'évêque de Senlis. On permit à Marie de Médicis de consulter Vautier par écrit; mais il déclara qu'il fallait absolument qu'il vît la malade. Cette permission ne fut pas accordée et Vautier resta à la Bastille jusqu'à la mort de Richelieu. La malade insista; mais au lieu de Vautier, Louis XIII envoya Piètre et Riolan.

Depuis qu'elle était dans les Flandres, Marie de Médicis avait des hémorroïdes, des douleurs de tête, puis une fièvre éphémère durant trente et quarante heures « avec douleur et enflure du foye ». Le 1er mai, la fièvre avait pris le caractère double tierce « avec douleur et dureté du foye, enflure de la rate douloureuse », céphalalgie, vomissements bilieux, sueurs, étouffements. Marie de Médicis avait été saignée cinq fois, tant du bras que des pieds, puis purgée.

Piètre et Riolan arrivèrent à Gand le 13 juin et, « ayant touché les flancs de la malade, ils les trouvèrent fort bouffis et élevés avec une grosseur et dureté extraordinaire à la rate et une tension du foye, enflure aux pieds par-dessus les chevilles, et le visage fort abattu et changé... Mauvaises humeurs bilieuses, pituiteuses et mélancholiques, bruslées et espaissies tant au foye qu'à la rate, lesquelles croupissantes se pourriroient et rallumeroient la fiebvre qui pourroit dégénérer en fiebvre quarte : et la dureté de la rate pourroit causer à la longue un scirrhe (*sic*) et ensuite une hydropisie. »

(1) *Historiettes*, édit. 1840, t. II, p. 164.

Les deux médecins avaient signalé la coïncidence entre la fièvre et l'hypertrophie de la rate. Avec le traitement qu'ils conseillèrent, on est en plein humorisme, et il est assez curieux pour être rapporté textuellement. C'est une page intéressante de la médecine à cette époque.

« Pour à quoi remédier, nous avons été d'advis que Sa Majesté seroit purgée par plusieurs fois, tant par lavements laxatifs que médecines et apozèmes purgatifs, bouillons laxatifs de séné, et ce durant douze ou quinze jours. Et pour fondre des humeurs endurcies dans la rate et aultres parties du ventre, nous avons conseillé à Sa Majesté un demi-bain d'eaüe tiède et au sortir un lavement, quelquefois dans le même bain un apozème laxatif : ce que Sa Majesté continuera sept à huit jours. Ensuite, elle sera repurgée deux jours suivants, puis prendra des eaües de Pougues, l'espace d'un mois, une quarte à chaque fois. Et afin qu'elles puissent passer plus aisément par tous les viscères et s'escouler par le ventre à chaqu'un jour, au premier verre on versera le poids de deux escus de sené, qui aura trempé toute la nuict en cinq ou six cuillerées d'eaüe froide assaisonnée de jus de citron.

Que si aprez l'usage de tous ces remèdes il restoit encore quelque dureté à la rate, on y appliquera le matin avant que Sa Majesté se lève, des fomentations émollientes et confortatives, et ensuite l'humeur grossi estant fondu et préparé, Sa Majesté boira le matin à jeun un grand verre d'eaüe d'acier composée et apéritive.

Que si dans le cours de ces remèdes l'on remarquoit quelque chaleur extraordinaire, il faudroit saigner Sa Majesté tant du bras que du pied.

Et d'aultant que nous avons recogneu l'air de Gand et particulièrement le palais où Sa Majesté, est logée fort espais et humide, souvent couvert de nuages et brouillards, ce qui entretient les duretez de rate et cause d'ordinaire les maladies scorbutiques, fréquentes en Flandre, qui procèdent de l'air et des mauvaises eaües telles que sont celles que l'on boit à Gand, nous avons conseillé à Sa Majesté de sortir de Gand et aller en un meilleur air, croyants qu'elle ne pourroit guérir parfaitement en ce lieu, à quoi elle s'est disposée pour retourner à Bruxelles. Faict et délibéré à Gand au palais de la Reyne mère du Roy ce XV jour de juin MDCXXXIII.

Signé : Pietre, Riolan (1). »

Le traitement prescrit par les deux médecins réussit : ils en informent directement le roi dans une lettre du 11 juillet (2) et le 15 juillet 1633 le roi écrivait à la reine mère :

« Madame, je suis extremement aise d'avoir appris le recouvrement de vostre santé, duquel j'avois desja eu advis par diverses voyes. Je prie Dieu de tout mon cœur qu'il vous la confirme et vous donne aussy longue vie que vous la pouvez désirer... »

Le 28 juillet, Louis XIII écrivit à Marie de Médicis pour lui proposer de garder Riolan près d'elle (3). Mais elle ne le garda pas : elle s'en méfiait.

Marie de Médicis était depuis une dizaine d'années dans les Pays-Bas espagnols et elle y avait été parfaitement accueillie. Elle était allée le 20 octobre 1638 en Angleterre auprès de sa fille, femme de Charles Ier : mais des considérations politiques la firent revenir à Cologne. A peine arrivée dans cette ville, à la fin d'octobre 1641, elle tomba malade. Riolan lui fut renvoyé, et il lui fut alloué 3000 écus pour son voyage (4). C'était une autre pensée que celle de confier la

(1) Biblioth. nat. Mss. f. franç. 10217, fos 78 et suiv.
(2) Mss. 10217, fo 84.
(3) Richelieu. *Lettres*, t. IV, p. 478.
(4) Richelieu. Lettre du 9 janv. 1642.

santé de Marie de Médicis à Riolan qui avait engagé Richelieu à le lui envoyer. Riolan n'était autre chose qu'un espion du cardinal. « C'était pendant la campagne de Perpignan, Riolan n'écrivait jamais au cardinal ni aux personnes qui étaient près de lui ; il n'exposait pas sa correspondance aux hasards d'une direction si aventureuse ; il ne mettait point de suscription à ses lettres qui auraient pu éveiller la curiosité et en trahir le mystère. Il adressait ses rapports à Paris, au noviciat des frères prêcheurs que Richelieu avait fondé rue Saint-Jacques et dont le père J.-B. Carré était supérieur (1). »

Ce moine était l'un des espions les plus habiles de Richelieu. Il n'envoyait pas à Richelieu les lettres de Riolan ; il les copiait ou en faisait des extraits.

Marie de Médicis avait, il est vrai, un insupportable caractère. De Richelieu ou d'elle, l'un des deux devait être brisé. Ce fut elle.

« Riolan arrive à Cologne vers la fin de janvier (1642) : il y trouve Marie de Médicis très malade de corps et fort mal d'esprit à son égard ; elle se méfiait de ce médecin envoyé par un ennemi. »... « Elle ne m'a point parlé de ses affaires, écrit Riolan le dernier jour de janvier, et je n'ose commencer le premier, joinct que je ne la vois point le soir à minuit où je pourrais être seul avec elle (2). »

Le 11 février il avertit que la reine est enflée, qu'elle souffre d'une fluxion sur les yeux. Riolan insistait avec une malice habile sur ce qui pourrait blesser Richelieu : il se plaint qu'il est arrivé de Florence un apothicaire, Fabroni, et toute sa suite. D'un autre côté, Riolan n'était pas payé exactement. Il se plaint aussi qu'on l'accuse d'espionnage. Il écrivait : « Ils me veulent faire mourir de faim et me faire assassiner par des soldats espagnols de la ville... Ils publient sourdement que je suis pensionné de Monseigneur, un trahistre (*sic*) espion... M. le cardinal m'avait dit qu'on aurait soing de moy, je n'en voy pas les effects... »

Riolan se plaint également qu'on veut le faire mourir de faim, qu'il n'y a pas d'argent pour la nourriture des petits officiers, qu'il lui est dû plusieurs mois. Ses honoraires étaient de 833 livres 6 sous 8 deniers ; ceux de Daquin, qui remplaça Piètre, de 220 livres. Le premier chirurgien Delaroche touchait 75 livres (Mss. 10761).

L'état de la malade empirait. « Ce n'est plus qu'un squelette qui a toujours courte haleine, » écrit Riolan le 23 mai. Le 3 juin il écrit : « La reyne a été fort mal et je répète le secret qu'elle ne passera cette année. »

« Le 25 juin elle fut attaquée d'une grosse fièvre accompagnée d'une soif ardente ; comme on remarqua le lendemain quelques rougeurs à son visage, on les prit pour un érisipèle (*sic*), mais le 1er juillet, la fièvre ne diminuant point et son agitation étant extrême, Riolan, son premier médecin, l'examina avec encore plus d'attention et s'aperçut de quelques taches noires à une de ses jambes. Il ne douta pas qu'elle n'eût la gangrène et désespéra dès lors de sa vie. Il crut devoir l'instruire de son état. Elle reçut cette nouvelle sans témoigner aucune émotion... Cependant la gangrène faisant des progrès très rapides, les médecins décidèrent qu'il fallait couper la jambe à cette princesse... Sur le soir, Marie se trouva un peu mieux et les médecins espérant qu'en enlevant la partie des chairs gangrénes, ils pourroient éviter l'amputation de la jambe, se déterminèrent à prendre ce parti. Les incisions qu'on lui fit parurent la soulager : elle souffrit moins pendant la nuit ; mais le lendemain elle sentit qu'elle s'affaiblissoit et voulut profiter du peu de moments qui lui restoient pour faire son testament (3)... »

Elle était tellement aveuglée par sa croyance aux astrologues, que le mercredi veille de sa mort, elle disait à Riolan qu'elle ne mourrait pas de cette maladie. Mais Riolan l'avertit qu'elle n'avait plus vingt-quatre heures à vivre.

Elle mourut le jeudi 3 juillet 1642, à midi et demi, âgée de soixante-neuf ans, deux mois et neuf jours.

Par son testament elle dédommagea Riolan en lui laissant 20000 livres ; mais ses dettes étaient considérables (1). Les frais d'embaumement s'élevèrent à 195 livres 8 sous (2).

Le corps fut ramené avec pompe en France. Il partit de Cologne le 9 février 1643, et les frais de transport s'élevèrent à 6 974 livres 6 sous (3).

Riolan qui accompagna le corps reçut 900 livres, Daquin en reçut 550.

Henri IV, dans son édit de l'établissement du collège de La Flèche, avait déclaré que son cœur et celui de la reine Marie de Médicis seraient déposés dans la chapelle de ce collège. « Ce fut le vingt huitième de mars 1643 que le coffre qui contenait le corps de la reine fut ouvert et le cœur tiré et mis entre les mains du R. Père Louis le Mairat, supérieur de la maison professe de Saint-Louis à Paris (4)... » C'est le dimanche de *Quasimodo*, le 12 avril, que le cœur fut porté à La Flèche. Quant au corps qui était à Saint-Denis, il fut exhumé le 14 octobre 1793, lors de la profanation des tombeaux.

Intrigant habile, Vautier après avoir « trébuché de si haut » reparut à la cour et, à la mort du médecin Cousinot en 1646, il devint premier médecin de Louis XIV. Cette charge avait été vendue 20000 écus par Mazarin. Vautier était très bien en cour, dit Renaudot. « Leurs Majestés, écrit-il, reconnaissant les soins continuels du sieur Vautier, premier médecin du Roy, et pour marque particulière de leur souvenir de la cure par lui faite en la personne de Monsieur, frère unique de Sa Majesté, l'ont gratifié de l'abbaye de Saint-Taurin d'Evreux, vacante par le décès du sieur Du Perron, évesque de ladite ville (5). » Mais Guy Patin était loin de partager les sympathies que la cour avait pour Vautier. Il le malmène vigoureusement dans ses lettres à Spon, et lorsqu'il mourut, Guy Patin écrivit à son ami que si Vautier était le premier médecin du roi, il était le dernier du royaume (6).

Ce fut son oraison funèbre.

Guy Patin ne pardonnait pas à Vautier d'employer l'antimoine et le quinquina.

Vautier est mort en 1652 (4 juillet), Renaudot en 1653 et Riolan en 1657. Les deux premiers ont été inhumés à Saint-Germain l'Auxerrois, où Guy Patin est venu les rejoindre en 1672.

III

Les soucis d'une nombreuse clientèle pour les uns, les préoccupations de l'enseignement pour les autres, la satisfaction de se voir suivi ou écouté par un grand nombre d'auditeurs, n'y a-t-il pas là de quoi suffire à toute l'ambition d'un médecin? La politique a « des retours soudains, des changements inouïs », et tel, comme Vautier, s'est vu porté au faîte des grandeurs, qui le lendemain s'est trouvé privé de sa liberté ou de ses honneurs. Les événements de 1823 et de 1830 nous en ont fourni des exemples. Il fallait qu'un médecin fût bien habile pour éviter les tribulations et les désagréments auxquels étaient exposés les gens atta-

(1) Richelieu. *Lettres*, t. VII, p. 911 à 914.
(2) Richelieu. *Lettres*, t. VII, v. 913.
(3) D'Arconville. *Marie de Médicis*, t. III, p. 497 et suiv.

(1) Biblioth. nat., Mss., 10415.
(2) *Ibid.*, Mss. 10761.
(3) *Ibid.*, fos 100 à 113.
(4) *Récit véritable de ce qui s'est passé en la ville et collège de la Flèche à la réception du cœur de la défunte Reyne, Marie de Médicis, mère du Roy*, MDCLIII, plaq. in-4o, p. 6.
(5) *Gazette de Renaudot*, 23 avril 1649, no 40, p. 270.
(6) Guy Patin. Lettre du 3 mai 1643.

chés à la cour. Vautier l'apprit à ses dépens, comme Daquin plus tard, en 1693.

Médecins, restons médecins : ne risquons pas de brûler, comme les phalènes, nos ailes à la lumière trop vive des bougies politiques. Les applaudissements de l'Officiel ne valent pas la satisfaction d'un devoir rempli, la joie d'avoir été utile à ses semblables, l'approbation d'un auditoire sympathique. C'est là le vrai rôle du médecin, et il est assez beau pour qu'on le préfère aux joies éphémères de la politique.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

420. M. Bonniot. De l'hyperthermie dans la fièvre. Essai de calorimétrie clinique. — 421. M. Vincelet. Étude sur l'anatomie pathologique de la maladie de Friedreich. — 422. M. Morlon, Étude sur l'adénie. — 423. Mlle Joffé. Contribution à l'étude de la résorption des organes embryonnaires et adultes sous la peau et dans le péritoine. — 424. M. Corket. Une indication symptomatique de laminectomie. — 425. M. Carteret. De l'écouvillonnage préventif dans l'avortement. — 426. M. Siot. Contribution à l'étude du pouls lent permanent. — 427. M. Sineau. Quelques réflexions sur la pathogénie de l'ulcère de l'estomac. — 428. M. Mercier. La sphygmomanométrie. — 429. M. Lopez. Du rêve toxique et toxi-infectieux. — 430. M. Pucciarelli. Abcès périnéphrétiques d'origine intestinale. — 431. M. Blondel. Contribution à l'étude des kystes de l'iris. — 432. M. Arloing. De l'intervention chirurgicale dans les fractures transversales récentes de la rotule. — 433. M. Colin. Étude sur les tumeurs d'origine sudoripare. — 434. M. Hermann. De la cellule nerveuse normale et de son anatomie pathologique. — 435. M. Durey. Étude sur l'œuvre de Paracelse, médecin hermétiste, astrologue, alchimiste et sur quelques autres médecins hermétistes. — 436. M. Maurage. Du bain quotidien chez les nouveau-nés. Etude de la chute du cordon ombilical. — 437. M. Comte. Des paralysies pseudo-bulbaires. — 438. M. Menusier. La contagion de la tuberculose par les appartements. — 439. M. Castille. Critique médico-légale de la mort subite par le rein. — 440. Mme Phisalix. Recherches embryologiques, histologiques et physiogiques sur les glandes à venin de la salamandre terrestre. — 441. M. Santiard. Étude de l'aire de projection du cœur sur la paroi thoracique par la radioscopie. — 442. M. Clerc. De la gastroplication. Contribution au traitement chirurgical de la dilatation de l'estomac. — 443. M. Coste. Contribution à l'étude de l'hémophylie hématome. — 444. M. Lefort. Alimentation des nourrissons et gastro-entérites (étude critique). — 445. M. Beyrand. Les terreurs nocturnes de l'enfant. — 446. M. Coustensoux. Étude sur la métamérie du système nerveux et les localisations métamériques. — 447. M. Herber. Caractères de l'évolution clinique et symptômes de la gomme cérébrale circonscrite. — 448. M. Zribel. Traitement des fibromes utérins par l'énucléation abdominale. — 449. M. Regnault. Du traitement des ulcères des jambes par la compression et l'appareil silicaté. — 450. M. Gougis. Traitement de certaines formes de coxalgies par la résection aseptique atypique de la hanche. — 451. M. Morin (R.). Du massage dans les fractures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Anatomie. — Séance du 8 novembre : MM. Digne, 11; Delaunay et Français (Raymond), 10; Lacasse et Lobligeois, 9 ; Magitot et Zacchiri, 8; Durozoy, 7; Mary, 6; Lutaud, 2.

Pathologie. — Séance du 8 novembre : MM. Flourens et Wicart, 12 ; Devaux et Gros-Dévaud, 11; Berruyer, 10; Nivet, 8; Bouchez et Giroux, 7.

La Faculté de médecine de Montpellier a procédé à l'élection de son doyen. Elle a désigné M. Mairet à la nomination de M. le ministre de l'Instruction publique par 18 voix contre 16 et 1 bulletin blanc.

Marine. — M. Préboist, médecin de deuxième classe, vient d'être promu au grade de médecin de première classe en remplacement de M. Chové.

Sont désignés pour aller servir à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux, comme officiers surveillants, adjoints aux professeurs de ladite école (emplois créés) :

MM. les médecins de deuxième classe Crozet, du port de Toulon, et Renault, du port de Lorient.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 44e semaine, 848 décès, au lieu de 866 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne (832).

La fièvre typhoïde a causé 12 décès; la variole, 14; la rougeole, 1 ; la scarlatine, 2 ; la coqueluche 3, la diphtérie, 5.

La diarrhée infantile a causé 27 décès de 0 à 1 an, au lieu de 33 et de la moyenne 45.

En outre, 30 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 81 décès, au lieu de 86 pendant la semaine précédente et au lieu de 82, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 4 décès (au lieu de la moyenne 10): bronchite chronique, 21 (au lieu de la moyenne 20); broncho-pneumonie, 23 (au lieu de la moyenne 22); pneumonie, 33 (au lieu de la moyenne 30).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 33 décès, dont 26 sont dus à la congestion pulmonaire; en outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 172 décès (au lieu de la moyenne 184); la méningite tuberculeuse, 14; la méningite simple, 17; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 29 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 56 décès; les maladies organiques du cœur, 53; le cancer a fait périr 45 personnes ; enfin 29 vieillards sont morts de débilité sénile.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles Desfossez (de Saint-Cloud).

Faculté de médecine de Paris. — *Cours de pharmacologie et matière médicale.* — M. le professeur Gabriel Pouchet commencera le cours de pharmacologie le samedi 10 novembre 1900, à quatre heures de l'après-midi (amphithéâtre de pharmacologie), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Étude des modificateurs du système nerveux central : modificateurs de la thermogenèse; antithermiques; analgésiques.

Ordre du cours : Mardi et samedi, leçon théorique. Jeudi, conférences pratiques et interrogations. (Ces conférences auront lieu pendant toute la durée de l'année scolaire.)

Cours de pathologie expérimentale et comparée. — M. le professeur Chantemesse commencera son cours le samedi 10 novembre 1900, à cinq heures de l'après-midi, à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale (1er étage de l'École pratique), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Conférences d'obstétrique. — M. Lepage, agrégé, commencera ces conférences le samedi 10 novembre 1900, à six heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de physiologie. — M. le professeur Ch. Richet commencera le cours de physiologie le mardi 13 novembre 1900, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Conférences d'hygiène. — M. Wurtz, agrégé, commencera ses conférences le lundi 12 novembre 1900, à cinq heures, au laboratoire d'hygiène, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, au même laboratoire.

Cours complémentaire de laryngologie, rhinologie et otologie. — M. le docteur Castex, chargé de cours complémentaire, commen-

cera son cours à l'amphithéâtre Cruveilhier (École pratique), le mardi 13 novembre 1900, à trois heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur Dieulafoy reprendra ses leçons de clinique le samedi 17 novembre 1900, à dix heures et demie du matin, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), et les continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

Visite et examen des malades tous les matins, à neuf heures (salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne).

Enseignement complémentaire (démonstrations cliniques et exercices pratiques) : Séméiologie, MM. Apert et Gandy, chefs de clinique, le mercredi et le samedi, à trois heures et demie, salles Saint-Christophe et Sainte-Jeanne. — Anatomie pathologique et bactériologie, MM. Jolly et Griffon, chefs de laboratoire, le jeudi, après la visite, au laboratoire de la clinique. — Laryngologie, rhinologie, otologie, M. Bonnier, le mardi après la visite. — Électrothérapie, radiologie, M. Lacaille, le vendredi après la visite. — Dermatologie, M. Déhu, le lundi après la visite.

Cours de clinique des maladies du système nerveux. — M. le professeur Raymond commencera ce cours à l'hospice de la Salpêtrière, le mardi 20 novembre 1900, à dix heures, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Programme d'enseignement supplémentaire : Séméiologie des maladies du système nerveux, M. Cestan. — Histologie normale et pathologique du système nerveux, M. Philippe. — Psychologie clinique, M. Janet. — Électrodiagnostic et électrothérapie, M. Huet. — Examen du larynx, M. Cartaz. — Examen des yeux, M. Sauvineau. — Examen des oreilles, M. Gellé.

Erratum. — Page 1378, 1re colonne, 37e ligne, lire « hardiment » au lieu de « tardivement ». — Même alinéa, entre la 7e et la 8e ligne, ajouter : « Si on ne pouvait opposer aux statistiques. »

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 129. — MARDI 13 NOVEMBRE 1900. 73e ANNÉE. MARDI 13 NOVEMBRE 1900. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Deux cas d'occlusion intestinale par cancer du côlon; création d'un anus artificiel temporaire; résection de l'intestin cancéreux quelques semaines plus tard; fermeture de l'anus artificiel; guérison complète, par M. Victor Pauchet (d'Amiens). — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — Notes de clinique thérapeutique. Traitement des cardiopathies chroniques : I. Le régime alimentaire du cardiaque, par M. Guihal, interne des hôpitaux de Paris. — Revue bibliographique. — Actes la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

DEUX CAS D'OCCLUSION INTESTINALE PAR CANCER DU COLON

CRÉATION D'UN ANUS ARTIFICIEL TEMPORAIRE. RÉSECTION DE L'INTESTIN CANCÉREUX QUELQUES SEMAINES PLUS TARD. FERMETURE DE L'ANUS ARTIFICIEL. GUÉRISON COMPLÈTE.

Par M. Victor Pauchet (d'Amiens).

Observation I. — *Cancer du côlon transverse. Occlusion intestinale aiguë. — Premier temps : création d'un anus cæcal; deuxième temps : résection du segment cancéreux; troisième temps : fermeture de l'anus artificiel.* — Homme de soixante-cinq ans, ancien percepteur; présente depuis quelques mois des périodes de constipation suivies de débâcles. Depuis quatre jours, occlusion intestinale complète. Des lavements restent impuissants.

Cinq jours après le début des accidents, je suis appelé auprès du malade. Vomissements fécaloïdes, pouls encore bon, ventre très ballonné. J'opère séance tenante, avec mes confrères MM. Morel (de Vron), Franqueville (de Rue) et Caron (de Nouvion). La laparotomie médiane me permet de constater que le côlon iliaque est vide et que le cæcum est distendu. L'exploration du reste de la cavité abdominale est rendue impossible par la distension des anses. Je ferme la plaie médiane, et je fais une incision iliaque gauche. Je fixe le fond du cæcum par deux plans de sutures à la paroi. Incision de l'intestin. Débâcle abondante pendant deux jours.

Je revis le malade six semaines plus tard; celui-ci avait engraissé de 10 livres et réclamait la fermeture de l'anus artificiel. Je palpai le ventre et je trouvai entre l'ombilic et le creux épigastrique une masse, du volume d'un petit œuf, que je diagnostiquai : cancer du côlon transverse. La peau qui entourait l'anus artificiel était ulcérée. Pendant quelques jours, le malade fut pansé à la vaseline simple et à la poudre de talc.

Quand les téguments présentèrent leur aspect normal, je pratiquai la deuxième intervention. Par une incision médiane, je tombai de suite sur le côlon transverse et son segment infiltré. Je séparai ce dernier de ses attaches gastriques et mésocoliques, et sectionnai l'intestin à 3 centimètres de la portion indurée, en plein tissu souple et d'aspect normal. Ligature des artères du méso. Quand l'intestin fut enlevé, je me trouvai en présence de deux orifices de diamètre différent. Le bout afférent présentait une largeur normale, tandis que le bout efférent était en effet atrophié et réduit aux dimensions du doigt. Pour unir l'un à l'autre ces deux orifices de diamètres disproportionnés, je fendis le bout étroit, sur son bord libre, suivant la méthode de Chaput, et pus ainsi pratiquer une entérroraphie circulaire. Quand j'eus appliqué une suture en deux plans, je vis que les tissus tiraillaient la ligne de réunion qui menaçait de couper. Je crus donc prudent de ne pas clore l'anus cæcal qui continuerait à dévier le cours des matières pendant la cicatrisation des tuniques intestinales. Quelques jours plus tard, je partis en vacances et ne pus opérer l'anus que cinq semaines après. La fermeture de ce dernier s'exécuta sans difficulté. Le volume de l'ampoule cæcale est tellement supérieur à celui du reste de l'intestin qu'on peut exciser largement et suturer sur une large étendue, sans craindre le rétrécissement de l'intestin. La cavité cæcale étant bourrée de gaze, je circonscrivis l'ouverture par une incision losangique et pénétrai dans la cavité abdominale. Saisissant les deux lèvres de l'ouverture avec les mors d'une pince de Museux, j'attirai hors du ventre l'anus artificiel et le cæcum. Je séparai ce dernier de ses adhérences. Les tissus provenant de la paroi furent excisés, et les deux lèvres de l'ouverture intestinale fermées par un surjet à points passés prenant toute l'épaisseur des tuniques. Un deuxième rang de sutures fut placé au-dessus du premier. Réunion de la paroi abdominale en un plan, aux crins de Florence. Drain de caoutchouc pendant trois jours. Guérison complète en deux semaines.

Le malade a été présenté à la Société médicale de Picardie à la séance d'octobre. Il est actuellement en excellent état. La tumeur, examinée par M. Moygniez (de Villepoy), est un épithélioma cylindrique.

Obs. II. — *Cancer de l'anse sigmoïde. Occlusion intestinale aiguë. Création d'un anus iliaque. Puis quatre semaines plus tard, résection d'un segment colique comprenant la tumeur et l'anus artificiel.* — Homme de soixante-dix-sept ans, ancien greffier, se plaint depuis deux mois d'accidents d'occlusion passagère. Selles sanguinolentes. M. Thomas (de Montdidier) n'ayant pas senti de cancer au toucher rectal, conseille au malade une laparotomie exploratrice. Cet homme refuse l'intervention chirurgicale se trouvant « trop vieux pour subir un examen aussi pénétrant », et attend pour se décider qu'une nouvelle série d'accidents reprenne. Cette fois l'occlusion est complète et ne cède pas aux grands lavages intestinaux. Je vis donc ce malade, une nuit du mois d'août. Il venait d'émettre un vomissement abondant, fécaloïde, le ventre était tendu et je décidai de suite la création d'un anus artificiel.

La saillie de l'abdomen était tellement prédominante dans le flanc gauche que je n'hésitai pas à faire le diagnostic de cancer de la fin du côlon et à poser l'indication d'un anus iliaque. Je fis donc à gauche une incision courte, par laquelle mon index ramena une anse colique surdistendue et brusquement étranglée au niveau d'une masse dure, du volume d'un œuf, qui infiltrait les parois. Cette masse était mobile et je pus attirer l'anse cancéreuse au dehors; je regrettai que les conditions déplorables de lumière et de milieu ne me permissent pas de réséquer le tronçon sigmoïde qui s'offrait si complaisamment. Je fis un anus artificiel immédiatement au-dessus de la tumeur. Débâcle pendant plusieurs jours.

Cinq semaines plus tard, le malade vint à Amiens pour subir la résection de son côlon sigmoïde.

Intervention le 1er octobre. Incision de 10 centimètres se dédoublant pour circonscrire l'anus artificiel. Le péritoine étant ouvert, j'attirai hors du ventre l'anse malade et l'orifice artificiel.

Je me portai d'abord sur la partie saine du côlon située au delà de la tumeur, constatant la laxité de l'anse sigmoïde je sectionnai, loin du néoplasme, le gros intestin. J'incisai le méso assez loin de l'intestin, car ce ligament paraissait induré sur la hauteur de quelques centimètres.

La section supérieure de l'intestin fut pratiquée à 1 centimètre environ au-dessus de l'anus artificiel. L'hémostase du mésocolon fut assez délicate.

Longueur du bout réséqué : 13 centimètres. Je réunis bout à bout les deux extrémités intestinales par une entérorraphie circulaire.

Fermeture de la paroi abdominale en un plan au crin de Florence. Drainage pendant trois jours. Guérison complète en quinze jours.

La pièce sur laquelle on pouvait voir le néoplasme et l'anus artificiel a été présentée à la Société médicale de Picardie en octobre 1900.

Le cancer du gros intestin est le plus souvent latent, jusqu'au jour ou des hémorragies, des selles glaireuses, ou des troubles digestifs obligent le malade à consulter.

En cas d'occlusion aiguë, le chirurgien, requis pour intervenir, doit-il faire un anus artificiel, remettant ainsi à une autre date le soin de traiter la tumeur néoplasique, ou bien doit-il d'emblée rétablir le cours normal des matières par une résection, anastomose, ou exclusion intestinale? S'il se décide pour la création d'un anus artificiel, en fixera-t-il la place à droite (cæcum) ou à gauche (côlon iliaque)? Quand il pratiquera son intervention secondaire, fermera-t-il l'anus en même temps qu'il traitera la tumeur d'intestin? Par quel procédé accomplira-t-il les deux interventions?

1° *Le chirurgien doit-il faire un anus artificiel préliminaire, ou chercher à rétablir d'emblée le cours des matières?*

Les conséquences résultant de la création d'un anus artificiel ne sont pas les mêmes, qu'il s'agisse d'une occlusion causée par un cancer du côlon, ou d'un arrêt des matières déterminé par un volvulus, une coudure ou une bride péritonéale. En cas d'étranglement interne, le sphacèle de l'anse tordue, coudée ou comprimée, peut occasionner une péritonite par perforation quelques jours après cette opération palliative, en dépit de l'issue donnée à l'écoulement des matières et des gaz.

Le chirurgien se trouve donc dans la nécessité presque absolue, chaque fois que l'état du malade le permettra, de rechercher l'obstacle et de le lever, malgré les dangers que les manipulations et le mauvais état des sutures appliquées sur un intestin mince et distendu, peuvent faire courir au patient.

En cas de cancer du gros intestin, la création d'un anus artificiel n'a d'autre inconvénient que de nécessiter une seconde intervention. Mais celle-ci se fera dans des conditions qui presque toujours en assureront le succès : ventre souple, bon état général, pas de vomissements, milieu et aides irréprochables.

Peut-on comparer les résultats donnés par cette seconde manière de faire avec la mortalité considérable qui accompagne les laparotomies pour étranglement interne?

2° *L'anus artificiel sera-t-il pratiqué sur le cæcum ou sur le côlon iliaque?*

« L'anus iliaque est une infirmité répugnante, l'anus cæcal est plus répugnant encore, car les matières qui arrivent de la terminaison de l'iléon sont liquides et souillent le malade d'une façon continue » (Quénu, séance de la Société de chirurgie du 17 octobre 1900).

Si donc il s'agit d'un cancer ilio-sigmoïde, on placera l'anus à gauche. Si, au contraire, la tumeur est située plus haut, ce que l'on devine aisément par la vacuité du côlon iliaque et la distension de l'ampoule cæcale, on pratiquera l'ouverture sur le fond du cæcum.

3° *Comment traitera-t-on ultérieurement l'anus artificiel, et le cancer intestinal?*

L'ANUS, s'il a été placé à dessein immédiatement au-dessus de la tumeur, disparaîtra par la résection en masse du segment cancéreux et des tissus sains sus et sous-jacents. C'est ce que j'ai fait dans le cas de l'observation II.

Si l'anus siège à quelque distance du néoplasme, on le fermera par *entérorraphie latérale.* Une incision losangique circonscrira l'anus artificiel, et gagnera couche par couche la cavité abdominale. Dès que le péritoine sera ouvert, l'anse ouverte sera attirée au dehors, les tissus provenant de la paroi seront excisés, et les deux lèvres de l'ouverture seront rapprochées par un surjet. Un deuxième plan de sutures séro-séreux assurera la solidité de la réunion. Cette entérorraphie latérale est très facile à exécuter, s'il s'agit d'un anus droit, car le cæcum est, après l'estomac, la portion du tube digestif qui offre le plus d'étoffe pour l'application des sutures. Si on fait une colostomie, au lieu d'une cæcostomie, on aura soin, au moment de la création de l'anus artificiel, de ne pas pratiquer d'ouverture large sur une anse herniant fortement hors de la plaie, et séparée du bout inférieur par un éperon saillant, comme cela se fait pour l'anus artificiel définitif. On créera simplement une boutonnière étroite sur le bord libre de l'intestin. Cette méthode aura l'avantage, tout en laissant passer les gaz et les matières, de permettre une entérorraphie secondaire sans diminution du calibre intestinal.

Le CANCER EXTIRPABLE sera traité par la *résection.* On enlèvera 3 ou 4 centimètres de tissu sain en deçà et au delà de la portion indurée. Les artères du méso seront liées. Ceci fait, s'il s'agit d'une portion du côlon tenue en laisse par un méso lâche, comme c'est toujours le cas pour le cancer iliosigmoïde, et parfois pour le côlon transverse, on tâchera de rétablir la continuité bout à bout par une entérorraphie circulaire.

Si on ne peut amener les deux tranches de section au contact l'une de l'autre, on fermera complètement chaque bout intestinal par une double ligature en bourse, ou deux surjets superposés; puis on anastomosera l'anse sigmoïde du côlon avec la dernière anse de l'ilion.

Le CANCER INEXTIRPABLE peut, lui aussi, bénéficier d'une intervention secondaire; la suppression de l'anus contre na-

ture devant donner au malade l'illusion de la guérison. On pourra choisir entre deux méthodes : l'entéro-anastomose, ou l'exclusion de l'intestin.

L'*entéro-anastomose* est une opération pouvant être exécutée rapidement. Suivant le conseil d'Hartmann, on choisira deux anses éloignées du segment cancéreux pour éviter l'inoculation secondaire de la bouche artificielle. Malgré cette précaution, les cellules charriées par les sécrétions du segment cancéreux peuvent ensemencer l'orifice anastomotique. De plus, le contact de l'ulcération cancéreuse et des matières fécales peut, dans certaines formes d'épithélioma, déterminer des douleurs et faire préférer l'*exclusion intestinale*. Cette opération consiste à sectionner l'intestin à quelques travers de doigt de la portion malade, et à réunir les deux segments de l'intestin sain, soit bout à bout, si les anses sont assez mobiles pour être amenées au contact, soit par anastomose après fermeture des deux orifices, si les deux tranches de section ne peuvent être rapprochées.

L'anse malade sera traitée différemment suivant les cas : si on amène au contact les deux extrémités pour les suturer l'une à l'autre, cette méthode réalise l'*exclusion totale*, qui est actuellement abandonnée.

Si, au lieu de refermer complètement l'intestin malade, on le fistulise au niveau de la peau, cette pratique constitue l'*exclusion partielle*. Cette dernière est dite *unilatérale*, si une seule des deux extrémités de l'anse malade est fixée au dehors. Elle est dite *bilatérale*, si les deux extrémités sont abouchées à la peau. Par cette fistule, les sécrétions sont déversées au dehors, au lieu d'être résorbées. Le malade peut faire dans le trajet des injections à l'eau oxygénée, le passage des matières n'irrite plus la zone ulcérée, et les éléments néoplasiques ne risquent pas de se greffer sur la portion saine de l'intestin.

Le chirurgien fermera-t-il l'anus artificiel immédiatement après avoir traité le cancer du côlon, ou cette occlusion sera-t-elle remise à une autre séance? S'il a toute confiance dans la solidité des sutures intestinales, il pourra fermer de suite l'anus artificiel. Si au contraire les tissus menacent de couper, il attendra quinze jours pour pratiquer cette dernière opération. Pendant ce temps, l'anus continuera à détourner le cours des matières, et la réunion intestinale s'effectuera à l'abri de l'infection.

Conclusions. — En présence d'une occlusion intestinale aiguë pour cancer du côlon, si les anses sont trop distendues, si les conditions d'aide et de milieu ne sont pas favorables, et si l'état général du patient laisse à désirer, il faut, sans hésitation et sans regret, établir un anus artificiel. Cette infirmité ne sera que temporaire, car, quelques semaines plus tard, on traitera le segment cancéreux, et on fermera l'anus contre nature.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(9 novembre 1900)

A propos d'une communication de M. Merklen sur l'**embolie pulmonaire et les poussées phlébitiques tardives**, une longue et instructive discussion s'est élevée au sein de la Société, discussion à laquelle prirent part MM. Siredey, Rendu, Triboulet, Barth, Antony, Launois, etc., et que l'on a décidé de prolonger dans la séance prochaine, où l'on traitera plus particulièrement de la conduite à tenir au cas de phlébite.

Voici, résumés, les deux faits qui ont conduit M. Merklen à entamer le débat.

Dans un premier cas, il s'agissait d'une phlébite puerpérale à début embolique, avec état subfébrile prolongé et envahissement progressif des deux membres inférieurs ; le malade succomba en quelques heures, à une dernière embolie asphyxiante, le vingt-deux ou vingt-troisième jour après le commencement de ses phlébites.

Dans le deuxième cas, la mort subite survint environ cinq semaines après le début d'une phlébite, secondaire à un traumatisme, avec épanchement sanguin du mollet. Le malade avait eu aussi des embolies précoces avec congestion pulmonaire, dont les suites furent simples, malgré leur gravité apparente. Mais un léger état subfébrile, avec température vespérale à 37°8 seulement, des troubles digestifs réapparurent onze jours avant la mort subite. Ce devait être le prodrome d'une poussée latente et tardive de phlébite iliaque, cause de l'embolie ultime.

Au cours des phlébites, les embolies pulmonaires sont donc ou précoces ou tardives ; celles du début sont généralement bénignes, parce qu'elles sont dues à la migration de caillots petits, développés dans les veinules, encore friables et peu adhérents; celles de la fin, au contraire, sont graves et presque toujours mortelles parce que ce sont de grosses embolies dues à la mobilisation du caillot thrombosique d'un tronc veineux important; elles sont attribuées, selon toute vraisemblance, à la rupture de l'extrémité libre ou centrale du thrombus, avant sa complète organisation. Ne peut-on pas supposer — c'est l'opinion que M. Merklen croit fondée d'après l'étude de deux observations précitées — que ces embolies tardives sont dues à des poussées secondaires et tardives de phlébite latente dans une grosse veine, avec formation de coagulations volumineuses nouvelles, non immédiatement adhérentes, aussi facilement mobilisables que celles de la phlébite commençante?

D'après M. Rendu, il y a trois faits très distincts dans cette question des phlébites : 1° les phlébites à début embolique comportent presque toujours un pronostic bénin ; 2° les embolies tardives dans les phlébites sont extrêmement dangereuses; 3° dans toutes les phlébites, le pronostic le plus dangereux est aux environs de la troisième semaine; c'est le moment où le caillot tend de soi-même à se désagréger, c'est le moment où, loin, par la thérapeutique, de hâter cette désagrégation, il importe de l'empêcher par tous les moyens. A cette question de savoir si la veine peut spontanément se désobstruer, la réponse est bien nette. Quand un malade a une phlébite, si une embolie survient, et si le malade survit, on voit très rapidement tous les phénomènes qui caractérisaient la phlébite, et en particulier l'œdème, disparaître, preuve que le caillot, cause de tout le mal, a quitté complètement la place qu'il occupait.

A côté de ces faits, il en est d'autres que rappelle M. Barth, où il y a organisation du caillot, par bourgeonnement embryonnaire à l'intérieur du vaisseau, établissement d'une circulation collatérale, etc. Dans ces cas, la phlébite disparaît très lentement; il faut des mois, des années pour que l'œdème ait complètement disparu.

La question du traitement devant être traitée à nouveau et avec les détails qu'elle comporte, nous y reviendrons la prochaine fois, car elle a été, cette fois, à peine ébauchée et à bâtons rompus.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des cardiopathies chroniques.

Par M. Guihal, interne des hôpitaux de Paris.

I

LE RÉGIME ALIMENTAIRE DU CARDIAQUE

Ainsi que nous l'avons tenté dans de précédentes notes sur le traitement du diabète sucré (1), il nous semble intéressant de préciser quelques points particuliers de l'hygiène et de la thérapeutique des cardiopathies chroniques. Dans ce vaste ensemble, nous choisirons un petit nombre de problèmes, bien délimités, et d'une réelle importance pratique. Aussi n'essaierons-nous pas d'envisager jusque dans ses détails la question de l'hygiène alimentaire du cardiaque. Nous nous bornerons à nous demander ce que doit être le régime alimentaire quotidien d'un cardiaque, à la période de compensation, ne présentant plus ou n'ayant pas encore présenté de troubles fonctionnels assez caractérisés pour entraîner des indications spéciales.

Dans ces conditions, que nous supposons aussi bonnes que possible, la nécessité d'un régime alimentaire surveillé s'impose cependant à l'esprit. Si bonnes que puissent être les apparences, le cardiaque ne se trouve pas moins dans un état d'équilibre instable, et le bon fonctionnement du tube digestif est l'un des facteurs les plus importants du maintien de cet équilibre. D'une part, en effet, des troubles gastriques, même minimes, peuvent retentir d'une manière fâcheuse sur le cœur, et engendrer une longue série de phénomènes morbides, depuis les palpitations jusqu'à la dilatation des cavités droites et l'asystolie; d'autre part, il importe que la nutrition du cardiaque soit aussi parfaite que possible, l'un des principaux écueils se trouvant être l'obésité, si fréquente dans les cardiopathies, avec sa conséquence habituelle, la surchage graisseuse du myocarde; enfin la constipation est ici tout particulièrement à craindre, en raison des fermentations digestives et de leur cortège morbide. Ces considérations suffisent à justifier l'opportunité d'un régime alimentaire chez le cardiopathe chronique à la période de compensation.

Quelle est la pathogénie des troubles cardiaques d'origine gastrique? Connaissant les conditions dans lesquelles l'estomac réagit sur le cœur, ne serait-il pas possible d'en déduire logiquement ce que l'on doit recommander, ce que l'on doit défendre aux cardiaques dans leur alimentation habituelle? Les divers auteurs ne sont pas absolument d'accord sur ce point, mais la question est assez avancée pour qu'on en puisse tirer des conséquences pratiques. Les uns invoquent une action mécanique de l'estomac distendu, soit directement sur le cœur, soit indirectement par immobilisation du poumon due au refoulement du diaphragme. D'autres admettent l'influence toxique des fermentations gastro-intestinales sur les centres d'innervation du cœur; ces auto-intoxications d'origine digestive sont également très redoutables en raison des scléroses viscérales, rénale et surtout hépatique, dont elles semblent bien être souvent le point de départ, et qui jouent si grand rôle dans la symptomatologie des cardiopathies chroniques. Enfin la théorie la plus généralement adoptée à l'heure actuelle, et qui s'appuie sur l'autorité de M. Potain, admet l'existence d'un réflexe qui, parti du tube digestif, détermine le spasme des capillaires du poumon, conséquemment une tension exagérée dans le système de l'artère pulmonaire et enfin la dilatation du cœur droit. Que conclure de tout ceci, si ce n'est, avec Vaquez, « que les règles générales de l'alimentation chez les cardiaques doivent nous engager à proscrire tout aliment capable de surcharger ou de distendre l'estomac, d'y déterminer des fermentations anormales, ou de provoquer des troubles réflexes de quelque intensité? »

Nous pouvons maintenant esquisser les règles pratiques d'un régime alimentaire quotidien. Tout d'abord il convient de bien pénétrer le malade de la nécessité qu'il y a pour lui à éviter les repas copieux et les digestions laborieuses qui en sont la suite habituelle. C'est là en effet le point capital de toute l'alimentation; ainsi seront prévenues la stase gastrique, la tendance à l'obésité, les auto-intoxications d'origine intestinale sur lesquelles nous insistions plus haut. Les repas seront donc fréquents et peu abondants; les boissons seront prises avec modération, par doses petites et répétées. Tous les aliments capables de devenir le point de départ d'une fermentation digestive trop prononcée, seront déconseillés : tels les viandes peu cuites ou faisandées, les poissons marinés, les saumures, les conserves, les fromages avancés. Enfin diverses substances se trouvent tout particulièrement contre-indiquées; ce sont le thé et le café qui, chez les cardiaques, sont souvent la cause ignorée des palpitations, et l'alcool sous toutes ses formes, cela va sans dire. Nous pourrions allonger beaucoup la liste des aliments défendus; mais le détail de ces listes varie beaucoup suivant les auteurs qui les donnent. Pour un cas donné, c'est par tâtonnements que l'on arrivera à préciser ce qu'il convient de défendre au malade; il suffira de ne pas perdre de vue les principales idées directrices de cette hygiène.

Quel sera le régime type quotidien d'un cardiaque dans les conditions précisées plus haut? Nous donnerons celui qui est conseillé par Barié et Vaquez. Le malade fera trois repas, celui du soir étant aussi frugal que possible « afin d'assurer au sujet un sommeil réparateur et non troublé » (Barié). Le repas du matin se composera de lait, de laitages, de cacao additionné de pain grillé avec ou sans beurre. Au déjeuner et au dîner, on pourra faire usage de viandes rôties, grillées ou braisées, mais en tout cas très cuites, d'œufs et de poissons à chair blanche. Les poissons à chair rose sont plus difficilement digérés. Les légumes farineux sont pris en purée pour moins surcharger l'estomac. Les fruits et les fromages secs sont permis; les matières grasses, huile et beurre, seront consommées en petites quantité. Les boissons seront prises avec modération; on prescrit d'habitude le vin largement étendu d'une eau faiblement minéralisée : Evian, Alet, Vals (source Saint-Jean). Barié conseille de rationner la quantité de pain et de ne pas dépasser la dose de 200 à 250 grammes par vingt-quatre heures.

Tel est le régime que l'on pourra prescrire dans les conditions que nous avons précisées au début. Toute tendance à l'obésité sera combattue par une plus grande sévérité de régime. Nous avons passé à dessein sous silence tous les régimes systématiques, tels que le régime lacté, la cure de petit lait, la cure de raisins, qui tous semblent répondre à des indications plus spécialisées et ne peuvent guère prétendre devenir le régime quotidien habituel d'un cardiaque à la période de compensation.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, juin et juillet 1900.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La fièvre typhoïde dans les pays chauds (1), par M. Crespin, professeur suppléant à l'École de médecine d'Alger. Préface par le professeur J. Teissier.

Le livre de M. Crespin soulève un certain nombre de questions d'ordre général et très élevé qui intéressent au plus haut titre l'hygiéniste et le médecin.

La fièvre typhoïde est aujourd'hui une affection, dont l'histoire nosographique est parachevée : ses allures cliniques sont bien connues et son diagnostic est devenu d'une précision infaillible. Tout n'a pas été dit pourtant : les types morbides ne sont vrais que pour les milieux où ils ont été observés; on ne saurait donc être trop reconnaissant à ceux qui s'appliquent à étudier les formes variées ou insolites des grandes infections s'attachent à démêler leurs apparences régionales ou cosmiques et arrivent ainsi à démasquer leur véritable nature au milieu des obscurités qui les masquent.

C'est par ce procédé qu'une analyse minutieuse a montré à M. Crespin qu'en Algérie la fièvre typhoïde se présentait souvent sous l'aspect d'une affection hépatique ; bien plus, qu'elle pouvait simuler l'infection paludéenne dans les manifestations cliniques.

C'est encore à cette étude minutieuse des formes cliniques et des expressions symptomatiques variées de la dothiénentérie que M. Crespin doit d'avoir pu traiter la question délicate de la prétendue immunité des Arabes. Deux autres points doivent attirer l'attention du clinicien dans le travail de M. Crespin : c'est, d'une part, la fréquence des accidents nerveux post-infectieux, la manie chronique surtout, survenant chez l'Arabe à la suite de la dothiénentérie, et, d'autre part, l'étude très consciencieuse de la forme typho-malarienne; cette dernière question touche à l'histoire si intéressante des associations microbiennes et des formes cliniques mixtes.

Tous les problèmes soulevés dans le livre de M. Crespin se recommandent à l'attention de l'hygiéniste, du médecin et du thérapeute; car ils touchent aux questions les plus délicates de la pathologie générale et de l'épidémiologie. L'ouvrage, couronné par l'Académie des sciences, est précédé d'une préface de M. le professeur Teissier.

Aide-mémoire de neurologie (2), par Paul Lefert.

M. Lefert s'est efforcé, dans son *Aide-mémoire de neurologie*, de renfermer, de la façon la plus concise et cependant la plus claire, tout ce qu'il faut savoir. Il s'est abstenu des détails superflus pour donner tout le développement nécessaire aux faits importants qu'il est indispensable de connaître. Des notions étiologiques il a élagué les causes sujettes à caution; l'étiologie vraie a été mise au point des recherches les plus récentes. Le plus grand développement possible a été donné à la symptomatologie, dont la connaissance importe au plus haut point. Le diagnostic différentiel a été longuement débattu pour les affections les plus importantes par leur gravité ou leur fréquence. Enfin on a indiqué les modes de traitement les plus fréquemment employés dans les hôpitaux de Paris, par les maîtres actuels de la chirurgie.

Cet aide-mémoire répondra au vœu du médecin qui demande à être tiré promptement d'un embarras de pratique comme à celui de l'étudiant désireux de suivre avec fruit les services hospitaliers.

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-18. Prix : 3 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Traitement de la syphilis (1), par M. Emery, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine. Préface de M. le professeur Fournier.

M. Emery, ancien chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris, a groupé sous une forme succincte toutes les questions qui se rattachent au traitement de la syphilis, et met au point la question si intéressante de la méthode des injections mercurielles hypodermiques.

Voici, du reste, le titre des principaux chapitres : Hygiène du syphilitique, prophylaxie. — Traitement mercuriel : action préventive, accidents et inconvénients; modes d'administration (frictions, méthodes cutanées accessoires, ingestions, injections), avantages et inconvénients, choix du mode d'administration. — Traitement ioduré : traitement général et traitement local des manifestations cutanées et muqueuses. — Médications auxiliaires. — Traitement de la syphilis infantile.

Ce volume est précédé d'une préface de M. le professeur Alfred Fournier qui le juge ainsi : « Ce petit volume sera utile aux praticiens et aux élèves qui, les uns, ont déjà trop à faire et les autres trop à apprendre pour lire les gros volumes consacrés au traitement de la syphilis. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 19 AU 24 NOVEMBRE 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 19 NOVEMBRE, à une heure. — 5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Reclus et Lejars ; — (2e série) : MM. Delens, Segond et Walther ; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Méry; — M. Legueu, suppléant.

MARDI 20 NOVEMBRE, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Dieulafoy, Charrin et Thiroloix; — (2e série) : MM. Cornil, Roger et Marfan ; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Richelot et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : MM. Debove, Chauffard et Achard ; —(2e série) : MM. Joffroy, Vaquez et Dupré ; — M. Faure, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich ; — M. Gley, suppléant.

MERCREDI 21 NOVEMBRE, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salles nos 2 et 3* : MM. Ch. Richet, Launois et Desgrez ; — M. Retterer, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Segond, Delbet et Mauclaire; — (2e série) : MM. Reclus, Reynier et Walther; — M. Sébileau, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Heim, suppléant.

JEUDI 22 NOVEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire (ancien régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Schwartz, Poirier et Faure.

3e (2e partie, ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Hutinel, Teissier et Thiroloix.

4e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Proust, Chauffard et Vaquez; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 23 NOVEMBRE, à une heure. — 4e (ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Gley et Gilles de la Tourette; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* (1re série) : Landouzy, Gaucher et Wurtz ; — (2e série) : MM. Brissaud, Teissier et Méry; — M. Legueu, suppléant.

SAMEDI 24 NOVEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire (nouveau régime), *Ecole pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Hartmann et Thiéry.

(1) In-16. (Actualités médicales.) Prix : 1 fr. 50 — Paris, J.-B. Baillière et fils.

3e (2e partie, nouveau régime) : MM. Chantemesse, Blanchard et Ménétrier ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (2e partie), *Necker* (1re série : MM. Raymond, Marfan et Achard ; — (2e série) : MM. Joffroy, Roger et Dupré ; — M. Albarran, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Bar.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — ANATOMIE. — Séance du 10 novembre : MM. Gernez, 14 ; Teissier, 12 ; Guénot, 11 ; Jamet (Julien), 10 ; Dieu, 9 ; Degrais, 6 ; Matzoukis et Ollier, 4 ; Labadie-Lagrave, 2.

MM. Barcat et Préciado sont excusés et remis à la fin.

PATHOLOGIE. — Séance du 9 novembre : MM. Blondin et Vitry, 14 ; Quillier, 12 ; Jacquemin et de Lacombe, 11 ; Cauzart et Renaud (Maurice), 8 ; Billon, 1.

Séance du 10 novembre : MM. Simon, 14 ; Gauckler, 13 ; Boidin, 12 ; Pathault, 11 ; Cauchoix, 10 ; Bour, 9 ; de Saint-Mathieu, 7 ; Mlle Iscovesco, 4.

Hôpitaux de province. — *Nantes.* — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Moisnard, Gabriel Bossis, Lumineau, Giraudeau, Blanchard, Cesbron et Favreul, comme internes titulaires, et de MM. Henouët et Eugène Bossis, comme internes provisoires.

Le concours de l'externat s'est torminé par la nomination de MM. Roberdeau, Luneau, Horeau, Sédille, René Lerat, Barré, Gleises, Ménard, Maisonneuve, Fonteneau, Doucet, Billaud, Mlle Homery, MM. Mahot, Thiboult et Georges Lerat.

Le prix Malherbe (d'une valeur de 500 francs), don de M. le docteur Émile Cossé, a été décerné à M. Moisnard.

Les deux prix dits de « la ville de Nantes », legs de M. Emile Cossé, sont accordés, le premier (d'une valeur de 200 francs), à Mlle Coutant ; le deuxième (d'une valeur de 100 francs), à Mlle Boineau.

Facultés de province. — *Nancy.* — La séance solennelle de rentrée a eu lieu jeudi dernier à la salle Poirel. Le discours d'usage a été prononcé par M. Godfrin, professeur à l'École supérieure de pharmacie, qui a parlé, dans un langage net, précis et frappé d'un esprit scientifique élevé, des « Progrès de la botanique dans ce siècle ».

Voici la liste des récompenses :

Prix d'anatomie : non décerné ; mention honorable, M. Baumann.

Prix de physiologie : M. Chéry ; mention honorable, M. Grosjean.

Prix de médecine : non décerné.

Prix de chirurgie : M. Engel.

Prix de l'internat (fondé par le docteur Bénit) : M. Fruhinsholz.

Prix de thèse : partagé entre MM. Thiry et Spillmann ; 1re mention très honorable, médaille de bronze, M. Goss ; 2e mention très honorable, M. Henry ; mentions honorables, M. Abt, Mlle Nevenka Azmanova ; MM. Desjardin, Guental ; Mlle Kalina Kovatcheva ; MM. Mathieu, Reny, Sogniès et Voinot.

Prix Albert Heydenreich-V. Parizot : M. Michel.

Écoles de médecine. — *Nantes.* — Les concours pour les prix ont donné les résultats suivants :

Année préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles : 1er prix, M. Jossu ; 2e prix, M. Brillouet ; accessit (livres), M. Dupin.

Première année (nouveau régime) : 1er prix, M. Mallet ; 2e prix, M. Barré.

Deuxième année (nouveau régime) : 1er prix, M. Moisnard ; 2e prix, M. Castagnary ; 1er accessit (livres), M. Cesbron ; 2e accessit (sans livres), M. Le Ridant.

Prix de clinique : 1er prix (avec félicitations), M. Leguyer.

Prix Marcé (d'une valeur de 600 francs), don de M. le docteur Émile Cossé, M. Leguyer ; accessit (livres), Mlle Eudel.

Rennes. — Un concours pour un emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales. Les professeurs suppléants sont nommés pour neuf ans, leur traitement annuel est de 2000 francs ; ils sont chargés, s'il y a lieu, de remplacer les professeurs titulaires, ils prennent, en outre, une part active à l'enseignement et font des cours complémentaires. — Ce concours sera ouvert devant la Faculté de médecine de Paris, le 8 juillet 1901.

Marine. — M. le docteur Ribes, ancien aide-médecin de la marine, a été nommé, dans la réserve de l'armée de mer, au grade de médecin de deuxième classe et affecté au port de Toulon.

— M. Mathé, médecin de première classe, vient d'être promu au grade de médecin principal, en remplacement de M. Jeaugeon, retraité.

— MM. les médecins de deuxième classe Beguin, Rigaud et Autric ont été promus au grade de médecin de première classe, en remplacement de MM. les docteurs Mathé, Bourguignon et Ourse.

— M. le médecin principal Cantellaune, du cadre de Rochefort, est désigné pour embarquer sur la *Bretagne* (école des mousses), en remplacement de M. le docteur Mercier.

— M. le médecin principal Thémoin, du cadre de Lorient, actuellement sur le *Charles-Martel* (escadre de la Méditeranée), et M. Robert, officier du même grade au cadre de Toulon, embarqué sur la *Melpomène*, sont autorisés à permuter.

— M. Mathé, promu au grade de médecin principal, est affecté au cadre de Brest.

M. Béguin, promu au grade de médecin de première classe, est maintenu au service des troupes à la Martinique.

MM. les médecins de première classe Rigaud et Autric, nouvellement promus, sont affectés au port de Cherbourg.

M. le médecin principal Millon, du cadre de Brest, passe, sur sa demande, au cadre de Lorient.

M. le médecin de première classe Borius, du cadre de Cherbourg, passe, sur sa demande, au cadre de Brest.

Contre la variole. — La préfecture de police vient de faire placarder à Paris l'affiche ci-après :

« En présence de l'augmentation du nombre des cas de variole à Paris, le préfet de police, sur l'avis du comité permanent de défense contre les épidémies, rappelle au public que la vaccination et la revaccination sont les seuls moyens d'arrêter la propagation de la maladie.

La variole se manifeste à tout âge : les opérations vaccinales même renouvelées, ne confèrent qu'une immunité temporaire dont la durée est amoindrie en temps d'épidémie.

Les personnes qui ont été vaccinées ou revaccinées, même avec succès, il y a plus de six ans, ne doivent pas hésiter à se faire vacciner à nouveau. »

Suit un tableau indiquant les lieux, jours et heures des vaccinations et revaccinations gratuites dans chaque arrondissement.

Faculté de médecine de Paris. — *Laryngologie, rhinologie et otologie.* — Des exercices pratiques (sous la direction de M. Castex, assisté de MM. Collinet, Rabé et Mesnard, anciens internes des hôpitaux) auront lieu toute l'année, sans interruption. Examen et traitement des malades tous les jours, de trois à cinq heures. Le droit à payer pour chaque série d'exercices est de 50 francs. Sont admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, guichet n° 1, les lundis, mardis, jeudis et samedis de chaque semaine, de midi à trois heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Comment on préserve l'œil du liseur de la myopie, de ses progrès, de ses complications, par le docteur E. ROLLAND, de Toulouse. — *Bulletin d'oculistique*, édit. Toulouse. Brochure de 48 p. avec 4 fig. dans le texte. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, A. Maloine.

Comment on défend la vie humaine contre les traumatismes; la lutte contre les accidents, par MM. les docteurs Marcel BAUDOIN, membre de la Commission des ambulances urbaines, et A. RODIET, des ambulances de la Ville de Paris. Un vol. in-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Édition médicale française, 29, rue de Seine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

LE MERCREDI 12 DÉCEMBRE 1900

à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, à l'adjudication, au rabais, et sur soumissions cachetées, en 63 lots, des fournitures *de substances pharmaceutiques et produits chimiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des Hôpitaux et Hospices civils pendant l'année 1901.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, 3, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

N° 130. — JEUDI 15 NOVEMBRE 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 15 NOVEMBRE 1900. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — L'ECZÉMA SÉBORRHÉIQUE D'UNNA; CE QU'IL ÉTAIT; CE QU'IL EN RESTE AU POINT DE VUE CLINIQUE, par M. Léon PERRIN, chargé du cours de dermatologie à l'École de médecine de Marseille. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — MÉDECINE PRATIQUE. Le lait considéré comme vecteur du phosphate de chaux, par M. G. VARIOT, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. — REVUE DE LA PRESSE. *Bactériologie :* Méthode simple et pratique pour le diagnostic bactériologique de la diphtérie; — *Chirurgie :* Emploi du sulfhydrate de calcium comme épilatoire chirurgical; — *Thérapeutique :* Traitement de l'alcoolisme aigu par de hautes doses de digitale. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'ECZÉMA SÉBORRHÉIQUE D'UNNA

CE QU'IL ÉTAIT. — CE QU'IL EN RESTE AU POINT DE VUE CLINIQUE

Par M. Léon PERRIN,
Chargé du cours de dermatologie à l'École de médecine de Marseille.

I

Les affections décrites sous le nom d'eczéma séborrhéique, depuis les remarquables travaux d'Unna, constituent aujourd'hui, plus encore qu'au moment de leur apparition, un groupe de dermatoses des plus discutées et des plus controversées, qu'il s'agisse de leurs relations entre elles et avec les autres maladies de la peau, ou de leur pathogénie et de leur nature intime.

C'est qu'en effet, Unna, avec sa conception de l'eczéma séborrhéique (1), a révolutionné toute l'ancienne dermatologie. Pour lui, la plupart des eczémas sont de nature séborrhéique : l'eczéma séborrhéique est le type de l'eczéma, et il y englobe toutes les séborrhées anciennes, le pityriasis capitis, les dartres volantes de la face, les eczémas acnéiques, les pityriasis rubra disséminés, l'acné rosacée, une partie des psoriasis.

Les vieux critériums cliniques n'existent plus pour Unna; le mot *eczéma* perd avec lui sa signification ancienne d'affection objectivement vésiculeuse. Il déclare nettement d'ailleurs que l'eczéma n'est plus une affection vésiculeuse : la vésicule s'observe quelquefois dans l'eczéma mais pas constamment, la vésicule n'est pas nécessaire pour que l'eczéma existe. Il n'y a pas pour lui de critérium objectif, l'eczéma est toujours une affection chronique, présentant un polymorphisme éruptif, qui tient d'une part aux régions où siège l'eczéma et d'autre part à l'influence du terrain dont l'action est manifeste sur la genèse des éruptions, sur leur évolution, sur leur intensité.

Deux points dominent d'après Unna : l'histoire de l'eczéma séborrhéique, l'existence d'un élément parasitaire dans sa constitution et le rôle que joueraient les sécrétions cutanées. Comme critériums définitifs de toute la série des éruptions eczématiques, il ne reconnaît qu'un critérium histologique, la parakératose, et un critérium étiologique, le morocoque, qui est le microbe pathogène de tout eczéma.

On ne pouvait être plus précis, aucune théorie n'était plus séduisante ; avec elle tout paraît simple et facile : l'eczéma séborrhéique, ainsi considéré, constituait un groupe parfaitement autonome et parfaitement indépendant.

II

Accueillie par quelques-uns avec faveur, cette théorie a depuis deux ans perdu de plus en plus d'adeptes ; de nombreux auteurs lui ont fait des objections d'ensemble ou de détail. Les divers travaux des critiques ont eu pour but de rechercher d'une part si la parakératose est vraiment une lésion assez spéciale pour pouvoir être prise pour un critérium et d'autre part si la valeur pathogène du morocoque est réelle.

Tous ceux qui ont vérifié les particularités anatomo-pathologiques avancées par Unna déclarent que les lésions de l'eczéma séborrhéique et en particulier l'état spongoïde, la vésiculation, la parakératose se rencontrent dans la plupart des lésions cutanées. Ce n'est pas, en effet, seulement dans l'eczéma vrai, dans le pityriasis capitis, dans la séborrhée du corps, dans le psoriasis, dans le pityriasis rubra pilaris, etc., que l'on observe de la parakératose; mais encore dans le pityriasis rosé de Gibert, dans toutes les érythrodermies exfoliantes, dans l'ichthyose, dans certaines syphilides, dans certaines trichophyties de la peau, etc.

Quant à la théorie du morocoque, agent pathogène de l'eczéma, elle s'est effondrée complètement : la plupart des bactériologistes dénient au morocoque une action spécifique; il ne constituerait pas même pour eux une espèce distincte, mais une variété de staphylocoque (Sabouraud). L'eczéma aigu d'inoculation, qu'Unna considérait comme le type même de l'inoculation morococcique, n'est pas, au point de vue objectif, de l'eczéma vrai ; c'est une forme morbide spéciale tout à fait analogue comme aspect à ce que l'on appelle l'impétigo vésiculeux ou bulbeux, l'impetigo contagiosa de Tilbury Fox.

(1) Je me fais un devoir et un plaisir de signaler les nombreux emprunts que j'ai faits, dans la première partie de cet article, au mémoire de mon excellent maître et ami, M. Brocq, « sur la question des eczémas ». Ce travail considérable restera comme un chef d'œuvre de critique, de discussion et d'exposition. (*Ann. de dermat.*, janv.-fév.-mars 1900.)

Le Congrès de dermatologie de 1900 rappellera la date de la faillite du morocoque; Unna lui-même a déclaré qu'il n'accorde plus au morocoque qu'un rôle dans certaines formes eczématiques rares, du type eczéma sec. Il a fait connaître qu'il avait trouvé 23 espèces micrococciques dans tous les eczémas; parmi celles-ci douze n'ont aucune action pathogène, car leur inoculation sur la peau reste négative, onze ont une action positive. Pour Unna, l'eczéma constitue un groupe d'infections superficielles.

La plupart des membres du Congrès ont paru opposés à cette conception. D'après MM. Brocq, Veillon, Sabouraud, etc., les lésions de l'eczéma vésiculeux commun sont essentiellement amicrobiennes; l'infection de la vésicule est inconstante et doit toujours être considérée comme secondaire.

III

Si la conception d'Unna, conception d'abord uniciste, monomicrobienne, spécifique, si l'eczéma morococcique a vécu au point de vue histologique et pathogénique, doit-on conserver, au point de vue clinique, le type morbide établi par Unna? Telle est la question que nous devons discuter.

Nous ne voulons pas, en effet, aborder, dans ce travail, les importants problèmes qui sont actuellement soulevés au sujet de l'eczéma séborrhéique. Ces problèmes peuvent être posés de la manière suivante : *Sont-ce des eczémas, des dermatoses pures, des dermatoses mixtes? L'eczématisation est-elle chez eux une maladie surajoutée ou fait-elle partie intégrante du processus? Faut-il en distinguer un type unique? Faut-il distinguer plusieurs types morbides à part dans ce groupe? etc.*

Ces discussions un peu subtiles peuvent et doivent passionner les dermatologistes, mais ce qui intéresse le grand public médical, c'est de savoir s'il peut conserver les faits cliniques, les dermatoses qu'on lui a appris à connaître dans le groupe de l'eczéma séborrhéique.

Ces dermatoses ne sont, sans doute, ni des eczémas véritables ni des affections séborrhéiques. Elles ont cependant de fréquents rapports avec les séborrhées, quoique ces rapports ne soient pas constants (la séborrhée peut, en effet, faire totalement défaut); d'autre part, si ces eczémas séborrhéiques ne sont pas des eczémas vrais, on ne peut nier que l'eczématisation ne joue un rôle considérable dans leur évolution. Aussi, en attendant une meilleure dénomination que le terme d'eczéma séborrhéique qui paraît consacrer une double erreur, peut-on désigner sous ce terme un groupement d'affections qui présentent un aspect clinique et une thérapeutique a part. Il constitue actuellement ce qu'il reste de l'eczéma séborrhéique qu'Unna avait cru édifier comme un véritable type morbide, autant au point de vue clinique qu'au point de vue histologique et étiologique.

IV

Les faits cliniques qui subsistent sont les suivants : 1° l'eczéma dit séborrhéique a son point de départ presque toujours au cuir chevelu, puis viennent par ordre de fréquence la région auriculo-mastoïdienne, le bord des paupières, une des régions du corps riches en glandes sudoripares, creux axillaire, pli cruro-scrotal, quelquefois un ancien placard d'eczéma sec; 2° la restitution et le maintien dans leur intégrité de ces diverses régions, sources de l'eczéma, peuvent seules garantir le sujet contre les rechutes et les récidives.

Le fait du point de départ de la maladie au niveau d'un ancien placard d'eczéma sec n'est pas très connu. Nous en avons pourtant observé un certain nombre de cas bien nets. Le plus souvent, ce placard primitif est de petite dimension, plus ou moins prurigineux, la peau a une coloration jaunâtre, et quoique pouvant être situé en une région quelconque du corps, il siège le plus souvent sur les jambes à leur partie inférieure et antérieure. C'est de cette plaque primitive, que peut se produire dans les diverses régions du corps, une poussée plus ou moins étendue d'eczéma squameux ou suintant, disséminé, caractérisé par des surfaces limitées ou diffuses. Une fois la poussée guérie, la plaque qui paraît avoir été le foyer initial reste en activité, est rebelle et ne disparaît que difficilement par des applications médicamenteuses prolongées, telles que l'huile de cade et les préparations hydrargyriques.

Mais c'est l'état séborrhéique du cuir chevelu qui paraît être dans le plus grand nombre des cas la cause des transmissions sur d'autres parties des téguments et reste le siège principal de la maladie. On constate au cuir chevelu soit de la séborrhée simple avec ou sans eczématisation bien manifeste, soit une alopécie d'origine séborrhéique plus ou moins complète avec de l'hyperidrose et souvent quelques placards limités, ovalaires, érythémato-squameux ou croûteux sur les régions pariéto-temporales et occipitales encore recouvertes de cheveux.

Que le cuir chevelu présente un degré plus ou moins marqué de séborrhée ou d'alopécie, il est fréquent de trouver chez les malades atteints d'eczéma séborrhéique, de la séborrhée des régions sourcilières, de la face au niveau de la lèvre supérieure, dans les sillons naso-géniens, de la blépharite eczémateuse ou ulcéreuse et croûteuse de date plus ou moins ancienne. On observe aussi souvent une coloration jaunâtre péri-buccale, entourant les parties latérales du nez, de la bouche et du menton comme deux croissants à concavité interne.

Quel que soit le point de départ de l'eczéma séborrhéique, un des types les plus fréquents est celui qui est localisé au cuir chevelu, à la bordure du front et aux oreilles, présentant dans ces diverses régions les variétés squameuse ou croûteuse ou suintante. Mais il n'est pas rare de voir la maladie s'étendre, et tout en restant en activité dans ses premiers sièges, gagner le cou, les creux axillaires, l'ombilic, les parties supérieures des cuisses, les régions cruro-scrotale, pubienne, périnéale, interfessière, les plis des coudes, les creux poplités. Sur le reste du corps, on trouve des taches discoïdes ou ovalaires plus ou moins étendues, discrètes ou confluentes sur le tronc, les membres, tandis qu'au niveau des régions palmaire et plantaire existent des placards squameux ou cornés. Dans ces cas très étendus, il est assez curieux de signaler l'absence fréquente de l'eczéma circiné et marginé sternal et interscapulaire, qui, dans l'eczéma séborrhéique, représente cependant un type clinique indiscutable.

Au lieu de localisations multiples, l'eczéma séborrhéique peut siéger uniquement aux oreilles (conque, conduit auditif externe) et s'étendre ou non à la région auriculo-mastoïdienne, qui est fréquemment le siège de fissurations plus ou moins persistantes : sa limitation très nette des lésions est remarquable dans ces faits. Il peut exister en même temps un léger degré de blépharite, une surface érythémateuse recouverte de croûtes grasses à la partie interne des sourcils, des placards symétriques de même aspect sur la face latérale du nez, sur la lèvre supérieure avec ou sans rou

geur. D'autres fois, les lésions sont surtout accentuées au niveau des régions pilaires et variables, depuis la desquamation pityriasique la plus légère, jusqu'aux concrétions squameuses et au suintement eczématique avec pustules, infiltrations dermiques, etc.

Chez la femme et la jeune fille, une forme fréquemment observée est constituée par quelques plaques furfuracées, dartreuses, avec ou sans lésions acnéiques, et même l'acné rosée eczématique. Quelquefois, ces éruptions érythémato-squameuses forment des placards étendus, péri-buccaux, occupant les joues jusqu'au menton, et dans un certain nombre de cas, nous avons constaté chez ces malades de la glossite exfoliatrice marginée, l'eczéma en aires, de M. E. Besnier. En voici un exemple : fillette âgée de dix ans, atteinte d'une glossite exfoliatrice marginée et d'un placard limité, érythémateux, furfuracé, siégeant sur la joue, à l'angle externe de la bouche; le père de cette malade avait de la séborrhée du cuir chevelu avec alopécie et de l'eczéma présternal et interscapulaire.

Enfin, une localisation relativement fréquente chez la femme est l'affection lamelleuse, exfoliante, fissurée qui atteint la partie exposée des lèvres supérieure et inférieure. C'est souvent la seule manifestation apparente avec l'état séborrhéique du cuir chevelu; elle se rencontre chez des femmes et des jeunes filles nerveuses, impressionnables.

Après les localisations de la face, les types que l'on rencontre sont sur le tronc, les eczémas des régions axillaires, souvent compliquées d'idrosadénites, les eczémas du sein (aréole etmamelon), de l'ombilic. Ce dernier existe le plus souvent en même temps que celui des plis génito-cruraux, du pubis, du périnée, des fesses, occupant les régions couvertes par le caleçon de bain (eczéma en forme de caleçon).

Au niveau des membres, les eczémas des plis des coudes, de la face dorsale des avant-bras, des mains, des doigts, ceux des creux poplités, de la face antérieure des jambes sont fréquemment observés à l'état isolé. Il en est de même des déterminations à la paume des mains et à la plante des pieds, au niveau des ongles, coïncidant avec quelques placards siègeant dans quelques-unes des régions de prédilection de l'eczéma séborrhéique.

Chez l'enfant, et en particulier chez le nourrisson, l'affection présente quelques caractères spéciaux. Elle succède ordinairement aussi à la séborrhée du cuir chevelu : sur le vertex, l'exsudat est concrété en croûtes d'un jaune sale, d'aspect graisseux, qui agglutine les cheveux; au visage, le pourtour des yeux, le nez, la bouche sont respectés, mais la face est recouverte comme d'un masque dont on aurait enlevé le milieu. L'eczématisation atteint fréquemment les oreilles et le cou ; elle reste d'ordinaire limitée à ces régions, toutefois elle peut s'étendre auxmembres, au tronc, et procéder parfois avec une symétrie parfaite à la face comme aux membres. L'affection, souvent très prurigineuse, devient le siège d'excoriations, d'ulcération sd'infection secondaire : pustules d'impétigo à la limite ou à une plus ou moins grande distance des placards eczémateux, impétiginisation de ceux-ci, pyodermites, adénites.

L'infection secondaire ne reste pas toujours limitée à la surface du corps ; elle peut engendrer des septicémies graves, quelquefois suraiguës et tuant les enfants en deux ou trois jours; des complications viscérales aussi peuvent survenir, les plus communes sont la broncho-pneumonie, la néphrite, quelquefois des accidents cérébraux.

Dans ces faits, l'eczéma peut disparaître rapidement. S'agit-il alors des soi-disant métastases? Il est plus probable que la dermatose doit être considérée comme ayant servi de porte d'entrée ou de foyer initial à une infection plus ou moins généralisée.

V

Quels que soient le siège, l'étendue des localisations de l'eczéma séborrhéique chez l'adulte ou les nourrissons, on retrouve dans les manifestations cutanées un certain nombre de caractères communs; à savoir :

1° Une limitation assez précise des lésions sous forme de contours arrondis ou polycycliques, de disques et de cercles; une extension centrifuge.

2° Une coloration jaunâtre que l'on constate fréquemment après la guérison.

3° Trois variétés de lésions : *a.* variété *squameuse*, dans laquelle les caractères inflammatoires sont très peu marqués; il y a, en effet, entre certaines séborrhées sèches et certains eczémas secs une telle identité morphologique que toute distinction disparaît; au cuir chevelu et à la face surtout il est souvent difficile de dire si l'altération cutanée que l'on observe est un eczéma ou une séborrhée; — *b.* variété *érythémato-croûteuse*, dans laquelle les croûtes graisseuses sont accumulées, les signes de dermite sont évidents; — *c.* variété *humide et suintante*, fréquente chez l'enfant, la femme. On peut trouver ces diverses variétés de lésions sur un même malade, suivant le degré d'inflammation des placards des diverses régions atteintes.

4° L'odeur qu'exhale le suintement, l'épaisseur, la teinte jaune, la friabilité, l'état graisseux des squames.

L'exsudat est, en effet, *graisseux* dans cette espèce morbide d'eczéma (ce terme est préférable à celui de séborrhéique). C'est une hyperexcrétion graisseuse manifeste, qu'elle vienne des glandes sébacées ou des glandes sudoripares, ou de la désintégration du stratum corneum ; ou, ce qui est le plus probable, qu'elle procède de ces trois origines. Cette hyperexcrétion graisseuse et sudorale est-elle la cause ou la conséquence de la dermite eczémateuse? La question est encore discutée; mais il reste acquis que, dans le cuir chevelu, dans les régions axillaires, génito-crurale, par exemple, à la suite d'exercices violents, quand la sécrétion devient très abondante, apparaissent sur les surfaces de contact des éruptions prurigineuses, eczémateuses, à marche rapidement progressive, serpigineuse. Ce sont les mêmes régions qui sont le point de départ et la source de l'eczéma des autres parties des téguments.

Au point de vue étiologique, on retrouve fréquemment, chez les malades atteints d'eczéma séborrhéique, des manifestations séborrhéiques antérieures, soit dans leurs antécédents personnels, soit chez leurs ascendants. En ce qui concerne les antécédents personnels, ces malades ont eu dans la première enfance « des croûtes de lait, la rasquette », noms vulgaires désignant dans nos régions l'eczématisation du cuir chevelu, de la face, des membres, qui a débuté dans les premiers mois de la vie et a persisté avec des alternatives d'accalmie et d'exacerbation pendant la première et même la seconde enfance, se compliquant sur certains placards de lichénifications plus ou moins marquées. Dans la seconde enfance la chevelure est abondante, mais le cuir chevelu est le siège d'un état séborrhéique manifeste, « les pellicules sont en plus ou moins grande quantité. » Après des maladies fébriles intercurrentes (rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, etc.), les cheveux sont tombés, et

après cette alopécie de cause générale, ils n'ont plus repoussé aussi fournis. Enfin à l'âge adulte, la chute des cheveux a été précoce sur la partie antéro-supérieure du crâne c'est l'alopécie prématurée, idiopathique des anciens auteurs. Ces malades, candidats à l'eczéma séborrhéique, présentent fréquemment des croûtes grasses dans les régions sourcilières, de la blépharite et une irritation des conjonctives; ils ont de l'hypéridrose du crâne, du front, et après quelque exercice un peu violent, il survient sur les surfaces de contact (aisselles, plis génito-cruraux, etc.), des éruptions prurigineuses à extension centrifuge.

Au point de vue de l'hérédité, il est fréquent d'observer chez le père la calvitie précoce, le crâne glabre, brillant, sclérosé, et chez la mère de l'acné rosacée plus ou moins marquée, etc.

Tels sont les faits cliniques que l'on constate d'une manière banale en pratique; Unna les a groupés sous la dénomination d'eczéma séborrhéique; ne méritent-ils pas d'être conservés au point de vue clinique, quelle que soit leur pathogénie, d'autant plus que leur thérapeutique présente des indications spéciales? Ce sont, en effet, les préparations à base de soufre, d'acide salicylique, de résorcine, d'huile de cade, etc., qui forment la base du traitement; l'individu qui a eu une fois de l'eczéma séborrhéique doit observer des précautions d'antisepsie externe et tenir son cuir chevelu dans un état de propreté absolue.

MÉDECINE PRATIQUE

Le lait considéré comme vecteur du phosphate de chaux.

Par M. G. Variot,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Parmi les préparations officinales le plus communément maniées dans la thérapeutique infantile, les sirops et les solutions diverses de phosphate de chaux tiennent une grande place.

Rappelons que le sirop de chlorhydro-phosphate de chaux du *Codex* est préparé avec du phosphate bicalcique, dissous par l'acide chlorhydrique et aromatisé avec de l'alcoolature de citron.

Une cuillerée à soupe de 20 grammes de ce sirop contient 25 centigrammes de phosphate bicalcique.

La dose quotidienne habituelle de ce sirop est de deux cuillerées à soupe par jour, quelquefois trois pour les enfants plus âgés.

Le sirop de lacto-phosphate de chaux du *Codex* est préparé comme le précédent en remplaçant l'acide chlorhydrique par l'acide lactique; enfin le sirop de biphosphate de chaux s'obtient comme les deux premiers en employant l'acide phosphorique.

La posologie et les doses des sirops de lacto-phosphate et de biphosphate sont les mêmes que pour le sirop de chlorhydro-phosphate de chaux.

Les mêmes sels de chaux sont aussi employés en solutions, dont chaque cuillerée à soupe de 15 grammes contient 25 centigrammes de phosphate bicalcique. Enfin il existe de nombreuses spécialités, phosphates gélatineux, ou plus récemment glycéro-phosphates, etc., auxquelles les praticiens donnent parfois la préférence.

Toutes les préparations que je viens d'énumérer ont leurs avantages, sont bien supportées, ne déterminent pas de troubles gastro-intestinaux et les sirops surtout sont absorbés volontiers par les enfants.

Mais il est une manière plus simple et plus naturelle de faire prendre aux enfants des doses fixes de phosphates terreux sans recourir à la pharmacologie. Dans les laits de bonne qualité frais ou stérilisés, l'analyse chimique décèle environ 4 grammes de phosphate de chaux par litre et parfois même ce chiffre est dépassé. Est-il besoin de faire remarquer que les phosphates sont là, incorporés aux albuminoïdes du lait sous la forme la plus assimilable que l'on puisse souhaiter. Nous en avons la preuve dans la manière dont les nourrissons allaités artificiellement utilisent ces phosphates pour le développement de leur squelette et leur croissance.

Quoi que l'on ait pu dire, les enfants nourris artificiellement jusqu'à la dentition avec du bon lait, non suralimentés, ne sont jamais rachitiques : la formation de leurs os est tout à fait normale : j'en ai eu la preuve sur plusieurs centaines de nourrissons que j'ai surveillés au dispensaire de Belleville. Bien plus, en donnant du bon lait à des enfants rachitiques, j'ai vu généralement céder les déformations des épiphyses quand elles existaient.

Il y a trois ans, j'ai présenté, à la Société des hôpitaux de Paris, une famille de trois frères rachitiques et impotents quand on les a amenés à l'hôpital Trousseau, et que j'ai guéris en leur faisant prendre pendant une année un litre de lait stérilisé pour chaque enfant.

Un litre de bon lait stérilisé représente 4 grammes de phosphate de chaux; il m'eût fallu donner à chacun de ces enfants quotidiennement 16 cuillerées à soupe de sirop de chlorhydro-phosphate de chaux pour arriver à la même dose de phosphate. Si l'on veut y réfléchir un instant, on reconnaîtra qu'un enfant qui prend un verre de lait, absorbe *ipso facto* près de 1 gramme de phosphate de chaux : un demi-verre de lait équivaut à deux cuillerées à soupe de sirop, contenant 25 centigrammes de phosphate chacune.

Le lait est donc certainement la meilleure de toutes les préparations de phosphate de chaux; les sels, on ne saurait trop le redire, y sont sous la forme la plus assimilable puisqu'ils entrent dans la composition moléculaire intime de ce liquide nutritif. Aussi dans ma pratique personnelle, à moins que les enfants ne refusent de prendre le lait, ce qui est rare, je donne toujours la préférence au lait sur les préparations officinales de phosphates.

Il est bien aisé de faire prendre même à un enfant sevré un demi-litre de lait en vingt-quatre heures; il prendra ainsi autant de phosphate de chaux que si on lui administrait huit cuillerées à soupe de sirop.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(13 novembre 1900)

M. Roux a présenté le nouveau volume de M. Vallery-Radot sur Pasteur : « De tous les monuments, a-t-il dit, qui ont été élevés et qui seront encore élevés à la mémoire du maître, il n'en est pas de plus touchants que ce récit, simple et sincère, de la vie privée de Pasteur, de ce génie qui fut un homme excellent. » La présentation de M. Roux a été accueillie par des marques unanimes d'approbation.

La séance a été presque entièrement consacrée à des présentations et à des rapports de prix. Nous n'avons à signaler qu'une seule communication, celle de M. Variot sur l'**utilité d'un biberon gradué pour l'allaitement artificiel des enfants.** M. Variot a raison d'insister sur ce fait, que l'un des grands écueils dans l'élevage des enfants est la suralimentation. Dans la pratique, n'avons-nous pas à lutter chaque jour contre la manie qu'ont toutes les jeunes mères de suralimenter leurs enfants? N'est-ce pas là la cause principale de ces entérites, qu'on observe si fréquemment chez les enfants? Le biberon gradué de M. Variot répond donc à un besoin et comble heureusement une regrettable lacune. Sur ce biberon sont inscrites les doses de lait stérilisé qui doivent être administrées à l'enfant suivant son âge. Il n'y

a donc plus d'erreurs possibles, et cette graduation physiologique de l'alimentation de l'enfant constitue un réel progrès.

REVUE DE LA PRESSE

BACTÉRIOLOGIE

Méthode simple et pratique pour le diagnostic bactériologique de la diphtérie (O. Casagrandi). — On commence par préparer le milieu suivant :

Urine (D = 1020)	100	grammes.
Glycérine	6	—
Peptone ou extrait de viande Liebig	1	—

On le fait bouillir une heure et, après refroidissement, on le passe sur un filtre de papier et on le distribue dans des éprouvettes stérilisées.

On prépare, d'autre part, des tampons de coton hydrophile, montés sur une baguette de verre ou de bois, qu'on trempe dans du blanc d'œuf, dilué à moitié avec de l'eau distillée.

Quand ils sont imbibés, on les met dans des éprouvettes vides, mais de façon qu'ils ne touchent pas les parois. A cet effet, on applique du coton à l'orifice de l'éprouvette, et à travers ce coton on fait passer le bâton de verre. On le stérilise ensuite par la vapeur d'eau à 100 degrés. L'albumine se coagule alors et transforme le tampon en un morceau cylindrique solide blanc.

Au lit du malade, on apporte au moins deux tampons ainsi préparés et on les introduit dans la gorge.

Avec un des tampons on prépare le spécimen soumis à l'examen microscopique et la substance retirée par l'autre tampon est mise dans un tube contenant le liquide qui sert de terrain de culture. (*Rassegna internazionale della medicina moderna*, 15 mai 1900, et *Arch. gén. de méd.*)

CHIRURGIE

Emploi du sulfhydrate de calcium comme épilatoire chirurgical, par M. Raybaud. — L'auteur publie quelques détails sur l'emploi d'un épilatoire qui peut rendre des services dans certaines circonstances particulières : c'est le sulfhydrate de calcium qui, pour les opérations gynécologiques en particulier, peut être d'un emploi beaucoup plus commode que le rasoir.

Cette substance se prépare de la manière suivante. Additionner deux parties de chaux fraîchement éteinte et décarbonatée et trois parties d'eau ; dans le lait de chaux résultant de ce mélange, faire passer un courant d'hydrogène verdâtre dont l'odeur très spéciale se rapproche de celle de l'hydrogène sulfuré avec une pointe rappelant l'odeur de la plante de basilic.

Ce produit n'est nullement caustique et peut être manipulé sans aucune crainte ; il ne salit pas les mains, à moins qu'elles n'aient été souillées d'un sel comme d'un sel de mercure dont le métal est précipité par l'hydrogène sulfuré.

Il craint la lumière, mais surtout le contact de l'air, dont l'acide carbonique chasse l'hydrogène sulfuré et transforme le sulfhydrate en carbone inactif. Donc il faudra le conserver dans des flacons teintés et bien bouchés.

Le mode d'emploi est des plus simples. Avec une spatule, le manche d'une cuillère, le pavillon d'une sonde cannelée, etc., on étale sur la région à épiler une mince couche de pâte, d'un millimètre à peu près d'épaisseur. On peut, si les poils sont très développés, les couper d'abord aux ciseaux ; mais cette précaution est inutile et il suffit de veiller à ce que la région soit bien entièrement enduite jusqu'à la peau. On attend cinq minutes ; puis, avec de l'eau tiède et un linge, ou un tampon de coton, on lave en frottant un peu. La peau reste entièrement glabre, mieux rasée que par le meilleur rasoir et le plus habile barbier.

La composition n'exerce sur la peau aucune action caustique. Chez toutes les femmes sur lesquelles elle a été employée, on n'a jamais eu à noter la moindre rougeur consécutive à son emploi, ni la moindre cuisson pendant l'application.

La repoussée des poils se fait normalement au bout de quelques jours comme après l'usage du rasoir. Il n'y a pas à craindre d'épilation définitive.

Le sulfhydrate de chaux a, en outre, l'avantage de décaper fortement la peau. A l'hôpital, où nous sommes souvent appelés à opérer d'urgence sur les individus malpropres, une telle qualité n'est pas à dédaigner et facilite singulièrement l'asepsie du champ opératoire.

On peut l'utiliser ainsi dans des cas où il fait réellement merveille chez des individus atteints de phtyrius et ses derniers retranchements sont détruits, sans danger pour le destructeur, sans crainte de retour.

Il y aurait lieu aussi de l'expérimenter dans les maladies de la peau. Dans les affections cutanées des régions pileuses il est souvent bien difficile de se débarrasser des poils qui empêchent d'apprécier exactement les lésions et d'appliquer les topiques utiles. On pourrait, semble-t-il, faire quelques essais dans ce sens. (*Marseille médical*, 1900.)

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'alcoolisme aigu par de hautes doses de digitale. — M. Loomis tire de son étude les conclusions suivantes :

1° L'emploi de hautes doses de digitale dans l'alcoolisme aigu est dangereux ;

2° Les cas où l'on peut donner ce médicament sont ceux où le malade est robuste, jeune, où il n'y a pas de complications et où le délire est violent. Les résultats seront très favorables. Les malades redeviennent calmes, ont un sommeil comme on n'en obtient par aucun traitement ;

3° Si, après l'administration de trois doses, on ne constate pas d'effet narcotique, il ne faut pas continuer ;

4° Le médicament ne répond pas à l'attente dans les cas d'alcoolisme chronique, à un âge moyen ou avancé, chez des sujets anémiques, cachectiques ;

5° Quand les malades s'éveillaient de leur sommeil, ils étaient en un si bon état qu'ils pouvaient quitter l'hôpital, c'est là un fait à remarquer, car la convalescence demande habituellement deux ou trois jours. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, et *Courrier méd.*, oct. 1900.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie des voies urinaires (1), par M. Pauchet, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, chirurgien des hôpitaux d'Amiens.

La chirurgie joue actuellement un rôle actif dans la thérapeutique des affections des voies biliaires. Qu'il s'agisse de faire disparaître des accès répétés de coliques hépatiques, de lever un obstacle au cours de la bile chez un sujet ictérique, ou de drainer la vésicule chez un malade atteint d'une affection de l'arbre biliaire, les indications opératoires sont multiples. Jusqu'ici, les traités de pathologie médicale, tout en signalant au médecin le rôle du chirurgien, n'insistaient pas assez sur l'instant opportun de l'acte opératoire. Aujourd'hui encore, les malades ne sont amenés à une intervention qu'après avoir épuisé toutes les ressources du traitement médical. Les insuccès qui assombrissent les statisti-

(1) In-16, 95 p., avec fig. Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ques n'ont d'autre cause que ces interventions trop tardives, pratiquées chez des sujets intoxiqués par la résorpption biliaire, chez lesquels la cellule hépatique a partiellement perdu sa fonction et dont la vitalité est amoindrie. M. Pauchet publie, dans les *Actualités médicales*, une intéressante monographie où il signale les affections de l'arbre biliaire qui peuvent nécessiter l'intervention du chirurgien et insiste sur les symptômes spéciaux qui révèlent l'opportunité opératoire.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

452. M. Chevalier. De l'appendicite pelvienne.— 453. M. Trolley. De la péritonite tuberculeuse de la région ilio-cæcale. — 454. M. Lemesle. Contribution à l'étude des psychoses post-opératoires. — 455. M. Couraye. Contribution à l'étude du traitement de l'empyème du sinus maxillaire. — 456. M. Jullian. Troubles du goût et de l'odorat dans le tabès. — 457. M. Broussais. Du traitement conservateur de la coxalgie infantile. — 458. M. Champagnat. Du traitement des douleurs thoraciques chez les tuberculeux pulmonaires. — 459. M. Brunat. De l'angine de poitrine dans ses rapports avec le diabète. — 460. M. Milanoff. Étude de la douleur et quelques autres symptômes des anévrysmes de l'aorte. — 461. M. Gillor. Myopathie phlébitique. — 462. M. Grocler. De la perforation tuberculeuse du palais. — 463. M. Dhuyelle. Contribution à l'étude de l'ophtalmie purulente et en particulier de l'ophtalmie scrofuleuse. — 464. M. Reyt. De l'ablation des vésicules séminales tuberculeuses. — 465. M. Ruillier. Des troubles de la sensibilité de la région épigastrique. — 466. M. Vantberghe. Contribution à l'étude de la symphyséotomie. — 467. M. Ralli. Grossesse extra-utérine. — 468. M. Mombet. Les opérations plastiques sur le vagin et sur le périnée au point de vue des accouchements. — 469. M. Rignier. Du massage. Traitement rationnel des ulcères de jambe. — 470. M. Rouxel. Étude sur les kystes synoviaux extra-poplités du genou. — 471. M. Duhamel. Contribution à l'étude du sarcome de la parotide. — 472. M. Lecocq. Une méthode de traitement des fractures du calcanéum.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Anatomie. — Séance du 12 novembre : MM. Touchard, 11 ; Tixier (L.), 9 ; Mlle Delporte, MM. Duval, 7 ; Foisy, 6 ; Le Louët, 4.

Séance du 13 novembre : MM. Chevassu, 13 ; Horteloup, 12 ; Sauvé, 11 ; Heitz, 10 ; Prunier, 8 ; David (Louis), 7 ; Francoz, 6 ; Lemaître (Georges), 5 ; Mlle Horovitz et M. Dommartin, 3.

Pathologie. — Séance du 12 novembre : Mlle Mouroux, MM. Alquier, Bidel et Roger, 11 ; Vassor, 8 ; Bonamy, 7 ; Dehérain et Muret, 6 ; Roinet, 2.

Séance du 13 novembre : MM. Jarvis, 14 ; Villaret, 13 ; Petit (Henri) et Vaillant, 12 ; Verliac, 9 ; Burgaud (Victor) et Leroux, 8 ; Eschbach, 5.

Marine. — M. le médecin de première classe Guégan et MM. les médecins de deuxième classe de réserve Marçon, Martin, Féraud, Le Conte, Guilmoto et Régnier sont rayés, sur leur demande, du cadre des officiers de réserve de l'armée de mer.

— M. le médecin de deuxième classe Baret, du port de Brest, est désigné pour embarquer sur la *Bretagne* (école des mousses), en remplacement de M. Rigaud, promu au grade de médecin de première classe.

— MM. les médecins de première classe de réserve Sollaud et Narbonne et M. le médecin de deuxième classe de réserve Aubert sont maintenus sur leur demande dans le cadre des officiers de réserve de l'armée de mer.

— Sont nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins principaux Miquel et Jeaugeon.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de première classe Bourguignon.

Avis. — Les élèves et les amis de M. le docteur Sevestre se réunissent pour lui offrir un banquet à l'occasion de son élection à l'Académie. Ce banquet aura lieu sous la présidence de M. le professeur Potain, le jeudi 15 novembre, à sept heures et demie, galerie des Champs-Élysées, 55, rue de Ponthieu.

Prière d'envoyer les adhésions à M. Girard, interne à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. La cotisation est fixée à 20 francs.

Faculté de médecine de Paris. — *Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.* — M. le professeur Joffroy commencera le cours de clinique des maladies mentales le lundi 19 novembre 1900, à deux heures et demie, à l'amphithéâtre de l'asile Sainte-Anne, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

1° Conférences sur l'anatomie normale ou pathologique du cerveau, ou sur la séméiologie des maladies mentales, les lundis et vendredis, à deux heures, avant le cours, par MM. Rogues de Fursac et Manheimer ;

2° Exercices ophtalmologiques sur les malades, les mercredis à dix heures du matin, par M. Schrameck.

Cours de clinique chirurgicale (Professeur : M. S. Duplay). — M. Walther, chargé de cours, commencera ce cours le mardi 20 novembre 1900 à l'Hôtel-Dieu, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : lundi, visite et examen des malades (salles Saint-Landry) ; mardi, leçon clinique et opérations (amphithéâtre Chomel), à neuf heures et demie ; mercredi, visite et examen des malades (salle Notre-Dame et salle Saint-Jean) ; jeudi, operation (chirurgie abdominale) ; vendredi, leçon clinique et opérations (amphithéâtre Chomel), à neuf heures et demie ; samedi, exercices gynécologiques (salle Saint-Jean et salle du Spéculum).

Enseignement complémentaire et exercices cliniques du soir : 1° Conférences de séméiologie et méthodes d'exploration clinique, par M. Fredet, chef de clinique. Mercredi, à cinq heures (amphithéâtre Chomel).

2° Exercices cliniques. Examen des malades par les élèves, sous la direction de M. Fredet. Samedi, à cinq heures (amphithéâtre Chomel).

3° Conférences de gynécologie, séméiologie et méthodes d'exploration, par M. Clado, chef des travaux gynécologiques. Lundi, à cinq heures (amphithéâtre Chomel).

4° Exercices de gynécologie. Examen des femmes par les élèves, sous la direction de M. Clado. Mercredi, à six heures (salle du Spéculum).

5° Conférences et exercices pratiques de bactériologie, d'anatomie et de physiologie pathologiques, par MM. Cazin et Hallion, chefs du laboratoire. Mercredi, à onze heures (amphithéâtre Bichat).

6° Conférences d'otologie et de rhinologie (Méthodes d'exploration. Examen des malades, etc.), par M. Martha. Mardi, à quatre heures, et vendredi, à cinq heures.

Clinique médicale de la Pitié. — M. le professeur Jaccoud reprendra son cours de clinique médicale le mardi 20 novembre 1900, à dix heures du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours complet de gynécologie. — M. S. Pozzi, chirurgien en chef de l'hôpital Broca, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera ses conférences de gynécologie clinique le vendredi 16 novembre, à dix heures, à l'hôpital Broca (annexe Pascal), 111, rue Broca, et les continuera tous les vendredis, à la même heure.

Un cours de gynécologie pratique sera fait les lundis et mercredis, à dix heures, sous sa direction, et commencera le lundi 19 novembre, à dix heures.

Ce cours sera complet en vingt leçons.

Démonstrations d'histologie sur les pièces du service, le sa-

medi, à dix heures, à partir du samedi 17 novembre, par le chef du laboratoire du service.

Conférence publique d'internat. — MM. Chevrier, Detot, Froin, Gasne, Guibal et Nau, internes des hôpitaux, commenceront une conférence publique d'internat, le samedi 17 novembre, à deux heures, à l'hôpital Laënnec.

Lorsqu'il importe de stimuler l'organisme et de conserver au malade la plus grande somme de forces, le **VIN ECALLE**, par sa composition, *Tanin, Kola, Coca*, est souverain.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 131. — SAMEDI 17 NOVEMBRE 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 17 NOVEMBRE 1900. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Corps étrangers de l'orbite, par M. Paul BOUDIN, ex-interne des hôpitaux de Lyon. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — FORMULAIRE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Corps étrangers de l'orbite.

Par M. Paul BOUDIN,
Ex-interne des hôpitaux de Lyon.

I

Définition. — Que doit-on entendre par corps étrangers de l'orbite ? Il est assez difficile de donner une définition exacte qui exprime d'une manière précise ce qu'il faut entendre par ces mots.

Delpech dit que l'on doit considérer comme corps étranger en général « tout ce qui ne peut participer à la vie commune des solides ou des humeurs ». Il range alors dans sa définition « des substances introduites au dehors et qui ne peuvent être rendues aptes à vivre, des portions d'organes vivants qui ont subi la mort, mais qui n'ont pu être rejetées; les humeurs qui participent à la vie, déplacées et déposées dans les lieux où elles ne doivent point se trouver dans l'ordre naturel; le précipité des sels que contient la matière des excrétions; ces excrétions elles-mêmes retenues trop longtemps; le produit des exhalations augmenté et accumulé; des substances gazeuses introduites par diverses voies dans les lieux où elles s'accumulent ».

Dans cette définition prennent donc place des corps organisés vivants comme des hydatides, privés de vie, comme des sequestres osseux, des corps inorganiques de nature variée et dissemblables tant en forme, en volume, etc.

Mais, dit Bérard, « cet exposé rapide des différences que présentent entre eux les corps étrangers prouve qu'il serait peu judicieux d'en offrir une description générale, » et nous dirons avec M. Ch. Monod que si une telle définition « est rigoureusement exacte, si l'on s'en tient au sens propre et grammatical des mots, elle n'en doit pas moins être rejetée parce qu'elle entraîne le rapprochement dans une étude commune de faits évidemment disparates ».

Dans le cas particulier de corps étrangers de l'orbite, il faut entendre seulement, par définition, tout corps solide pénétrant par effraction dans la cavité péri-oculaire. Devront ainsi être laissés de côté des corps pouvant, dans certaines circonstances, jouer le rôle de corps étrangers (esquilles osseuses, hydatides). De même, ne seront pas envisagés les corps gazeux ou liquides : l'emphysème et l'hématome sont plutôt des complications à proprement parler et de plus sont facilement résorbables. Il ne faudra donc comprendre par corps étranger de l'orbite que tout corps solide introduit dans l'orbite après traumatisme et se logeant dans cette cavité après avoir ou non intéressé le globe oculaire.

II

Étiologie. — Deux problèmes sont à résoudre :

Quel est le corps étranger ?

Comment a-t-il pénétré dans l'orbite ?

A priori, on voit que deux facteurs sont nécessaires. Tout d'abord, le corps étranger doit être assez consistant pour vaincre la résistance que lui opposent les tissus qu'il doit perforer. Un agent traumatique mou viendrait s'écraser sur le rebord orbitaire ou sur l'œil et n'amènerait qu'une simple contusion de l'organe.

D'autre part, la force de pénétration doit être grande. Et, de fait, ce sont surtout des accidents de chasse, de guerre, des suicides qui entrent pour la majeure partie dans ces statistiques.

Aussi, peut-on dire que ce sont surtout des agents vulnérants de grande résistance, surtout métal ou bois qui se rencontreront le plus souvent, et bien fréquemment aussi on aura à considérer des plaies des parties voisines occasionnées par le passage du corps étranger.

A. QUEL EST LE CORPS ÉTRANGER ? — *Armes à feu.* — Ce sont les projectiles d'armes à feu qui sont les plus fréquents. D'ailleurs, nombre de cas ne sont pas connus, dans lesquels un chasseur blessé par un grain de plomb a vu celui-ci s'enkyster dans l'orbite et y être toléré pendant toute une existence.

En première ligne viennent les *plombs de chasse*. Valois, dans sa thèse de doctorat, a réuni de nombreuses observations de ce genre. Seuls ou nombreux, ils peuvent facilement pénétrer dans la cavité orbitaire, et, étant donné leur faible volume, ils peuvent ne pas intéresser l'œil.

Les *balles* de fusil ou de révolver ont aussi une large part dans l'étiologie. De plus en plus nombreux, ces cas se rapportent ou bien à des faits de guerre ou bien surtout à des suicides. Il n'est pas rare alors que leur entrée dans l'orbite s'accompagne de désordres du côté de l'œil ou des parties voisines. Dans un suicide, par exemple, le coup tiré à la tempe brisera les os et le projectile, dans le cas qui

nous occupe, pénétrera dans l'orbite après avoir provoqué des lésions d'assez grande gravité.

Autres corps métalliques. — Certains pénètrent dans l'œil à la suite d'une explosion. Ce sont ces cas rapportés par Noyes et de Waldhauer, blessure par éclat de fusil. Les explosions de boîtes d'artifice, lors des fêtes populaires, peuvent aussi être la cause de l'affection : Nicod, Schmeischer, Norris en relatent des cas. « Les fêtes populaires, disait Rothmung, ce sont des jours qui nous donnent le plus à faire, à nous autres ophtalmologistes. »

Mais un coup direct, avec rupture, de l'agent vulnérant, peut donner naissance à un corps étranger orbitaire. Fer de lance, épée, fleuret, couteau, tout a été trouvé dans la cavité péri-oculaire. C'est l'observation si connue d'Ambroise Paré par exemple. Dans une bataille, un assaut d'armes, une rixe, un individu est frappé au visage; la lame pénètre dans l'orbite et s'y brise : l'affection est ainsi constituée.

Des objets métalliques très divers ont été encore rencontrés dans l'orbite, et elles ne sont pas rares les observations de brochettes, aiguilles, coins de fer logés dans cette cavité. Chenu cite même un cas de corps étranger de l'orbite, chez un soldat, constitué par un bouton d'uniforme.

D'autres fois, ce sont des corps plus volumineux comme le fer d'un marteau pesant 111 grammes (Santesson), des tiges de fer ayant jusqu'à deux pouces de long (Demours) voire même un fragment de 9 centimètres de long détaché d'une patte à suspendre les chapeaux (Clarke).

Corps en bois. — Avec eux, on entre dans une catégorie de corps étrangers de l'orbite qui se rencontrent souvent aussi dans beaucoup d'observations. Parfois, l'agent vulnérant pénètre dans l'orbite et y est brisé; d'autres fois, le malade, en tombant, heurte un morceau de bois dont une écharde entre dans l'orbite. Nombreuses sont les observations qui s'y rapportent et l'on a retiré des fragments de bois de deux pouces, de 13 centimètres de long. Fabrice d'Aquapendente retira « un esclat d'un pieu..., le dit esclat étant aussi long que la moitié du doigt du milieu ». Ces débris de bois provoquent souvent des accidents : ils sont le plus souvent septiques et, s'ils pourrissent, déterminent une inflammation orbitaire.

Morceaux de verre. — Là encore se rencontrent des observations relativement fréquentes. Pointus et tranchants, les fragments de verre ont vite fait de vaincre la résistance que leur opposent les tissus et ils viennent s'implanter à l'intérieur de l'orbite. Baudry et Collette ont rapporté deux observations où l'on retira de l'orbite de très nombreux fragments de verre; mais, dans ces deux cas, on est en droit de se demander si la bonne foi des médecins n'a pas été surprise.

Autres corps étrangers. — On a signalé, dans la cavité péri-oculaire, la présence de corps étrangers variés, de classification un peu difficile. Ce sont des fragments de pierre, bout en cuir d'une queue de billard (Briggs), crayons d'ardoise, tuyaux de pipe, morceaux d'os, voire même un pinceau de peintre (de Wecker) et une tête de poisson (Thompson).

En résumé, grande et variée se trouve la nomenclature des corps qui peuvent élire domicile dans l'orbite; toute classification ne saurait être complète à cause de la trop grande variété et l'on ne peut faire qu'une statistique.

Sur 153 cas, se sont rencontrés :

Balles		26 cas.
Grains de plomb		25 —
Couteaux	12	41 cas.
Branches de ciseaux	1	
Flèches	3	
Fers pointus	5	
Éclats de fer	8	
Fleurets ou épées	3	
Aiguilles	4	
Marteau	2	
Bouts en métal de parapluie	3	
Pommes de parapluie		1 cas.
Fragments de bois		39 —
Objets en os		1 —
Fragments d'éventail		8 —
Tuyaux de pipe		7 —
Crayons		4 —
Fragments de verre		8 —
Fragments de pierre		5 —
Bouton d'uniforme		1 —
Pinceau de peintre		1 —
Cuir de queue de billard		1 —
Tête de poisson		1 —

D'où, en faisant le pourcentage, on voit que les débris de fer se rencontrent 26,9 p. 100, les fragments de bois, 25,4 p. 100, les balles et grains de plomb 33,3 p. 100, enfin, les fragments de verre 5,2 p. 100.

B. Comment le corps étranger a-t-il pénétré dans l'orbite? — Un corps vulnérant peut pénétrer dans l'orbite par trois voies différentes :

a. Dans un premier cas, peu pointu et doué d'une force de pénétration faible, il s'insinue entre le globe et la paroi osseuse et glisse ainsi dans l'orbite. Pour cela faire il peut, la paupière ouverte, pénétrer directement, ou bien perforer la paupière et passer en son travers.

b. Il peut aussi, occasionnant des troubles plus graves, crever l'œil et se jucher dans les parties orbitaires postérieures.

c. Enfin, un coup de revolver, tiré à la tempe ou ailleurs, envoie un projectile qui, brisant les parois osseuses, viendra achever sa course dans l'orbite.

Toutes ces lésions sont avant tout subordonnées à la direction du corps vulnérant. La plupart des cas ont rapport à des accidents, la minorité a trait à des suicides. Ce sont donc surtout des lésions des parties antérieures que l'on rencontrera. En outre, les lésions du bas seront moins fréquentes que celles de la partie supérieure, la direction du coup étant le plus souvent de bas en haut.

L'angle interne de l'œil semble être le plus souvent atteint, et cela tiendrait à ce que le corps vulnérant glisserait sur la racine du nez. Zander et Geissler, pour trois cas de blessure de l'angle interne, en trouvent un de l'angle externe. Schœneberg donne, au contraire, 28 pour 23 dans sa statistique.

L'œil droit est-il plus souvent atteint que le gauche? Il semble qu'au point de vue accident, la proportion s'égalise. Mais, au point de vue suicide, l'œil droit est manifestement le plus lésé, le coup étant toujours tiré à droite.

Au point de vue de la cause de l'accident, Berlin constate que les corps étrangers de l'orbite résultent, le plus sou-

vent, soit d'une chute malheureuse, soit d'une blessure faite par une personne étrangère. On peut dire que dans 6 p. 100 des cas, ce sont des accidents du travail, dans 45 p. 100 chute sur un corps aigu; enfin, dans 47 p. 100, blessure faite par une autre personne.

Comme nombre, il n'y a en général qu'un seul corps étranger dans l'orbite, exception faite des grains de plomb et des morceaux de verre.

Enfin le volume, la forme du corps étranger sont des facteurs à considérer dans la production des lésions : si le corps est volumineux, il est fatal que le globe oculaire soit intéressé; mais, s'il est de faible volume, la lésion de l'œil dépendra de la direction et du point d'entrée. Le globe de l'œil n'est pas dans l'axe de l'orbite : il se trouve plus rapproché de la paroi temporale, et partant plus exposé dans les traumatismes de l'angle externe. De gros projectiles écrasent l'œil et souvent une des parois orbitaires. Des corps grêles et longs peuvent perforer le globe et se jucher dans la partie postérieure de l'orbite. D'autres, enfin, peuvent perforer la cornée ou la conjonctive, ou encore glisser entre le bulbe et la paroi de l'orbite.

Enfin, la vitesse et la force de pénétration doivent être prises en considération, car selon leur intensité, on aura ou non des blessures palpébrales ou des fractures de la paroi orbitaire profonde avec pénétration partielle du corps étranger dans une des cavités de l'orbite.

Nombreux sont relativement les cas de corps étrangers de l'orbite, et l'on peut dire que leur nombre serait sensiblement plus considérable si l'on y comprenait les chasseurs qui ont la chance qu'un grain de plomb ne leur ait pas lésé le globe oculaire, mais s'est logé dans le tissu graisseux de l'orbite, où son séjour n'est suivi d'aucun inconvénient. Il n'est pas, en effet, toujours facile de faire la part des phénomènes produits par la blessure et de ceux qui résultent de la présence du corps étranger, de sorte que, dans nombre d'accidents, les seconds sont méconnus et tous les symptômes mis sur le compte d'un simple traumatisme de l'œil ou de l'orbite. De plus, que les dimensions de la plaie d'entrée soient minimes et celle-ci échappera totalement à l'investigation. Aussi, dans ces conditions, toute statistique étiologique de corps étrangers orbitaires ne saurait-elle être complète.

III

Symptomatologie. — Il n'est pas toujours bien aisé de distinguer entre eux les phénomènes réactifs dus au traumatisme et ceux qui appartiennent en propre à la présence du corps étranger et de ses complications. Tous ces symptômes se modifient réciproquement, au point de former un complexus symptomatique bien diffus.

Si le corps étranger est de petit volume, s'il n'a pas introduit de matières septiques dans la profondeur, la plaie se referme et la présence du corps étranger ne se révèle par rien d'anormal au premier moment. Cette période de tolérance peut être courte, puis être remplacée par une période de symptômes, intéressant le fonctionnement de l'œil ou celui des parties avoisinantes, soit encore se traduisant par une période de phlegmon. Mais il est aussi des cas, et ils sont loin d'être rares, où ces phénomènes de tolérance ont pu durer de longues années.

Si le volume du corps est plus considérable, si la plaie a été infectée, il peut se produire d'emblée des symptômes d'infection ou des troubles fonctionnels de l'œil : ce sont les cas les plus fréquents.

L'œil lui-même, les parties voisines peuvent être blessées par le passage du corps étranger : les symptômes sont diffus et le diagnostic plus complexe.

Enfin, dans une dernière catégorie de cas, il convient d'envisager les phénomènes à distance, portant surtout sur les cavités voisines, crâne, fosses nasales, sinus, etc.

En un mot, à côté de cas de tolérance absolue, s'en trouvent d'autres où la symptomatologie est dominée, d'une part, par l'infection; d'autre part, par des lésions concomitantes, oculaires ou péri-orbitaires. Cette dernière catégorie sera envisagée en étudiant les troubles apportés par la présence du corps étranger et intéressant le contenu orbitaire ou le contenant.

A. Tolérance des corps étrangers. — Un corps étranger peut séjourner des mois et des années dans l'orbite sans qu'il ne révèle par rien sa présence, c'est ainsi qu'Higgens signale le cas d'une lame de couteau restée enfoncée dans l'orbite pendant quarante-neuf ans; Hortius, pendant trente ans et trois mois; Fielding, pendant trente ans.

Quelquefois, c'est une trouvaille d'autopsie; d'autres fois c'est au cours du traitement d'une autre affection oculaire que l'on découvre le corps étranger.

Dans certains cas, la tolérance n'est pas absolue, en ce sens qu'au bout d'un temps plus ou moins variable, éclatent des phénomènes oculaires septiques. L'œil peut s'enflammer, il peut se produire un phlegmon. C'est au bout de vingt-trois ans que le malade de Roose présenta des accidents inflammatoires.

Plus souvent aussi, ce n'est pas l'œil qui est dans l'orbite traumatisée ou son moignon qui entrent en cause, mais bien le globe oculaire du côté opposé. Et l'on voit se dérouler alors tout ce tableau clinique de l'ophtalmie sympathique. C'est même, on peut le dire, de beaucoup la terminaison de ces lésions orbitaires.

Le corps étranger, toléré et supporté durant nombre d'années, devient brusquement une cause d'infection et un danger pour l'intégrité de l'œil du côté opposé. Quelquefois même, la présence du corps étranger est nettement la cause de cette ophtalmie sympathique. L'énucléation n'entrave pas les accidents, qui se continuent tant que l'on n'a pas procédé à l'exentération de l'orbite (Abadie, Dehenne).

Il est certains cas où le malade vient consulter pour une lésion oculaire à marche lente, un ectropion (Truc et Valude) une conjonctivite ou blépharite tenace. A l'examen on trouve une fistule, puis un corps étranger dans l'orbite. La cause enlevée, l'inflammation s'apaise.

A côté de ces cas s'en trouvent d'autres où, longtemps après l'accident, le corps du délit est éliminé à l'occasion d'un petit abcès de la paupière. Quelquefois même, les signes de réaction locale sont si atténués que le malade est à première vue porteur d'un petit kyste palpébral et opéré comme tel (Rollet). Dans l'observation de Desmarres, c'est dix-huit ans après l'accident que se développa un abcès de la région sus-orbitaire.

Mais, combien plus curieux sont les cas où le corps étranger, ayant vraisemblablement fracturé les parois osseuses, quitte au bout d'un certain temps la cavité orbitaire pour venir saillir, soit à l'extérieur, soit dans une cavité voisine ! Ce sont alors des inflammations de cavités voisines (Rivière, Hortius), des abcès à distance (Fielding). Enfin, sans réaction

locale aucune, certains ont été éliminés par un effort de toux (Withe, Baudens) ou dans un éternuement (Stängemeyer).

A quoi est due cette tolérance? — Berlin pensait n'y avoir que le fait de l'exclusion de l'air athmosphérique de ces plaies. La pénétration en est en effet rendue impossible par la superposition de trois couches : peau, muqueuse, septum orbitaire, qui recouvrent la plaie. Mais, comme le fait remarquer de Wecker, la disposition particulière des parties constituantes du contenu orbitaire fait que les plaies de l'orbite jouissent en quelque sorte des avantages des plaies sous-cutanées, ce qu'elles sont du reste; mais cela n'est juste qu'en tant qu'il n'y a pas eu infection directe, car l'accés libre de l'air, rendu impossible par la disposition du canal d'entrée, n'empêchera nullement les effets désastreux de l'infection de se produire.

D'autre part un instrument vulnérant, même souillé de matières septiques, pourra s'en débarrasser à son passage dans la peau. Mais, certains corps étrangers, de conformations complexe, peuvent, en pénétrant avec grande vitesse dans l'orbite, y déposer les germes infectieux attachés aux anfractuosités du corps étranger. En d'autres termes, l'infection est un peu sous la dépendance de la forme du corps. Lisse, le corps vulnérant a des chances de se dépouiller à l'entrée de ses substances qui le souillent; irrégulier et anfractueux, il entraîne avec lui les germes de la future suppuration.

A la vérité, on peut soutenir que la réaction est en général très peu prononcée pour les corps étrangers qui n'ont entraîné que peu de substances infectantes dans l'orbite. En effet, ils sont rares les cas de blessures par corps aseptiques, alors que les observations de corps étrangers bien tolérés sont loin de l'être.

Cette particularité est due en partie à la disposition du coussinet graisseux de l'orbite : le corps étranger trouve ainsi une cavité où sa tolérance sera d'autant plus assurée que l'absence d'un volume trop considérable empêchera qu'il ne puisse léser et contusionner les parties environnantes. Il est fort utile au praticien de connaître cette tolérance, afin de ne pas intervenir par simple curiosité. Cela est d'autant à recommander que le corps étranger peut occuper non seulement la cavité orbitaire, mais peut aussi s'implanter de manière à envahir par une de ses extrémités une cavité avoisinante, et qu'en voulant l'enlever, on établit des communications avec les cavités situées à l'entour de l'orbite (Pagenstecher), d'où production d'accidents fort redoutables.

On peut dans certains cas considérer le corps étranger comme aseptique. Un grain de plomb, au sortir de l'arme, est privé de germes par suite du flambage qu'il a subi. Cependant, il peut s'infecter et se charger de microorganismes en heurtant des corps avant de pénétrer dans l'orbite. Qu'il frappe la peau et pénètre par ricochet dans la cavité orbitaire, cela seul peut suffire pour provoquer plus tard la suppuration. « Mon expérience m'a appris que les blessures sont moins redoutables lorsque le grain de plomb a directement pénétré dans l'œil que quand il y est arrivé par ricochet » (de Wecker).

Les causes d'infection ne sont pas seulement directes et ne sont pas dues toutes au corps étranger : il faut donc considérer les cas où l'arrivée des germes se produit par le canal qu'a traversé le corps étranger et qui est devenu après la blessure le lieu d'une infection septique. Bien souvent, en effet, les premiers soins donnés à un blessé sont plus funestes que la blessure elle-même. C'est donc une porte d'entrée ouverte aux germes, et, si le corps étranger n'est pas de petit volume, les lèvres de la plaie, ouvertes, laisseront le passage libre à toute infection.

La nature du corps étranger a-t-elle réellement de l'importance sur la tolérance? Ce sont surtout les corps métalliques qui sont ici en cause. Anciennement on recherchait avec le plus grand soin la nature du métal dont se composait le corps étranger. Aujourd'hui, on y attache une moins grande importance. Leber, puis Landmann ont démontré qu'en général : 1° certains métaux oxydables produisent par leur altération des phénomènes inflammatoires, mais pas de suppuration; 2° les corps étrangers chimiquement purs sans germes organiques ne produisent pas d'inflammation; 3° la suppuration est toujours due à la présence des microbes.

Mais certains corps peuvent déterminer par eux-mêmes de l'inflammation : un éclat de bois peut pourrir dans l'orbite et provoquer de la purulence.

Quant à la cause des suppurations tardives de ces phénomènes d'infection qui s'établissent longtemps après le traumatisme, il n'est réellement pas facile de les expliquer. On comprend que l'infection de la plaie par des corps septiques se traduise par des accidents immédiats; mais comment expliquer la suppuration après plusieurs années d'enkystement? Tout ce que l'on peut dire c'est que la nature du corps intervient légèrement ici et qu'il y a moins souvent d'accidents de ce genre l'orsqu'il s'agit de corps lisses (métal ou verre) que lorsque le corps étranger est irrégulier et poreux. Degré de virulence, peut-être, ou bien encore infection surajoutée pourraient être invoqués dans ce cas.

B. Symptômes proprement dits. — A côté de ces cas curieux, de tolérance manifestée par aucun symptôme ou par des signes très tardifs, se placent des observations de malades qui ont présenté un complexus symptomatique des plus variés. A vrai dire, il n'est pas de signe réellement pathognomonique de l'affection : tel aura de l'infection, tel autre du strabisme; celui-ci aura l'œil plus ou moins intéressé, celui-là présentera des troubles des cavités voisines. Bien difficile est donc une description d'ensemble de ces signes : on ne peut en faire qu'une énumération, faisant en cela une classification bien artificielle.

I. *Infection.* — Il est à remarquer combien se rencontrent peu de cas, dans lesquels des symptômes d'inflammation se présentent avec des caractères bien nets. Mis à part tous ces signes de réaction locale, dans lesquels on a surtout de la rougeur, et, dans le cas particulier, du chémosis, on ne trouve qu'un nombre relativement restreint de lésions pyogènes. Ce sont surtout des troubles vasculaires, de la stase, plutôt qu'un début de purulence. Parfois l'infection est légère, de faible durée, le plus souvent elle est rebelle et tenace, persistant avec la cause (Verhaege, Wicherkievicz). L'iridocyclite (Œller, Badal), la terrible panophtalmie viennent quelquefois assombrir le tableau ; mais ces cas sont peu nombreux. Enfin comme conséquence de ces inflammations à titres divers, survient la phtisie oculaire. C'est le rapetissement brusque de l'œil avec désorganisation profonde, à la suite de la panophtalmie ; c'est aussi la conséquence d'une iridocyclite, avec rapetissement oculaire lent et désorganisation moins prononcée.

Mais si, dans le premier cas où l'œil s'est vidé, on a ordinairement un œil indolore qui n'incommode plus guère son

propriétaire, l'œil de la seconde catégorie au contraire fait souvent beaucoup souffrir et expose même fréquemment à l'ophtalmie sympathique. Aussi dans la première hypothèse le corps étranger pourra-t-il être bien toléré. Bien au contraire, dans la vraie phtisie de l'œil devra-t-on intervenir, les signes étant beaucoup plus sous la dépendance de cet œil dont la vie semble se retirer que sous celle du corps étranger lui-même.

II. *Lésions du contenu de l'orbite.* — Un corps étranger, en pénétrant dans l'orbite, peut intéresser les organes contenus dans cette cavité, et c'est le mode de réaction de ceux-ci qui va donner lieu à des symptômes divers. L'œil peut être perforé, en outre les lésions d'infection et de phtisie oculaire entrent en scène, les signes de défense des différents milieux atteints ce sont les vaisseaux, ce sont les nerfs qui seront blessés, et alors, à côté d'hématomes se verront des lésions sensorielles, motrices, voire même sensitives.

a. *Lésions du globe oculaire.* — Il est à remarquer que c'est dans les cas où l'œil a été atteint et que le corps a pu ainsi pénétrer dans l'orbite que les symptômes atteignent leur minimum de gravité. C'est, d'une part, la perte à peu près fatale de l'organe ; c'est aussi une porte ouverte à l'infection et l'on sait combien les milieux de l'œil ont plus de tendance à suppurer que le tissu cellulaire de l'orbite. Aussi un œil atteint, traversé qu'il est de part en part, est-il à peu près fatalement voué à la phtisie ou au phlegmon. Mais que le corps soit très acéré ou de petit volume comme un grain de plomb, le globe oculaire ne s'affaisse pas, mais hypohéma, lésions choroïdiennes et rétiniennes, et enfin troubles du vitré amèneront une cécité sinon absolue, du moins bien partielle.

Les différents milieux oculaires réagissent toujours après le traumatisme. A côté du chémosis se placent des hémorragies rétiniennes et choroïdiennes qui se voient à l'examen ophtalmologique. Celui-ci est d'un très grand secours, non seulement il permet de se renseigner sur l'intégrité des différents milieux qui constituent le globe oculaire, mais encore, cela surtout par l'image droite, on peut apercevoir les traînées brun pourpré d'hémorragie rétinienne ou les placards blancs, signes d'une déchirure de la choroïde. Ce diagnostic est surtout important à faire dans le cas de simple contusion de l'œil par le corps étranger, comme dans le cas de Despagnet. Parfois même la contusion oculaire peut généraliser ses désordres dans tous les milieux de l'œil et produire des symptômes de glaucome (Dujardin).

b. *Vaisseaux.* — La rupture des vaisseaux intra-orbitaires amène souvent des épanchements sanguins à l'intérieur de cette cavité. Ces hématomes, pour la plupart diffus, siègent dans le tissu cellulaire de la loge orbitaire et de la gaine du nerf optique. Quelquefois ils siègent dans la cavité virtuelle de la capsule de Tenon. Mis à part le chémosis, ces épanchements sont assez rares, alors que l'hémorragie sous-conjonctivale se rencontre dans presque tous les cas. En tous cas, chémosis, hémophtalmie, hématome, tout se résorbe à la longue et, après eux, ne restent plus que les troubles dus à la présence du corps étranger.

c. *Lésions des muscles et des nerfs.* — La section, compression ou contusion de ces organes amènent bien souvent des troubles, surtout dans la statique oculaire. Ces phénomènes le plus souvent permanents, tant que persiste la cause, disparaissent très souvent après ablation du corps étranger : aussi peut-on dire qu'ils sont sous la dépendance d'une compression plutôt que d'une section nerveuse.

Nerfs moteurs. — A priori, le nerf qui doit être le plus atteint, vu la multiplicité de ses branches, est celui de la troisième paire. Le nerf pathétique est trop profondément situé. Le nerf moteur oculaire externe est à couvert derrière le muscle qu'il recouvre. En plus, c'est par le grand angle de l'orbite que pénètrent les corps étrangers, raison qui milite en faveur d'une blessure de l'oculo-moteur commun. Aussi voit-on, dans la majorité des cas, un strabisme externe s'établir après le traumatisme.

Quelquefois aussi le nerf du releveur de la paupière participe à la lésion, soit qu'il ait été sectionné seul ou avant sa division : ptosis et paralysie palpébrale en sont la conséquence.

Dans un troisième ordre de faits, mais bien plus rares, on a en même temps des troubles papillaires : une mydriase constante. Les filets se rendant au ganglion otique, ce ganglion lui-même peuvent être détruits ou comprimés par le corps étranger ; et souvent musculatures externe et interne de l'œil sont frappées d'impuissance motrice.

Ces phénomènes ne sont pas forcément définitifs. Souvent même, après éloignement du corps étranger, la paralysie cesse, et les muscles, au bout de quelques jours, ont repris leur bon fonctionnement. Il n'y avait, dans ces cas heureux, que simple compression nerveuse.

La lésion nerveuse, rupture ou compression, peut donner lieu à différents symptômes. Rares sont les cas d'ophtalmoplégies complètes : il faut pour cela un corps étranger volumineux, ou bien un épanchement sanguin considérable amenant la compression. Mais, au contraire, les cas de paralysie partielle sont plus nombreux. Dans la grande majorité des cas, on a affaire à une paralysie du droit interne soit seule, soit combinée à celle d'autres muscles. Le releveur de la paupière supérieure est souvent aussi intéressé.

Parfois, le muscle semble plus directement atteint, en ce sens qu'un mouvement est gêné, mais non aboli, ce sont les cas de strabisme : strabisme interne parfois, plus souvent strabisme externe, laissant de côté les cas de déviation causés par la gêne mécanique apportée par la présence du corps étranger lui-même, il en est d'autres où, le corps étranger enlevé, le strabisme persiste. Lésions de myosite, de névrite ou de cellulite peuvent expliquer ce phénomène, mais l'anatomie pathologique n'a pu faire la part de ces agents pathogéniques.

Nerfs sensitifs. — Les lésions sensitives sont relativement rares dans les observations de corps étranger de l'orbite. Le seul nerf qui puisse être réellement atteint est la branche sus-orbitaire. Il peut facilement être écrasé, sectionné ou comprimé dans sa gouttière osseuse, de là des symptômes d'anesthésie du côté du front (Hardy).

Mais le corps étranger, pénétrant par l'angle interne de l'œil, peut intéresser les filets qui passent par les trous orbitaires internes et compromettre la sensibilité nasale (Œttinger).

Le filet sensitif peut parfois conserver sa conductibilité, s'il n'a pas été sectionné, mais il peut être comprimé ou excité par la proche présence du corps étranger, de là des douleurs de névralgies tenaces et très accusées. La cause enlevée, la souffrance cesse, alors qu'avaient échoué tous les traitements usités en pareil cas (Ducellier).

Nerfs sensoriels. — Situé profondément dans la loge orbitaire, le nerf optique est ainsi protégé contre toutes les bles-

sures par corps étrangers. Mais, lorsqu'il s'àgit d'un corps doué d'une grande force de pénétration, un grain de plomb par exemple, ou d'un corps pointu, un couteau, la nerf peut être frappé. Que le projectile aborde l'œil à le partie supéro-interne de l'arcade orbitaire, par un trajet droit, il ira intéresser le nerf optique. Il s'ensuit des troubles graves de la vision, amaurose passagère ou définitive, suivant que la blessure a été faible ou que la section a été complète. Quelquefois, le nerf optique n'est pas directement intéressé, mais comprimé ou heurté par le corps vulnérant, d'où amaurose réflexe. Bien souvent surviennent des lésions de névrite avec atrophie blanche de la pupille, d'où cécité irrémédiable et définitive.

Toute amaurose cependant n'est pas le fait d'une lésion du nerf optique. Il y a des cas, où la perte de la vision semble être due à une cause réflexe. Cette cécité, survenue brusquement après le traumatisme, persiste pendant un temps plus ou moins long, puis disparaît. Il s'agit dans ces cas d'une contusion du nerf optique, ou bien, le globe étant dévié par le corps étranger, c'est le tiraillement du nerf de la deuxième paire qui produit la cécité.

III. *Lésions du contenant.* — Les blessures des parois orbitaires ont moins grande gravité que celles de l'œil lui-même. C'est dans ces cas surtout que l'on observe ces phénomènes curieux de tolérance du corps étranger.

Pour pénétrer dans l'orbite, le corps étranger peut suivre plusieurs voies. Tantôt l'entrée est directe, l'œil étant ouvert; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, l'œil est fermé par réflexe et la paupière est intéressée. Enfin dans d'autres cas, le corps étranger ne pénètre dans l'orbite qu'après fracture des parties latérales : par exemple un coup de révolver tiré à la tempe. En dernier lieu, à côté de ces désordres occasionnés à l'entrée, peuvent s'en trouver d'autres dans les régions profondes de l'orbite. Un corps vulnérant, pénétrant avec force, peut en partie dépasser les limites de l'orbite, et brisant le sommet de la pyramide ou ses parois latérales, peut pénétrer partiellement dans les cavités voisines.

a. *Paupières.* — Il est très fréquent, dans les observations, de noter des lésions des paupières. La plaie d'entrée siège, en effet, dans l'immense majorité des cas, soit sur la paupière, et en particulier sur la paupière supérieure, soit au niveau de l'angle interne, vers la caroncule lacrymale.

Par un réflexe bien connu, lorsque l'œil est menacé par un traumatisme direct, la paupière se ferme pour la protéger. Si le coup est un peu lent, l'occlusion palpébrale se fait et l'entrée dans l'orbite ne s'effectue qu'à travers le rideau des paupières. Mais l'agent vulnérant est-il doué d'une grande vitesse, un projectile d'arme à feu par exemple, le réflexe n'a pas le temps de se produire et la paupière est respectée.

Comme lésions palpébrales on note souvent de l'inflammation, de l'œdème, rarement de l'emphysème, enfin du ptosis qui est dû ici à une lésion du muscle releveur ou de l'orbiculaire. Tous ces troubles ont peu de gravité et d'ordinaire s'amendent peu à peu.

b. *Parois osseuses.* — Les blessures des parois osseuses sont relativement rares. En écartant les blessures par armes à feu, les corps étrangers de l'orbite sont en général animés d'une force de pénétration trop faible pour briser un os. Ils buttent contre le rebord orbitaire et, le contournant, s'engagent à l'intérieur de l'orbite. Tout au plus, peuvent-ils écailler ce rebord.

De même un grain de plomb et une balle qui, dans la plupart des cas, n'est pas tirée à bout portant et a donc perdu de sa force de pénétration, iront s'aplatir sur la paroi osseuse et la contourneront. Mais un coup de révolver tiré dans un but de suicide pourra produire de grands désordres. Il s'agit dans ces cas, le plus souvent, de blessures à la tempe et suivant un trajet intra-malaire ou intra-frontal, le projectile pénètre dans l'orbite. C'est la paroi externe qui est lésée. Parfois le corps étranger continuera sa route et passera dans l'orbite du côté opposé (Rollet, Bergmeister) ou dans une cavité voisine, sinus, cerveau.

Les lésions osseuses sont par elles-mêmes de peu de gravité; mais qu'il y ait ouverture de la cavité cranienne et la méningite ou l'abcès du cerveau viendront assombrir le pronostic. Parfois, la terminaison heureuse sans méningite se produit (Polaillon). Le plus souvent l'inflammation méningée survient à plus ou moins brève échéance au bout de quelques jours. Parfois aussi, après une longue période de tolérance, ces phénomènes éclatent après des tentatives d'extraction (Demours, de Graefe).

Moins graves sont les lésions produites par ouverture de la cavité nasale. Il ne survient à sa suite que de l'emphysème orbitaire ou de l'inflammation du côté du nez. Le symptôme le plus grave est à coup sûr la perte de l'odorat; mais ce symptôme est rare (Bertherand).

Un symptôme très curieux de communication des cavités orbitaire et nasale est la perception possible de l'odeur que peut dégager le corps étranger. Le malade de Borel, chez lequel on retira de l'orbite un tuyau de pipe de 7 centimètres, percevait une odeur de tabac très intense.

Enfin, une dernière cavité peut être ouverte, c'est le sinus frontal. Il peut se produire comme accident l'écoulement d'un pus de liquide céphalo-rachidien (Terson).

En résumé, il est impossible de tirer des symptômes concomitants une déduction de quelque valeur sur la présence d'un corps étranger. Cette symptomatologie est par trop variable, étant en rapport avec les compressions, les déchirures qui sont produites. En outre, à côté de ces cas qui attirent l'attention, et, par le fait, l'exploration, l'enkystement possible du corps étranger et son silence durant des mois et des années sont bien faits pour dérouter le diagnostic, s'il se produit après une période de réaction plus ou moins vive.

IV

Diagnostic. — A côté des cas faciles où les anamnestiques, le vu de l'objet contondant brisé, les symptômes, la vue même du corps étranger lèvent tous les doutes, il en est d'autres où les recherches doivent être minutieuses. En outre des signes physiques évidents, blessure de la paupière, strabisme, etc., s'en place un autre qui a une certaine valeur : c'est une saillie, une induration en un point quelconque de l'orbite. Le corps étranger s'enkyste, le tissu cellulaire lui forme une gangue indurée qui augmente son volume et rend sa recherche plus aisée. Dans certains cas, c'est cette induration cellulaire plutôt que le corps étranger lui-même qui est cause de la paralysie oculaire par gêne mécanique.

Si la vue et le toucher ne donnent aucun renseignement, l'exploration par le stylet ou la sonde est formellement indiquée. Grave, immédiatement, par suite de l'atteinte portée à l'intégrité oculaire, secondairement en raison des dangers de suppuration, enfin, ultérieurement par la possi-

bilité des inflammations tardives, le pronostic des corps étrangers orbitaires légitime une exploration immédiate et complète. Elle est délicate, elle doit être prudente.

Dans le cas de projectiles métalliques on recourra, au besoin, aux ingénieux appareils de Lecomte, de Nélaton, de Trouvé. Dans quelques cas difficiles, des débridements prudents aideront à la recherche par la sonde.

Malheureusement, l'exploration par le stylet ne peut fournir que des données bien incertaines, et cela d'autant plus que le corps est petit, de faible volume et d'assez grande mobilité dans le tissu cellulaire de l'orbite. Aussi, ne faut-il pas accorder grande valeur à ce procédé. Mais, si le cas n'est pas récent, si l'induration du tissu ambiant a fixé, en quelque sorte, le corps étranger, l'exploration donne de meilleurs résultats.

En tous cas, l'exploration méthodique est à faire, tout en étant persuadé qu'un résultat négatif donné par le stylet n'infirme pas l'idée de la présence d'un corps étranger dans l'orbite.

L'œil a-t-il été atteint, que le diagnostic prend alors une grande importance. La direction du projectile, la forme de la plaie guideront dans les recherches. Là surtout, il faudra se garder de mesurer la gravité de la blessure sur celle des premiers symptômes réactionnels, car souvent, les signes de réaction tombés, les signes oculaires sont moins graves qu'on ne l'aurait supposé de prime abord. Dans ces cas de blessures oculaires, il faut que le globe ait été traversé de part en part pour que le corps étranger aille reposer dans l'orbite. La sonde seule permettra de renseigner sur ce point. Si les milieux de l'œil ne sont pas détruits, l'examen à l'ophtalmoscope sera d'un précieux secours pour reconnaître la pénétration de part en part.

Mais bien souvent, ce ne sont que les accidents ultérieurs qui pourront donner l'éveil, et souvent aussi le diagnostic n'est porté qu'après l'énucléation. Aussi, le diagnostic est-il malaisé dans la pluralité des cas.

Depuis peu de temps, les applications médicales de la radiographie ont donné des succès. Par cette méthode, il est possible de déterminer la présence du corps étranger, sa forme, sa situation. Diagnose et traitement sont par là même de beaucoup facilités. Sans entrer dans le détail de cette science nouvelle, on peut dire que les renseignements qu'elle donne sont, la plupart du temps, suffisants pour guider une intervention, et qu'en tous cas, on doit toujours y recourir pour poser un diagnostic certain.

V

Traitement. — En règle générale, l'extraction doit être conseillée, si la blessure est récente, le corps étranger visible, tangible, facilement accessible, s'il est contenu dans la cavité orbitaire sans en atteindre les parois.

Le blessé vient-il après cicatrisation de la plaie : alors il faut des indications précises pour déterminer une intervention chirurgicale. La présence du corps étranger menace-t-elle d'amener un phlegmon de l'orbite, l'hésitation est impossible. De même lorsqu'un abcès s'est collecté, qu'il s'est ouvert et si, par l'exploration. on trouve dans l'orbite un corps dur, sans adhérences, facile à énucléer, l'indication opératoire reste la même. Il faut, en effet, se souvenir que l'œil est constamment menacé et que les troubles fonctionnels s'aggravent peu à peu jusqu'à devenir incurables.

Dans les cas de corps étrangers bien tolérés, on ne s'amusera pas, bien entendu, à rechercher des corps de petites dimensions, grains de plomb, pointes d'instruments piquants. L'expectation s'impose tant qu'ils sont parfaitement supportés par le blessé.

Mais, qu'il y ait des troubles concomitants et l'indication opératoire est tout autre. Même lorsqu'il est bien toléré, un corps étranger réclame l'extraction, si son volume est considérable ou si une exophtalmie est une cause de défiguration. De même si, par sa présence, le corps étranger provoque des troubles dans le fonctionnement de l'œil : paralysie, strabisme, diplopie. Il peut s'agir d'une compression, et là l'hésitation n'est pas permise. En tous cas, un trouble visuel quelconque, récent ou tardif, provoqué par une direction vicieuse du globe oculaire ou par compression du nerf optique, devra forcer le chirurgien à agir.

L'œil a-t-il été atteint et surtout profondément lésé, s'i est perdu d'emblée, l'énucléation immédiate, suivie le plus souvent de l'évidement de l'orbite, permet seule de remplir ces indications fondamentales : désinfection et drainage « On prévient ainsi les graves complications, phlegmon de l'orbite, ophtalmie sympathique, méningo-encéphalite, don il est irrationnel d'attendre le signal » (Lejars).

Mais, une fois l'œil détruit et la plaie cicatrisée, on ne devra pas aller à la recherche du corps étranger : celui-ci, s'il est bien toléré, amènera rarement des accidents. Tandis que, dans le cas d'un corps encastré dans les os, on peut exposer son malade à des accidents graves, en provoquant une fissure ou un épanchement sanguin intra-cranien. Les faits de Fritz, de Demours, de Pagenstecher montrent bien que ces tentatives d'extraction sont dangereuses et peuvent être suivies d'accidents graves à bref délai.

Dans les cas où l'œil est détruit et la vision abolie, la plaie fermée, dans les cas où il n'existe pas de troubles subjectifs, Berlin se range à l'opinion de Marini et recommande l'expectation. Dans des cas récents, une intervention prudente peut être essayée, mais il vaut mieux peut-être laisser le corps étranger dans l'orbite, si l'on reconnaît qu'il a créé une communication avec la cavité cérébrale. En tous cas, est-on contraint à une extraction de ce genre parce que l'état du blessé le réclame d'urgence, on mettra tous ses soins à éviter de brusquer l'extraction. Toute brusquerie est d'autant plus défendue, qu'on ne sait pas exactement dans quel sens appliquer la traction et qu'on doit toujours avoir présent à l'esprit qu'il peut s'agir de corps vulnérants qui ne sont pas rectilignes, mais qui sont plus ou moins courbes, irréguliers, pouvant ainsi former crochet dans une des cavités avoisinantes. En plus, la fragilité possible du corps étranger recommande la prudence pour éviter de briser des corps cassants, verre, ambre, bois pourri.

Les anciens semblent n'avoir jamais mis en doute la valeur de l'extraction immédiate, quelles que fussent la situation du corps étranger et la solidité de l'enclavement, du moment où il était accessible à la préhension. Ambroise Paré, Solingen ont agi ainsi pour des fragments d'épée ou de lance profondément enfoncés. Percy va plus loin et enseigne qu'on ne doit pas hésiter de faire l'incision de l'œil lorsqu'on ne peut le délivrer autrement d'un corps étranger d'un certain volume.

Cette dernière opinion est un peu exagérée, étant contraire à la prudence ; et l'on peut dire avec Fano que si les corps étrangers sont arrondis, irréguliers, enfoncés profondément, si des délabrements considérables sont nécessaires, il vaut mieux qu'on les abandonne provisoirement, combat-

tant l'infection, et qu'on attende leur expulsion spontanée ou des conditions plus favorables à l'intervention.

Le manuel opératoire est, ici comme partout ailleurs, lorsqu'il s'agit de corps étrangers, des plus variés. Les manœuvres d'extraction varient avec la mobilité ou l'immobilité du corps à retirer. Est-il mobile et la plaie récente, après l'avoir au besoin agrandie pour mettre à jour l'extrémité la plus superficielle de l'instrument, on tente de la saisir avec des pinces et on tache, par traction de l'enlever. Si l'enclavement est dans les os de la face, des tractions énergiques directes, des mouvements de rotation ou de latéralité pourront dégager le corps étranger. Mais, la direction permet-elle de soupçonner une lésion de la cavité cranienne, qu'il faut alors être très réservé et se montrer d'une prudence extrême.

Dans les cas anciens, le corps étranger peut s'entourer d'une gangue fibreuse, il s'est enkysté; aussi faut-il pousser plus loin les incisions et les débridements.

Rarement on doit trépaner une surface osseuse pour pénétrer à l'intérieur de l'orbite. Rarement aussi on aura recours à la résection partielle du rebord orbitaire.

Qu'il se produise des phénomènes d'infection, le traitement de l'effet, puis de la cause, s'impose. Et c'est dans le cas de ces suppurations inguérissables, de ces éternelles fistules que l'on devra sectionner largement, pour aller fouiller le fond de l'orbite et en extraire le corps du délit.

Depuis quelques années, on fait usage d'aimants pour extraire des corps étrangers métalliques de l'organisme. La chose s'est tentée pour l'orbite. Mais si la méthode est bonne pour des cas superficiels, elle échoue bien souvent dans les cas de corps étrangers profonds. Attendre beaucoup de ce mode de traitement, ce serait méconnaître totalement l'intensité des forces mises en jeu et la nature des résistances à vaincre (de Wecker). La force d'un aimant ordinaire ne suffisant pas, on a employé l'électro-aimant (Hirschberg). Son emploi doit être circonspect et, de l'avis d'Ollier et de Gayet, l'intervention directe est préférable, car, avec l'aimant on peut causer plus de désordres. De plus, si le corps étranger est fixé, il semble assez difficile d'agir sur lui par ce seul moyen. L'aimant doit être réservé seulement dans certains cas de corps métalliques assez superficiellement placés.

En un mot, le traitement des corps étrangers de l'orbite est subordonné aux symptômes. « Le dernier mot restera toujours à la clinique; qui, elle, suivant les symptômes observés, nous permettra de temporiser ou nous commandera d'agir » (Despagnet).

Bibliographie. — ABADIE. *Bull. de la Soc. d'opht. de Paris*, 1894. — ADAMUCK. *Klin. Monatsb. f. Aug.*, juin 1896, p. 198. — ALBUCASIS. *La chirurgie*, trad. Leclère, chap. XVCI, Paris 1861. — AQUAPENDENTE (Fabrice D'). *Op. chirurg. De vulnere oculorum profundiore*, 1re partie, liv. II, chap. XXVII, Lyon 1866. — ASTENGO. *Knapps Arch.*, 1893. — BADAL. Soc. d'opht. de Bordeaux, 1894. — BAUDENS. *Chirurgie des plaies par armes à feu*, p. 163, Paris 1836. — BAUDRY. *Arch. d'opht.*, 1886, p. 258. — BEAUMONT. *The Lancet*, 1897. — BELL. *Cours de chirurgie théorique et pratique*, t. III, p. 211, trad. Bosquillon, 1796. — BENZEN. Cité par Schœneberg. — BÉRARD. *Dict. en 30 vol.*, t. IX, p. 123, art. CORPS ÉTRANGERS. — BÉRARD et DENONVILLIERS. *Compendium de chir.*, 1840, t. I, p. 702, art. CORPS ÉTRANGERS. — BERGMEISTER. *Wien. med. Wochens.*, 1891, n° 18. — BERLIN. *Ann. d'ocul.*, 1880, t. LXXXIII, p. 69; Maladies de l'orbite, *Handb. der Aug. v. Graefe et Sæmisch*, 1880. — BERNARD. Th. de Paris, 1886. — BERNE. *Knapps Arch.*, t. II, p. 361. — BERTHERAND. *Ann. d'ocul.*, 1851, t. XXVI, p. 127. — BICKERTON. *Rec. d'opht.*, 1899, p. 113. — BLANCHET. Acad. des sc., séance du 13 sept. 1858. — BLONDEAU. *Bull. Soc. opht. belge*, 1898, p. 54. — BOREL. *Bull. de thérap.*, 1871, p. 131. — BOUCHERON. Soc. d'opht., séance du 7 déc. 1897. — BOURGEOIS. *Rec. d'opht.*, 1895. — BRANDENBURG. *Arch. f. Aug.*, 1895, t. XXXI, 3, p. 272. — BRANZEAU. *Ann. d'ocul.*, 1863, t. XLIX, p. 50. — BRIGGS. *Rev. d'opht.*, 1889, p. 137. — BUTTER. Cité par Mackenzie. — CAPPELOTTI. *Ann. d'ocul.*, 1845, t. XIV, p. 177. — CHAUVEL. *Chirurgie d'armée*, p. 343; *Dict. Dechambre*, art. ORBITE. — CHENU. *Guerre de 1870-1871*, t. II, p. 360. — CHISOLM. *The med. and surg. Rep.*, 17 avril 1886. — CINTRAC. Cité par de Wecker, t. IV, p. 804. — CLARKE. *Opht. Rev.*, 1865, n° 4. — COLLETTE. *Ann. d'ocul.*, 1850, t. XXII, p. 217. — COOPER (Withe). *Ann. d'ocul.*, 1855, t. XXXIII, p. 216. — DE COURTRAI. *Hirchbergs Centr.*, 1893. — CUNIER. *Ann. d'ocul.*, t. VII, p. 4. — DAVIDSON. *Rec. d'opht.*, 1898, p. 163. — DEHENNE. *Bull. de la Soc. anat.*, 1896, p. 699. — DELENS. *Traité de chirurgie* Duplay et Reclus, 2e édit., t. IV, p. 512. — DELORME. *Chirurgie de guerre*, t. II, p. 597: *Rec. de méd. milit.*, t. LVII, p. 233. — DELPECH. *Maladies chirurgicales*, t. II, p. 1. — DEMARQUAY et BOURDILLAT. *Union méd.*, 2e série, 1859, t. IV, p. 82 et 123. — DESMOURS. *Traité des maladies des yeux*, t. II, p. 45, Paris 1818. — DESMARRES. *Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, t. I, p. 156. — DESPAGNET. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*. — DEZES. Th. de Bonn, 1875. — DOLBEAU. *Gaz. des hôpit.*, 1854, n° 14, p. 454. — H. DOR. *Lyon méd.*, 1899, t. LXLI, p. 381. — DUCELLIER. *Rec. d'opht.*, 1887, p. 353. — DUJARDIN. *Journ. Soc. des sc. méd. de Lille*, 1884, p. 201; *Id.*, 15 avril 1892. — FALK. Th. de Greifswald, 1880. — FANO. *Traité des maladies des yeux*, 1866, p. 120. — FIELDING. *Phil. Transact. ab. by Jones*, vol. V, p. 203. — DA FONSECA. *Rev. d'opht.*, 1882, p. 502. — FREYER. *Knapps Arch.*, t. XVI, p. 120. — GALEZOWSKY. In Valois, Obs. LXV; *Gaz. des hôpit.*, 1870; *Traité des maladies des yeux*; *Rec. d'opht.*, 1882-1884. — GAYET. In Rouquette, *Prov. méd.*, 1890, p. 610. — DE GRAEFE. Cité par H. Dor. — DE GRAEFE. *Berl. klin. Wochens.*, 1868, n° 20. — DE GRAEFE et SŒMISCH. *Handb. des ges. Aug.*, 1888, t. I. GRANDCLÉMENT. *Prov. méd.*, 1890, p. 610. — GRIFFITH. *Brit. med. Journ.*, 7 août 1897. — GULET. Cité par Schœneberg. — HAINE. *Ann. d'ocul.*, 1847, t. XVII, p. 113. — HARDY. *Med. Times and. Gaz.*, t. II, 29 mars 1873. — HASNER. *Traité de médecine légale* de Marschka, 1881. — HERWITT. *Dublin med. Press*, 1848. — HIGGENS. *The Lancet*, 10 janv. 1891. — HILLEMANS. *Arch. of opht.*, t. XXVII, p. 516. — VON HIPPEL. *Berl. klin. Wochens.*, 20 déc. 1886. — HIRSCHBERG. *Centr. f. prat. Aug.*, déc. 1879. — HORTIUS. *Observationum lib. I Operum*, t. II, p. 226. — HOTZ. *Chicago med. Rev.*, vol. V. — HULL et ROTKIFF. Cité par Schœneberg. — HULKE. *Brit. med. Journ.*, sept. 1867. — HUTCHINSON. Cité par Schœneberg. — JACKSON. *The Lancet*, 2 fév. 1884. — JÆGER. *Ann. d'opht.*, 1856, t. VI. — JEAFERSON. *Opht. Hosp. Rep.*, 1874, vol. VII, p. 186 et 192. — JOCKS. *Rev. d'opht.*, 1897, p. 554. — JOHNSON. *Ann. d'ocul.*, 1894, t. CXII, p. 140. — JONES. *Med. Times and. Gaz.*, 15 janv. 1859. — KEOWN. *Dublin Journ. of med. Sc.*, sept. 1876. — KRAMOZTYCK. *Rev. d'opht.*, 1882, p. 307. — KRESTCHNER. *Centr. f. Aug.*, 1889. — LAGRANGE. *Ann. d'ocul.*, 1899, p. 206. — LAWSON. *The Lancet*, t. II, 15 sept. 1877. — LIENN. *Trans. opht. Soc*, 10 juin 1897. — LOTZ. *Klin. Monatsb.*, sept. 1890. — LUSSIER. *Rec. d'opht.*, 1874, p. 95. — LISTER. *The Lancet*, 15 mars 1876. — MACKENZIE. *Roy. Lond. opht. Hosp. Rep.*, oct. 1896. — MAGRON. Th. de Paris, 1900. — DE MARCHETTI. *Observationum Sylloge*, Obs. XXIII, London 1729. — MARCUS. *Weber das Emphysem des Orbita*, Leipzig 1885. — MARSH. *New-York med. Journ.*, 3 août 1889. — MAX. Cité par Schœneberg. — MENGIN. *Rev. d'opht.*, 1886, p. 21. — MIDGLEY. *Brit. med. Journ.*, 3 avril 1880. — MITKEWIG. *Revue d'opht.*, 1886, p. 476. — MONOD. In *Dict. Dechambre*, p. 633, art. CORPS ÉTRANGERS. — NÉLATON.

Gaz. des hôpit., 1854, p. 454. — NEUMANN. Cité par Zander et Geissler. — NICOD. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1898, p. 472. — NICOLLINI. *Ann. di Ottalm.*, 1880, t. XX, p. 301. — NIMIER et DESPAGNET. *Traité d'ophtalmologie*, p. 888. — DE NOBELE. *Ann. d'opht.*, 1896, t. CXV, p. 72. — NORMANN. *Med. Times and. Gaz.*, 19 mars 1864. — NORRIS. Cité par Schœneberg. — NOYES. *Hirschberg's Centr.*, 1882. — ŒLLER. Cité par Schœneberg. — ŒTTINGER. Th. de Stuttgard, 1878. — PAGENSTECHER. *Klin. Monatsb.*, 1864, t. II, p. 166. — PANAS. *Traité des maladies des yeux*, 1894, t. II, p. 386. — PARÉ. Édit. Malgaigne, 1893, t. III, p. 488 et 696. — PARINO. *Gaz. méd.*, 1882. — PERCY. *Manuel de chirurgie d'armée.* — PERCY FRIDENBERG. *Med. Record*, 15 mai 1897, p. 694. — PHILIPPS *The Lancet*, 2 juin 1888, p. 1071. — PILZ. *Ann. d'ocul.*, 1880, t. XXXIII, p. 236. — POLAILLON. *Union méd.*, 1891, n° 95, p. 215. — POULET et BOUSQUET. *Pathologie externe*, t. II, p. 798. — PUECH. In Valois, Obs. XLVII. — RAMAGE. *The Lancet*, 30 sept. 1893. — RAMORINO. *Arch. Knapp's f. Opht.*, 1888, p. 138. — RAVA. *Ann. di Ottalm.*, 1890, fasc. VI. — REYNIER. Soc de chir., 7 mars 1900. — RICHET. *Gaz. des hôpit.*, 1880. — RITTER. *Memorabilien*, 1873, n° 9. — RIVIÈRE. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1885, n° 7, p. 64. — ROCHE. *Rev. de thérap.*, 1854, n° 6. — ROGNETTA. *Traité d'ophtalmologie*, 1844, p. 136. — ROHMER. *Arch. d'opht.*, 1897, p. 43. — ROLLET. Soc. de chir. de Lyon. — ROOSE. *Rec. d'opht.*, 1893, p. 346. — ROSANDER. Cité par Schœneberg. — ROTHMUND. *Zeits. Klin. Mon.*, 1866, t. IV, p. 110. — ROUQUETTE. Th. de Lyon, 1892. — SABATIER. *Médecine opératoire*, 1822, t. I, p. 409. — SANTESSON. *Rev. d'opht.*, 1882, p. 308. — SCHILD. *Münch. med. Wochens.*, 1897, p. 36. — SCHMEISCHER. Cité par Schœneberg. — SCHŒNEBERG. Th. de Munich, 1896. — SCHRÖTERS. *Klin. Mon. f. Aug.*, 1871. — STÆNGEMEYER. *Bayer ärtzl. Intelling*, 1866, n° 38, p. 544. — STAVENHAGEN. *Petersb. méd. Wochens.*, 1888. — TERSON. *Journ. des prat.*, 1893; *Rec. d'opht.*, 1897, p. 592; *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, t. V, p. 297. — THOMSON. *Brit. med. Journ.*, 7 déc. 1895. — THOMPSON. *Bataille de Waterloo*, Edimbourg 1816, p. 64. — TRUC. *Arch. d'opht.*, 1898, p. 330. — TRUG et VALUDE. *Nouveaux éléments d'ophtalmologie*, 1896, t. I, p. 581; t. II, p. 17. — VALENÇON. *Gaz. des hôpit.*, 1898. — VALOIS. Th. de Paris, 1895-1896. — VELANDER. Cité par Schœneberg. — VELPEAU. *Médecine opératoire*, 1839, t. III, p. 227. — VERHAAGE. *Ann. d'ocul.*, 1851, t. XXV, p. 204. — VOSSIUS. *Zehanders Monatsb.* — WALDHAUER. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, t. XXIX. — DE WECKER. *Hirschberg's Centr.*, 1894, S. 153. — DE WECKER. *Arch. d'opht.*, 1891, p. 531. — DE WECKER et LANDOLT. *Traité d'ophtalmologie*, t. IV, p. 798. — DE WECKER et MASSELON. *Manuel d'ophtalmologie*, p. 815. — WEISS. Th. d'agrég., 1880. — WENTSCHNER. *Deuts. med. Wochens.*, 16 nov. 1899. — WICHENKAWIG. Cité par Schœneberg. — WICHENKIEWICZ. *Rev. d'opht.*, 1890, p. 245. — WITHE. *Cases in Surg.*, 1770, p. 31. — WODWORTH. *Schmidt's Jahresb.*, 1861, t. CXIII, p. 336. — WOODS. *The med. and surg. Rep.*, 17 avril 1886. — ZANDER et GEISSLER. *Die Vertetzungen des Auges*, Leipzig et Heidelberg, 1864. — ZEDLEG. *Gaz. méd.*, 1838, p. 379. — ZENKER. *Rev. d'opht.*, 1899, p. 32.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(14 NOVEMBRE 1900)

A propos du rapport présenté dans la dernière séance par M. Walther sur une observation de **plaies pénétrantes du crâne** adressée par M. Morestin, MM. Nimier et Potherat prennent successivement la parole et communiquent de nouveaux faits qui viennent à l'appui des conclusions généralement adoptées.

La parole est ensuite donnée à M. Lejars pour un rapport sur un intéressant travail relatif à une modification de l'**opération de Gritti**, opération qui, comme on sait, consiste à doubler, dans les amputations, les lambeaux cutanés de parties osseuses destinées à les renforcer. L'auteur, dans plusieurs cas de désarticulation du genou, a conservé la rotule en la fixant par une suture métallique, une sorte d'encerclage contre les deux condyles du fémur. Les résultats ont été très satisfaisants. Toutefois, M. Lejars estime que ces sortes d'opérations ne seront jamais que des opérations d'exception. Il leur préfère la désarticulation. M. Poirier a fait, à Beaujon, l'opération de Gritti et en a obtenu d'excellents résultats. Il s'est contenté de clouer la rotule au fémur par une cheville métallique préalablement flambée. Après quatre jours, il a retiré cette cheville. M. Poirier n'est donc pas de l'avis de M. Lejars et trouve le Gritti plus avantageux que la désarticulation. Parmi les avantages que présente cette opération de Gritti, il place en première ligne le rôle que joue la rotule, non seulement comme constituant un meilleur coussin pour le moignon, mais aussi comme moyen d'éviter l'atrophie du quadriceps fémoral.

M. Delbet, qui s'est beaucoup occupé de ces amputations ostéoplastiques, a employé plusieurs procédés. Il fait tout d'abord observer que les parties osseuses qu'on laisse ainsi adhérentes aux parties vasculaires, peuvent vivre. Il a fait quatre fois cette opération, ses quatre opérés ont bien guéri. L'un d'eux a dû être ultérieurement amputé de la cuisse pour une tuberculose du genou; M. Delbet possède donc la pièce de ce malade et on peut y voir que les parties osseuses comprises dans le moignon sont parfaitement adhérentes l'une à l'autre. Dans ces cas encore, le résultat fonctionnel est excellent.

M. Berger, contrairement à l'avis exprimé par M. Lejars, préfère à la désarticulation l'opération de Gritti. Ce n'est pas l'opinion de M. Peyrot, qui préfère la désarticulation du genou. M. Kirmisson pense de même et a obtenu de la désarticulation du genou d'excellents résultats.

M. Brin (d'Angers) communique deux observations de **cancers du gros intestin traités par la résection**.

FORMULAIRE

Formules des bains médicamenteux.

Bain sulfureux.

Sulfure de potassium........	60 grammes.
Eau chaude..................	45 litres.

Baignoires de bois, de zinc ou de fonte émaillée.

Bain gélatineux.

Gélatine....................	120 grammes.

Ajouter assez d'eau chaude, pour faire dissoudre et mêler le tout avec 20 litres d'eau environ.

Bain acide.

Acide nitrique..............	30 grammes.
Acide chlorhydrique.........	60 —
Eau chaude..................	60 litres environ.

Le bain préparé doit être dans une baignoire en bois. Durée dix minutes.

Bain alcalin.

Carbonate de soude.........	100 grammes.
Eau.........................	60 litres.

Bain de glycérine.

Glycérine...................	150 grammes.
Gomme adragante..........	50 —

Faites bouillir dans un litre d'eau, ajoutez 20 litres d'eau chaude.

Bain arsenical.

Arséniate de soude....... 5 à 10 grammes.
pour un bain.

Peut être utile dans certaines dermatoses non aiguës, torpides et dans certains rhumatismes noueux.

Bain mercuriel.

Bichlorure de mercure......... 50 centigr.
Alcool......................... 8 grammes.
Eau distillée.................. 30 —

(*Journ. de méd. de Paris.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des épilepsies (1), par le docteur J.-B. GÉLINEAU.

Depuis vingt-cinq ans, M. Gélineau étudie l'épilepsie; des milliers de malades ont passé sous ses yeux et il a pu les étudier sous toutes leurs formes, sous tous leurs aspects: chacun d'eux a été l'objet de notes suivies et c'est le dépouillement de ces milliers d'observations qu'il présente aujourd'hui à ses confrères en un gros volume qui restera un monument élevé à une des questions les plus difficiles de la pathologie médicale.

Voici un aperçu des matières traitées dans ce volume : *Historique, synonymie, définition, division. — Étiologie. — Épilepsies essentielles ou idiopathiques. — Causes déterminantes connues ou présumables.* Épilepsie congestive ou pléthorique. Épilepsie anémique. — *Épilepsies diathésiques.* Épilepsie arthritique. Épilepsie calculeuse. Épilepsie herpétique. Épilepsies lymphatique et scrofuleuse. Épilepsie tuberculeuse. Épilepsie scrofuleuse. Épilepsie cancéreuse. Épilepsie syphilitique. — *Épilepsie encéphalopathique ou organique.* Épilepsies par mauvaise conformation du crâne. Épilepsies par altérations et tumeurs des méninges. Épilepsies par altérations des vaisseaux encéphaliques du tissu cérébral. Épilepsies occasionnées par des tumeurs cérébrales. — *Épilepsies sympathiques ou réflexes.* Épilepsie vermineuse. Épilepsie gastrique. Épilepsie cardiaque. Épilepsie utérine. Épilepsie testiculaire et néphrétique. Épilepsie sensorielle. Épilepsie par suppression d'un flux habituel. — *Épilepsie traumatique.* Épilepsie traumatique directe. Épilepsie traumatique indirecte. — *Épilepsie psychique ou par émotions morales.* Épilepsie par la peur. Épilepsie par imitation. Épilepsie par colère. Épilepsie par surmenage. — *Symptomatologie. — Épilepsies toxiques et microbiennes.* Épilepsies hétéro-toxiques. Épilepsies auto-toxiques. Épilepsies par infection microbienne. — *Variétés.* Épilepsie partielle ou Bravais-jacksonnienne. Épilepsie puérile. Épilepsie sénile ou tardive. Épilepsie larvée. Épilepsie procursive ou automatisme ambulatoire. Épilepsie métastatique. — *Maladies sympathiques à l'épilepsie et intercurrentes. — Anatomie pathologique et pathogénie de l'épilepsie. — Diagnostic. — Pronostic et curabilité. — Marche, durée, terminaison. — Thérapeutique.* Médication générale. Traitement spécial. Traitement médical. Traitement chirurgical. Traitement hygiénique. Traitement des complications et difficultés. — *Épilepsie simulée. — Responsabilité des épileptiques. — Internement. Hospitalisation des épileptiques. — Mariage des épileptiques.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — ANATOMIE. — Séance du 14 novembre : MM. Mercadé et Rollin, 12 ; Mesnil, 11 ; Contet, 10 ; Taguet, 9 ; Masson (Albert), 8 ; Cailliau, 5 ; Le Meur, 4.

Séance du 15 novembre : MM. Morisetti, 11 ; Bertier, Deglos et Duclaux, 10 ; Joseph, 8 ; Mahoudeau, 7 ; Poupault, 6 ; Merklen, 5 ; Lafosse, 4 ; Gillet, 1.

(1) Gr. in-8°, 952 p. Prix : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La prochaine séance aura lieu mercredi 21 novembre, à quatre heures et demie, à la Charité.

PATHOLOGIE. — Séance du 14 novembre : MM. Beaufumé, 11 ; Claude (Georges) et Rousseau (Auguste), 9 ; Tournay, 8 ; Leenhardt, 7 ; Mermier, 5 ; Omécinsky et Lemaire (Louis), 4.

Séance du 15 novembre : MM. Bosc et Menet, 14 ; Brocard, Jeannel et Ricou, 12 ; Küss, 9 ; Grosset, 8 ; Barnsby, 7.

M. Tassin lira à la fin.

Marine. — Le jury des concours qui auront lieu à Rochefort, le 1er décembre prochain, pour deux emplois de professeur aux écoles de médecine navale de Toulon, sera composé de :

M. l'inspecteur général du service de santé, président.

MM. Galliot, médecin en chef à Toulon, membre; Grand-Moursel, médecin principal à Rochefort, membre.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 45e semaine, 821 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (848) et à la moyenne ordinaire des semaines de novembre (832).

La fièvre typhoïde a causé 7 décès, chiffre identique à la moyenne (7). Depuis quatre semaines, cette maladie a cessé d'être fréquente.

La variole a causé 11 décès (la moyenne des cinq dernières années est à peine supérieure à zéro). On ne saurait trop engager la population à se faire vacciner ou revacciner, conformément à l'avis du Conseil de salubrité. La vaccine ne confère l'immunité que pour une durée limitée qui, dans certains cas, ne dépasse pas six ou huit ans. Ainsi le fait d'avoir été vacciné, même avec succès, ne dispense pas de se soumettre à nouveau à cette minuscule opération.

La scarlatine et la coqueluche n'ont causé respectivement que 1 décès ; la diphtérie, 6.

La diarrhée infantile n'a causé que 25 décès de 0 à 1 an (la moyenne est 29).

En outre, 27 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 104 décès, au lieu de 81 pendant la semaine précédente et au lieu de 105, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 10 décès (au lieu de la moyenne 16): bronchite chronique, 22 (au lieu de la moyenne 23); broncho-pneumonie, 28 (au lieu de la moyenne 33); pneumonie, 44 (au lieu de la moyenne 33).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 37 décès, dont 29 sont dus à la congestion pulmonaire; en outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 162 décès (au lieu de la moyenne 187); la méningite tuberculeuse, 22; la méningite simple, 23; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 32 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 49 décès; les maladies organiques du cœur, 56; le cancer, 44; enfin 23 vieillards sont morts de débilité sénile.

Conférences de déontologie médicale. — MM. les docteurs P. Le Gendre et G. Lepage commenceront le lundi 26 novembre, à huit heures et demie du soir, des conférences de déontologie médicale dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine. Les conférences suivantes auront lieu les lundis 3 et 10 décembre et les vendredis 30 novembre, 7 et 14 décembre.

Laboratoire d'anatomie comparée du Muséum (directeur : M. le professeur Filhol, membre de l'Institut). — *Enseignement de l'histologie.* — M. Auguste Pettit, attaché à la chaire, commencera le 4 décembre 1900 un enseignement pratique d'histologie; les leçons et manipulations auront lieu les mardis, jeudis et samedis, à deux heures. Le laboratoire de recherches histologiques est ouvert tous les jours. — S'inscrire d'avance, l'après-midi, auprès de M. Pettit, 55, rue de Buffon.

Clinique otologique de l'institution nationale des sourds-muets. — La clinique sera ouverte aux praticiens et aux élèves à partir du 1er décembre.

Les mardis, jeudis et samedis, à neuf heures du matin, consultations, puis conférences et exercices pratiques, sous la di-

rection de M. Ménière, chirurgien en chef du service, avec le concours de MM. Castex et Grossard, chirurgiens adjoints. — Le samedi, consultations et opérations.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 132. — MARDI 20 NOVEMBRE 1900. 73e ANNÉE. MARDI 20 NOVEMBRE 1900. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Nouvelles recherches sur la variole. — Séance de la Société médicale des hôpitaux (16 novembre 1900). — Notes de clinique thérapeutique. Traitement des cardiopathies chroniques : II. L'hydrothérapie, par M. Guihal, interne des hôpitaux de Paris. — Médecine pratique. Le sérum artificiel dans la fièvre typhoïde sous forme d'entéroclyse; — L'hydrate de chloral en frictions dans le lumbago et la névralgie sciatique; — L'acide nitrique dans la blennorragie; — La levure de bière dans le traitement des entérites. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

NOUVELLES RECHERCHES SUR LA VARIOLE

MM. H. Roger et E. Weil viennent de faire à la Société de biologie (séances des 10 et 17 novembre) une série de très importantes communications qui éclairent d'un jour tout particulier l'étiologie et la pathogénie de la variole. Nous croyons intéressant pour nos lecteurs de reproduire ces communications.

« I. *Inoculabilité de la variole humaine au lapin* (1). — Nous avons profité de l'épidémie qui sévit actuellement pour étudier l'effet du virus varioleux sur le lapin. Nous avons utilisé le plus souvent le liquide des pustules; nous le soumettions, au préalable, à l'examen microscopique et nous ne le faisions servir que dans les cas où nous n'avons pas trouvé de bactéries.

Les inoculations ont été pratiquées dans diverses parties de l'organisme. Un procédé excellent consiste à introduire une gouttelette de pus dans la chambre antérieure de l'œil. Le lendemain on constate la présence d'un exsudat épais, qui augmente rapidement le deuxième jour, puis diminue, et vers le quatrième ou le cinquième jour, a complètement disparu. En ponctionnant la chambre antérieure, on constate que l'humeur aqueuse est restée claire et transparente, mais a acquis la propriété de se coaguler rapidement. On peut ensuite détacher l'exsudat, et, en l'examinant au microscope, on voit qu'il est formé de fibrine et de leucocytes, pour la plupart mononucléaires, absolument comme le pus de la variole humaine.

La résorption rapide de l'exsudat peut faire croire que l'inoculation de la variole ne produit chez le lapin qu'une lésion locale passagère. Cependant, en pesant les animaux, on s'aperçoit qu'ils maigrissent; au bout d'une dizaine de jours, leur état général devient mauvais et le mal arrive, sans autres manifestations notables, de dix à vingt-cinq jours après l'inoculation.

(1) Soc. de biol., séance du 10 nov. 1900.

Quand le liquide employé est impur, c'est-à-dire quand il renferme quelques streptocoques qui ont passé inaperçus à l'examen microscopique, l'inoculation dans la chambre antérieure provoque, au lieu d'un exsudat épais, un hypopyon. Mais l'animal succombe au bout du même temps, sans que le microbe adventice ait modifié l'évolution de la maladie. On conçoit facilement que l'inoculation dans la chambre antérieure représente une excellente méthode d'étude : elle nous renseigne en vingt-quatre heures sur la nature et la pureté du pus utilisé.

Les inoculations sous-cutanées et intra-veineuses provoquent une maladie qui suit une marche analogue à celle que détermine l'inoculation intra-oculaire. Dans deux cas, l'injection sous-cutanée a été suivie du développement de petites pustules siégeant dans la région où le virus avait été introduit. En quarante-huit heures, ces éléments, étaient desséchés.

Il existe, enfin, un procédé très simple de communiquer la variole au lapin. Ce procédé, calqué sur une des méthodes de variolisation employées autrefois en Chine, consiste à déposer du pus variolique dans les narines. Les animaux ont succombé du douzième au vingtième jour.

Quelle qu'ait été la voie d'introduction du virus, on ne trouve à l'autopsie que peu de lésions notables. La rate est petite. Les principaux viscères paraissent sains, au moins à l'œil nu. Le microscope nous y a montré diverses lésions, notamment dans le myocarde, qui présente des altérations semblables à celles que nous avons observées chez l'homme. La moelle osseuse est rouge, proliférée, renfermant de nombreuses cellules, pour la plupart mononucléaires. L'examen du sang, pratiqué pendant la vie ou après la mort, donne des résultats analogues à ceux que nous avons obtenus chez l'homme, mais moins intenses : ce sont les mononucléaires qui prédominent et dont le nombre dépasse 60 p. 100, tandis que les polynucléaires tombent à 27.

L'examen bactériologique révèle parfois la présence de bactéries adventices; mais, le plus souvent, on n'en trouve pas, et les cultures faites dans les milieux habituels restent stériles. Cependant, l'agent de la variole se trouve dans le corps de ces animaux, car l'inoculation de leur sang entraîne la mort, comme l'inoculation du pus variolique.

En résumé, le virus de la variole détermine chez le lapin une sorte de septicémie. Si l'élément qui semble caractéristique chez l'homme, la pustule, est exceptionnel chez le

lapin, la différence de structure de la peau doit expliquer cette différence dans les manifestations. D'un autre côté, l'analogie du processus se révèle par une identité de la formule leucocytaire et par des modifications semblables de la moelle osseuse. Nous pouvons donc conclure que le lapin représente un excellent réactif pour l'étude expérimentale de la variole.

II. *La vaccine chez le lapin* (1). — L'inoculation intra-oculaire chez le lapin de lymphe vaccinale est suivie dans les vingt-quatre heures de la formation d'un exsudat qui évolue et guérit en cinq à huit jours. L'inoculation sous-cutanée ne détermine qu'inconstamment l'apparition de pustules, vite desséchées.

Depuis le jour de l'inoculation, l'animal va sans cesse en maigrissant et meurt en un temps variant de dix jours à cinquante-cinq jours; en moyenne, au bout de trois semaines.

A l'autopsie, on ne trouve aucune lésion macroscopique; la rate est petite, la moelle des os rouge et proliférée. Pendant la vie, on peut constater dans le sang une leucocytose défensive; cette leucocytose est une mononucléose à globules blancs, non granuleux pour la plupart.

L'exsudat de l'œil est constitué également par des mononucléaires. Le lapin réagit et meurt de la même façon à la suite d'inoculations de vaccine ou de variole. Il constitue un animal de choix pour l'étude expérimentale de ces maladies, qui évoluent chez lui toutes deux comme des septicémies.

Chez le singe, le vaccin détermine les mêmes réactions leucocytaires. Mais chez l'homme, du moins chez l'adulte, la vaccine ne paraît pas s'accompagner de mononucléose; dans un cas de vaccinelle généralisée, on vit apparaître en assez grand nombre des formes myélocytaires.

III. *Recherches microbiologiques sur la variole* (2). — L'examen du contenu des pustules de variole permet de constater, à côté des leucocytes, de nombreux corpuscules arrondis ou ovalaires mesurant de 1 à 3 μ, en moyenne 1μ.75, qui fixent très fortement les matières colorantes. Ces éléments, envisagés, par certains auteurs comme les parasites de la variole, ont été considérés généralement comme des débris nucléaires.

Nous avons retrouvé ces corpuscules dans le sang. Dans les varioloïdes, on ne les y constate qu'avec peine, ils sont plus fréquents au cours des varioles graves et sont surtout abondants dans les varioles hémorragiques, où l'on peut en compter 5 ou 6 par préparation. Leur aspect est ici plus typique. Autour du noyau, on trouve une bordure bien nette d'un protoplasma peu colorable.

Ces corpuscules se rencontrent dans tous les épanchements sanguins de varioles hémorragiques, et, à l'autopsie, dans les divers organes, mais surtout dans la rate et la moelle des os.

A l'autopsie de deux femmes enceintes de cinq et six mois, nous les avons trouvés en grand nombre dans le liquide amniotique, où ils étaient doués de mobilité.

Chez des lapins inoculés avec du sang variolique, nous avons vu, dans le sang et les organes, les mêmes corpuscules. Cette constatation établit une nouvelle analogie entre la variole du lapin et celle de l'homme, mais ne suffit pas encore pour établir que ces corpuscules sont les agents de la variole, et non le résultat d'altérations produites dans l'organisme vivant par le virus variolique.

Il fallait cultiver ces corpuscules. Nous avons placé du sang de lapin inoculé depuis quelques jours, dans l'étuve à 38 degrés, et nous avons vu ces corpuscules augmenter de nombre dans les ampoules. La polifération est notable, mais nullement comparable à celle des bactéries.

Nous sommes partis de cette culture même pour faire des cultures véritables. Celles-ci ont réussi en sang de lapin défibriné et en sang total de lapin, rendu incoagulable par injection préalable d'extrait de sangsue.

Nous en sommes actuellement à notre dix-huitième passage. Les corpuscules conservent en culture leurs caractères primitifs; ils sont seulement un peu plus volumineux, leur protoplasma étant plus net.

Les cultures, inoculées au lapin, ont gardé toute leur virulence pour cet animal. Dans la chambre antérieure de l'œil, elles déterminent la formation du même exsudat, que produisait le pus variolique; des lapins, inoculés sous la peau ou dans les veines, présentent parfois des pustules discrètes; tous meurent de septicémie, avec de très faibles doses, du huitième au trentième jour.

Les inoculations des cultures provoquent les mêmes réactions hématopoiétiques que celles des produits varioliques. A l'autopsie, on constate la même absence de lésions macroscopiques.

Il semble donc que les corpuscules particuliers, trouvés dans l'organisme des varioleux et chez les animaux inoculés, tant avec des produits varioliques qu'avec des cultures, soient bien les agents de la maladie. Ce ne peuvent être que des protozoaires, et probablement des sporozoaires; car, dans les cultures, ces cellules vieillies se transforment en corps brillants à double contour, incolores, analogues à des spores.

(1) Soc. de biol., séance du 10 nov. 1900.
(2) Soc. de biol., séance du 17 nov. 1900.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(16 NOVEMBRE 1900)

La récente communication de MM. Gilbert et P. Lereboullet, sur l'**étude de la famille biliaire et les ictères acholuriques simples**, a provoqué entre les auteurs et M. Frantz Glénard une discussion qui continuera et, sans doute aussi, s'épuisera dans la prochaine réunion de la Société.

M. Glénard affirme que la doctrine soutenue par MM. Gilbert et Lereboullet est exactement la même que celle qu'il soutient depuis dix ans, sous le nom d'hépatisme; cette théorie de l'hépatisme est fondée sur les notions suivantes: fréquence de la néphroptose dans les maladies classées comme dyspepsies ou névropathies, impliquant par conséquent la fragilité de la pathogénie classique; notion de l'entéroptose impliquant une pathogénie intestinale des dyspepsies ou névropathies; notion de l'existence d'une neurasthénie hépatique alcoolique, d'une dyspepsie par cirrhose du foie, d'une chlorose hépatique, d'une entéroptose hépatique puerpérale, d'hépatites xanthiques (par opposition aux hépatites cyaniques) impliquant une pathogénie hépatique de maintes dyspepsies ou névropathies, de nombreuses entéroptoses, de certaines chloroses, du xanthélasma, du chloasma, des éphélides; notion de l'existence d'un diabète hépatique alcoolique impliquant la possibilité d'une pathogénie hépatique des maladies de la nutrition.

M. Glénard se trompe, prétendent à leur tour MM. Gilbert

et P. Lereboullet; ce qu'ils ont affirmé, eux, c'est qu'il existe un lien de parenté entre un certain nombre d'affections des voies biliaires ayant pour lésion commune l'angiocholécystite; pour expliquer cette parenté, ils ont émis une double hypothèse : d'une part, celle d'une *diathèse biliaire*; d'autre part, celle de l'*origine auto-infectieuse* commune de ces états morbides. Ceci n'a rien à voir avec l'hépatisme de M. Glénard. Sans doute, sous le nom de famille de l'hépatisme, on trouve groupées des affections du foie ou des maladies de la nutrition, mais ces affections n'ont rien de commun avec les infections des voies biliaires.

En un mot, la famille de l'hépatisme ne comprend pas les mêmes affections que la famille biliaire; la diathèse biliaire n'est pas l'hépatisme.

La parole maintenant est à M. Glénard.

La question des **phlébites**, entamée la dernière fois, a engagé M. Vaquez à apporter le fruit de son expérience personnelle.

Pour lui, la conduite à tenir dans les cas de phlébite résulte de la connaissance exacte de l'ancienneté des accidents primitifs.

L'immobilisation absolue, pendant six semaines à deux mois, peut guérir complètement une phlegmatia des membres inférieurs à type classique. Trop souvent, elle est suivie de raideurs articulaires, d'atrophie musculaire avec contractures, d'œdème persistant qui condamnent le malade à une infirmité prolongée, parfois définitive.

Il faut donc renoncer à cette façon d'agir.

Pendant les vingt jours qui suivent le début d'une phlébite des grosses veines du membre inférieur, il faut pratiquer l'immobilisation absolue, au besoin dans la gouttière de Bonnet, surtout si la phlébite est double.

A partir de ce moment si les veines accessibles ont cessé d'être sensibles à une palpation légére, s'il n'y a pas eu de poussées fébriles nouvelles, si l'œdème est franchement en décroissance, on doit remettre le malade aux mains d'un masseur instruit et prudent, en le chargeant de pratiquer progressivement la série des manœuvres externes qui ont pour but de favoriser la circulation dans les réseaux veineux de suppléance, de diminuer l'œdème jusqu'à le faire disparaître complètement, de combattre les raideurs articulaires et de faire rétrocéder l'atrophie.

Au début, ces manœuvres consistent en effleurages superficiels, en mobilisation partielle des articulations des orteils du pied.

Pendant la deuxième semaine, du vingt-septième au trente-cinquième jour, on fait pratiquer le massage des masses musculaires avec mobilisation plus active des articulations, en évitant tout naturellemənt les gros troncs veineux. Le malade peut faire, dans son lit, quelques mouvements de latéralité sans flexion du tronc. A partir du trente-huitième jour, la mobilisation est de plus en plus active, le malade se lève sous la surveillance du masseur, sans faire usage de béquille ou de canne, qui favorisent les contractures secondaires, avec une simple application de crêpe Velpeau, le bas élastique gênant trop le rétablissement d'une circulation normale.

Il est rare que, de cette façon, le malade ne soit pas entièrement guéri, sans tare consécutive vers le cinquantième jour.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des cardiopathies chroniques (1).

Par M. Guihal, interne des hôpitaux de Paris.

II

L'HYDROTHÉRAPIE

De nombreux auteurs ont attribué une très grande importance aux pratiques hydrothérapiques dans le traitement des cardiopathies chroniques. Bouillaud, Fleury dans son *Traité d'hydrothérapie* (1886), Hirtz et Schutzenberger (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1872), Sieffermann, Bottey, se sont faits les principaux défenseurs de l'hydrothérapie proprement dite, appliquée sous forme de lotion, de friction et même de douche. De nos jours, si l'on excepte Bottey, la plupart des auteurs ont réduit au minimum les indications de l'eau froide, et peu se rangent aujourd'hui à l'opinion de Fleury, soutenant que l'hydrothérapie peut à elle seule faire disparaître l'anasarque sans spoliation aucune. Les contre-indications de cette thérapeutique se trouvent affirmées par la majorité des médecins avec beaucoup plus de netteté que les indications, suffisamment précises, cependant, pour être posées.

Nous envisagerons ici l'hydrothérapie proprement dite, nous réservant de revenir dans de prochaines notes sur les bains minéraux et médicamenteux.

Quels sont donc, en peu de mots, les effets physiologiques de l'eau froide? Les phénomènes apparents sont connus de tous. A l'application du froid succède immédiatement une sensation de suffocation, avec dyspnée plus ou moins intense suivant les sujets, car à ce point de vue les variations individuelles sont considérables; il y a pâleur de la peau par contraction des capillaires, et production de chair de poule.

Au bout d'un temps variable, et souvent même alors que l'application du froid est terminée, on assiste à l'ensemble de phénomènes habituellement désignés sous le nom de « réaction » et qui comportent une sensation de bien-être général; la respiration est large, facile, la peau est devenue rosée, l'énergie musculaire semble augmentée.

Wertheimer, Delezenne, avec le secours de la méthode expérimentale, ont essayé de pénétrer plus avant dans l'intimité des phénomènes observés, et d'en élucider le mécanisme.

Wertheimer constate que, au moment même d'une affusion froide sur le thorax d'un animal, ou bien quelque temps après, la pression sanguine s'élève notablement dans les vaisseaux fémoraux, artère et veine; par contre elle s'abaisse dans la veine rénale. Un tel abaissement relève directement du froid, et non de la sensation émotionnelle qui accompagne son application; il peut en effet se produire assez tardivement. Delezenne a de même vérifié l'anémie rénale par une notable diminution dans la quantité d'urine sécrétée durant l'application de compresses froides sur le dos d'un animal.

Anémie viscérale et congestion périphérique semblent donc les deux facteurs principaux des phénomènes observés; ils permettraient d'expliquer par l'anémie pulmonaire, la suffocation et la dyspnée, à moins qu'il ne s'agisse là d'un simple réflexe sans trouble circulatoire du poumon. Ce que l'on sait d'une manière à peu près certaine, c'est qu'une affusion froide produit une sorte d'oscillation de la masse

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 1398.

sanguine. Une telle oscillation ne peut manquer d'avoir un retentissement sur le muscle cardiaque; mais quelle est la nature précise de cette action indirecte? Il semble actuellement impossible de répondre d'une manière satisfaisante à cette question. On sait actuellement que le myocarde infectieux est défavorablement impressionné par les bains froids, et que, au cours d'une fièvre typhoïde par exemple, les complications cardiaques, sans être une contre-indication formelle à la balnéothérapie, nécessitent cependant des précautions spéciales. Mais le myocarde infectieux peut réagir de tout autre manière que le myocarde plus ou moins altéré d'une affection valvulaire chronique. Aussi les faits cliniques seuls peuvent-ils juger la question.

L'hydrothérapie ne rencontre que bien peu d'indications précises au cours des cardiopathies chroniques. Cependant il est toute une catégorie de malades chez qui elle devient un puissant agent thérapeutique : les névropathes, les neurasthéniques, les chlorotiques, présentant des troubles cardiaques sans lésions organiques appréciables, sont justiciables de l'eau froide. La fausse angine de poitrine, d'allure nettement névrosique, est bien souvent améliorée par un emploi judicieux de l'hydrothérapie. En dehors de ces cas très spéciaux, l'usage de l'hydrothérapie rencontre un petit nombre seulement d'indications.

« Pendant la période de compensation des affections valvulaires, dit M. Barié, c'est une pratique hardie, mais qui peut rendre des services si elle est bien appliquée et si l'on tient compte des réactions du malade; on devra d'ailleurs en surveiller rigoureusement l'emploi chez les rhumatisants sur lesquels le froid humide agit d'une façon si fâcheuse. » De plus, certains troubles morbides, notamment chez un mitral, peuvent se bien trouver d'un traitement hydrothérapique. Ce sont des phénomènes nerveux, tels que les palpitations, la céphalée, l'insomnie, survenant chez un mitral qui ne présente aucun trouble purement somatique bien net, aucune congestion viscérale, aucun phénomène pulmonaire. Dans ces cas, à condition de procéder avec prudence et par tâtonnements, beaucoup de malades retirent un sérieux bénéfice de l'eau froide ou tiède. Là se bornent d'ailleurs les indications de l'hydrothérapie proprement dite.

Les contre-indications sont fort nombreuses. Tout d'abord avec Barié et Vaquez, il importe de bien spécifier que l'eau froide en lotion ou en douche doit être absolument interdite aux aortiques, qu'il s'agisse de lésions artérielles ou de lésions valvulaires. De telles pratiques prourraient entraîner une syncope qui n'est que trop souvent à craindre chez ces malades. Les lésions congénitales, le myocarde scléreux sont influencés de façon fâcheuse par l'hydrothérapie. Il en est de même pour l'angine de poitrine vraie. Enfin la plus légère menace d'asystolie, les moindres troubles fonctionnels du côté des viscères doivent mettre en garde le médecin; mieux vaut dans ces cas ne pas s'adresser à une méthode thérapeutique souvent difficile à diriger et à surveiller.

Sous quelle forme recommander l'hydrothérapie dans les cas délimités plus haut? Chez un névropathe qui a des palpitations ou de la fausse angine de poitrine la douche est permise, non pas la douche en pluie qui produit une suffocation instantanée, mais des douches très légères, durant quelques secondes seulement. Le jet brisé est préférable, et, suivant la remarque de Lyon, on évitera de diriger le jet sur la région précordiale. Souvent ces malades ont une très grande appréhension de l'eau froide; il vaut mieux alors commencer par la douche tiède et arriver progressivement à une température de 20 à 25 degrés. S'il s'agit d'un mitral à la période de compensation, mais présentant des troubles nerveux, c'est aux simples lotions que les auteurs accordent la préférence. Peter recommande « les lotions rapides faites avec une eau à la température de 25 à 30 degrés, d'abord sur la poitrine, puis sur le dos, plus sensible ». Barié conseille, pour stimuler la peau, d'ajouter un dixième d'alcool à l'eau de la lotion. Ces lotions peuvent être précédées, pour habituer le malade, de simples frictions au drap mouillé, et, si rien ne s'y oppose, on peut à la rigueur les faire suivre de douches tièdes à jet brisé, suivant la progression : friction, lotion, douche à jet brisé; mais dans aucun cas ce dernier terme ne doit être dépassé.

Il est des sujets qui depuis longtemps sont familiers du tub et des affusions froides, et chez qui l'on découvre une cardiopathie ancienne. A ceux-là il suffira de conseiller la prudence, sans formellement leur interdire de continuer leurs pratiques habituelles.

Enfin les bains de mer ou de rivière sont d'ordinaire déconseillés. Quant aux bains de toilette, Huchard et Barié conseillent les bains de 35 degrés, d'une durée moyenne de quinze à vingt minutes, et renouvelés tous les huit à dix jours. Les bains d'eau salée chaude sont souvent mal supportés par les cardiaques.

MÉDECINE PRATIQUE

Le sérum artificiel dans la fièvre typhoïde sous forme d'entéroclyse.

M. J. Prat-Carrabin, dans son intéressante thèse de Toulouse (1900, n° 380), insiste sur l'efficacité du sérum artificiel dans la fièvre typhoïde. De tous les modes d'emploi du sérum artificiel dans la fièvre typhoïde, l'entéroclyse lui apparaît comme le plus simple et le plus pratique. Dans ses conclusions que rapporte le *Languedoc médico-chirurgical* M. Prat-Carrabin montre que les entéroclyses d'eau salée, dans la fièvre typhoïde, abaissent sensiblement la température, ont un effet favorable sur le système nerveux, surtout dans le cas d'adynamie profonde, en relevant les forces du malade et activent puissamment la diurèse. Elles diminuent le ballonnement du ventre, calment les douleurs abdominales, font l'antisepsie de l'intestin et suppriment la sécheresse de la langue. Les entéroclyses, combinées avec la balnéation, paraissent donner des résultats meilleurs que ceux obtenus par cette dernière méthode employée isolément, la durée de la maladie est plus courte, les rechutes moins fréquentes, la mortalité plus faible. Les entéroclyses peuvent rendre de grands services dans la clientèle et surtout à la campagne, où il n'est pas rare de voir la balnéation refusée par le malade et l'entourage. L'auteur recommande une entéroclyse d'un demi-litre à un litre, matin et soir, avec une solution de 5 grammes de chlorure de sodium par litre. Ce procédé thérapeutique n'exclut pas les autres moyens de traitement mis habituellement en usage.

L'hydrate de chloral en frictions dans le lumbago et la névralgie sciatique.

M. Lafond-Grellety insiste, dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, sur les excellents résultats que lui ont donnés les solutions d'hydrate de chloral associées à parties égales avec de l'huile fine, employées en frictions sur la peau dans le lumbago et la sciatique.

Ces frictions sont faites vigoureusement matin et soir, pendant dix minutes chaque fois.

« Tout de suite, elles produisent sur la peau une rougeur très accusée, avec une sensation de brûlure assez vive ; supportable cependant, car elle s'efface assez rapidement, apportant bientôt après une action sédative locale manifeste. » Quoi qu'on en ait dit, M. Lafond-Grellety n'a jamais vu se produire ni vésication ni escarification.

Il formule le chloral à parties égales avec de l'huile fine. « Celle-ci, en effet, permet une bien meilleure absorption que la glycérine primitivement employée. Il importe, avant de faire le mélange, de faire dissoudre, dans la plus petite quantité d'eau possible, la masse de chloral. Celui-ci est insoluble dans l'huile. Sans dissolution préalable, le chloral se dépose en grumeaux.

La quantité de liniment journellement employée varie de 60 à 80 grammes, pour deux frictions. La fiole est renouvelée chaque jour. »

A ce propos, M. le professeur Masse fait remarquer que, pour rendre miscible à l'huile l'hydrate de chloral, il peut être utile de joindre de l'eau de chaux à l'huile, de faire un liniment oléo-calcaire que l'on sature de chloral ; 60 grammes de liniment oléo-calcaire peuvent dissoudre 30 grammes de chloral. On peut donner au liniment une odeur agréable avec de l'essence de verveine ou de violettes.

Des observations recueillies par M. Lafond-Grellety, il résulte que ces frictions ont non seulement une action sédative, mais une action curative efficace.

Dans le rhumatisme articulaire aigu, les résultats n'ont pas été aussi favorables.

L'acide nitrique dans la blennorragie,

Cette nouvelle méthode, que signale le *Lyon médical*, est la suivante :

Moritz Popper, admettant que le nitrate d'argent agit surtout par l'acide nitrique, a essayé des injections d'acide nitrique à 1 p. 300-400, quatre à cinq par jour et les a trouvées efficaces et absolument indolores. L'urètre postérieur est-il pris, il fait une injection profonde avec une solution de 1/2 à 2 p. 100. Popper attribue l'effet curateur de l'acide nitrique à son action coagulante de l'albumine, et croit que l'on réussirait pour la même raison avec les acides picrique, chromique, etc. (1).

La levure de bière dans le traitement des entérites.

M. Thiercelin avait, on se le rappelle (voir *Gazette des hôpitaux*, 1900, n° 3), préconisé, il y a quelques mois, la levure de bière dans les entérites infantiles. M. E. Blancher, reprenant cette idée, vient de consacrer sa thèse (Paris 1900) à l'étude de cette médication dans les différentes formes d'inflammation intestinale. Les résultats obtenus par M. Blancher, avec de la levure sèche, ont été entièrement favorables dans les gastro-entérites aiguës et chroniques, de même que dans l'entérite muco-membraneuse. Il procède de la façon suivante :

Chez l'adulte, en même temps que la diète ou le régime approprié aux différents états, M. Blancher donne la levure en lavement à la dose de 2 à 3 cuillerées à bouche par jour, chaque cuillerée étant délayée dans 150 grammes d'eau bouillie ; en même temps le malade prend, *per os*, 3 fois dans les 24 heures, une cuillerée à café de levure sèche délayée dans un peu d'eau.

Chez l'enfant atteint de gastro-entérite, quand la diarrhée résiste au traitement classique, l'auteur donne, après un grand lavage de l'intestin, un lavement contenant une cuillerée à café de levure délayée dans 60 grammes d'eau bouillie tiède, et qui est introduit dans l'intestin de l'enfant au moyen d'une sonde adaptée à une poire. Ce lavement peut être renouvelé 2 ou 3 fois dans la journée.

(1) *Gyogyaszat* et *Klin. ther. Wochenschr.*, 1228.

Si la diarrhée persiste, on donne en outre, par la bouche, 1 à 2 cuillerées à café de levure délayée dans un peu d'eau bouillie.

Les observations de M. Blancher l'ont d'ailleurs amené à conclure que la levure administrée par la bouche est plus efficace que par les lavements ; aussi a-t-il abandonné ces derniers, dans un certain nombre de cas, pour s'en tenir à l'ingestion par la bouche, à la dose de 2 à 3 cuillerées à café.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 26 NOVEMBRE AU 1er DÉCEMBRE 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 26 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Reclus, Poirier et Lepage ; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Terrier, Segond et Legueu ; — (2e série) : MM. Delens, Delbet et Mauclaire ; — (2e partie) : MM, Fournier, Teissier et Méry ; — M. Sébileau, suppléant.

MARDI 27 NOVEMBRE, à une heure. — 5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Le Dentu, Richelot et Faure ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Chantemesse et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Charrin et Roger ; — M. Thiéry, suppléant.

MERCREDI 28 NOVEMBRE, à une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Gariel, Gley et Retterer.

3e (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Segond, Broca (Aug.) et Wallich.

4e (ancien régime) : MM. Pouchet, Gilles de la Tourette et Wurtz ; — M. Heim, suppléant.

JEUDI 29 NOVEMBRE, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* (1re série) : MM. Guyon, Thiéry et Bonnaire ; — (2e série) : MM. Budin, Quénu et Faure.

VENDREDI 30 NOVEMBRE, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté* : MM. Ch. Richet, Rémy et Hanriot.

4e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Landouzy, Wurtz et Desgrez ; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Delbet et Walther ; — (2e série) : MM. Reclus, Mauclaire et Legueu ; — M. Gaucher, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Heim., suppléant.

SAMEDI 1er DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1*, épreuve pratique : MM. Cornil, Blanchard et Ménétrier.

2e (oral, 1re partie, ancien régime), *École pratique* : MM. Rémy, Quénu et Retterer.

3e (2e partie, nouveau régime) : MM. Joffroy, Chauffard et Achard ; — M. Gley, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Berger, Schwartz et Hartmann ; — (2e partie) : MM. Debove, Marfan et Vaquez ; — M. Roger, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Bar ; — M. Faure, suppléant.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

473. Mlle PARISELLE. Des fontanelles, anatomie et pathologie. — 474. M. PELLETIER. Contribution à l'étude des laryngocites. — 475. M. FERRON. Contribution à l'étude opératoire dans l'appendicite. — 476. M. DRUAULT. Recherche sur la pathogénie de l'amaurose quinique. — 477. M. ANDRIEUX. Complications pleuro-pulmonaires de l'érysipèle. — 478. M. LEFILLIATRE. Des différents traitements de la maladie de Basedow. — 479. M. VIALLE. Hygiène hospitalière. Le service des douteux à l'hôpital des Enfants-Malades. — 480. M. POIRIER (H.). Essai sur l'hygiène rurale tou-

chant particulièrement les maladies contagieuses et l'enfance. — 481. M. CAUSSADE. De la céphalalgie uricémique chez les enfants. — 482. M. VIARD. De la myopathie primitive progressive, forme juvénile d'Erb. — 483. M. BONNAT. Étude clinique sur la période terminale de la paralysie générale et la mort des paralytiques généraux. — 484. M. DEMAY. De la respiration pulmonaire pendant la vie intra-utérine. Remarques cliniques, constatations anatomiques. — 485. M. NETTER. Échanges nutritifs dans l'allaitemenl artificiel. — 486. M. DUCOURNAU. Des moyens de combattre la dépopulation par la diminution de la mortalité infantile, et principalement en favorisant l'allaitement maternel. — 487. M. BENSIS. Recherche sur la flore vulvaire et vaginale chez la femme enceinte. — 488. M. BRÉMENT. Endocardite tuberculeuse. — 489. M. AUBIN. Contribution à l'étude de l'hérédo-syphilis du larynx. — 490. M. TEYSSEYRE. Contribution à l'étude des manifestations testiculaires dans les amygdalites aiguës. — 491. M. BAUBY. Discussion des procédés thérapeutiques employés contre l'appendicite. — 492. M. ROBIN. Essai critique et expérimental sur les variations du pouvoir saccharifiant dans la salive pathologique. — 493. M. COUDERT. Anatomie et pathologie de la veine émissaire mastoïdienne. — 494. M. GERME. Contribution à l'étude des angiomes primitifs des muscles striés. — 495. M. PERRIER. Du traitement des salpingites par la dilatation associée aux irrigations et aux drainages de la cavité utérine. — 496. M. PAUBLAN. Contribution à l'étude des fractures du scaphoïde du pied.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — PATHOLOGIE. — Séance du 19 novembre : MM. Pillet, 13; Lévy-Ferrand et Millon, 12; Mlle Maugeret, MM. Linard et André, 11; Perpère, 10; Da Silva, 5.

Hôpitaux de province. — *Marseille.* — Le concours de l'externat vient de se terminer par la nomination de MM. Vallon et Arnoux.

Écoles de médecine. — *Reims.* — M. de Bovis, chargé de cours, a été nommé professeur de clinique obstétricale.

Les récompenses suivantes ont été décernées :

Doctorat. — Première année (anatomie) : mention honorable : M. P. Maisonnave ; deuxième année (physiologie) : M. H. Nocton.

Prix Jolicœur : M. R. Thomas.

Prix de fondation. — Prix Simon Barbé : M. F. Bocquillon; prix de clinique : M. Ch. Demain.

Distinctions honorifiques. — Une mention honorable est décernée à M. Petrolacci-Stephanopoli (de Bône).

Marine. — M. le médecin principal Laugier, secrétaire du conseil supérieur de santé de la marine, nommé médecin de division dans l'escadre du Nord, est affecté au cadre de Cherbourg.

— M. le médecin de deuxième classe Pichon, du cadre de Rochefort, est appelé à servir à la prévôté du 1er dépôt des équipages de la flotte, en remplacement de M. le docteur Ruban.

— M. Mirabel, médecin principal des colonies, est promu au grade de médecin en chef de deuxième classe des colonies, et placé hors cadres pour être attaché à l'ambassade de France à Constantinople.

Les épidémies. — La variole continue à sévir à Paris. Si l'on pense que, de juin à novembre, la mortalité s'est élevée à 100 cas, alors que la moyenne *annuelle* ordinaire est de 2 à 3 cas, on verra combien les revaccinations doivent être généralisées.

La peste a fait son apparition à la fois à Lourenço-Marquez, où elle fait des ravages parmi les Boers réfugiés.

On la signale à Madagascar, où le général Galliéni a pris les mesures les plus énergiques pour la circonscrire.

A Maurice, on en signale toujours des cas. A Glascov, on ne semble plus la redouter.

La fièvre jaune a complètement disparu de Rufisque (Sénégal).

VIIe Congrès international d'otologie de Bordeaux (1904). — La date du prochain Congrès international de médecine ayant été fixée au mois d'avril 1902, les membres du Comité français du Congrès international d'otologie, qui doit se tenir à Bordeaux, ont pensé qu'il y avait lieu de reculer d'une année l'époque à laquelle devait se tenir ce Congrès. Dans ces conditions, le prochain Congrès international d'otologie de Bordeaux aura lieu au mois d'août ou de septembre 1904 ; la date exacte en sera fixée ultérieurement.

Association de la presse médicale française. — Le 9 novembre 1900 a eu lieu la réunion de l'Association de la presse médicale, sous la présidence de M. le docteur Lucas-Championnière, syndic.

Vingt personnes y assistaient.

1° *Nominations.* — Ont été élus membres de l'Association : M. Ed. Vidal, rédacteur en chef des *Archives de thérapeutique* ; — M. Cruet, rédacteur en chef de la *Revue de stomatologie.*

2° *Candidatures.* — Sont nommés rapporteurs des candidatures de M. Hartenberg, rédacteur en chef de la *Revue de psychologie*, et de M. Lapeyre, rédacteur en chef de la *Gazette médicale du Centre*, MM. Bérillon et R. Lévy.

3° *Congrès de la presse.* — MM. Lucas-Championnière et Cornil ont félicité M. Blondel de sa nomination comme chevalier de la Légion d'honneur.

M. R. Blondel a remercié en termes émus M. Lucas-Championnière et M. Cornil, ainsi que tous les collègues présents, pour leur manifestation si touchante. — Il a annoncé, en même temps, la naissance de quatre associations de presse médicale créées en Danemark, en Norvège, en Suède et en Russie, à la suite des conférences qu'il vient de faire dans les capitales de ces quatre pays. En transmettant à l'Association française les vœux et les souhaits de prospérité, dont il a été chargé pour elle au cours des réunions et des banqutes organisés en l'honneur du représentant de l'Association, il a invité les membres présents à porter la santé des quatre associations sœurs, encore au berceau, et qui donneront certainement la preuve de leur vitalité au prochain Congrès de Bruxelles.

L'assistance entière s'est associée à ce toast.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Deroide (de Lille); Janssens (de Bruxelles); Sagre (de New-York), et M. Joseph Litardi, externe des hôpitaux.

Conférence d'internat. — MM. Babonneix, Chastenet de Gery, Delherm, Grenet, Jeannin et Piquand commenceront une conférence publique d'internat, le samedi 24 novembre, à deux heures et demie, à l'hôpital de la Pitié, et la continueront les samedis suivants, à la même heure.

10 francs. Le délai de demande est réduit à deux jours (dimanches et fêtes non compris) pour certaines grandes gares.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des épilepsies, par le docteur J.-B. Gélineau. Un vol. gr. in-8°. — Prix : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.— **Des résultats mécaniques du décubitus dorsal sur un plan horizontal employé dans le traitement du mal de Pott**, par F. Lacroix, mécanicien-orthopédiste, Gr. in-8° avec 25 pl. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Nº 133. — JEUDI 22 NOVEMBRE 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 22 NOVEMBRE 1900. — Nº 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — QU'EST-CE QUE LA SOIF? — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — *Médecine :* De la douleur provoquée par la percussion unguéale comme signe de début de la tuberculose pulmonaire; — Le traitement des piqûres de moustiques; — *Maladies de l'enfance :* La médication cacodylique chez les enfants; — *Bactériologie :* Nouvelle méthode de recherche du bacille de Koch dans les crachats. — RECTIFICATIONS. — FORMULAIRE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 21 novembre 1900.

Mercredi dernier, les chirurgiens des hôpitaux réunis en séance spéciale ont, *à l'unanimité*, émis le vœu que « les travaux pratiques auxquels sont astreints les étudiants de première année soient organisés de façon à permettre à ces élèves de suivre régulièrement les services hospitaliers ».

Ce vœu sera communiqué à la Société des médecins des hôpitaux, et sans nul doute approuvé par celle-ci; de là, suivant la voie régulière, il sera transmis au doyen qui le soumettra au Conseil de la Faculté.

Ce vœu est si rationnel, si logique, qu'il a été adopté sans discussion, après le simple examen de la situation faite aux étudiants, par les réglements actuellement en vigueur. Sera-t-il écouté à la Faculté? Nous en doutons, et il est à craindre que les médecins et les chirurgiens en soient pour leur vœu, destiné à rester à l'état platonique.

Il faudrait avoir un esprit mal pondéré pour penser que la Faculté rejettera purement et simplement l'initiative des chirurgiens, parce que ces derniers n'ont rien de commun avec la docte assemblée du Conseil de la Faculté. Ce serait mal connaître la largeur de vues qui guide toujours les professeurs dans les décisions qu'ils ont à prendre, et leur faire insulte grave que de penser qu'ils accueilleraient avec défaveur une proposition juste en soi, sous l'unique prétexte qu'elle n'émane pas de l'un d'entre eux.

La Faculté regardera le vœu des chirurgiens des hôpitaux comme nul et non avenu, simplement par esprit de routine, par habituelle indifférence, plutôt que par mauvaise volonté.

La question, en effet, a déjà été soumise au Conseil par des professeurs éclairés, amis des élèves et du bon enseignement de la médecine. Mais leur réclamation est demeurée sans écho.

Point n'est besoin, cependant, de bien longs discours pour démontrer que, l'étudiant devant être un futur médecin, il importe de lui apprendre le plus possible les choses de la médecine, et qu'une année de fréquentation à l'hôpital n'est pas chose indifférente.

Sans vouloir faire la critique de l'institution du stage, qui au moins a le mérite d'être aujourd'hui organisé, nous ne serons contredits par personne, quand nous dirons que la durée du stage est absolument insuffisante, et que si l'étudiant se contentait de ses deux semestres de présence obligatoire, c'est à peine si, à la fin de ses études, il posséderait les premiers rudiments de la clinique. Or, si la période imposée pour ce stage est notoirement insuffisante, pourquoi mettre obstacle aux bonnes volontés et fermer l'hôpital aux jeunes étudiants qui veulent le fréquenter librement?

Depuis quinze jours, nos services hospitaliers viennent tout d'un coup de voir disparaître ces jeunes « bénévoles », si zélés, si studieux, si désireux de s'instruire. Ils sont partis, appelés par la Faculté pour disséquer ou voir disséquer quelques pattes de grenouilles ou quelques têtes de harengs saurs. Est-ce pour cela que ces jeunes gens ont quitté la province pour venir à Paris? La Faculté des Sciences a pris tout entière la première année aux étudiants en vue du fameux P. C. N., et la Faculté de médecine leur interdit l'entrée de l'hôpital pendant leur deuxième année d'étude! C'est là une anomalie contre laquelle il était utile de protester publiquement et il faut remercier les chirurgiens d'avoir été les promoteurs de cette protestation.

En admettant la nécessité de ces travaux pratiques, rien ne s'oppose, si ce n'est le bon vouloir des professeurs, à ce que ces travaux aient lieu pendant le semestre d'été l'après-midi, tous les jours s'il le faut. On n'oserait objecter qu'une telle organisation est impossible, car alors, nous conseillerions à nos honorables professeurs de s'informer de ce qui se passe à la Faculté de Lille et de leur demander par quel artifice cette Faculté de l'État peut envoyer à l'hôpital ses étudiants de première année tout en exigeant d'eux la série réglementaire des travaux pratiques.

Peut-être qu'après cet échange de vues la Faculté de Paris sera suffisamment édifiée sur les mesures à prendre.

QU'EST-CE QUE LA SOIF (1)?

Nos connaissances sur la soif ne remontent guère qu'au commencement de ce siècle. Avant cette époque, les rares travaux parus sur ce sujet se bornaient à reproduire les notions traditionnelles, à invoquer l'état poisseux du sang comme la seule cause de cette sensation physiologique particulière que l'on appelle *soif*. Mais comment l'état poisseux

(1) André MAYER. *Essai sur la soif*, Paris 1901, F. Alcan.

du sang peut-il déterminer la soif, et qu'est-ce que cette sensation? Ce sont là des questions que l'on ne se posait pas, et que, d'ailleurs, les méthodes d'alors n'eussent point permis de résoudre. Les philosophes et les idéologues venaient à peine de dégager la notion de sensation interne; l'influence des doctrines vitalistes était encore trop prédominante pour que le besoin d'analyser les mécanismes physiologiques s'imposât à l'esprit. Aussi faut-il arriver jusqu'à 1815 pour trouver, dans les œuvres de L.-Ch. Dumas (de Montpellier), une conception véritablement nouvelle de la soif. D'une série d'expériences variées, cet auteur conclut que toutes les causes qui dépouillent le sang des fluides aqueux et délayants produisent la soif. La faim se rapporte plus au système lymphatique, la soif au système vasculaire; l'une est déterminée par la pénurie des sucs nutritifs, l'autre par leur exubérance. Le système sensitif subit surtout l'action des voies lymphatiques dans la faim, des voies sanguines dans la soif. Les boissons servent à humecter les solides, à délayer les fluides, à diminuer l'épaississement, la ténacité et la formation de matières concrètes dans le sang. La soif résulte de l'irritation inflammatoire que provoque sur le cerveau l'action prédominante du système vasculaire, chargé de calorique et gorgé de sang.

Mais en présence de cette théorie *générale* de la soif, se dressait déjà la théorie *locale*, l'explication de la soif par l'état de sécheresse du pharynx et de l'arrière-gorge. Les célèbres expériences de Dupuytren, renouvelées par Magendie et Claude Bernard, vinrent ruiner cette dernière hypothèse en prouvant que la soif est calmée par l'injection intra-vasculaire d'une certaine quantité d'eau, et que, inversement, l'irrigation continue du pharynx ne réussit nullement à étancher la soif chez un animal porteur d'une fistule gastrique. La soif est donc un phénomène *général* de l'organisme : c'est un phénomène *cellulaire*, comme le montre la remarquable expérience de Stahl. C'est aussi un phénomène *nerveux* : l'observation clinique permet, en effet, d'attribuer à certaines parties de l'axe cérébro-spinal, et plus particulièrement au bulbe (Nothnagel) ou à l'écorce du lobe temporo-sphénoïdal (Paget), une part incontestable dans la production de la soif, et de décrire, à côté de la soif générale, une soif *corticale* et une soif *bulbaire*. La psychologie cherche enfin, avec MM. Beaunis et Ribot, à préciser les caractères subjectifs de la soif, à isoler ses deux éléments essentiels, la *douleur* et l'*impulsion*.

Avant d'entrer dans le détail des ingénieuses expériences de M. Mayer, il n'est peut être pas inutile de rappeler sommairement le rôle de l'eau dans l'organisme, ainsi que ses principales propriétés physico-chimiques. L'eau entre pour une partie importante dans la constitution des tissus, dont elle forme environ les 75 p. 100. Elle est donc l'élément capital de l'organisme, et l'on a pu dire, non sans raison, que l'organisme n'est que de l'eau animée. Dans l'intérieur des cellules comme dans les tissus interstitiels, l'eau apparaît comme le liquide vecteur des éléments solides, comme le dissolvant organique par excellence. Or, ces solutions organiques, quelles qu'elles soient, obéissent aux lois physico-chimiques qui régissent toutes les solutions en général, lois dont nous devons la connaissance aux belles et récentes recherches de Van t'Hoff et Pfeffer. Lorsqu'on introduit une solution saline dans un récipient fermé, dont la paroi laisse traverser l'eau dans les deux sens, mais arrête au passage les matières salines (vase de Pfeffer), et qu'on place ce vase dans de l'eau distillée, on constate qu'une certaine quantité de l'eau extérieure passe à travers la membrane et pénètre dans le vase. La pression va donc s'élever à l'intérieur du vase tant que l'eau pénétrera, puis restera stationnaire lorsque le système entier aura atteint l'équilibre : la valeur numérique de la pression mesure alors la force déployée par les molécules salines pour attirer à elles l'eau du dehors. C'est cette force que l'on désigne habituellement sous le nom de *tension* ou de *pression osmotique*.

Deux solutions qui possèdent la même pression osmotique sont dites *isotoniques*. Deux solutions qui ont des pressions osmotiques différentes sont *anisotoniques*, *anisosmotiques*, celle qui a la plus forte pression est *hyperisotonique* par rapport à l'autre qui est *hypoisotonique* (Hamburger).

Trois lois générales dominent l'étude de la pression osmotique.

1° *Pour une même température, la pression osmotique est proportionnelle à la concentration* (Pfeffer).

2° *La pression osmotique augmente avec la température.*

3° *Des dissolutions équimoléculaires de diverses substances, faites avec le même dissolvant, ont la même pression osmotique, quelle que soit d'ailleurs la nature des molécules dissoutes.*

Lorsque deux solutions en présence sont isotoniques, il ne s'établit aucun courant osmotique de l'une à l'autre. Mais lorsqu'elles sont anisotoniques, il s'établit rapidement un courant du dissolvant qui va de la solution hypoisotonique à la solution hyperisotonique jusqu'au moment où l'équilibre est atteint : les deux solutions en présence sont alors isotoniques. On peut facilement observer ces faits sur les organismes vivants, et en particulier sur les cellules végétales (*plasmolyse*, de Vriès) et sur les éléments figurés du sang (*hématolyse*, Hamburger).

Les phénomènes d'osmose jouant un rôle capital dans les phénomènes intimes du métabolisme et dans tous les actes nutritifs élémentaires (Koranÿi), il importe de pouvoir pratiquement mesurer la pression osmotique. La *cryoscopie* permet de reconnaître, d'une façon suffisamment exacte et rapide, si deux solutions données sont ou non isotoniques.

Nous savions depuis longtemps qu'une dissolution saline présente un point de congélation moins élevé que celui du dissolvant (Blagden). Les récentes recherches de M. Raoult ont établi de plus que *des dissolutions équimoléculaires faites avec le même dissolvant ont le même point de congélation*, c'est-à-dire que l'abaissement du point de congélation est le même pour toutes. Or ces dissolutions, par le seul fait qu'elles sont équimoléculaires, possèdent la même pression osmotique (troisième loi précédente). Donc : *des dissolutions qui possèdent le même point de congélation ont la même pression osmotique*, et l'on peut, par la connaissance du point de congélation, dire si deux solutions données sont ou non isotoniques. Leur point de congélation est-il le même? ces deux solutions ont la même pression osmotique. Est-il différent? ces deux solutions ont une pression différente. Telle est, très schématiquement exposée, la détermination de la pression osmotique par la cryoscopie (1).

Nous avons vu précédemment que la soif est liée à la diminution de la quantité d'eau contenue dans les liquides du milieu intérieur, et, d'autre part, nous savons que tous ces liquides ne sont que des solutions à base d'eau. Étant

(1) Voir, pour plus de détails, Morat et Doyon, *Physiologie*, p. 43 et sq.

donné que la tension osmotique d'un liquide augmente en proportion directe de la diminution de la quantité relative du dissolvant (première loi), peut-on dire que la soif est liée à l'augmentation de la tension osmotique, que la diminution de l'eau ne produit la soif que parce qu'elle augmente la tension osmotique du milieu intérieur ?

Pour résoudre cette question, il convient de rechercher 1° si l'augmentation de la tension osmotique amène toujours la soif; 2° si la soif est toujours amenée par l'augmentation de la tension aortique. Ces deux propositions sont loin d'être identiques : la première fait de l'élévation de pression une cause possible de la soif, la seconde en fait la cause exclusive.

1° *L'augmentation de la tension osmotique amène-t-elle toujours la soif?* — *a*. Richet a montré que le travail musculaire augmente la tension osmotique en activant la déshydratation. Or, on sait que le travail musculaire produit la soif : il y a ici une première et évidente coïncidence. *b*. La sueur abondante amène la soif. Elle augmente aussi la tension osmotique du sang, comme le montrent les expériences de M. Mayer. *c*. Vient-on à entraver la sécrétion rénale, la tension osmotique augmente, et probablement aussi la soif. *d*. Enfin, si l'on prive de boisson les animaux en expérience, on détermine chez eux une soif ardente, et aussi une augmentation très nette de la tension osmotique. Donc, on peut admettre que l'augmentation de la tension osmotique amène toujours la soif, que les variations de la tension osmotique du sang et de la soif sont toujours parallèles.

2° *La soif est-elle toujours amenée par l'augmentation de la tension osmotique du milieu intérieur?* — La réponse à cette seconde question doit encore être affirmative. En effet *a*. dans le diabète (type des maladies à suractivité fonctionnelle cellulaire) la tension osmotique du sang est augmentée, par suite de la présence en ce milieu d'une quantité de glucose plus grande que la normale : la soif l'est aussi; *b*. dans les maladies à excrétion aqueuse surabondante (choléra), la tension est certainement augmentée : la soif est alors extrême; *c*. l'hyperthermie, qui donne soif, est une cause d'exagération de la tension; *d*. dans le mal de Bright coexistent fréquemment une hypertension osmotique et une soif ardente (*soif brightique*, Klippel). Ainsi tous les faits de soif pathologique liés à une cause d'ordre général coïncident avec l'élévation de la pression osmotique; seuls semblent faire exception certains faits nerveux.

On peut donc conclure que, si l'exagération de la tension osmotique n'est pas la cause exclusive de la soif, elle en est du moins la cause la plus fréquente. Donc, *toute élévation de la pression osmotique du milieu intérieur amène la soif; sauf quelques cas de soif nerveuse, toute soif est causée par l'élévation de la pression osmotique du milieu intérieur*.

Cette proposition ne nous renseigne cependant pas sur le mécanisme et la nature de la soif. Comment l'organisme passe-t-il de l'exagération d'une propriété physico-chimique du sang à une sensation consciente? Est-ce directement ou non, et, dans ce dernier cas, quels sont les phénomènes intermédiaires?

L'étude des conditions dans lesquelles ont été effectuées les expériences de M. Mayer permet de répondre à quelques-unes de ces questions. La suppression fonctionnelle d'un appareil ou d'un organe donné détermine des variations de pression : il est logique de supposer que le rôle normal de ces organes consiste à produire des effets inverses, à régulariser constamment la tension normale. Ce qu'il importe donc de rechercher, c'est comment s'obtient cette régulation de la tension osmotique des humeurs. L'expérimentation, en faisant varier brusquement une des conditions de la vie physiologique, montre que l'élévation de la tension osmotique provoque certains phénomènes vasculaires, et que ces phénomènes ont pour premier résultat de faire baisser la pression osmotique. *La tension osmotique se règle donc automatiquement*.

« L'élévation de tension agit sur le système circulatoire tout entier : l'augmentation locale de la vitesse du sang est le premier moyen par lequel l'organisme cherche à rétablir l'équilibre moléculaire; elle agit ensuite sur le rein et l'intestin : l'élimination de molécules solides, l'absorption de molécules liquides, voilà le second moyen de revenir à l'état primitif. Si ces moyens sont insuffisants, l'économie doit avoir recours aux éléments extérieurs à elle : le besoin de ces éléments, la soif, se produit. « La soif apparaît alors comme le terme ultime d'une longue série d'efforts de l'organisme, se défendant contre la cause nocive qui est apparue en lui. Tel est, dans ses grandes lignes, le mécanisme vasculaire de régulation de la tension osmotique du sang. »

Mais ces actions vasculaires relèvent elles-mêmes d'une influence nerveuse. Lorsque la tension osmotique du sang change dans les capillaires, les centres en sont immédiatement avertis par l'intermédiaire des nerfs vaso-sensitifs; ces nerfs transmettent l'excitation déterminée par le contact du sang hypertonique avec l'endothélium vasculaire à un niveau de l'axe nerveux que l'expérimentation permet de localiser dans le bulbe. Ni l'encéphale, ni la moelle n'influencent les actions vasculaires précédentes; le bulbe seul les détermine. Cette conclusion, qui cadre avec les cas, aujourd'hui assez nombreux, où une lésion bulbaire détermina une soif inextinguible (cas de Fournier, de Nothnagel, etc.), permet de substituer à la proposition de ce dernier auteur : le centre de la soif siège dans le bulbe, cette formule plus précise : *le centre régulateur de la pression osmotique du sang est un centre bulbaire*.

La notion de tension osmotique contribue encore à éclairer le mécanisme de la soif gastrique. Winter a établi le premier que, au début de la digestion, le liquide gastrique est fortement hypertonique par rapport au sang, qu'il tend donc à emprunter au sang l'eau nécessaire à l'établissement de l'isotonie, et que cette isotonie détermine la limite théorique de la sécrétion gastrique. Par quel mécanisme cet état hypertonique du liquide gastrique peut-il aboutir à la sensation de soif? Là, comme précédemment, l'hypertonie met en œuvre le mécanisme vasculaire de régulation de la tension osmotique, si bien que le mécanisme de la soif gastrique ne diffère pas essentiellement de celui de la soif générale.

Les actions vasculaires précédemment décrites ne sauraient, toutefois, régulariser la tension osmotique du sang que pour les faibles variations que l'on observe d'habitude. Lorsque ces variations acquièrent une plus grande amplitude, elles deviennent nettement insuffisantes : la soif apparaît et, dès ce moment, ne cesse d'augmenter progressivement. Cette augmentation du besoin reconnaît une origine organique que l'on peut ainsi résumer : « emprunt d'eau aux tissus (d'où élévation de la pression osmotique des humeurs), gêne de l'élimination, accroissement de la respiration et de l'évaporation aqueuse pulmonaire, tels sont les effets de l'exagération de la pression osmotique du

sang, dont l'action est d'aggraver encore la cause nocive qui les a produits. »

Les observations de Paget (1897) semblent établir l'existence d'une soif pathologique, en rapport avec une lésion de la partie antérieure du lobe temporo-sphénoïdal gauche. Mais l'absence d'autopsies comme le manque de précision de certaines de ses observations enlèvent quelque valeur aux conclusions de Paget; tout au plus peut-on supposer qu'au niveau du centre de Paget, s'associent les perceptions et les images propres au besoin de la soif, que ce centre est un centre d'*association* plus que de *projection*.

La sensation de soif est en somme l'aboutissant de tous les phénomènes physiologiques précédents. Cette sensation complexe comprend : 1° un malaise d'ordre général (faiblesse, irritabilité, etc.); 2° une douleur locale, à la gorge ou à l'estomac; 3° l'impulsion à boire accompagnée d'un malaise spécial, le sentiment du besoin. Ces éléments sont plus ou moins accusés. Le plus souvent c'est la seule sensation pharyngo-buccale qui nous avertit du besoin, les autres éléments restant inaperçus. Mais parfois le malaise général, les troubles psychiques prédominent et font de l'assoiffé un convulsif, un impulsif anxieux. Ces faits, des plus simples aux plus complexes, dépendent tous, on le voit, de l'élévation de la tension osmotique du sang; s'ils n'expliquent pas toute la soif, ils contribuent du moins dans une large mesure à serrer de plus près le problème, et à en poser plus nettement les principales données.

J. R.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(20 novembre 1900)

Au début de la séance, M. le secrétaire perpétuel a donné lecture d'une lettre de M. Monod, directeur de l'hygiène et de l'assistance publique au ministère de l'Intérieur. Cette lettre répond aux propositions de l'Académie de prendre d'urgence les mesures nécessaires pour maintenir l'eau de Seine à une pression convenable, et de réaliser la séparation complète de l'eau de source et de l'eau filtrée. Nous avons relaté en son temps cette proposition de l'Académie quand elle s'est occupée de la question de **l'eau et de la fièvre typhoïde à Paris**.

La lettre de M. Monod montre bien avec quelle désinvolture les pouvoirs publics tiennent compte des avis donnés par l'Académie, la voici :

« La séparation complète de l'eau de source et de l'eau de rivière brute est un fait accompli depuis longtemps à Paris.

L'Académie demande que cette séparation s'étende aussi à l'eau de Seine filtrée qu'elle voudrait voir réservée aux usages publics et industriels ou au lavage des water-closets. Je ne vois pas l'intérêt que présenterait cette mesure, car le filtrage des eaux nécessite des opérations délicates et onéreuses qui seraient effectuées en pure perte. D'ailleurs, l'eau filtrée, qui ne sert que d'appoint à la consommation privée quand l'eau de source est insuffisante, a été reconnue, à la suite de nombreuses analyses faites par les chimistes des laboratoires officiels, comme parfaitement salubre; elle contient, en effet, moins de bactéries et de matières organiques que l'eau de source. Toute la banlieue de Paris, beaucoup de grandes villes, notamment Londres et Berlin, ne sont alimentées qu'en eau de rivière filtrée, et il a été constaté que son usage ne présentait aucun inconvénient pour la santé publique; la mortalité dans les villes qui emploient l'eau de rivière filtrée pour les besoins de la consommation privée n'est point supérieure à celle des villes qui sont alimentées en eau de source.

Quant aux mesures nécessaires pour donner plus de pression à l'eau de rivière, c'est une question d'ordre technique ou administratif... Les mesures à prendre à cet égard intéresseraient les propriétaires, bien plus que l'hygiène publique elle-même. »

M. Hanriot a bien traduit la pensée de tous, en montrant la nécessité que les pouvoirs publics se soucient un peu plus de l'avis des sociétés compétentes sur la question des eaux. Les analyses bactériologiques sont absolument insuffisantes pour établir la pureté ou la contamination des eaux. Nous avons un réactif qui ne trompe pas, c'est l'organisme humain; or, depuis deux ans, la triste expérience sur la population parisienne montre trop combien les eaux de Paris sont défectueuses.

M. Hanriot propose donc à l'Académie d'émettre à nouveau le vœu de la séparation rigoureuse des conduites d'eau potable et non potable.

C'est également l'opinion de M. Brouardel, qui propose en outre qu'une commission soit nommée, afin d'établir les conditions nécessaires pour la protection efficace des sources d'eau destinée à l'alimentation.

Ces deux vœux sont adoptés par l'Académie.

Un long rapport de M. Lucas-Championnière a occupé ensuite la plus grande partie de la séance. La question en vaut d'ailleurs la peine : il s'agit du **traitement du cancer par les injections de sérum anticellulaire.**

Les recherches de MM. Wlaeff (de Saint-Pétersbourg) et d'Hotman de Villiers (de Paris), qui ont fait l'objet de ce rapport, ont eu pour point de départ la théorie parasitaire du cancer. M. Wlaeff a isolé, dans les tumeurs cancéreuses, des blastomycètes qui, inoculés aux animaux, auraient reproduit la tumeur primitive. Après avoir cherché à immuniser différents animaux, M. Wlaeff n'a obtenu un sérum actif que chez les oiseaux (pigeons, poules, oies).

Ses expériences sur des rats d'abord, puis sur des malades, lui ont montré la parfaite innocuité des injections de 2 centimètres cubes chez le rat, de 10 centimètres cubes chez l'homme.

M. Championnière énumère les malades traités par M. Wlaeff et qu'il a pu observer. Deux malades ont été présentés à l'Académie qui ont semblé très améliorés.

Des deux sujets présentés à l'Académie, le premier, atteint d'épithélioma de la langue, après six injections et un traitement d'un mois, a pu être opéré par M. Reynier. Peu de temps après il survint une ulcération de la cicatrice et, sous l'influence de nouvelles injections, cette ulcération se cicatrisa. Depuis, il a engraissé et resterait guéri du côté de sa tumeur, quoique ses ganglions soient encore pris. Il a subi récemment l'ablation d'un ganglion sous-maxillaire.

Chez un autre malade également atteint d'épithélioma lingual, les injections paraissent avoir amené une réelle amélioration et surtout un soulagement des douleurs.

Tous les cas que M. Championnière a pu observer, tous ceux que ses collègues MM. Reynier et Berger ont réunis, ne lui ont montré aucune guérison, ni même de tendance à la guérison, il n'en reste pas moins que les sujets ont paru être impressionnés favorablement par le traitement.

Bien que nous sachions que certains médicaments peuvent avoir une influence passagère sur le cancer (arsenic, magnésie, sulfate de quinine, etc.), M. Lucas-Championnière

pense que la thérapeutique du cancer est si pauvre que l'on doit encourager les expériences de M. Wlaeff.

Elles se sont montrées, en effet, parfaitement innocentes et, chez des sujets inopérables, elles ont amené des améliorations passagères, mais néanmoins appréciables.

M. Berger, qui a pu suivre sept malades, partage absolument l'avis de son collègue.

Au cours de la séance, M. Yvon a été élu membre titulaire dans la section de pharmacie.

Enfin, différents rapports ont été lus par M. Roux pour le prix Audiffret; par M. Gautier, sur les mémoires présentés pour le prix Buignet; par M. Marty, sur le prix Vernois; par M. Porak, au nom de la commission de l'hygiène de l'enfance.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

De la douleur provoquée par la percussion unguéale comme signe de début de la tuberculose pulmonaire. — M. Roussel, médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne, a indiqué comme signe de début de la tuberculose la douleur à la percussion unguéale au niveau de la zone malade. Il pense que cette douleur d'ordre réflexe siège dans le muscle. Une malade vient de démontrer le bien fondé de cette opinion.

Elle est hystérique et, comme telle, frappée d'hémianesthésie droite. Les téguments, du côté droit, sont absolument insensibles à la douleur; on peut les traverser avec une épingle, sans que la malade manifeste autre chose que de l'étonnement Mais, en outre, elle est atteinte de tuberculose du sommet droit et, de ce chef, la percussion unguéale éveille des sensations douloureuses très vives dans la région qui recouvre le poumon affecté. Tandis que la peau est insensible, les parties profondes ressentent douloureusement le choc de l'extrémité du doigt. Le contraste est démonstratif. (*Loire méd.*, 15 oct. 1900, et *Bull. méd.*)

Le traitement des piqûres de moustiques. — M. Manquat (de Nice) s'est livré à une étude comparative des résultats fournis par les différents modes de traitement des piqûres de moustiques.

Laissant de côté l'*ammoniaque* qui est trop irritant et le *phénol* qui présente des dangers d'escarification, des observations qu'il a pu recueillir il arrive aux conclusions suivantes :

« Si nous devions maintenant, en manière de résumé, établir une comparaison entre les trois agents que nous venons d'étudier, nous placerions, comme efficacité, en première ligne, le formol (formol à 40 p. 100 du commerce, 5 grammes; alcool à 90 degrés et eau, de chacun 10 grammes), puis la teinture d'iode, en dernier lieu l'alcool et l'eau de Cologne mentholés (4 grammes de menthol pour 100 grammes d'eau de Cologne ou d'alcool à 90 degrés). Toutefois, en raison de la complication qu'entraînent les applications de formol, la teinture d'iode leur est pratiquement supérieure, surtout la nuit, puisqu'une simple application, dont on ne s'occupe plus, suffit. Mais la teinture d'iode n'est généralement possible que sur les parties habituellement recouvertes par des vêtements. Pour le visage et les mains on tirera un très bon parti, moins efficace, mais exempt d'inconvénients, de l'alcool ou de l'eau de Cologne mentholés, et dans tous les cas suffisant pour les piqûres bénignes de nos pays; ces applications paraissent insuffisantes contre les inoculations infectieuses. » (*Bull. gén. de thérap.*, 15 nov. 1900.)

MALADIES DE L'ENFANCE

La médication cacodylique chez les enfants. — M. Rocaz (de Bordeaux) a accueilli une soixantaine d'observations absolument probantes qui lui ont permis de se rendre compte des effets de la médication cacodylique chez les enfants.

L'âge des enfants traités oscille entre dix-huit mois et quatorze ans. M. Rocaz déclare cependant qu'il n'hésiterait pas à traiter ainsi des enfants beaucoup plus jeunes.

Une trentaine d'observations concernent des enfants tuberculeux surtout au début. Chez tous, le retour de l'appétit et l'augmentation du poids ont été les premiers résultats du traitement. Malheureusement, cette augmentation de poids n'est pas indéfinie, il arrive un moment où elle reste stationnaire, on peut alors interrompre le traitement pour le reprendre, ce qui amènera une nouvelle augmentation. Les signes stéthoscopiques se modifient le plus souvent mais surtout au premier degré. Plus le degré de tuberculisation est avancé, moins les lésions semblent régresser. Mais le véritable triomphe de la médication cacodylique est dans le traitement de la phtisie latente, chez les suspects de tuberculose.

Dans la péritonite tuberculeuse, les résultats obtenus par M. Rocaz sont vraiment encourageants.

Dans plusieurs cas d'anémie et de chlorose, les résultats furent excellents, la méthode semble n'avoir pas donné de brillants résultats dans un cas de chorée, et dans plusieurs cas d'emphysème.

La forme employée par M. Rocaz, est la solution aqueuse par la voie buccale, deux fois par jour au milieu des repas.

Il n'a observé aucun des inconvénients signalés par M. Gautier.

Les doses employées ont été : 3 à 4 centigrammes de cacodylate de dix à quinze ans.

2 à 3 centigrammes, de six à dix ans.

1 centigramme à trois ou quatre ans.

Une fraction de centigramme au-dessous.

M. Rocaz pense qu'il faut d'ailleurs tâter au début la susceptibilité du sujet, de plus, suivant la pratique de M. Grasset, il fait de nombreuses coupures dans le traitement.

En somme, la médication cacodylique apparaît à M. Rocaz, comme ayant conquis une place très honorable dans la thérapeutique infantile. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 28 octobre 1900.)

BACTÉRIOLOGIE

Nouvelle méthode de recherche du bacille de Koch dans les crachats. — Ce procédé, récemment communiqué par MM. de Lannoïse et A. Girard, est basé sur l'action dissolvante qu'exercent à froid sur le mucus bronchique les hypochlorites alcalins, et en particulier l'eau de javelle.

L'expectoration est jetée dans environ 10 fois son volume d'eau de javelle diluée au tiers, et agitée de temps en temps énergiquement.

Le dégagement de chlore qui se produit dissout le mucus et les globules de pus en quinze ou vingt minutes. Le liquide est légèrement troublé par les éléments figurés en suspension. On les laisse déposer vingt-quatre heures dans un verre conique, ou mieux on centrifuge dans un seul tube en plusieurs opérations et en décantant chaque fois. On réduit à 2 ou 3 centimètres cubes de liquide chloré, qu'on additionne de V ou VI gouttes de solution de potasse ou de soude normale (40 grammes NaOH ou 56 grammes KOH par litre). Le chlore est ainsi transformé en NaCl. Il est inutile de chauffer; la réaction est immédiate.

On remplit le tube d'eau stérilisée et on centrifuge une dernière fois.

L'eau est décantée, et enfin on étale le dépôt sur des lamelles, on sèche, on fixe à la flamme et on colore comme

d'habitude par la méthode de Ziehl et d'Ehrlich. (*Arch. gén. de méd.*, 1900.)

FORMULAIRE

Gouttes antihémorroïdaires.

Teinture d'hydrastis	5	grammes.
— de viburnum	5	—
— d'hamamelis	10	—
— de marron d'Inde	10	—

En prendre xv et xx gouttes avant les repas dans un peu d'eau sucrée. (*Journ. de méd. de Paris.*)

RECTIFICATIONS

M. Quénu a trop bien plaidé la cause qu'il a apportée devant la Société de chirurgie, car, avec beaucoup de ses collègues, nous le croyions « partisan des gants dans toutes les opérations ». Il n'en est rien, et la pratique de M. Quénu est, à peu de choses près, celle qui a été exposée dans les conclusions de notre article.

Notre confrère, M. de Lukomski, nous adresse la lettre suivante, à laquelle nous sommes heureux de donner l'hospitalité :

« Monsieur,

J'ai lu dans votre excellent journal (2 août 1900) un article de M. Pommerol (de Gerzat), sur un cas de sciatique chronique guérie par la morsure d'une vipère. L'auteur de l'article conclut qu'il y aurait certainement dans cette voie (l'emploi des venins en thérapeutique) plus d'une découverte importante à faire.

Je suis du même avis que M. Pommerol, car je me suis beaucoup occupé des venins, surtout du venin des hyménoptères. C'est une question déjà un peu vieille. En France elle a été soulevée il y a près d'un demi-siècle. M. Desmartis (de Bordeaux), sans avoir fait lui-même aucune expérience, a rassemblé un certain nombre de cas observés fortuitement dans différents pays et à différentes époques, et les a publiés dans des journaux médicaux et autres, sous forme de brochures.

De Gasparin, savant agronome, a rapporté l'action favorable des piqûres de guêpes sur lui-même. Moi de mon côté, j'ai résumé mes travaux sur l'emploi du venin des hyménoptères en thérapeutique, dans un article que le regretté docteur Brochin a bien voulu publier dans la *Gazette des hôpitaux*, n° 107, 13 septembre 1864.

J'espère que vous voudrez bien rendre justice à chacun, *neminem lædere et suum cuique tribuere.*

Agréez, etc.

J. DE LUKOMSKI.
Le Plant-Champigny (Seine). »

Gerzat, le 8 novembre 1900.

Monsieur le directeur de la *Gazette des hôpitaux*.

Je reçois, de M. Armand Mender (d'Ainay-le-Château, Allier), une lettre m'indiquant que l'oxyde de carbone, dans la fumée du tabac (voir *Gaz. des hôp.*, 27 oct. 1900), avait été signalé par le docteur Gustave Lebon, dans ses *Recherches chimiques et physiologiques sur la fumée du tabac* (Paris, Asselin, 1880), et que lui-même avait déjà présenté plusieurs mémoires sur le sujet, dont un intitulé : *De l'oxyde de carbone et des fumeurs de cigarettes.* Il ajoute que le docteur Hilton Thompson et le docteur Gréan s'étaient aussi, depuis longtemps, occupés de cette question.

Vous voudrez bien, monsieur le directeur, publier cette note, afin de rendre à chacun ce qui lui appartient.

Dr POMMEROL (de Gerzat).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — PATHOLOGIE. — Séance du 20 novembre : MM. Lemaître (René) et Reulos (Marcel), 13; Lhermitte, 12; Beaujard et Laborde, 11; Méheut, 10; Baillon et Friedel, 7.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Morin (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bouglé et Mauclaire, chirurgiens des hôpitaux de Paris; Desgranges (de Marchenoir); Parent (de Paris); Rochon-Duvigneaud, chef de clinique ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu; Ballion (de Villandraut); Daubé (de Colombey-les-Deux-Églises); Moure (de Saint-André-de-Cubzac); Gourmand (de Langon); Maniel (de Saint-Privat-des-Vieux); Fournial et Haller, médecins-majors de deuxième classe; Bonnecaze (de Courbevoie); Collet (de Lyon); Gacon (de Bordeaux).

Hommage au professeur Raymond. — Hier, les élèves et amis de M. le professeur Raymond se sont réunis à la Salpêtrière pour fêter l'élection à l'Académie de leur maître. Au cours de cette fête toute de famille, ils lui ont remis une plaquette commémorative en bronze, due au sculpteur Vernier.

Projets de loi. — M. le docteur Combes a déposé sur le bureau du Sénat un projet de loi tendant à modifier la loi du 10 août 1871, en ce qui concerne l'incompatibilité appliquée aux médecins de l'Assistance publique.

— M. le docteur Chassaing a déposé sur le bureau de la Chambre un projet de loi modifiant les cadres du corps de santé militaire.

Noms de médecins donnés à des rues de Paris. — Nous avions déjà annoncé que le Conseil municipal se disposait à honorer la mémoire de Bouchut en donnant son nom à une rue. il vient de réaliser ce projet en donnant le nom de Bouchut à une rue avoisinant l'hôpital des Enfants-Malades. Une autre rue portera le nom de Parrot, enfin la rue Orfila, déjà baptisée, se trouve prolongée.

Conférences pratiques sur l'allaitement artificiel, par le docteur G. Variot, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. — Ces conférences auront lieu le vendredi de chaque semaine à neuf heures et demie, au dispensaire de Belleville, 124, boulevard de Belleville. Elles commenceront le vendredi 16 novembre. A chaque consultation une centaine de nourrissons sont pesés et inspectés.

Hôpital Saint-Louis. — M. Du Castel reprendra ses conférences cliniques le samedi 1er décembre, à une heure et demie, et les continuera le samedi de chaque semaine, à la même heure. — A une heure et demie, consultation externe; à deux heures et demie, conférence clinique dans la salle des conférences.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Ph. Van Tieghem, professeur, membre de l'Institut, commencera le cours de botanique, organographie et physiologie végétale le samedi 1er décembre 1900, à neuf heures du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Après avoir résumé d'abord les caractères communs à tous les êtres vivants qui font l'objet de la biologie générale, puis les caractères propres des plantes qui sont le sujet de la botanique générale, le professeur exposera les divers modes de formation et de développement de l'œuf des plantes, considérés comme bases de leur classification.

Les leçons du jeudi seront des leçons pratiques et auront lieu au laboratoire de botanique, rue de Buffon, n° 61.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — La Compagnie P.-L.-M. organise, avec le concours de la Société des Voyages Duchemin, trois excursions permettant de visiter *la Syrie, la Palestine, l'Égypte et la Haute-Égypte* dans le courant des mois de novembre, décembre et janvier.

Dates de départ et prix suivant l'itinéraire choisi.

S'adresser, pour renseignements et billets. au bureau de la Société des Voyages Duchemin, 20, rue de Grammont, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 134 — SAMEDI 24 NOVEMBRE 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 24 NOVEMBRE 1900. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Appendicite et occlusion intestinale (*3 fig.*), par M. G. MARION, chirurgien des hôpitaux. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MÉDECINE PRATIQUE. Le traitement de la neurasthénie; — Les lavements de lait dans l'hémoptysie grave. — THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Appendicite et occlusion intestinale.

Par G. MARION,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

I

Le 19 septembre 1900 entrait à l'hôpital Broussais, salle Follin n° 30, un jeune garçon de dix-huit ans, Joseph L..., pour une constipation absolue que ni purges ni lavements ne parvenaient à vaincre. Cette constipation avait débuté douze jours avant son entrée à l'hôpital, depuis quatre jours étaient en outre apparus des vomissements alimentaires, aujourd'hui fécaloïdes, et de violentes douleurs dans l'abdomen. Je remplaçais à ce moment M. Michaux et je vois le malade le 20 septembre au matin. L'état était mauvais, la température était à 37°4, le pouls battait 148. Le facies était péritonéal, les yeux excavés, le nez pincé, la langue sèche. Le ventre était ballonné, douloureux dans toute son étendue, mais cette douleur n'était pas excessive. A la percussion il existait de la submatité à la partie inférieure. Le malade avait vomi toute la nuit.

En même temps je remarquais dans la fosse iliaque droite la cicatrice d'une opération, à coup sûr, d'appendicite. En effet, au mois de juillet dernier, le malade avait été opéré d'une appendicite à chaud, dont il avait parfaitement guéri, si bien qu'un mois après il avait pu reprendre ses occupations.

En face d'un tel tableau, j'hésitai entre une occlusion intestinale et une péritonite généralisée avec arrêt des matières et des gaz par paralysie intestinale. Comme cause de l'une ou l'autre affection, j'admis une lésion en rapport avec l'appendicite antérieure. En tous cas il n'y avait pas à hésiter, une intervention pouvait seule sauver le malade. Je la pratiquai immédiatement. La laparotomie médiane me montra que, contrairement à ce que me faisait prévoir la percussion de l'abdomen, il n'existait pas trace de liquide et que la matité obtenue devait être mise sur le compte de la distension extrême des anses intestinales. Celles-ci étaient rouges, excessivement distendues. *Mais avant d'arriver au cæcum l'intestin grêle reprenait un calibre normal. Entre les deux portions distendues et aplaties existait une masse formée par un amas d'anses repliées et collées entre la fosse iliaque droite* (fig. 1). Je dégageai ces anses entre lesquelles il existait un peu de pus. Le cæcum était libre et à sa partie interne existait un épaississement, trace de la résection de l'appendice. Je terminai l'opération par un drainage et la fermeture partielle de l'abdomen.

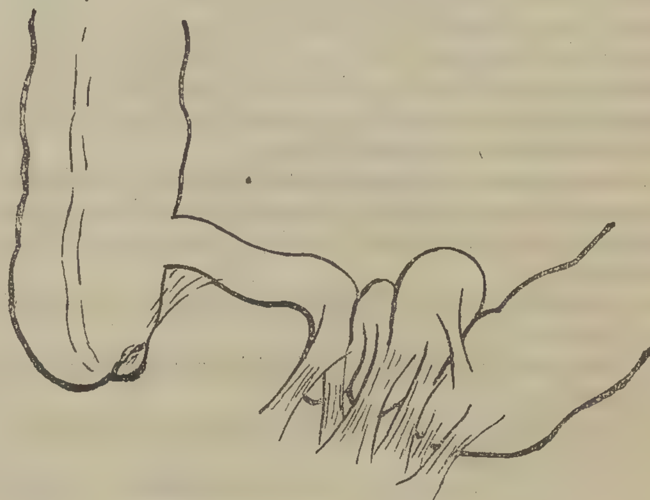


FIG. 1. — Observation personnelle.

Le malade alla à la selle le soir même de l'opération. Il vomit encore pendant quelques jours en même temps que le drain abdominal donnait issue à une quantité notable de pus. L'amélioration fut cependant rapide et le 10 octobre le malade était complètement guéri.

Ce cas d'occlusion intestinale consécutive à une appendicite n'était pas le premier que j'observais. J'avais eu l'occasion déjà d'en voir plusieurs autres exemples, différents du reste de celui que je rapporte plus haut par le mécanisme de l'occlusion. C'est en rapprochant ces faits et ceux que j'ai pu trouver publiés dans ces dernières années que je vais essayer d'établir les rapports qui existent entre l'appendicite et l'occlusion intestinale.

L'occlusion intestinale peut apparaître dans le cours de l'appendicite, elle peut se montrer d'autre part à plus ou moins longue échéance chez un malade qui en a guéri soit spontanément soit à la suite d'une intervention chirurgicale.

L'occlusion intestinale est fréquente au début d'une attaque d'appendicite s'accompagnant d'une réaction périto-

néale intense et assez généralisée ; à cette période elle a donné lieu à des confusions quelquefois difficiles à éviter et regrettables au point de vue thérapeutique.

Moins fréquemment, c'est dans le cours même de la crise que l'occlusion apparaît; le malade opéré ou non semblait en voie d'amélioration, il pouvait quelquefois être considéré comme guéri quand apparaît une constipation opiniâtre que rien ne peut vaincre, s'accompagnant de vomissements qui peuvent faire croire au réveil de la péritonite, et le malade meurt d'occlusion. Enfin dans des cas qui pour ne pas être d'observation courante ne sont pas cependant absolument exceptionnels et qui se multiplieront certainement maintenant que l'on connaît mieux les désordres variés auxquels peut donner lieu l'appendicite, c'est dans le cours d'une santé absolue, quelquefois après la guérison complète d'une crise appendiculaire, que le sujet est pris d'occlusion intestinale. L'intervention montre que celle-ci doit être rattachée à la crise antérieure. L'occlusion intestinale peut donc être une complication tardive de l'appendicite. Chez le malade dont M. Sacquépée a présenté l'observation à la Société anatomique, la dernière crise d'appendicite datait d'un mois. Dans le cas que j'ai publié au commencement de ce travail c'est deux mois et demi après le début des accidents et l'opération que le petit malade voyait survenir les phénomènes d'occlusion. Un de nos confrères et amis opéré par M. Broca, qui se propose d'en publier l'observation, avait eu son appendicite quatorze ans auparavant. Enfin dans d'autres cas l'intervention ou l'autopsie montra qu'il s'agissait d'une occlusion nettement en rapport avec une ancienne appendicite, mais les renseignements sur la date de celle-ci faisaient absolument défaut.

Du reste suivant l'époque à laquelle se montre l'occlusion, l'origine diffère, et au point de vue du mécanisme par lequel elle se produit, on peut, je crois, en distinguer plusieurs variétés :

1° *Occlusion paralytique d'origine péritonéale sans aucune lésion mécanique.*

2° *Occlusion par adhérences généralisées après guérison de la péritonite originelle.*

3° *Occlusion par position vicieuse de l'intestin occasionnée par des adhérences localisées.*

4° *Occlusion par étranglement de l'intestin dans un anneau diversement constitué mais en rapport avec l'existence d'une appendicite.*

5° *Occlusion réflexe dont le point de départ se trouve être dans un appendice plus ou moins altéré.*

1° *Occlusion paralytique* (1). — L'occlusion paralytique accompagnant une péritonite plus ou moins généralisée s'observe fréquemment, nous avons dit qu'elle pouvait donner lieu à des confusions. Un exemple de cette variété d'occlusion nous est fourni par l'histoire d'un malade que j'ai eu l'occasion de voir à l'Hôtel-Dieu alors que j'étais chef de clinique de M. le professeur Duplay.

Le 1er novembre 1899. M. Dalché me demandait de voir à l'Hôtel-Dieu-annexe un malade entré dans son service la veille. Ce malade, âgé de vingt-six ans, maçon, avait déjà été soigné pendant assez longtemps par M. Dalché pour des phénomènes d'hystéro-neurasthénie; il était revenu parce que depuis trois jours il avait des douleurs peu vives généralisées à tout l'abdomen.

Ces douleurs avaient débuté sous forme de coliques dans la région de l'ombilic et s'étaient ensuite généralisées. En outre, depuis l'apparition de ces douleurs, le malade n'avait rendu ni matière ni gaz; il était absolument affirmatif sur ce point.

Lorsque je vis le malade, le facies était bon; l'abdomen, médiocrement ballonné, présentait une sensibilité diffuse générale peu vive, pas de point douloureux particulier. Le malade au début, dès l'apparition des douleurs, avait vomi ses aliments, puis les vomissements s'étaient arrêtés, et le matin seulement il avait vomi de nouveau un peu de liquide jaune sans caractères. Le pouls était fort bien frappé, battait 92 à la minute. La température était à 37°8.

Le tableau présenté par le malade me fit immédiatement penser à un début d'appendicite, moins le point douloureux que l'examen le plus minutieux ne put déterminer. Si bien qu'en présence de l'absence absolue des matières et des gaz nous pensâmes plutôt être en présence d'une occlusion intestinale, et comme le malade était connu comme excessivement nerveux, nous crûmes qu'il s'agissait d'une occlusion paralytique. Aussi, étant donné l'état général du malade, je conseillai d'essayer tous les moyens pour faire cesser cette occlusion avant d'en venir à une opération plus radicale. Le malade n'avait pas de crise appendiculaire dans ses antécédents.

Le lendemain 2 novembre, le tableau était peu modifié, sauf que le malade avait vomi plusieurs fois dans la journée. Du reste, tous les moyens employés pour faire cesser la constipation avaient été inutiles. Le facies était toujours bon, le pouls était à 96, plein, régulier. En somme, l'état général était excellent. La température était montée la veille au soir à 38°5, et le matin elle se trouvait à 38°2. Le ventre n'était ni plus douloureux, ni plus ballonné.

Bien que nous ne fussions pas, avec M. Dalché, plus fixé que la veille sur le diagnostic exact, nous décidâmes l'intervention immédiate, en présence de cette persistance de l'arrêt des matières et des gaz. Le malade fut passé de l'Hôtel-Dieu-annexe, dans la salle Saint-Landry à l'Hôtel-Dieu, et je pratiquai l'opération le jour même.

Laparotomie sus-pubienne. Aussitôt le péritoine incisé, des anses intestinales rouges, distendues, font issue en même temps qu'un peu de liquide séro-purulent grisâtre. Il s'agissait d'une péritonite généralisée. Pensant immédiatement à l'origine appendiculaire, je débridai transversalement l'extrémité inférieure de mon incision médiane et pus arriver à saisir, dans la fosse iliaque droite, un appendice libre de toute adhérence, perforé à son extrémité. Après résection de l'appendice, nettoyage de l'abdomen, je terminai l'opération par un drainage aussi large que possible.

Malgré cette intervention et les injections de sérum, le malade succombait cinquante-six heures après l'intervention.

Le 12 août de cette année, je fus appelé, comme chirurgien de garde, à la maison Dubois pour un malade que l'interne me disait atteint d'occlusion intestinale depuis trois jours. A mon arrivée, l'interne m'annonça que, sous l'influence d'un lavement, le malade venait d'aller abondamment à la selle. Je me contentai donc de voir les matières, et de causer quelques moments avec le malade que je trouvai avec l'abdomen encore un peu ballonné, pas douloureux, et se sentant beaucoup soulagé. J'ai appris depuis que, trois jours

(1) Je laisse absolument de côté les cas semblables à celui rapporté par MM. Aviragnet et Léon Bernard à la Société médicale des hôpitaux (décembre 1899), dans lequel, dans le cours d'une occlusion intestinale chronique par cancer de l'intestin, s'était développée une appendicite.

après ma visite, le malade avait succombé, et qu'à l'autopsie on avait trouvé une péritonite généralisée d'origine appendiculaire.

M. R. Lépine (*Lyon méd.*, février 1897) en publie une autre observation dans laquelle le diagnostic d'occlusion intestinale fut porté chez un malade, à l'autopsie duquel on trouva, outre de la péritonite par perforation de l'appendice, des fausses membranes molles et récentes au milieu desquelles existait du pus, fixant deux anses d'intestin grêle dans une position telle qu'elles se trouvaient à angle très aigu, l'une par rapport à l'autre. L'auteur ajoute : « Telle est la seule cause d'occlusion intestinale. » Ce n'est peut-être pas complètement exact, car la péritonite a dù jouer un rôle au moins aussi important que les adhérences, d'autant plus qu'il s'agit d'adhérences molles, récentes, et que les phénomènes d'occlusion sont apparus au contraire au début même des accidents.

Semblable fait se trouve rapporté dans un article de MM. Albarran et Caussade (*Presse méd.*, juillet 1898, p. 37), dans lequel la laparotomie fut faite pour parer à des accidents d'occlusion due à une péritonite d'origine appendiculaire. A la Société médicale des hôpitaux, au mois de décembre 1899, MM. Aviragnet et Bernard en signalent également une autre : la malade fut opérée pour une occlusion intestinale et l'intervention démontra une péritonite généralisée, en même temps que l'absence de toute autre cause d'obstruction.

En réalité, ces faits d'occlusion paralytique consécutifs aux péritonites généralisées d'origine appendiculaire sont d'observation assez fréquente, ils n'ont rien qui doive nous surprendre. Dans leurs thèses, Henrot en 1865, Thibierge en 1884, Poupon en 1885, ont bien étudié et nous ont bien fait connaître « l'obstruction intestinale sans obstacle mécanique », en particulier au cours des péritonites généralisées.

Pour ce qui concerne les faits d'occlusion dans les péritonites d'origine appendiculaire, leur existence a été signalée depuis que l'on connaît l'appendicite et a donné lieu à bien des erreurs. Nous n'insisterons pas davantage sur eux, car les observations nombreuses que l'on pourrait recueillir n'ajouteraient rien à l'histoire de ces occlusions paralytiques. Faisons remarquer toutefois que les confusions entre l'obstruction paralytique d'origine appendiculaire et l'occlusion mécanique de cause quelconque doivent tendre à diminuer à mesure que l'on en connaît mieux la possibilité; et parmi les cas qui ont donné lieu à des erreurs il y a quelques années, alors que l'appendicite était encore mal connue, il en est certainement où, d'après l'histoire des malades, on porterait aujourd'hui un diagnostic exact.

Un malade, dont M. Pasteau a rapporté l'observation à la Société anatomique en 1897 (et non en 1898, comme une erreur typographique le fait dire à MM. Albarran et Caussade), fut passé de médecine en chirurgie avec le diagnostic d'occlusion intestinale; or il n'est pas douteux qu'un médecin connaissant les faits dont nous venons de parler porterait, en lisant l'observation, le diagnostic de péritonite probablement d'origine appendiculaire.

2° *Occlusion par adhérences généralisées.* — Dans un second groupe, j'ai rangé les cas d'occlusions dues à des adhérences très étendues consécutives à la *guérison* d'une péritonite appendiculaire plus ou moins généralisée. J'en ai observé deux faits à l'Hôtel-Dieu; ils me paraissent absolument nets au point de vue du mécanisme de l'arrêt des matières et des gaz.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un garçon de café de vingt-deux ans, qui, le 1er mai 1900, avait été pris brusquement de symptômes très nets d'appendicite grave. Il était entré le 5 mai dans le service de M. le professeur Duplay, dans l'après-midi, et, appelé de garde, je jugeai qu'une intervention immédiate pouvait seule le sauver. L'incision dans la fosse iliaque droite ne fit que confirmer le diagnostic de péritonite généralisée d'origine appendiculaire. Les anses intestinales non adhérentes étaient extrêmement rouges et très distendues, et entre elles existait du liquide louche en assez grande abondance. Après quelques recherches, je trouvai l'appendice accolé à la partie interne du cæcum; son extrémité, très renflée, était perforée. Je l'enlevai et terminai l'opération par un nettoyage aussi complet que possible de la fosse iliaque et un drainage. Le lendemain, le malade avait vomi toute la nuit, mais son état général semblait meilleur. Deux jours plus tard, la péritonite pouvait être considérée comme arrêtée; le malade n'avait pas vomi depuis vingt-quatre heures et, fait sur lequel j'attire l'attention, il avait rendu des gaz en abondance, si bien qu'il se trouvait très bien. Le 13 mai, le malade pouvait être considéré comme guéri; mais le matin, il me demande un lavement, car depuis hier il n'a pas rendu de gaz et il n'a pas été à la selle depuis l'opération. Ces phénomènes de paresse intestinale sont assez fréquents à la suite des appendicites pour ne pas m'inquiéter autrement, et j'ordonne un lavement. Donné dans la journée, celui-ci ne produisit aucun effet, si bien que le lendemain j'en ordonnai un nouveau ainsi qu'une purge, mais sans résultat. Les choses continuèrent de telle façon que le 17 mai, devant la persistance des phénomènes d'occlusion, je me décidai à voir, par l'incision de la première opération, quelle pouvait en être la cause. Je trouvai les anses accolées les unes aux autres, coudées, comprimées, sans espoir de libération possible. En désespoir de cause, j'incisai le cæcum qui se vida sans évacuer le reste de l'intestin; une seconde incision sur l'intestin grêle donna le même résultat. Le malade succomba dans la soirée et, à l'autopsie, je pus juger que les lésions étaient au-dessus des ressources de la chirurgie : toutes les anses ne formaient qu'une masse adhérant également aux parois abdominales en plusieurs endroits.

Le second cas a trait à une malade de vingt-quatre ans, dont l'histoire est peut-être encore plus nette que la précédente. Je l'avais opérée le 30 mars pour une appendicite tout à fait au début, et les premiers jours qui avaient suivi l'intervention les choses avaient marché absolument à souhait; puis elle avait été reprise d'un peu de fièvre, nous donnant à penser qu'un abcès secondaire était en formation, sans que les examens les plus répétés et les plus minutieux aient pu nous en faire connaître le siège. Notre supposition était pourtant exacte, car le 10 avril elle était subitement reprise de violentes douleurs dans tout l'abdomen en même temps que de vomissements. Le 11 avril, l'état de la malade était tellement mauvais que, craignant qu'elle ne supportât pas une laparotomie, je pratiquai simplement l'ouverture du cul-de-sac postérieur, qui donna issue à une quantité abondante de pus. A la suite de cette seconde intervention, l'état de la malade s'améliora au delà de toute espérance; les symptômes de péritonite disparurent et, le 15 avril, on pouvait croire la malade hors d'affaire. *La veille, elle avait rendu des gaz spontanément et des matières en assez grande*

abondance à la suite d'un lavement. Le 17 avril, la malade se plaignant de ne pas être allée à la selle depuis le 14, j'ordonne un lavement; le lendemain, celui-ci n'ayant eu aucun effet, j'ordonne une purge. Les jours suivants, la situation reste la même, ni purges ni lavements ne parviennent à provoquer une garde-robe; d'autre part, la malade est reprise de vomissements, si bien que, le 21 avril, je prie M. Lacaille de vouloir bien lui donner un lavement électrique. Au moment du passage du courant, la malade est prise de violentes coliques et l'on voit l'ondulation des anses intestinales se dessiner sous la paroi. Trois lavements sont donnés sans provoquer aucune évacuation. Devant cette obstruction rebelle, je pratique alors une laparotomie; je tombe sur un paquet d'anses intestinales agglutinées entre elles, friables, impossibles à séparer. Au hasard, je pratique un anus contre nature. A l'autopsie de la malade, les lésions constatées furent les mêmes que celles que je signalais dans le cas précédent et consistaient en des adhérences absolument généralisées reliant toutes les anses entre elles.

Détailler le mécanisme de l'occlusion dans ces deux cas est impossible; suivant les places, il s'agissait, en effet, d'occlusion soit par étranglement, soit par coudure, soit par tension, etc. En somme, l'intestin était divisé en une série de segments isolés les uns des autres, se remplissant chacun pour leur propre compte et arrivant par compression mutuelle à augmenter l'intensité de l'occlusion. D'où l'échec de l'anus contre nature.

Je n'ai trouvé signalé aucun autre cas de cette variété d'occlusion; il est probable qu'elle doit être cependant assez fréquente, mais qu'elle passe inaperçue; les accidents étant mis sur le compte de l'évolution de la péritonite. Dans les deux observations que je rapporte, les deux phases me semblent suffisamment nettes pour faire ranger ces faits dans une classe spéciale. On y voit nettement les phénomènes de péritonite s'amender et cesser; mais les accidents d'obstruction reparaissent et s'aggravent si bien qu'au bout de quelques jours ce sont eux qui attirent l'attention. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve toutes les anses réunies et soudées entre elles.

Je crois donc qu'il convient de faire une place à part à ces cas d'occlusion par adhérences généralisées, après guérison de la péritonite qui leur a donné naissance. Ce sont des faits analogues aux occlusions consécutives à la cicatrisation fibreuse des péritonites tuberculeuses étendues. Mais tandis que, dans ce dernier cas, l'évolution des accidents est généralement lente, à cause de la lenteur de production des fausses membranes; lorsqu'il s'agit d'adhérences de péritonite aiguë, celles-ci, très généralisées d'emblée, déterminent rapidement l'arrêt des matières et des gaz; d'autant plus que l'intestin, qui vient de subir un si rude assaut, n'a pas recouvré encore sa parfaite contractilité et n'est pas en état de lutter contre les obstacles multiples accumulés sur son trajet. C'est donc à la multiplicité des adhérences, jointe à l'état antérieur de l'intestin, qu'il faut attribuer le développement rapide des accidents dans ces cas.

3° *Occlusion par position vicieuse de l'intestin, occasionnée par des adhérences localisées.* — Si la péritonite, au lieu d'avoir été généralisée, est restée circonscrite, les adhérences auxquelles elle donnera naissance le seront également, d'où l'évolution plus lente en général des accidents qui n'apparaîtront que quelques mois ou même plusieurs années après la crise d'appendicite. Les vices de position d'où résulte l'occlusion sont du reste variables, et variables également les lésions qui les produisent.

Chez le petit malade dont l'histoire est rapportée au début de cette étude, il s'agissait de *coudures* multiples de l'intestin, dues à des adhérences anciennes et serrées, accolant la terminaison de l'iléon à la fosse iliaque droite.

Chez une jeune fille de dix-sept ans, que M. Bouglé observa à l'hôpital Beaujon et dont l'observation se trouve publiée dans la *Gazette des hôpitaux* du mois de juillet 1900, l'occlusion, qui datait de sept jours, semble pouvoir être rapportée à des lésions analogues. « Le ventre ouvert, l'intestin grêle apparut d'emblée, très distendu, violacé, recouvert de fausses membranes. Certaines anses sont particulièrement dilatées. Par endroits, il existe des brides de péritonite chronique et, fait remarquable, celles-ci deviennent plus nombreuses à mesure que je me rapproche du cæcum. En cette région, je dois, pour libérer l'intestin grêle, faire une véritable dissection aux ciseaux, et j'arrive finalement sur l'appendice enfoui au milieu des adhérences. » La date de l'appendicite, cause de tous ces maux, ne put être fixée, car la malade se trouvait dans un état tel que tout interrogatoire était impossible; elle succomba quarante-huit heures après l'intervention, qui aurait certainement réussi si l'on avait envoyé plus tôt la malade à l'hôpital.

A côté de ces faits d'occlusion par coudures, il en est d'autres par *volvulus*. M. Sacquépée en a présenté une belle observation à la Société anatomique (fév. 1899, p. 182), avec dessin à l'appui (fig. 2). Le malade, âgé de quarante et un ans,

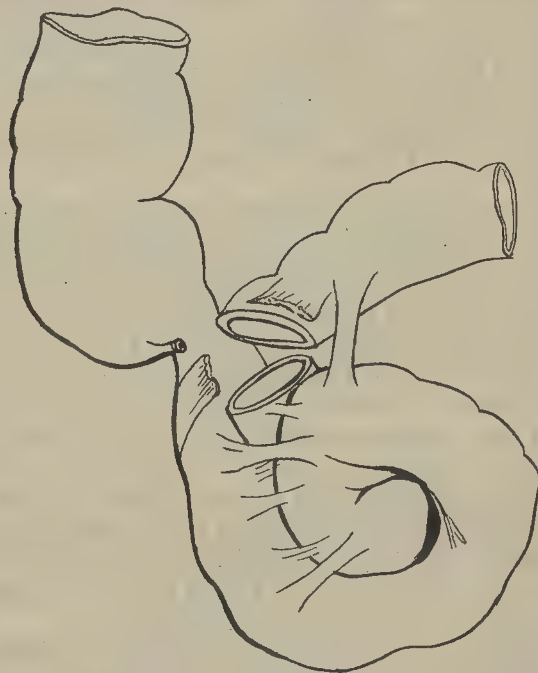


Fig. 2. — D'après le dessin joint à l'observation de Sacquépée.

avait eu trois crises d'appendicite, dont la dernière un mois auparavant; pris brusquement de phénomènes d'occlusion, il avait été amené au Val-de-Grâce où, dans les premiers jours, on était parvenu, au moyen de purges et de lavements, à rétablir le cours des matières. Mais quelques jours après, les accidents avaient reparu plus intenses que jamais et avaient nécessité une intervention. La laparotomie, pratiquée par M. le professeur Robert, montra des anses grêles réunies en paquet par des anses faciles à déchirer; mais quelques anses plongeant dans le bassin sont plus adhérentes et, en essayant de les libérer, on en déchire une, si

bien que l'on termine l'opération en établissant un anus contre nature. L'autopsie, pratiquée quelques jours plus tard, permit de constater les lésions : « La portion terminale de l'iléon, sur une longueur de 50 centimètres, présente la disposition suivante : partant du cæcum, elle plonge en bas verticalement, décrit ensuite un tour et demi de spire en se dirigeant à gauche ; les deux circonvolutions concentriques adhèrent très fortement entre elles. Au point le plus central de la spire, l'intestin plonge en arrière et en haut, présentant en ce point une flexion à angle aigu sur sa direction précédente ; c'est à ce niveau que siégeait évidemment l'obstacle. Puis l'iléon, toujours adhérent à la porion en spire, se dirige en haut et à droite pour aller rejoindre la perforation accidentelle. Cette perforation siège immédiatement au-dessus de la portion en spire ; elle a été provoquée par une forte adhérence qui s'insère, d'une part sur le bord du bout supérieur de la perforation, d'autre part sur la partie la plus terminale de l'iléon, juste au niveau d'insertion de la pointe de l'appendice. » (Voir fig.)

Un autre cas d'occlusion intestinale par volvulus, consécutif à des adhérences dues à une appendicite ancienne, a été signalé par M. Souligoux à la Société anatomique (1899, p. 364). Le malade, âgé de quatre-vingt-quatre ans, mourut au moment où on allait pratiquer une intervention. « L'intestin grêle à 6 centimètres de sa terminaison était tordu sur lui-même. Mais ce qu'il y avait de caractéristique, c'est que cet intestin grêle et le côlon pelvien étaient réunis par des adhérences au milieu desquelles se cachait l'appendice. Le côlon pelvien était fixé à droite tout contre le détroit supérieur par des adhérences solides. L'intestin grêle lui adhérait solidement par son bord supérieur, et c'est au niveau de cette adhérence que la torsion s'était produite. » Comme le fait remarquer Souligoux ces adhérences, d'après la situation où fut trouvé l'appendice, étaient évidemment les suites d'une inflammation de ce dernier.

D'autre part, dans un fait rapporté par Nicolaysen (*Brit. med. Journ.*, 23 juillet 1892, p. 170), ce ne sont plus des adhérences qui ont occasionné la disposition vicieuse de l'intestin, mais c'est l'appendice lui-même qui devenu adhérent à l'intestin détermina la production d'un volvulus.

Il est certain du reste que dans ces cas d'occlusion par coudure, volvulus, etc., dus à des adhérences localisées, on ne trouvera pas toujours les mêmes lésions. Il suffit de connaître les faits publiés par M. Walther à la Société de chirurgie (7 mars 1900), et dont l'étude a été reprise par son élève M. Levrey (*Rôle de l'épiploïte aiguë ou chronique au cours de l'appendicite*, Th. de Paris, 1899), pour s'imaginer, en exagérant la disposition des lésions qu'on trouve signalées, la possibilité de coudures de l'intestin grêle par l'épiploon devenu adhérent à lui, ou du côlon transverse par l'épiploon adhérent à la paroi et rétracté.

En résumé les vices de position observés jusqu'ici comme cause d'occlusion consécutive à une appendicite, ont consisté en coudures et en volvulus. Les causes qui les ont déterminés ont été, tantôt des adhérences, tantôt l'appendice devenu adhérent, et l'on s'imagine fort bien que l'épiploon adhérent puisse jouer le même rôle.

4° *Occlusion par étranglement de l'intestin dans un anneau diversement constitué mais en rapport avec l'existence d'une appendicite.* — Les faits les plus disparates sont compris dans cette classe ; disparates au point de vue de l'époque d'apparition, les accidents dans quelques cas se sont déclarés au début même de l'appendicite, dans d'autres très tardivement, plusieurs années après la crise ; et cela se conçoit, étant donné qu'il faut une circonstance fortuite pour que l'intestin s'engage sous une bride ; disparates au point de vue des lésions originelles, car celles-ci ont varié suivant les cas.

Dans sa thèse d'agrégation de 1880 M. Peyrot rapporte un fait inédit, observé par Bœckel, où la laparotomie pratiquée pour une occlusion intestinale permit de constater que celle-ci était due à une *bride épiploïque* qui adhérait par son extrémité inférieure au mésentère et sous laquelle passait une anse intestinale grêle étranglée. Deux mois avant le malade avait eu ce qu'à cette époque on désignait sous le nom de pérityphlite. Dans ce cas c'est donc l'épiploon adhérent qui constituait l'agent d'étranglement. Dans les trois cas suivants c'est l'appendice lui-même qui, adhérant par son extrémité étranglait l'intestin. Greves (*The Lancet*, 6 décembre 1884, p. 1019) relate l'histoire d'un malade chez lequel l'extrémité de l'appendice enflammé adhérait à la paroi postérieure de l'abdomen par son extrémité et formait ainsi une bride sous laquelle une anse intestinale s'était engagée et étranglée.

M. Villard a présenté à la Société des sciences médicales de Lyon, au mois de février 1899, une malade qu'il avait opérée d'un étranglement interne supposé consécutif à une intervention pour une hernie crurale droite. Il pratiqua une laparotomie droite et tomba sur un cæcum ratatiné, ce qui indiquait que le siège de l'occlusion était au-dessus. Il trouva l'appendice soudé en position vicieuse par des adhérences et causant l'étranglement, il se contenta de libérer l'appendice.

Le fait rapporté par Bentham Robinson (*Transact. of the clin. Soc. of London*, 1899, p. 208) est intéressant par la malformation qui existait chez le petit malade qui présenta les phénomènes d'occlusion. Le côlon ascendant possédait un méso très long qui lui permettait des mouvements très étendus, si bien qu'au moment de l'opération le cæcum se trouvait à gauche de la ligne médiane ; le duodénum possédait également, dans ses deuxième et troisième portions, un méso. Quant à la cause de ces accidents, elle était due à une adhérence de l'extrémité de l'appendice sur la face droite du mésentère, à cinq centimètres de l'origine du côlon. L'appendice était volumineux et au niveau du point où il était adhérent, c'est-à-dire l'angle iléo-cæcal, un ganglion suppuré existait dans le mésentère. Bien que l'auteur n'insiste pas sur ces faits et, ne prononce pas le mot d'appendicite je crois pouvoir affirmer qu'il s'agissait bien d'une appendicite avec retentissement ganglionnaire secondaire.

Dans d'autres cas c'est sous les brides de nouvelle formation que s'étrangle l'intestin. M. Vitrac a rapporté à la Société d'anatomie de Bordeaux (*Journ de méd. de Bordeaux*, 13 juin 1897), l'histoire d'un malade chez lequel il intervint pour des accidents d'occlusion intestinale. La laparotomie lui fit constater dans la fosse iliaque droite, une série de brides dont l'une particulièrement serrée avait déterminé la gangrène du côlon ascendant qui se rompit au moment où l'on divisait la bride non adhérente à lui ; l'appendice fut trouvé au milieu des adhérences et réséqué. Dans l'observation cet appendice est dit sain, sans qu'on parle d'examen histologique ; il semble cependant que de telles lésions pareillement situées doivent reconnaître comme cause une inflammation ancienne de l'appendice ; les altérations de la muqueuse intestinale trouvées étaient évidemment consécutives à l'occlusion, d'autant plus que celle-ci avait été primi-

tive, sans avoir été précédée à brève échéance de troubles intestinaux.

C'est également sous une bride, reste d'une ancienne appendicite, que, chez le confrère dont nous signalions l'histoire précédemment, l'intestin s'étrangla dans le petit bassin.

Enfin un fait curieux et absolument exceptionnel nous est rapporté par Mac Lean (*Journ. Amer. med. assoc.*, 2 avril 1898, p. 780). Il s'agit d'un malade, âgé de quarante ans, qui présenta des symptômes d'occlusion intestinale en même temps que des phénomènes inflammatoires du côté de la cavité abdominale. L'opération fut pratiquée et après quelques recherches, apparut un cul-de-sac distendu, analogue au diverticule de Meckel. Mais ce cul-de-sac s'attachait à la partie inférieure du cæcum et entourait l'intestin grêle au moment de son abouchement dans le cæcum. C'est à cet enroulement autour de l'iléon qu'était due l'obstruction (fig. 3). Cet appendice était gangréné et perforé à 2 centimètres du cæ-

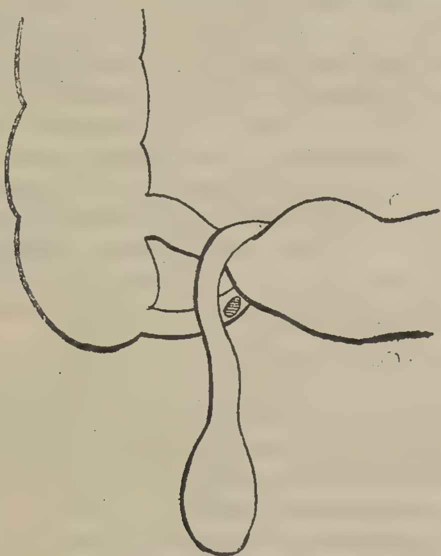


Fig. 3. — D'après le dessin joint à l'observation.

cum sur l'espace situé entre lui et l'iléon. Quelques matières fécales étaient sorties par cette perforation. L'appendice était entièrement dépourvu de méso; la portion entourant l'intestin passait d'arrière en avant et était située sous le péritoine. Il était évident que la cause des accidents était l'inflammation de l'appendice qui avait amené la compression de l'intestin situé au milieu de l'anse appendiculaire.

5° *Occlusion réflexe dont le point de départ se trouve être dans un appendice plus ou moins altéré.* — Bien qu'il ne soit pas possible de faire une démonstration absolue de cette variété d'occlusion, je crois pourtant qu'il faut l'admettre pour expliquer certains faits, incompréhensibles autrement.

Au mois d'octobre dernier, M. le professeur Terrier pratiquait une laparotomie chez une femme ayant présenté, à plusieurs reprises, des phénomènes d'occlusion chronique, qu'on soupçonnait être sous la dépendance de lésions tuberculeuses. Or l'abdomen fut exploré dans toutes ses parties, sans qu'on ait pu trouver une lésion expliquant les accidents. M. le professeur Terrier termina son opération par une résection de l'appendice un peu congestionné mais sain en apparence, pensant qu'il pouvait fort bien s'agir d'une occlusion d'origine réflexe, prenant son point de départ dans un appendice atteint de lésions très légères. Les suites de l'intervention furent des plus heureuses chez la malade, qui vit disparaître ses crises d'occlusion.

J'assistais à l'opération et le fait me rappela une malade que j'avais observée en 1899 à l'Hôtel-Dieu et dont l'histoire avait toujours été pour moi inexplicable. Cette femme, Jeanne S..., âgée de vingt-deux ans, était entrée le 24 avril, lit n° 8, salle Notre-Dame, à l'Hôtel-Dieu, pour des accidents légers d'occlusion. A plusieurs reprises elle avait déjà présenté les mêmes phénomènes, mais dans ses antécédents on retrouvait également des symptômes d'appendicite, et de coliques hépatiques, si bien qu'il était assez difficile de faire la part de tous ces éléments. En tous cas, l'arrêt des matières ou des gaz ayant cédé à la suite d'un lavement énergique, on considéra la crise actuelle comme terminée. Mais le 1er mai, sept jours après son entrée, la malade, qui n'avait pas été à la selle depuis trois jours, était reprise de vomissements, en même temps que de coliques violentes, et de douleurs plus accentuées dans la fosse iliaque droite. Cette fois-ci, sans attendre, je décidai l'intervention immédiate. Je dois dire que, dans mon esprit, il s'agissait d'une attaque d'appendicite, avec phénomènes de réaction péritonéale. Aussi quelle ne fut pas ma surprise lorsque, après incision de la paroi abdominale dans la fosse iliaque droite, je tombai sur des anses un peu distendues, mais non rouges, non adhérentes, absolument saines au milieu desquelles je découvris un appendice non adhérent, un peu long, mais nullement volumineux et qui pour, toute lésion, présentait vers sa base un léger rétrécissement. L'exploration rapide que je fis de la cavité abdominale ne me fit absolument rien découvrir. Tenant l'appendice, je l'avais réséqué, mais sans aucune confiance, et j'avais terminé l'opération en refermant complètement l'abdomen. A la suite de cette intervention qui était loin de me satisfaire, la malade fut absolument soulagée et, pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital, elle n'accusa plus la moindre douleur ni le moindre symptôme d'occlusion. La malade sortit le 25 mai completement guérie. L'examen macroscopique de l'appendice ne laissait aucun doute sur l'existence antérieure d'une altération de ses parois, car à 1 centimètre et demi du cæcum il présentait un rétrécissement de 5 millimètres de long environ où les parois semblaient entièrement fibreuses. La cavité n'était pourtant pas complètement oblitérée et il était assez facile de faire pénétrer un stylet. L'examen histologique n'a pas été pratiqué.

Tels sont les deux faits qui me font admettre une occlusion réflexe dans le cours de l'appendicite; c'est, je crois, l'hypothèse qui les explique le mieux, et qui en réalité peut être acceptée, étant donné les cas d'occlusion dans lesquels pour toute lésion on a trouvé quelques altérations tuberculeuses minimes.

II

Nous avons vu au début qu'au point de vue de l'époque à laquelle apparaît l'occlusion, chez un malade qui a ou qui a eu une appendicite, on pouvait diviser les cas en trois classes : *occlusion immédiate*, *occlusion précoce*, *occlusion tardive*, les caractères des antécédents variant suivant que l'on a affaire à l'une ou l'autre de ces variétés.

Les faits d'*occlusion immédiate* relèvent dans la plupart des cas de la péritonite, dont l'effet peut quelquefois être prolongé ou accentué par l'existence d'adhérences consécutives.

Ce n'est que dans ces cas exceptionnels que l'arrêt des matières et des gaz à cette époque reconnaîtra, comme dans

le cas de Mac Lean, une autre cause (appendice enroulé autour de l'intestin par une disposition congénitale).

Les accidents se montrent dès le début des phénomènes d'appendicite, si bien qu'ils empruntent à celle-ci quelques caractères spéciaux, permettant généralement un diagnostic exact. Il est certain que l'arrêt des matières et des gaz avec ses conséquences peut absorber si complètement l'attention du malade et du médecin, que si ce dernier n'est pas prévenu de sa possibilité d'obstruction par appendicite ou n'y songe pas, il portera le diagnostic d'occlusion intestinale.

Cependant, deux symptômes s'associent généralement à l'arrêt des matières et des gaz, qui, dans l'espèce, ont la plus grande importance : l'élévation de la température et la douleur. Dans toutes les observations que j'ai rapportées ou lues, j'ai toujours vu signaler une élévation de température; elle n'était pas en général élevée, mais elle existait. Or, il n'est pas de règle qu'une occlusion intestinale sans péritonite donne lieu à de la fièvre. Chez le malade, pour lequel m'avait appelé M. Dalché, il existait une légère élévation de température, si bien, qu'au premier abord, mon impression fut qu'il s'agissait d'une appendicite; mais ne connaissant pas suffisamment la fréquence de ces accidents d'occlusion dans l'appendicite, je n'y attachai pas toute l'importance qu'elle méritait, et l'absence de douleur à droite me fit pencher vers l'obstruction intestinale. Il faut donc bien savoir que, même au cas de perforation appendiculaire, la douleur dans la fosse iliaque droite peut manquer, tout au moins au moment où l'on examine le malade, et si elle a existé auparavant, le malade, profondément atteint, peut n'avoir pas remarqué l'intensité plus grande de la douleur à droite. C'est dans ces cas que la température doit peser d'un grand poids dans le choix du diagnostic.

Mais à côté des faits semblables à celui que je viens de rappeler où le diagnostic, par suite de l'absence de douleur caractéristique, est des plus difficiles, il en est d'autres où la douleur existe ou a existé localisée à droite. Alors, *pour peu qu'il existe de la fièvre*, le diagnostic ne doit plus être hésitant et, si marqués que puissent être les phénomènes d'occlusion, on doit affirmer qu'il s'agit d'une appendicite avec péritonite et non d'une occlusion. La distinction est capitale à faire sous peine d'appliquer une thérapeutique on ne peut plus fâcheuse pour le malade.

Je dois dire également que, dans bon nombre de cas où l'on a déclaré qu'il s'agissait d'une occlusion intestinale, l'arrêt des matières et des gaz était loin d'être aussi complet qu'il aurait dû l'être dans une occlusion mécanique. Aussi dans le cas où un interrogatoire minutieux révélera une émission de gaz depuis le début des accidents, il faudra se tenir sur la réserve et penser à la péritonite. Je le répète, dans un certain nombre d'observations anciennes, l'erreur est venne de ce que l'on ne connaissait pas suffisamment la possibilité des péritonites avec paralysie de l'intestin; sans quoi, l'existence d'évacuations, minimes, il est vrai, mais dont l'existence est signalée, aurait permis le diagnostic, et en relisant aujourd'hui les observations, on a conscience que le diagnostic était possible.

M. Talamon, dans son livre sur l'appendicite, ajoute un autre signe distinctif, qui ne nous paraît pas avoir l'importance qu'il lui donne. Pour lui, le ventre serait ballonné dans l'occlusion intestinale, il serait rétracté dans le cas d'appendicite avec péritonite et obstruction paralytique. Le fait est en tous cas loin d'être constant, et les observations signalent au contraire dans l'obstruction paralytique un ballonnement considérable de l'abdomen.

Je considère donc que les vrais signes distinctifs seraient tirés de l'étude de la température, de la persistance de quelques évacuations et de la douleur abdominale qui est ou a été localisée dans la fosse iliaque droite. Je rappelle que cette localisation peut manquer, mais que s'il existe de la fièvre il faut penser à une péritonite d'origine inconnue, avec paralysie de l'intestin, plutôt qu'à une occlusion. Les autres caractères différentiels, tirés de la précocité de la nature des vomissements sont trop variables pour pouvoir être utilisés. D'autre part, au point de vue du traitement, il y aura toujours avantage à se tromper en admettant la péritonite.

L'*occlusion précoce* survient dans les premiers jours qui suivent la guérison de l'appendicite ou de la péritonite à laquelle elle donne naissance. Dans les deux cas personnels que je rapporte plus haut, les accidents primitifs avaient complètement disparu, les accidents avaient cessé, le ventre n'était plus douloureux, il y avait eu une évacuation de matières ou tout au moins de gaz dans un cas, et, brusquement sont survenus des phénomènes d'occlusion. Dans ces cas, la distinction avec les accidents péritonéaux primitifs est facile à faire, puisque ce n'est qu'après plusieurs jours de bien être que les malades, sans souffrir, accusent l'arrêt des matières et des gaz, puis des vomissements. Ces phénomènes, dus, chez les deux malades en question, à des adhérences généralisées, pourraient, on le comprend, reconnaître d'antres causes, telles qu'une coudure de l'intestin par une adhérence s'organisant rapidement.

Les *occlusions tardives* se montrent à des époques très variables. C'est un mois après la dernière crise d'appendicite que le malade, dont M. Sacquepée rapporte l'observation, vit survenir les accidents d'occlusion ; le malade que j'opérai à Broussais avait été opéré de son appendicite deux mois auparavant : par contre, le malade opéré par M. Broca avait eu son attaque quatorze ans auparavant. Entre des chiffres aussi extrêmes, tous les intermédiaires sont possibles. Dans quatre des observations que je rapporte, la date de l'appendicite ne peut être précisée, preuve que les malades, probablement par suite de l'éloignement des accidents primitifs, ne voyaient aucune relation à établir entre eux et ceux qui les amenaient à l'hôpital.

Dans ces cas, il est bien évident que l'occlusion intestinale n'offrira aucune particularité; rien, sinon la connaissance des antécédents du malade dans lesquels on retrouvera une ou plusieurs crises d'appendicite, ne pourra en faire prévoir l'origine.

L'évolution de l'occlusion, dans presque toutes les observations, a été aiguë; les accidents se sont installés rapidement et ont bientôt amené le malade à un état désespéré. Cependant, chez le malade de M. Sacquépée ce n'est que vingt jours après le début que les accidents ont nécessité l'intervention.

Comme exemple de l'occlusion chronique, je ne connais que les deux cas d'occlusion d'origine réflexe cités plus haut et celui d'un cantonnier des Ardennes que M. Collignon, médecin à Maubert-Fontaine, me pria d'examiner au mois de juillet dernier. Je ne donne ce dernier que sous toute réserve, ni l'opération, ni l'autopsie n'étant venue confirmer l'origine de l'occlusion. Cet homme avait depuis plusieurs années des accidents d'occlusion chronique; chaque crise, et elles étaient fréquentes, s'accompagnait de douleurs dont le maximum

siégeait dans la fosse iliaque droite, et de contractions intestinales déterminant à ce niveau la formation d'une tuméfaction — l'examen ne révélait qu'un empâtement assez vague. Le malade était à part cela bien portant, n'avait aucun antécédent bacillaire, mais avait eu autrefois, à ce qu'il paraît, une attaque d'appendicite.

III

L'occlusion intestinale d'origine appendiculaire présente-t-elle quelques particularités au point de vue thérapeutique?

Pour ce qui est des occlusions tardives, étant donné les lésions qui leur donne naissance, le seul traitement rationnel est la laparotomie. Il n'y aura cependant aucun inconvénient à essayer les grands lavements, les lavements électriques, dans les conditions où ils doivent être appliqués, c'est-à-dire tout à fait au début et sans qu'ils soient exposés à faire perdre du temps pour une intervention plus radicale, aux cas où ils échoueraient.

Il en va tout autrement pour les occlusions immédiates et précoces; non seulement, en effet, les petits moyens échouent, mais encore ils aggravent singulièrement l'état des malades; et c'est pourquoi il est si important de distinguer une péritonite appendiculaire avec paralysie intestinale, d'une occlusion de cause quelconque. Les lavements électriques, en cas de péritonite appendiculaire, ne peuvent avoir, on le comprend, que des effets absolument désastreux sur l'évolution des lésions; aussi faut-il absolument s'en abstenir et recourir d'emblée à une laparotomie, seule chance de salut pour les malades.

Dans les cas d'occlusions précoces, les contre-indications des lavements électriques sont les mêmes; ils ne peuvent donner aucun résultat étant connues les lésions et, d'autre part, il ne peuvent qu'aggraver l'état des malades par les ruptures intestinales qu'ils risquent de provoquer. Chez la malade chez qui je les ai fait donner, je me suis demandé, au moment où j'ai dû intervenir de nouveau, comment l'intestin, aminci et friable comme il était, ne s'était pas rompu pendant les contractions violentes que provoquait le passage du courant. Donc, encore dans ces cas, le seul traitement est la laparotomie. Le plus souvent, évidemment, les adhérences étant généralisées, elle ne pourra rien pour sauver le malade, mais enfin c'est la seule chance de salut au cas où l'occlusion serait due à une bride.

En résumé, l'occlusion intestinale, d'origine appendiculaire, est justiciable seulement de la laparotomie; tous les autres moyens sont à rejeter, ils seront toujours inefficaces et souvent dangereux.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(21 NOVEMBRE 1900)

M. Michaux, chargé d'un rapport sur une observation de M. Pauchet relative à un cas d'**angiocolite infectieuse** à allure chronique, guérie par l'intervention, fait suivre l'analyse et la critique de cette observation de réflexions générales sur la pathologie des voies biliaires. Il s'applique à distinguer les différents cas qui peuvent se présenter, depuis la cirrhose hypertrophique jusqu'à la simple lithiase biliaire. Il admet qu'il y a certains cas de cirrhose qui reconnaissent pour cause une infection biliaire. Il rappelle les observations de M. Segond et de M. Routier; l'observation de M. Pauchet se rapporte également à ces cas de cirrhose au début. Enfin, il cite une observation qui lui est personnelle; il s'agit d'un homme de trente-quatre ans, alcoolique, ayant un gros foie, dépassant les fausses côtes d'un travers de main; la laparotomie exploratrice a montré qu'en effet le foie était très gros; M. Michaux n'a pas cru, dans ces cas, devoir ouvrir la vésicule, et le malade a très bien guéri sans création de fistule biliaire. L'intervention chirurgicale, ajoute M. Michaux, s'impose pour les cas de gros foies avec ictère. Il peut survenir, en effet, chez ces malades les accidents les plus graves. L'intervention pratiquée d'urgence dans des cas d'ictère grave, avec dénutrition très accentuée, a souvent donné de très bons résultats immédiats. M. Michaux rappelle les cas de ce genre présentés par M. Terrier (novembre 1890), par MM. Quénu, Le Dentu et par lui-même. Il est des cas où il a suffi de dégager quelques adhérences pour faire cesser tous les accidents; il en est d'autres où il a été fait un véritable massage des voies biliaires, mises à jour avec un réel succès. Dans la plupart de ces cas, l'opération de choix est la cholécystostomie, la fixation de la vésicule ouverte à la peau.

C'est ce qu'a fait, avec juste raison, M. Pauchet chez son malade; mais il a fermé ensuite la fistule après sept mois. M. Michaux se demande s'il n'aurait pas mieux valu la laisser se fermer spontanément.

En terminant, M. Michaux insiste sur ce point que si l'on veut obtenir de bons résultats de l'intervention chirurgicale dans les cas de cirrhose, il faut que cette intervention soit pratiquée de très bonne heure.

L'important rapport de M. Michaux a été suivi d'une discussion quelque peu confuse d'où il résulte qu'en matière de pathologie hépatique, il y encore beaucoup à faire, beaucoup à étudier.

Tout d'abord, M. Hartmann reproche à M. Pauchet d'avoir donné à son observation l'étiquette de cirrhose. Ce n'est pas là, pour M. Hartmann, de la cirrhose. M. Michaux a cité plusieurs cas de foie énorme dans lesquels on a fait la laparotomie, puis on a refermé le ventre sans intervenir en aucune façon sur les voies biliaires elles-mêmes. Dans la plupart de ces cas, une grande amélioration a suivi cette laparotomie simplement exploratrice.

M. Hartmann a vu ces mêmes améliorations se produire, même sans laparotomie, par le simple repos, d'où il conclut, peut-être un peu hâtivement, que les malades dont a parlé M. Michaux n'ont dû leur amélioration qu'au repos forcé qui a suivi la laparotomie, et non pas à cette laparotomie.

Quant à la cholécystostomie, M. Hartmann la considère comme inutile tant qu'il n'y a pas d'ictère, c'est-à-dire d'obstruction des voies biliaires.

M. Terrier estime qu'en fait de pathologie du foie, les médecins et les chirurgiens sont encore dans une grande ignorance. Il reconnaît toutefois qu'il y a certains points sur lesquels il existe des indications aujourd'hui bien nettes. Nous savons, par exemple, dit M. Terrier, que les voies biliaires peuvent s'infecter, qu'il y ait ou non calculs; nous savons que, dans ces cas, il faut ouvrir la vésicule biliaire. Nous connaissons aussi la loi de Courvoisier; nous savons que, dans certains cas, la vésicule s'atrophie au point que le chirurgien, lorsqu'il va à sa recherche, ne la retrouve plus. Voilà donc un premier point bien établi; quand les voies biliaires sont infectées, il faut créer une fistule biliaire; mais cela n'est pas toujours aussi aisé qu'on pourrait le croire, étant donné qu'il y a des cas où la vési-

cule biliaire est tellement atrophiée qu'on ne la trouve plus, ou que, si on la trouve, on ne peut l'amener à la peau.

Il est un autre point sur lequel insiste M. Terrier, c'est que, quand il y a du bactérium coli dans la bile, comme dans la vessie, on ne l'en voit plus jamais disparaître. Deux fois, M. Terrier a cru pouvoir fermer la fistule qu'il avait créée et les deux fois il a vu apparaître de terribles accès de fièvre par infection coli-bacillaire.

En résumé, pour l'angiocolite on sait ce qu'il faut faire, pour la lithiase biliaire, on sait également ce qu'il faut faire ; mais pour la cirrhose, nous ne savons rien.

Au cours de cette discussion, M. Michaux avait montré des préférences pour la cholécystostomie sur la cholécystentérostomie. Cette préférence de M. Michaux a soulevé une énergique protestation de M. Delbet, qui considère la cholécystentérostomie comme une excellente opération et bien supérieure, dans ses résultats, à la cholécystostomie. Dans les cas d'oblitération du cholédoque, en particulier, la cholécystentérostomie a donné quatre fois à M. Delbet les meilleurs résultats.

M. Delbet s'élève également contre l'assertion émise par M. Hartmann, relativement à l'inutilité de la laparotomie exploratrice. M. Delbet croit, au contraire, à l'efficacité de cette laparotomie exploratrice, comme dans les cas de péritonite tuberculeuse. Il cite des exemples : un enfant de cinq ans, portant un ventre énorme, avec ascite, est arrivé au dernier degré de la cachexie. On avait cru à une syphilis hépatique, puis faute d'antécédents, on avait rejeté ce diagnostic. M. Delbet fait la laparotomie, trouve un foie déformé, noueux, avec des masses épiploïques. Il pense qu'il s'agit d'un sarcome et referme le ventre. Cet enfant a parfaitement guéri. La simple aération, dans ce cas, a fait merveille. Mais de quelle lésion s'agissait-il ? De syphilis, ainsi que l'a prouvé l'apparition d'une gomme sur le front quelque temps après. Peut-être est-il permis de penser que, dans ce cas, la laparotomie aurait pu être avantageusement remplacée par l'iodure de potassium.

M. Delbet cite d'autres cas dans lesquels la laparotomie a été suivie des meilleurs résultats, et il conclut que cette intervention peut se montrer tout aussi efficace dans certaines affections biliaires que dans les péritonites tuberculeuses.

Abordant ensuite les cirrhoses, M. Delbet présente quelques considérations d'ordre général qui l'amènent à cette conclusion, au point de vue de la thérapeutique, que, dans ces cas, le drainage de la bile lui semble une conception défendable.

Suivent quelques présentations : M. Reynier présente une femme atteinte d'une **tumeur du sein**, d'un diagnostic douteux, et traitée par le sérum anticellulaire de Wlaeff.

M. Poirier montre un malade qui était atteint d'une **fracture de l'extrémité supérieure du radius**, très bien guérie par l'ablation de la parcelle osseuse résultant de la fracture.

M. Michaux montre une pièce d'**étranglement de l'épiploon par torsion**.

M. Potherat présente un **lipome du doigt**. Enfin, M. Monod présente un bourdonnet d'ouate qui a séjourné dans la vessie d'une jeune femme enceinte, qu'elle a expulsé ellemême avec quelque peine. Comme **corps étranger à introduire dans la vessie** c'est un peu mou.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement de la neurasthénie.

M. le professeur Lemoine (de Lille), au cours d'une récente clinique, formulait ainsi le traitement de la neurasthénie :

« Le traitement de cette affection bizarre et complexe, disait-il, est naturellement très complexe. Aucune méthode générale ne réussit, mais toutes peuvent agir avec succès, selon les malades. Je me sers souvent d'une méthode qui a pour but de parer à la dépense de phosphates, je fais faire tous les deux jours, une injection sous-cutanée de 2 à 5 grammes de la solution :

Phosphate de soude.........	3 grammes.
Chlorure de sodium.........	2 —
Eau bouillie................	100 —

Cette dose de phosphate, quoique très faible, agit quelquefois avec rapidité ; elle peut amener la guérison, et même dépasser le but. J'ai vu certains neurasthéniques sortir, sous l'influence de cette médication, d'un état de dépression profonde, pour entrer dans une excitation si marquée, que j'ai été obligé de diminuer ou de suspendre les injections.

Vous pouvez remplacer la voie hypodermique par la voie rectale, et, dans ce cas, vous formulerez de petits lavements, à conserver, contenant 1 gramme de phosphate. N'employez jamais la voie buccale, car, pour obtenir un résultat, il vous faudrait plusieurs années de traitement ; mieux vaut donc ne pas commencer.

Ajoutez à la médication phosphatée l'hydrothérapie tiède, à 35 degrés, sous forme de douches sans pression et de lotions faites le matin et suivies de frictions excitantes, et d'un repos au lit. Comme médication tonique, prescrivez le valérianate de quinine, à la dose tonique, c'est-à-dire 20 à 25 centigrammes.

S'il y a lieu, vous ordonnerez un traitement symptomatique contre l'estomac qui ne fonctionne pas bien, contre la peau qui ne sue pas, contre les palpitations cardiaques qui sont justiciables des bromures à faible dose.

N'oubliez pas, surtout, le traitement moral de votre malade ; ne lui permettez qu'un peu de travail, ou mieux, ordonnez-lui de vivre d'une façon végétative pendant plusieurs mois : vous lui donnerez ainsi les plus grandes chances de guérison. Dans certains cas graves vous serez peut-être amenés à employer le traitement de Weir-Mittchel, qui consiste en un repos complet au lit, pendant deux ou trois mois durant lesquels on fait manger le malade comme un enfant, on le masse, pour remplacer l'exercice, on l'électrise, pour entretenir le tonus des muscles ; puis, progressivement, on le fait sortir de cette vie ultra-végétative, pour le rendre à son milieu habituel.

Ce traitement a donné de bons résultats chez les Anglais et les Allemands, qui aiment encore à se soumettre à une discipline sévère ; mais je ne crois pas qu'un médecin, si grand que puisse être son ascendant sur le malade, arrive à le faire accepter par un Français et surtout par une Française.

Il y a encore le traitement électrique, qui, sous forme de bain statique, réussit très bien chez certains neurasthéniques.

Vous voyez donc que le médecin arrive à guérir son malade atteint de neurasthénie, mais il ne peut arriver à ce résultat qu'en procédant par tâtonnement, car la médication varie suivant chaque cas. La guérison obtenue, attendez-vous à une rechute, qui ne manquera pas de se produire toutes les fois que les causes de l'affection se trouveront de nouveau réunies (1). »

(1) *Nord méd.*, 14 nov. 1900.

Les lavements de lait dans l'hémoptysie grave.

M. Aronsohn a employé cette médication chez un tuberculeux en proie à des hémoptysies qui résistaient à tous les hémostatiques.

Dans le but de l'alimenter, M. Aronsohn prescrivit des lavements de lait plusieurs fois par jour.

A sa grande surprise, l'hémoptysie s'arrêta après le premier lavement; l'effet se reproduisit une autre fois lors d'une nouvelle hémoptysie et le malade se rétablit rapidement et complètement.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

497. M. Montais. Contribution à l'appendicite chronique d'emblée. — 498. M. Chevrey. L'infection hépatique par l'entérocoque de Thiercelin (contribution à l'étude des hépatites nostras). — 499. M. Berre. Étude sur l'hérédo-syphilis à forme sénile chez le nourrisson. — 500. M. Donat. Des verrues planes juvéniles. — 501. M. Rutten. Contribution à l'étude de la néphrite subaiguë au cours de la syphilis secondaire. — 502. M. Roger. Contribution à l'étude du traitement de l'orchi-épididymite blennorragique. — 503. M. Lepage. Contribution à l'étude de la rétention d'urine chez le fœtus avec perméabilité du canal de l'urètre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Anatomie. — Séance du 21 novembre : MM. Pécharmant, 11 + 15 = 26; Louste, 12 + 13 = 25; Thaon, 9 + 12 = 21; Bloch (Maurice), 6 + 14 = 20; Patry, 8 + 7 = 15; Chaix, 8 + 6 = 14.

Séance du 22 novembre : Mlle Francillon, 13 + 12 = 25; MM. Tillaye, 13 + 12 = 25; Camus (Maurice), 7 + 13 = 20; Philibert, 11 + 9 = 20; Theulet-Luzié, 1 + 13 = 14.

Pathologie. — Séance du 21 novembre : MM. Desmarest, 14; Cailleux, 12; Rousseau (Louis), 11; Hervoit, 10; Roland (Édouard), 8; Deshayes, 4; Goulard, 3; Vrain, 2.

Hôpitaux de province. — *Montpellier*. — Ont été nommés à la suite des derniers concours :

Internes titulaires. — MM. Pagès et Blanchard.

Internes provisoires. — MM. Abadie, Rimbaud et Martin.

Externes. — MM. Grasset, Suquet, Ausset, Bonnet, Autié, Fontanel, Roger, Argelliès, Guiraudin, Artus, Devèze, Pavy.

On remarquera le petit nombre de candidats nommés internes titulaires : ils suffiront à peine à occuper les places vacantes, et il est dès à présent certain que l'Administration se trouvera dans la nécessité de faire appel aux internes provisoires et même aux externes dans le courant de l'année. D'autre part, les services hospitaliers se sont beaucoup développés pendant ces dix dernières années; une statistique récemment publiée par l'Administration indique, en effet, que le nombre des journées de malades a doublé pour les grands services de médecine et de chirurgie, tandis que le nombre des internes est demeuré sensiblement stationnaire. Enfin, le service des vacances se trouve assuré d'une façon trop souvent défectueuse. Tandis que l'électrothérapie, par exemple, peut, grâce à son nombreux personnel, conserver pendant les vacances une utile activité, les malades hospitalisés ont quelquefois à souffrir de l'insuffisance numérique du personnel hospitalier. L'augmentation du nombre des internes ne ferait pas disparaître assurément tous les inconvénients, mais elle les atténuerait dans une assez large mesure pour s'imposer à l'attention du conseil administratif. — L. I.

Nancy. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Gæpffert, Pruvost et Spire, internes titulaires; Engel et Long-Pretz, internes provisoires.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Molly, Baumann, Chéry, Dormoy, Bichaton, Roussel, Neveux, Forthomme, Riff, Weill, Robert, Grosjean, Mégrat, Babin et Serrat, externes titulaires; Léger, Souffrain, Baros, Mlle Myrska et M. Mathieu, externes provisoires.

Marine. — MM. les médecins principaux Ortal, du cadre de Cherbourg, et Drago, du cadre de Toulon, sont autorisés à permuter.

— M. le médecin de première classe Castex, du cadre de Lorient, est désigné pour servir à la prévôté du 3e dépôt des équipages de la flotte (service de l'école des apprentis mécaniciens, emploi créé).

Distinctions honorifiques. — Des médailles d'argent ont été décernées à Mme Jagorel (Sœur Marie), religieuse de Saint-Vincent-de-Paul, à l'hôpital du Val-de-Grâce, et à Mme Guyard (Sœur Eugénie) de l'ordre des sœurs de Nevers (hospice mixte de Beauvais), pour le dévouement dont elles ont fait preuve au cours de maladies épidémiques.

Prix Montyon. — Dans sa réunion annuelle, l'Académie française a décerné un prix Montyon de 1000 francs à notre confrère le docteur Le Maguet pour son remarquable ouvrage sur *Le monde médical parisien sous le grand roi.*

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 46e semaine, 908 décès, au lieu de 821 pendant la semaine précédente et au lieu de 870, chiffre de la moyenne des semaines de novembre.

La fièvre typhoïde a causé 16 décès. La rougeole (2), la scarmoyenne (7). Depuis quatre semaines, cette maladie a cessé d'être fréquente.

La variole a causé 15 décès; cette maladie continue donc à être plus fréquente que pendant les dernières années, sans qu'on puisse parler encore d'une épidémie proprement dite (en 1880, année d'épidémie assez bénigne, le nombre des décès hebdomadaires s'élevait à 60, 70 et davantage encore). Il faut remarquer d'ailleurs que le nombre des cas nouveaux, qui s'était accru pendant les semaines précédentes, paraît tendre actuellement à une légère diminution; ainsi, le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins avait été pendant la 41e semaine de 124; puis successivement : 131, 145, 179 et 190; pendant la 46e semaine, il n'est plus que de 174. De même le nombre des varioleux admis dans les hôpitaux avait été pendant la 41e semaine de 43; puis successivement : 27, 43, 74 et 50; pendant la 46e semaine, il n'est plus que de 34.

En résumé, nous sommes en présence d'une menace d'épidémie contre laquelle la science est parfaitement armée. On ne saurait trop engager la population à se faire revacciner. Une première vaccine ne suffit pas, car elle ne confère l'immunité que pour quelques années (durée très variable suivant les individus). C'est pour cette raison que, pendant la semaine actuelle, par exemple, il n'y a eu que 2 enfants morts de variole avant l'âge d'un an, tandis qu'il y a eu 12 décédés de plus de vingt ans, dont 2 n'avaient jamais été vaccinés; il est très probable que les 10 autres décédés avaient été vaccinés dans leur enfance; mais ils n'avaient pas été revaccinés, et avaient perdu, avec le temps, l'immunité conférée par la première inoculation. Ainsi la vaccine ne suffit pas; la revaccine, surtout en temps d'épidémie, est indispensable. Elle est faite gratuitement dans toutes les mairies, dans les hôpitaux et à l'Académie de médecine.

La diarrhée infantile a causé 28 décès de 0 à 1 an (la moyenne est 29).

En outre, 32 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 91 décès, au lieu de 104 pendant la semaine précédente et au lieu de 105, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 9 décès (au lieu de la moyenne 16) : bronchite chronique, 21 (au lieu de la moyenne 23); broncho-pneumonie, 27 (au lieu de la moyenne 33); pneumonie, 34 (au lieu de la moyenne 33).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 43 décès, dont 28 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 172 décès (au lieu de la moyenne 187); la méningite tuberculeuse, 19; la méningite

simple, 14; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 37 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 69 décès; les maladies organiques du cœur, 55; le cancer a fait périr 51 personnes; enfin 26 vieillards sont morts de débilité sénile.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Duplouy, directeur du service de santé de la marine, en retraite, commandeur de la Légion d'honneur.

On demande, dans chef-lieu de canton de la Haute-Vienne (station de chemin de fer), un médecin actif, intelligent. — S'adresser, pour renseignements, aux initiales P L V, poste restante, Limoges (Haute-Vienne).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 135. — MARDI 27 NOVEMBRE 1900. 73e ANNÉE. MARDI 27 NOVEMBRE 1900. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Épiploïte consécutive aux opérations de hernie, par M. H. Morestin, chirurgien des hôpitaux de Paris. — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — Notes de clinique thérapeutique. Traitement des cardiopathies chroniques : III. Les cures thermales, par M. Guihal, interne des hôpitaux de Paris. — Médecine pratique. La ponction exploratrice dans la pneumonie chronique.— Formulaire. — Actes et Thèses soutenues a la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

ÉPIPLOITE CONSÉCUTIVE AUX OPÉRATIONS DE HERNIE

Par H. Morestin, chirurgien des hôpitaux.

Le malade qui est couché au numéro 6 de notre service d'isolement est porteur d'une tumeur abdominale dont le diagnostic peut, au premier abord, causer quelque embarras. Il s'agit, en effet, d'une affection qui, sans être d'une rareté extrême, sort de la banalité. Mais vous allez voir que le diagnostic ne présente pourtant pas de difficultés très grandes.

La tumeur est située dans la partie supérieure de l'abdomen; elle occupe tout l'espace qui s'étend de l'ombilic au rebord costal gauche : et soulevant la paroi, forme une légère voussure. C'est une plaque de consistance très ferme, plus large que la paume de la main, légèrement convexe en avant; ses limites sont partout indécises; elle paraît être immédiatement rétropariétale, car il existe une matité complète à la percussion dans l'étendue correspondante; elle ne fait cependant pas corps avec cette paroi, car elle s'efface et disparaît, n'est plus perceptible, en un mot, pendant la contraction des muscles de la paroi abdominale. Il existe une certaine mobilité dans le sens transversal, mais pas du tout dans le sens vertical. Vous savez, d'ailleurs, combien cette impression est parfois trompeuse quand il s'agit de tumeurs développées aux dépens de l'intestin, de l'estomac et de l'épiploon; tel néoplasme, mobile en tous sens, peut adhérer de la façon la plus intime aux organes environnants.

Il est difficile d'apprécier rigoureusement le volume de cette masse; mais on peut, sans exagération, admettre qu'elle offre à peu près les dimensions du poing fermé.

La pression est pour ainsi dire complètement indolente et les signes fonctionnels à peu près nuls depuis que le malade est soumis à un repos complet, mais il y a quelques semaines il en était tout autrement.

L'affection a débuté, en effet, vers le milieu du mois de juillet, par des douleurs épigastriques, des nausées, de la fièvre, et toute la partie supérieure du ventre était douloureuse à la pression. Cet homme avait été opéré dans le courant de juin, à l'hôpital Tenon, d'une hernie inguinale du côté gauche, hernie qu'il portait depuis l'âge de quinze ans. Les suites opératoires avaient été très simples; la réunion par première intention avait été obtenue, comme en témoigne une cicatrice linéaire dans la région du trajet inguinal; l'absence de toute distension, de toute impulsion au moment de la toux montre d'ailleurs, qu'au point de vue de la solidité de la paroi, le résultat opératoire ne laisse rien à désirer.

Le malade se souvient bien qu'il a éprouvé, deux ou trois jours après l'opération, une vague douleur dans le flanc et l'hypocondre gauches, mais il n'y attacha nulle importance et ne crut pas devoir confier ce léger malaise au chef de service, ni à l'interne. De fait, il semblait parfaitement guéri quand il quitta l'hôpital Tenon, dans les premiers jours de juillet. Mais à peine avait-il repris son travail, qui est assez pénible, car il exerce la profession d'ébéniste, qu'il était pris des phénomènes dont je vous parlais tout à l'heure : nausées, faiblesse générale, inappétence, sensibilité de la partie supérieure du ventre. Les douleurs ne furent d'ailleurs jamais très vives, elles irradiaient vers l'ombilic, l'hypocondre gauche, l'épigastre et même, chose assez curieuse, vers l'épaule gauche, le maximum étant à mi-distance entre l'ombilic et le rebord costal. Il n'y a jamais eu de vomissements, mais le malade, Alsacien de grande taille et doué, à l'état normal, d'un appétit formidable, constatait avec chagrin qu'il avait, selon son expression, perdu le goût du manger; les digestions étaient d'ailleurs pénibles, s'accompagnant de tiraillements, de sensations douloureuses, d'un état de malaise particulier. Le repos au lit amena une sédation rapide, mais, quand, au bout d'une quinzaine, cet homme voulut travailler de nouveau, les douleurs reparurent, et c'est pourquoi il est venu nous demander asile.

Les suites de l'opération qu'il a subie ont été en apparence tellement satisfaisantes, que le malade ne songe pas à lui rapporter les accidents actuels, contrairement à l'usage qui est, vous le savez, d'imputer aux interventions subies par un individu, tout ce qui peut lui arriver ultérieurement de désagéable ou de fâcheux. Devons-nous, comme lui, dissocier ces deux choses : cure radicale de hernie, tumeur abdominale, ou, au contraire, établir une relation entre l'acte opératoire et la maladie actuelle; et dans cette hypo-

thèse, à quelle affection secondaire, à quelle complication avons-nous affaire?

Le médecin, familier du service, qui nous adresse cet homme a pensé qu'il s'agissait peut-être d'un gros hématome. Une des ligatures appliquée sur l'épiploon aurait cédé, et un ou plusieurs vaisseaux de cet organe auraient fourni du sang en abondance. et ce sang se serait collecté dans la région sus-ombilicale.

Cette hypothèse ne me parait pas très soutenable. Une ligature incorrecte, mal serrée, faite avec un fil insuffisamment éprouvé ou appliqué sans les précautions habituelles, peut en effet céder, glisser, se dénouer ou se rompre, mais il s'agit d'accidents qui suivent immédiatement l'opération, qui se produisent dans la journée, quelques heures après l'intervention, parfois même avant que celle-ci ne soit terminée. L'hémorragie interne qui en résulte s'annonce immédiatement par des symptômes graves, pâleur, petitesse du pouls, et, de ce fait, l'opéré se trouve dans un danger pressant. On est conduit, dans ces circonstances heureusement très rares, à pratiquer d'urgence (cela m'est arrivé) une laparotomie pour conjurer le péril, en assurant l'hémostase par de nouvelles et meilleures ligatures. On peut bien accepter qu'une hémorragie, même notable, puisse s'arrêter spontanément et donner lieu à la formation d'une tumeur hématique. Mais comment admettre qu'elle puisse se produire sans attirer, en aucune façon, l'attention, sans qu'aucun signe résulte de cette spoliation sanguine?

Or, notez-le bien, c'est plus de trois semaines, c'est vingt-cinq jours après l'opération, que le malade a commencé à souffrir et que l'on a constaté quelque chose d'anormal dans la région épigastrique. C'est donc un accident qui s'est manifesté d'une façon relativement tardive, et l'on ne saurait admettre des hémorragies tardives par le moignon épiploïque. Nous devons donc écarter cette interprétation.

Il y a lieu d'examiner d'une façon plus sérieuse la possibilité d'une affection indépendante de la hernie, évoluant d'une façon parallèle. Il n'est pas absolument exceptionnel de voir rapporter à des hernies les souffrances ou les troubles fonctionnels causés par quelque autre affection abdominale. Et cela est bien naturel; les hernies constituent des lésions très communes, apparentes, forçant l'attention pour ainsi dire, et sont susceptibles de déterminer par elles-mêmes une foule de symptômes très pénibles. C'est ainsi que nous avons vu récemment une tumeur maligne de l'intestin, coïncidant avec une hernie irréductible qui, à un premier examen, fut rendue responsable des troubles accusés par la malade. Chez un autre, que nous avons observé il y a quelque temps, une hernie inguinale parut d'abord seule en cause; cependant, elle n'était devenue douloureuse qu'à l'occasion d'une péritonite tuberculeuse.

Mais chez notre homme, il n'y a certainement rien de semblable. C'est un homme très robuste, n'ayant jamais souffert d'une maladie quelconque en dehors de sa hernie; sa bonne mine, sa santé générale excellente, sa haute stature, sa solide charpente, ses muscles d'athlète nous rassurent. Puis, la marche même de l'affection, son début nettement consécutif à l'opération, nous amènent forcément à la rapprocher de celle-ci. Pour admettre la coïncidence d'une maladie distincte et indépendante, il faudrait qu'on n'eût pas touché à l'épiploon au cours de la cure radicale de la hernie.

Mais nous avons à cet égard des renseignements très précis. J'ai pu consulter le registre d'opérations du service où ce malade a été opéré : il s'agissait d'une épiplocèle adhérente au collet du sac et au sac lui-même, il fallut détacher laborieusement l'épiploon et lui faire subir une résection étendue. C'est bien là l'origine de la maladie actuelle; cet homme est atteint d'une épiploïte consécutive à la cure radicale de hernie qu'il a subie.

Ne vous étonnez pas du siège élevé de la tumeur, l'épiploon dont on a retranché la moitié inférieure est remonté vers son point d'attache, c'est-à-dire l'estomac et le côlon.

Si l'on ignorait ce commémoratif, le diagnostic eût présenté, certes, des difficultés telles qu'on n'aurait pu aboutir à une conclusion ferme; mais l'histoire de notre malade est caractéristique, et son cas répond au type habituel de ces épiploïtes de cause opératoire, développées à propos d'intervention sur les hernies. Ce sont des faits de connaissance récente, mais chacun a dû les observer depuis que la chirurgie herniaire est de pratique courante, depuis surtout qu'étant en apparence inoffensive et à la portée de tous, elle s'est peut-être outre mesure vulgarisée.

En 1895, Reynier signalait ces faits au Congrès de chirurgie.

Déjà Championnière les avait mentionnés dans son excellent livre sur les hernies.

Des cas ont été publiés par Bœckel (*Rev. de gyn.*, 1897), par Mencière (*Gaz. hebd.*, 1897), Forgue (Th. Roche, Montpellier 1896).

Il a suffi que, l'an dernier, M. Monod en présentât une observation à la Société de chirurgie pour qu'immédiatement plusieurs orateurs aient pu en fournir un certain nombre d'exemples.

Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'en observer plusieurs, qui ont fait l'objet d'une communication à la Société anatomique, en 1899, et qui ont inspiré la thèse de mon élève Sauget (Paris, 1899).

La fréquence absolue de cette complication est assez difficile à déterminer. Quelques chirurgiens déclarent n'en avoir jamais vu, d'autres n'ont eu à s'en occuper qu'une fois ou deux sur les centaines de hernies qu'ils ont opérées. Vous remarquerez que, dans notre milieu hospitalier, il est particulièrement difficile de suivre ses malades et de déterminer au juste dans quelle proportion les suites d'une opération aussi banale que la cure radicale de hernie sont défectueuses au point de vue qui nous occupe. On n'est pas sûr de ne pas énoncer une erreur en affirmant que, sur 500 malades opérés dans son service, un seul a présenté de l'épiploïte, parce qu'un seul est venu se plaindre et demander un lit dans la même salle. Voyez notre malade, il figure sur les registres de l'hôpital Tenon parmi ceux dont les suites sont normales et qui ont guéri sans complication aucune. Et pourtant il ne l'est point. Des cinq ou six cas que j'ai eu à traiter, un seul m'appartenait. Si l'on compare le nombre des cas d'épiploïte à celui des opéations de hernies, il est certain qu'il s'agit d'une complication très exceptionnelle. Mais je pense qu'un très grand nombre de cas bénins, légers, passent inaperçus, évoluent silencieusement sans appeler l'attention. Ici la tumeur est considérable et ne détermine que de légers troubles fonctionnels. Supposez un gâteau épiploïque qui représenterait seulement le quart, le cinquième de celui-ci, les signes en seraient presque

nuls. Il est donc bien probable que beaucoup de faits du même ordre demeurent totalement ignorés.

Naturellement, pour que cette complication existe, il est nécessaire que l'épiploon ait été, au cours de l'opération, l'objet de manœuvres plus ou moins longues et compliquées, libération, décollement d'adhérences, résection et ligature. Est-il besoin d'ajouter que, plus ce temps opératoire aura été laborieux, plus seront nombreuses les chances d'infection, plus on aura à redouter les accidents consécutifs. D'une manière générale, il n'est pas douteux que l'infection ne se produise au moment et à propos de l'opération. Ce sont les fils à ligature qui sont à l'ordinaire les agents incriminés, et cela est surtout vrai pour ces énormes soies plates dont il est si difficile d'obtenir la stérilisation parfaite, et dont l'usage tend d'ailleurs à disparaître. Ces fils sont, suivant les cas, la cause ou les témoins de cette infection. Mais il serait absolument injuste d'imputer exclusivement à l'opérateur tout ce qui peut survenir ultérieurement du côté du moignon épiploïque. Bien souvent l'épiploon porte en lui-même les germes de l'infection, quand, par exemple, il a été le siège d'une poussée inflammatoire récente ou de poussées successives. C'est la règle dans les épiploïtes anciennes. L'organe est modifié et méconnaissable, épaissi, dur, résistant, il a changé d'aspect et de structure, il adhère au sac et au collet du sac. Il contient peut-être dans son épaisseur des germes pathogènes, qui n'attendent pour sortir de l'état latent que l'occasion favorable, et auxquels des manipulations un peu trop prolongée fournissent un excellent prétexte. Il ne s'agit plus d'un épiploon normal; sa résistance, sa vitalité sont diminuées, et il se trouve dans des conditions de réceptivité favorables pour toute infection venue du dehors ou du dedans. Il n'est pas impossible que des germes puissent venir de l'intestin à travers les adhérences d'une péritonite localisée ou par la voie sanguine.

Comment ne pas faire dans la pathogénie de ces accidents une part notable à l'épiploon lui-même, quand on voit une épiploïte des mieux caractérisées se développer, formant une tumeur énorme, alors que la paroi abdominale ne présente rien d'anormal, alors que pas un fil ne s'est éliminé, alors même qu'on s'est livré à une opération réparatrice complexe et délicate, telle que le minutieux et excellent procédé de Bassini? C'est précisément la suture de Bassini qui a été pratiquée chez cet homme. Vous n'ignorez pas que les suppurations pariétales sont fréquemment, dans les opérations portant sur l'abdomen, le témoin d'une infection qui a épargné le péritoine, et l'on admet que le tissu cellulaire, les plans aponévrotiques minces et peu vasculaires sont beaucoup plus exposés que la séreuse. Celle-ci se défend mieux, c'est un fait aujourd'hui parfaitement démontré, au rebours de ce que pensaient les anciens. Or, chez notre homme la plaie pariétale s'est réunie dans des conditions irréprochables, et cependant, c'est le même catgut qui a servi à la ligature de l'épiploon et à la reconstitution de la paroi. Il est donc très probable que l'épiploon adhérent et chroniquement enflammé doit être, dans une certaine mesure, rendu personnellement responsable des accidents qu'il présente, et je le crois d'autant mieux que le malade a été opéré dans un service dont la bonne tenue ne laisse rien à désirer, où l'asepsie est rigoureusement appliquée, et par un chirurgien des plus soigneux.

Au reste, chez notre homme, cette complication a jusqu'à présent suivi la marche habituelle. Début lent et insidieux, dix, quinze, vingt jours après l'opération, fièvre très modérée et de durée courte, formation d'un vaste gâteau abdominal, évolution subaiguë ou chronique, voilà ce qu'on trouve, avec quelques variantes, dans la plupart des observations. Laissez-moi vous en citer encore des exemples.

J'ai opéré, vers la fin de l'année 1897, un instituteur de la Martinique, d'une volumineuse hernie inguinale gauche, contenant une grosse masse épiploïque dont je fis la résection. Le malade se remettait lentement de son opération, demeurait un peu pâle, sans grand appétit, et se plaignait de vagues douleurs dans le côté. Comme il était anémié et un peu paludique, je n'en étais pas très surpris, mais en palpant l'abdomen, je découvris, sous le rebord des fausses côtes, une masse grosse comme le poing, sensible au palper, mal limitée. Sa présence occasionnait une gêne notable, quand le malade voulait serrer la ceinture de son pantalon. Je fus d'abord un peu inquiet de cette complication que j'observais alors pour la première fois; je lui conseillai quelques topiques anodins et lui recommandai d'éviter toute fatigue, de garder le repos. Il ne tint aucun compte de cette recommandation, car il alla, en sortant de la maison de santé, s'établir au quartier latin, où il ne se priva d'aucun plaisir et finit même, si mes souvenirs sont exacts, par attraper la blennorragie. Tout cela n'empêcha point son épiploïte de se terminer par la résolution complète. Sa santé est encore parfaite à l'heure actuelle.

Terminaison également favorable chez un jeune homme qui, l'an dernier, a séjourné ici pendant quelques semaines. Opéré, par un des internes du service, d'une hernie inguinale droite, il a été pris, une quinzaine de jours après, de douleurs épigastriques, de nausées et de fièvre. Je résistai pendant plusieurs jours aux sollicitations de notre collègue, qui, craignant des suites fâcheuses, souhaitait une intervention précoce. Je résistai et fis bien, car au bout d'une huitaine, cette poussée aiguë s'était éteinte, et la lésion, refroidie, n'inspirait plus aucune appréhension immédiate. Il s'était formé à l'épigastre une masse arrondie, grosse comme une orange, à peine douloureuse à la pression. Je n'ai pas jugé opportun de pratiquer une opération secondaire, et j'ai conseillé au malade, qui restait pâle et mal en train, d'aller dans son village, attendre tranquillement sa guérison définitive. C'est ce qu'il a fait et depuis il m'a écrit pour me dire combien il était heureux d'avoir écouté cet avis, car au bout de deux ou trois mois, sa tumeur avait fondu, au point de n'être plus perceptible, s'étant en somme résorbée spontanément.

Pour ce garçon qui est actuellement dans nos salles, les choses iront de même. Ces larges plastrons abdominaux inspirent tout d'abord des réflexions peu rassurantes. Aussi avez-vous, pour la plupart, pensé que la laparotomie était indispensable. Mais je suis convaincu que nous n'aurons pas besoin de recourir à ce moyen extrême. Pendant plus de vingt jours j'ai suivi ce malade avant de prendre une résolution définitive. Or, pendant cette période, la température n'a pas quitté la normale, l'appétit est revenu, le visage a repris sa teinte rosée habituelle, les douleurs ont pour ainsi dire cessé. Loin de s'étendre, la tumeur a subi une légère réduction. Elle paraît, en somme, en train de se résoudre et son indolence presque complète est encore une constatation de bon augure.

Il faut attendre sans impatience cette résorption, car c'est

là un travail de longue durée; des semaines, des mois sont nécessaires pour que cette masse dure ne soit plus accessible à la palpation. A cela près, il s'agit d'une complication d'allure générale bénigne, et qui ne demande qu'à guérir. Il serait déplorable de troubler ce processus de régression spontanée par une intervention intempestive et à tout le moins prématurée. C'est précisément cette longue attente qui semble pénible à notre malade, ouvrier obligé de travailler pour vivre et vivant au jour le jour. Les mouvements violents, les contractions brusques des muscles de l'abdomen, amènent encore un retentissement pénible dans la région où siège la tumeur. Celle-ci lui paraît lourde à porter, son ventre manque de souplesse et il ne saurait encore reprendre son métier. (*A suivre.*)

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(23 novembre 1900)

Ainsi que nous l'avions annoncé, la discussion fut à nouveau reprise entre M. Glénard et M. Gilbert, sur la question de savoir si la **doctrine de l'hépatisme**, émise et soutenue en de nombreux ouvrages par le premier, était la même que la **doctrine de la diathèse biliaire**, récemment émise et brillamment soutenue par le second. Là où le premier affirme l'existence d'un « principe hépatique », le second croit à l'existence d'une angiocholécystite. En d'excellents termes, mais en un mémoire un peu long, M. Glénard a soutenu à nouveau sa doctrine; en des termes au moins aussi élégants, M. Gilbert s'est attaché à démontrer qu'il n'y avait rien de commun entre les deux théories. « Hippocrate dit oui et Galien dit non. » Le très sympathique et très éminent président de la Société a fort justement pensé qu'il importait de clore définitivement cette discussion. N'est-il pas évident qu'elle demeurera stérile tant que chaque adversaire, ne consentant à aucune concession, sera intimement convaincu que seul il a raison?

On sait qu'il y a peu de jours, les chirurgiens des hôpitaux, réunis en séance spéciale, ont émis le vœu que « les travaux pratiques auxquels sont astreints les étudiants, soient organisés de façon à permettre à ces élèves de suivre régulièrement les services hospitaliers ». Ce vœu, communiqué à la Société médicale, a été immédiatement approuvé à l'unanimité. Les deux votes des deux Sociétés auront-ils une sanction? Il faut le souhaiter vivement, mais on peut craindre que ce soit un peu long. Il paraît que cet arrangement soulève des « difficultés considérables à la Faculté » ! « des difficultés presque insurmontables ! » Combien triste !

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des cardiopathies chroniques (1).

Par M. Guihal, interne des hôpitaux de Paris.

III

LES CURES THERMALES

Le traitement hydrominéral des affections cardiaques a été, dès le milieu du siècle, l'objet des travaux d'un assez grand nombre de médecins, mais, durant ces dernières années, l'attention s'est de nouveau portée sur ce point et ce fut l'une des questions étudiées au Congrès de balnéologie et de climatologie de Londres, de 1898. De l'ensemble des travaux parus ne se dégage aucune règle pratique bien nette; il semble impossible de préciser, du moins dans les détails, les indications et les contre-indications du traitement; la physiologie pathologique des bains minéraux est encore tout hypothétique : aussi nous bornerons-nous à envisager successivement, dans une rapide énumération, les diverses cures thermales qui ont été conseillées et à résumer ce qui a été dit sur ce sujet, sans chercher à donner de conclusions plus précises que celles qui ressortent des faits eux-mêmes.

Les eaux sulfureuses comptent peu de partisans. Blanc (d'Aix-en-Savoie), Dupré (de Cauterets) ont publié des observations relatives à des cardiaques venus aux eaux pour des affections rhumatismales, et qui auraient éprouvé un mieux sensible du côté de leur cardiopathie. Mais Durand-Fardel, Dujardin-Beaumetz, très affirmatifs à cet égard, loin de conseiller les stations de cet ordre, considèrent au contraire que la présence d'une cardiopathie est une contre-indication formelle à l'usage de ces eaux. Candelle les accuse d'aggraver les souffles organiques; il attribue cette action nuisible à une augmentation de la pression artérielle. Huchard est du même avis, et acceptant les conclusions de Candelle relatives à la pression sanguine, il en déduit que les aortiques doivent tout particulièrement craindre les bains sulfureux. A la question pratique importante que pose Barié: « Faut-il, oui ou non, envoyer aux thermes sulfureux les rhumatisants avec maladie de cœur? » l'on peut ainsi répondre par la négative.

Les eaux sulfurées calciques ont eu plus de succès. Dufresse de Chassaigne le premier, en 1856, affirma l'action curative des eaux de Bagnols (Lozère), sur l'hypertrophie du cœur en particulier. Il raconte l'histoire de 46 malades chez qui des phénomènes d'ordre purement cardiaque se sont amendés. C'est ainsi qu'il a noté une notable amélioration des signes fonctionnels tels que des palpitations, et même, dit-il, une diminution des bruits de souffle et du volume du cœur. Ses malades prenaient un bain minéral quotidien d'une demi-heure, et buvaient un à deux verres par jour. D'autres auteurs sont venus corroborer ces résultats : nous citerons la thèse de Hermantier qui date de 1879, puis les communications de Colomb, Tessier et Rambaud à la Société de médecine de Lyon (1883). Mais les auteurs récents tels que Huchard, Barié, Vaquez, se montrent assez sceptiques sur ce point. « Cependant, dit Vaquez, il n'en est pas moins vrai que des auteurs dignes d'être crus ont noté des améliorations non douteuses dans l'ensemble des symptômes. »

Les eaux chlorurées sodiques ont été le point de départ d'un véritable traitement systématique des endocardites chroniques. Les frères Schott (1888), puis Beneke ont en effet institué à Nanheim (près Francfort) un traitement thermal des cardiopathies, associé d'ailleurs à la gymnastique suédoise et au massage. L'élément essentiel de cette méthode, dans les détails de laquelle nous ne pouvons entrer, est le bain salé gazeux, pris directement dans la source du Sprüdel.

Les médecins de la station affirment avoir obtenu les résultats suivants. Au point de vue fonctionnel la dyspnée et les palpitations deviennent beaucoup moindres, si bien que le malade accepte plus facilement les exercices corporels qui constituent l'autre partie du traitement. Du côté des signes physiques, ces auteurs ne sont pas moins affirmatifs : il y a diminution de la matité précordiale; le cœur régularise ses battements, et, ainsi que cela se produit avec la di-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 1425.

gitale, ses bruits normaux ou anormaux deviennent plus nets. Certains médecins vont même jusqu'à admettre comme possible la résorption des exsudats valvulaires. Ces résultats n'ont pas été observés seulement à Nanheim. De Bosia (1891) a recommandé de même les eaux chlorurées sodiques de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire); Gubian, celles de la Motte (Isère); et Exchaquet, celles de Bex (Suisse).

De nombreuses discussions se sont produites au sujet de cette méthode thérapeutique. Von Jurgensen au congrès de Wiesbaden, Israël (de Copenhague) et Heinemann (de Berlin) se sont faits les défenseurs du bain salé gazeux. Mais au congrès de Londres (1898) la plupart des médecins présents ont insisté sur la difficulté qu'il y a de distinguer, dans la cure thermale, ce qui revient à la balnéothérapie et ce qui est imputable à la mécanothérapie. Sansom, Clifford Albult, Hyde, Herou, Olivier se sont mis d'accord pour protester contre la prétendue spécialisation de la station de Nanheim. Ils concluent simplement que le bain salé gazeux peut être un adjuvant utile aux autres pratiques hygiéniques. Ce bain peut d'ailleurs être obtenu artificiellement. Comme ce point présente une certaine importance pratique nous donnons son mode de préparation : « On ajoute à de l'eau ordinaire 1 à 1 1/2 p. 100 de chlorure de sodium, et, pour rendre ce bain gazeux, on dissout dans un bain de 250 litres 100 grammes de bicarbonate de soude et 100 grammes d'une solution à 42 p. 100 d'acide chlorhydrique. On augmente peu à peu ces proportions pour arriver à la fin à 1000 ou 1 500 grammes de chaque ingrédient » (Moeller, cité par Vaquez).

Enfin pour être complet, il nous faut citer un certain nombre d'eaux faiblement minéralisées, qui ont été conseillées par différents auteurs. Dufresse de Chassaigne, outre les eaux de Bagnols, recommande celles de Chaudes-Aigues (Cantal). Vernière (1852) prescrit Saint-Nectaire; Filliot (1891) et Paris (1895) inclinent pour Luxeuil; Nicolas, Ferrand pour Royat; enfin de Ranse publie, en 1896, 63 cas de fausse angine de poitrine traités avec succès par les eaux de Néris.

De l'ensemble très touffu de ces faits, il est difficile de tirer des conclusions précises. Un premier point cependant semble avoir été bien mis en valeur dans ces dernières années : c'est que la cure thermale n'est qu'un utile adjuvant aux pratiques hygiéniques employées dans les villes d'eaux; le massage, la gymnastique suédoise, la cure de terrain sont plus importantes que le bain minéral proprement dit. Ce point bien établi, le médecin pourra diriger ses rhumatisants cardiopathes vers des stations comme Bagnols, Bourbon-Lancy, Néris, Saint-Nectaire et même Vichy. Voici comment M. Barié formule ses conclusions à cet égard : « C'est ainsi que, bien appliqué, le traitement hydrominéral rend de réels services aux rhumatisants avec cardiopathie, surtout lorsqu'il s'agit de jeunes sujets, ou encore chez ceux dont les lésions ne sont pas trop anciennes. Il est probable que ces eaux thermo-minérales agissent surtout en mettant le malade à l'abri de nouvelles poussées rhumatismales, et par suite s'opposent, jusqu'à un certain point, à l'aggravation des lésions cardiaques préétablies. »

Les indications de la balnéothérapie sont donc, maintenant encore, bien indécises. Cependant les auteurs du congrès de Londres, Sansom, entre autres, les ont fixées de la manière suivante. Ils donnent en premier lieu les troubles fonctionnels d'origine névropathique; puis viennent le cœur gras et la dilatation avec faiblesse du myocarde sans lésion des valvules, l'athérome artériel généralisé avec troubles rénaux, et enfin les affections valvulaires chroniques à la période troublée, mais sans asystolie proprement dite. Nous reviendrons, dans de prochaines notes, sur ces indications, à propos de la gymnastique suédoise et du massage.

MÉDECINE PRATIQUE

La ponction exploratrice dans la pneumonie chronique.

M. Mac Alister (de Liverpool) a observé un certain nombre de cas de pneumonies dans lesquelles l'hépatisation, qui avait une tendance à devenir chronique, a marché vers la résolution après une ponction exploratrice. Ce fait s'est présenté si souvent qu'il est impossible de le regarder comme une simple coïncidence. A la société médicale de Liverpool (1) où M. Mac Alister apportait ces observations, M. Blair Bell est venu, à son tour, citer un cas de pneumonie croupale dans lequel l'hépatisation existait encore au quinzième jour de la maladie. Une ponction exploratrice faite avec le trocart amena rapidement la résolution de l'exsudat. On peut admettre pour expliquer ces cas que, le poumon se trouvant dans un état d'inflammation, la ponction agit à la façon d'une incision au bistouri faite dans des tissus enflammés. Dans les deux cas, l'écoulement du sang ainsi provoqué améliore les conditions de la circulation locale.

Ces ponctions, dit M. Blair Bell, doivent être faites avec un large trocart afin de provoquer une véritable saignée. L'opération n'est, bien entendu, indiquée que pour les cas dans lesquels l'hépatisation n'a pas de tendance à se résoudre.

FORMULAIRE

Potion pour stimuler la perspiration cutanée chez les brightiques en imminence d'urémie.

Chlorhydrate de pilocarpine. 1 centigr.
Potion gommeuse........... 100 grammes.

F. S. A. A prendre : 3 à 6 cuillerées à bouche par jour.

La quantité de pilocarpine ainsi administrée, bien que faible, serait cependant suffisante pour activer les fonctions de la peau, sans donner lieu aux phénomènes pénibles que provoquent des doses plus élevées du même médicament. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

Lavements contre l'éclampsie infantile.

Hydrate de chloral...... 30 à 50 centigr.
Camphre pulvérisé...... 1 gramme.
Jaune d'œuf............ n° 1
Eau distillée............ 100 grammes.

(*Journ. de méd. de Paris.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 3 AU 8 DÉCEMBRE 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 3 DÉCEMBRE, à une heure. — 1re (oral, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Reynier, Poirier et Mauclaire.

2e de chirurgien-dentiste, *Petit amphithéâtre* : MM. Rémy, Sébileau et André.

3e (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Delens, Reclus et Varnier; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Tillaux, Delbet et Walther; — (2e série) : MM. Terrier, Lejars et Legueu; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Méry; — M. Teissier, suppléant.

(1) Cf. *Gaz. hebd.*, 1900, n° 93.

MARDI 4 DÉCEMBRE, à une heure. — 1er (oral, nouveau régime), *Faculté* : MM. Richelot, Quénu et Retterer.

2e de chirurgien-dentiste, *Petit amphithéâtre* : MM. Rémy, Poirier et Vaquez.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Faculté* : MM. Campenon, Bonnaire et Hartmann.

4e (2e partie, ancien régime), *Faculté* : MM. Hutinel, Roger et Dupré ; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Schwartz et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Ménétrier et Thiroloix ; — (2e série) : MM. Joffroy, Raymond et Charrin ; — M. Faure, suppléant.

MERCREDI 5 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Segond, Poirier et Broca (Aug.).

2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Ch. Richet, Rémy et Desgrez.

2e de chirurgien-dentiste, *Petit amphithéâtre* : MM. Pouchet, Sébileau et Legueu ; — M. Retterer, suppléant.

JEUDI 6 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire (ancien régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Guyon, Poirier et Faure.

2e (2e partie, ancien régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Blanchard, Launois et Desgrez.

2e de chirurgien-dentiste, *Petit amphithéâtre* : MM. Chauffard, Hartmann et Thiéry ; — M. Rémy, suppléant.

VENDREDI 7 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e de chirurgien-dentiste, *Petit amphithéâtre* : MM. Segond, Sébileau et André.

4e (ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz ; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Reclus et Lejars ; — (2e série) : MM. Delens, Reynier et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Hayem, Teissier et Méry ; — M. Walther, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Gley, suppléant.

SAMEDI 8 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e (nouveau régime) : MM. Gautier, Gley et Retterer.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime) : MM. Le Dentu, Richelot et Wallich ; — (2e partie) : MM. Raymond, Chantemesse et Roger.

2e de chirurgien-dentiste : MM. Quénu, Faure et Vaquez ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Bar ; — M. Chassevant, suppléant.

THESES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

504. M. Forné. Étude comparée des différentes méthodes de traitement utilisées dans les ruptures de l'utérus. — 505. M. Desvignes. L'ergot de seigle en obstétrique, étude historique. — 506. M. Biget. Les fibromes de l'utérus chez les primipares âgées. — 507. M. Pamart. De la mort de l'enfant pendant le travail. Étude statistique faite à la clinique Baudelocque. — 508. M. Fraisseix. Goitre exophtalmique et tétanie. — 509. M. Dairéoff. Contribution à l'étude des ostéopathies hypertrophiantes chroniques non classées. — 510. M. Gilli. Étude sur le syndrome de Parkinson. Modalités et associations cliniques. Arthropathie. Pathogénie. — 511. M. Tourtourat. Benjamin Franklin et la médecine à la fin du XVIIIe siècle. — 512. M. Dissiton de Gazel de Larembergue. Essai sur le rétrécissement mitral pur. — 513. M. Duval. Contribution à l'étude des infections amygdaliennes et de leur contagion. — 514. M. Faure. Sur un syndrome mental fréquemment lié à l'insuffisance des fonctions hépato-rénales. — 515. M. Garrigues. Syncope et asphyxie locale. Gangrène. Sclérodermie. — 516. M. Lamy. Contribution à l'étude des angiomes fissuraux (agiomes des bourgeons maxillaires). — 517. M. Montade. Contribution à l'étude anatomo-pathologique, pathogénique et clinique de la grenouillette sublinguale. — 518. M. Mahé. Essai critique sur le traitement de la fracture du maxillaire inférieur. — 519. M. Hémet. Contribution à l'étude des kystes poplités. — 520. M. Bassinot. De l'occlusion intestinale par torsion totale du mésentère. — 521. M. Cochemé. Contribution à l'étude de l'amputation ostéoplastique de la jambe (procédé de Pierre Delbet). — 522. M. Debray. Sur la fréquence de l'évolution maligne des kystes de l'ovaire. — 523. M. Jeanty. Quelques considérations sur le manuel opératoire de la cholédocotomie. — 524. M. Nicloux. Recherches expérimentales sur l'élimination de l'alcool dans l'organisme. Détermination d'un alcoolisme congénital. — 525. M. Bourcet. De l'iode dans l'organisme. — 526. M. Krijewsky. La dionine. — 527. M. Butin. Considérations hygiéniques sur le corset. — 528. M. Pasquier. Contribution à l'étude clinique de l'ostéomyélite de l'os iliaque. — 529. M. Dupoux. Accidents de la médication arsenicale interne. — 530. M. Tissier. Recherches sur la flore intestinale du nourrisson (normale et pathologique). — 531. M. Fort. De l'artérite aiguë au cours de la grippe. — 532. M. Aron. Exanthème scarlatiniforme de la fièvre typhoïde. — 533. M. Maugery. L'abcès froid de la plèvre. — 534. M. Malbois. Contribution à l'étude du traitement actuel des aliénés dans les asiles de province. — 535. M. Franco. Contribution à l'étude des bartholinites et en particulier de leurs formes chroniques. — 536. M. Désir. Des causes de la récidive de la hernie inguinale. — 537. M. Bergougnat. La guérison de la coxalgie. Résultats que l'on peut obtenir par les traitements dans les diverses périodes de la maladie. (Début. Abcès. Déviations.) — 538. M. Buisson. Sur un nouveau procédé de périnéorraphie. — 539. M. Bony. Contribution à l'étude du traitement de la pneumonie chez l'adulte. — 540. M. Lecoq. De l'examen radioscopique de la pneumonie franche aiguë chez l'enfant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Anatomie. — Séance du 23 novembre : MM. Bloch (Paul), 12 + 14 = 26 ; Ambrosi, 10 + 13 = 23 ; Lequeux, 10 + 13 = 23 ; Cornélius, 7 + 11 = 18 ; Lemaire Henry, 8 + 10 = 18 ; Ertzbischoff, 7 + 11 = 18 ; Bailleul, 6 + 10 = 16.

Pathologie. — Séance du 23 novembre : MM. Cerise, 13 ; d'Œlnitz, 12 ; Calvé, Dionis du Séjour et Juquelier, 11 ; Darre et Grandjean, 10 ; Durand (Charles), 3.

Hôpitaux de province. — *Lyon.* — A la suite du concours qui vient de se terminer, M. Tixier est nommé chirurgien des hôpitaux.

Poitiers. — Le concours de l'internat vient de se terminer par la nomination de MM. Lecointe, Paître et Kauffmann.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Fagart, Monque, Lusseau, Chon, Maillet, Cartais, Odon et Parinaud.

Guerre. — Sont appelés aux postes ci-après désignés :

M. Labit, médecin-major de première classe, est affecté à l'hôpital militaire Saint-Martin et détaché au cabinet du ministre de la guerre.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Claude, Desse, Dormand et Rauzy, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; — Pailloz, pour le 40e d'artillerie ; — Fournial, pour le 20e escadron du train ; — Jirou, pour le 154e d'infanterie.

Hôpital Saint-Louis. — *Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le professeur A. Fournier commencera ce cours le vendredi 30 novembre, à dix heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dorvan (de Châtellerault) ; Levavasseur (du Blanc).

Conférence privée d'internat. — MM. Aubertin et Neuret, internes des hôpitaux, commenceront le 1er décembre une conférence d'internat. — S'adresser à l'hôpital de la Charité.

On demande, dans chef-lieu de canton de la Haute-Vienne (station de chemin de fer), un médecin actif, intelligent. — S'adresser, pour renseignements, aux initiales P.L.V, poste restante, Limoges (Haute-Vienne).

Formulaire d'hydrothérapie et de balnéothérapie, par M. Odillon Martin, ancien chef de clinique médicale à l'Université de Lyon. Un vol. in-12. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



N° 136. — JEUDI 29 NOVEMBRE 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 29 NOVEMBRE 1900. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Épiploïte consécutive aux opérations de hernie (*fin*), par M. H. Morestin, chirurgien des hôpitaux de Paris. — Séance de l'Académie de médecine. — Revue de la Presse. *Chirurgie :* Traitement chirurgical d'un cas de méningite purulente; — *Otologie et rhinologie* : Un cas de catarrhe séreux de l'oreille moyenne produit par l'iodure de potassium; — Le chancre syphilitique intra-nasal; — Sinusite au cours de l'ozène; — *Obstétrique :* Travail normal après une opération césarienne non indiquée; — *Physiologie :* Cryoscopie de la sueur humaine; — *Hygiène coloniale :* La fièvre jaune et les intérets coloniaux; — *Thérapeutique :* Traitement des pneumonies des vieillards par la digitale à haute dose. — Nécrologie. Ollier. — Thèses soutenues a la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

ÉPIPLOITE CONSÉCUTIVE AUX OPÉRATIONS DE HERNIE (1)

Par H. Morestin, chirurgien des hôpitaux.

Nous pouvons, en somme, reconnaître dans l'affection qui nous occupe trois périodes, une de début, pendant laquelle le malade présente un état abdominal plus ou moins nettement caractérisé, mais jamais bien alarmant : douleurs, tendance nauséeuse, sensibilité générale du ventre, léger ballonnement; une période d'état pendant laquelle se constitue la tumeur, et une dernière pendant laquelle elle diminue graduellement et finit par s'évanouir, laissant peut-être des reliquats, mais que la palpation n'arrive plus à déceler.

Cette succession de phénomènes rappelle d'ailleurs celle qu'on observe dans bien d'autres phlegmasies de l'abdomen; c'est à peu près ce qui se passe autour de l'appendice ou des annexes enflammées. Cependant, aucune autre affection abdominale d'ordre inflammatoire ne présente à un tel degré cette tendance à former tumeur. Il n'en est aucune, d'autre part, qui ait moins de retentissement général sur le péritoine.

C'est que l'épiploon n'est pas cet organe inerte et complètement inutile, que l'on décrit quelquefois. Il joue, entre autres, un rôle curieux dans toutes les inflammations des viscères abdominaux, quand toutefois celles-ci lui en laissent le temps, quand elles ne sont ni trop brusques, ni trop diffuses. Par un mécanisme dont l'explication reste encore à trouver, on le voit se porter au voisinage des parties enflammées, les entourer, créer des barrières, organiser en quelque sorte la défense du péritoine. Cette mobilité défensive se manifeste dans le cas particulier, par le froncement, la concentration, de la partie restante d'épiploon autour du moignon septique. Le foyer est entouré rapidement, enveloppé de tous côtés; une énorme infiltration embryonnaire envahit tout cet épiploon, en même temps que des adhérences l'unissent à tous les organes environnants.

L'apparition de cette large plaque, de ce gâteau, de cette tumeur est précisément un sûr indice de la limitation du processus inflammatoire.

La péritonite généralisée n'est pas à craindre; la phlegmasie est circonscrite, localisée, et le foyer septique est cerné par des adhérences, des exsudats, des tissus de nouvelle formation qui l'isolent très complètement.

Si l'on intervient de bonne heure, croyant avoir la main forcée, on trouve généralement de petits abcès collectés au centre de la masse épiploïque très modifiée, qui constitue la tumeur tangible. Mais de telles collections sont susceptibles de disparaître et ce fait ne saurait plus nous causer aucun étonnement. Les abcès péri-appendiculaires, quand ils sont peu volumineux, se résorbent très fréquemmeut. Cette terminaison qui, il y a quelques années, paraissait presque incroyable, est aujourd'hui parfaitement admise et démontrée. A plus forte raison en sera-t-il de même pour l'épiploon où la lésion est admirablement isolée et où la phagocytose est très active. L'abcès, au bout de peu de temps, deviendra stérile, les microbes pathogènes finiront par succomber, tués par leurs propres poisons, et dès lors le pus, privé de germes, ne tardera point à être résorbé.

Toutefois, la présence d'un corps étranger peut constituer un obstacle absolu à cette terminaison favorable. Je parle, vous l'entendez, des fils de soie qui auraient pu servir aux ligatures. Quand ils sont infectés, leur élimination est nécessaire; jusque-là la guérison ne survient pas. Une migration spontanée peut en exonérer l'organisme. Comme exemple je vous citerai celui d'un jeune homme que j'ai soigné, il y a quelques années, à la consultation del'hôpital Broussais. En lui incisant un minuscule abcès de l'ombilic, abcès très superficiel, j'ai trouvé un gros fil de soie. C'était une ligature jetée sur l'épiploon l'année précédente, au cours d'une cure radicale de hernie inguinale.

Dans d'autres circonstances, les difficultés sont autrement sérieuses. Il faut de délicates opérations pour débarrasser les malades de ces corps étrangers qui entretiennent d'interminables suppurations. J'ai eu affaire, en 1898, à un de ces cas extrêmement ennuyeux. J'ai eu la bonne

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 1451.

fortune de guérir ma malade, mais au prix de quels dangers!

J'ai communiqué à la Société anatomique (1899) cette rare observation. Il s'agissait d'une femme déjà âgée, ayant soixante-neuf ans, très grasse, avec un ventre énorme. Elle avait été opérée successivement, à quinze jours d'intervalle, de deux hernies étranglées, l'une crurale, l'autre ombilicale. Cette dernière intervention avait été des plus laborieures, car la hernie, déjà ancienne, contenait, dans un sac cloisonné très irrégulièrement, une bonne partie du côlon et l'épiploon en totalité. Il fallut réséquer une notable étendue de ce dernier. Les suites furent d'abord simples et bien meilleures qu'on n'aurait cru pouvoir l'espérer, dans les conditions où l'opération avait été tentée, vieille femme, très grosse hernie étranglée. Mais il se produisit tardivement un abcès qui demeura fistuleux.

Quand je vis la malade, à Necker, il y avait un an qu'elle portait cette fistule, dont la suppuration assez abondante la gênait et la chagrinait beaucoup. Elle avait, en outre, de temps à autre, des poussées de péritonite circonscrite, et, somme toute, trouvait sa situation intolérable. Je cédai à ses instances et entrepris de la débarrasser.

La paroi abdominale était tellement chargée de graisse, que la palpation ne fournissait, pour ainsi dire, aucun renseignement utile. L'exploration du trajet fistuleux à l'aide du stylet ne nous apprenait rien non plus, car l'instrument s'arrêtait au-devant du plan musculo-aponévrotique, sans pénétrer dans le trajet véritable. Il fallut un débridement, une incision exploratrice pour nous apprendre qu'il ne s'agissait point d'une suppuration pariétale, mais d'un foyer profondément situé dans l'abdomen. Je pratiquai une laparotomie des plus difficiles. Le trajet suppurant s'enfonçait au centre d'une masse fibro-adipeuse adhérente de tous côtés, c'était l'épiploon complètement transformé. Je l'ouvris, me laissant guider par la fistule. Il y avait au-dessous de l'estomac, entre lui et le côlon une cavité, allongée transversalement, où je trouvai logés dans une série d'alvéoles tous les fils de soie qui avaient servi, autrefois, à lier l'épiploon. J'en fis l'extraction, je supprimai tout ce que je pus de la tumeur fibro-graisseuse, mais la cavité où étaient les fils ne pouvait être emportée sans réséquer en même temps une partie du colon et de l'estomac, tant les adhérences étaient denses et résistantes. J'attirai ce fond jusqu'à la plaie pariétale, où je le suturai, ne pouvant ni le réduire, ni le supprimer. Ma malade guérit fort bien, malgré une congestion pulmonaire, qui m'inspira pendant trois jours de grosses préoccupations.

Indépendamment de ces cas, où l'action chirurgicale est rendue nécessaire par une suppuration intarissable, il en est d'autres où elle est non moins légitime, quand, par exemple, le fonctionnement de l'intestin est troublé d'une façon durable par les adhérences qui en effacent le calibre, ou déterminent des coudures.

C'est ce que M. Monod a eu l'occasion de faire. Il a pu libérer l'intestin, ou du moins rétablir sa direction, et lui rendre la libre circulation des matières et des gaz, mais en laissant autour de lui une sorte de manchon inflammatoire, détaché à grande peine des parties avoisinantes.

Il est vraiment très exceptionnel que l'on ait à remplir une telle indication.

La tumeur adhère, il est vrai, à toutes les parties avoisinantes; si elle était développée au milieu des anses grêles, la plupart des malades porteurs de cette lésion seraient très exposés à périr d'occlusion intestinale. Mais dans la région qu'elle occupe, il n'y a, pour ainsi dire, rien à craindre. Elle est immédiatement rétropariétale et située au-dessus du paquet de l'intestin grêle. Elle tient, sans doute, à l'estomac et au côlon, mais ce sont des organes spacieux qui peuvent sans dommage subir une légère diminution de calibre. Habituellement, la masse inflammatoire n'est en contact qu'avec une partie de leur circonférence, trop peu étendue pour qu'ils aient réellement à souffrir de ce voisinage.

Les éventualités graves sont donc toutes exceptionnelles, et il ne faut pas s'alarmer outre mesure quand survient un pareil accident.

C'est toujours, cependant, un événement désagréable, un gros ennui pour le malade comme pour le chirurgien. Songez qu'avant toute opération, le malade nous pose cette question bien légitime : Combien de temps cela durera t-il? Il nous arrive de répondre d'une façon évasive. Mais pour une hernie, on n'hésite guère à promettre une prompte guérison, dans l'espace d'une vingtaine de jours, et le malade s'arrange en conséquence. Or, nous sommes loin de compte si ces vingt jours se transforment en trois, quatre, cinq mois de maladie. Et il s'agit, le plus souvent, d'individus jeunes, utiles, auxquels cette lacune dans la vie, dans le travail, peut être extrêmement préjudiciable.

Le traitement opératoire des hernies ne doit pas être entrepris à la légère, et pour que ces interventions soient utiles et bénignes, il faut y apporter du soin et quelques connaissances. Pour la complication qui nous occupe, on peut essayer de l'éviter par certaines précautions. Tout d'abord, il est parfaitement inutile de s'acharner après l'épiploon. Pour beaucoup de chirurgiens, il suffit de le trouver dans le sac herniaire, ou même qu'il se présente dans la plaie, pour que son sort soit décidé. Il est condamné, et tout ce qui peut être attiré à l'extérieur est supprimé sans merci. Ce sacrifice n'augmente en rien les chances de la cure radicale, et peut avoir quelques inconvénients. C'est sur la paroi qu'il faut porter son effort. Si l'épiploon est sain, je ne vois qu'avantage à le laisser dans son intégrité, au lieu de le réduire dans le ventre seulement après l'avoir manipulé, mutilé et chargé de ligatures. Je m'abstiens pour ma part de toute manœuvre sur l'épiploon non altéré et resté mobile, et me contente de le repousser doucement dans l'abdomen. Même s'il y avait dans son bord libre un ou deux petits noyaux scléreux, il n'y a aucune bonne raison de les supprimer, pour en créer d'autres au niveau des moignons ligaturés.

Quand, au contraire, on trouve dans le sac un épiploon adhérent, épaissi, enflammé chroniquement, il n'y a pas lieu d'adopter la même conduite, et la résection s'impose.

Il faut alors la pratiquer dans la partie saine de l'épiploon et se garder surtout de faire un seul ou deux gros pédicules en entourant toute la masse épiploïque de fils énormes. Non, il faut laisser au tablier épiploïque toute sa largeur, faire, s'il le faut, plusieurs ligatures, mais en ne prenant que de petits paquets, à l'aide de fils fins, aussi aseptiques que possible, en réduisant les manœuvres au minimum.

Les cas que je vous ai rapportés, aussi bien que les considérations que j'émettais tout à l'heure au sujet de la physiologie pathologique de l'épiploon enflammé, m'ont fait adopter d'une manière générale le catgut pour ces ligatures. Même s'il arrive quelque chose, on a de sérieuses raisons d'espérer une terminaison plus favorable.

J'ajouterai encore que dans le cas d'épiploïte dans une hernie, s'il n'y a pas de symptôme alarmant, s'il n'y a point de réserve sur le diagnostic, je crois qu'il n'y a pas lieu d'apporter à l'intervention, toujours nécessaire, aucune précipitation. Ce ne sont pas des cas d'urgence, on peut laisser s'éteindre la poussée aiguë, pour opérer à froid dans des conditions meilleures.

Mais le mal est fait, et l'accident déclaré, on peut être tenté d'intervenir dans le but de conjurer les accidents phlegmasiques, ou tout au moins d'abréger la crise, de la rendre plus bénigne. Je vous l'ai déjà dit, je crois qu'il ne faut pas céder à cette impression du premier moment, il n'y a pas lieu de se décider brusquement, ni d'agir en pleine période de réaction abdominale.

Je penche également pour l'abstention dans la période d'état, celle où se trouve encore notre malade. Ce sont des opérations difficiles. On est obligé de se livrer à une extirpation pénible de l'épiploon, épaissi, friable et vasculaire, ou de terminer par un drainage. Pour prix de tant de peine, vous avez doté votre malade d'une longue et laide cicatrice, et assuré, par vos manœuvres, la formation d'adhérences plus solides que celles qui se seraient produites sans votre intervention. Et cependant, ayant trouvé quelque petit abcès au centre de la masse épiploïque, vous croyez peut-être avoir fait une opération indispensable et sauvé votre patient.

Il va sans dire que l'abstention ne saurait être conseillée d'une façon constante et systématique, et je suis tout prêt à agir si les circonstances l'exigent, mais voilà déjà plusieurs exemples où les malades ont guéri par le traitement le plus anodin, et n'ont rien gardé de l'affection dont le premier aspect était loin d'être complètement rassurant.

C'est tardivement que surgissent les indications, et heureusement elles sont rares.

Hôpital Saint-Louis, 1er octobre.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(27 NOVEMBRE 1900)

On s'est encore occupé du **traitement des tumeurs malignes par le sérum anti-cellulaire** de Wlaef. M. Le Dentu a pris la parole, à propos du rapport de M. Lucas-Championnière, et a nettement fait toutes ses réserves sur la valeur de ce traitement. Il critique tout d'abord les expériences qui ont été faites sur des rats; c'est, dit-il, sur des souris blanches que ces expériences auraient dû être pratiquées puisqu'on peut arriver à leur inoculer du cancer. En outre il y a bien des affections telles, par exemple, que l'actinomycose, qui ne sont pas du cancer et qui peuvent être confondues avec lui. M. Le Dentu trouve donc trop hâtives les conclusions tirées par M. Wlaef de ses expériences.

Il reconnaît, avec plusieurs de ses collègues, qu'on a semblé obtenir des améliorations sur certains malades, mais ces améliorations ne sont que transitoires; d'ailleurs ces mêmes améliorations ont été obtenues par bien d'autres méthodes, celle de MM. Richet et Héricourt, par exemple. On a vu déjà des faits semblables; on a même vu disparaître définitivement certaines tumeurs malignes du sein.

En résumé, M. Le Dentu ne croit pas que M. Wlaef se trouve en possession des éléments générateurs du cancer; par conséquent son sérum ne jouit pas d'une action spécifique particulière. Il n'en approuve pas moins les recherches qui ont été entreprises à ce sujet et n'est pas très éloigné de les poursuivre lui-même dans une certaine mesure. Mais jusqu'ici il continue à penser que la seule planche de salut définitif, en matière de traitement du cancer, réside dans l'opération aussi précoce que possible. On ne saurait assez répéter que c'est par ce seul moyen qu'on peut avoir quelque chance de guérir un cancer.

C'est également l'avis de M. Berger, qui considère que la voie chirurgicale reste encore ouverte pour le traitement du cancer. Mais il n'en est pas moins indiqué de tenter certains moyens qui semblent exercer une certaine influence sur la marche du cancer.

M. Championnière estime, avec M. Le Dentu, qu'on ne saurait trop se méfier des conclusions hâtives. Mais il rend justice à la bonne foi de M. Wlaef et reconnaît que l'emploi de son sérum exerce une impression passagère sur l'évolution du cancer. La méthode mérite donc d'être sérieusement examinée. Il n'a pas été plus loin et se trouve, par le fait, complètement d'accord avec M. Le Dentu.

Nous en avons vu tant échouer de ces traitements du cancer que nous ne pouvons nous défendre d'un certain scepticisme à l'égard de toute nouvelle méthode. C'est peut-être un tort et nous ne devons pas décourager les chercheurs consciencieux qui ont le courage de diriger leurs recherches sur un sujet si difficile.

M. Berger a fait un rapport sur un travail de M. Kirmisson, relatif aux **luxations spontanées de la hanche survenant au début de la coxalgie**. C'est là un sujet intéressant. Il s'agit uniquement ici des vraies luxations et non de ces lésions destructives de la tête fémorale, aboutissant à une pseudo-luxation, lésions si bien décrites dans les travaux de M. Lannelongue sur la coxo-tuberculose.

M. Kirmisson a rencontré cinq cas très nets que nous résumons brièvement : petite fille de douze ans, coxalgie datant de deux mois, déformation brusque, luxation de la tête fémorale, réduction sous le chloroforme; quelque temps après, abcès ponctionnés et traités par les injections d'éther iodoformé, guérison; dans le second cas, il s'agit d'un petit garçon traité d'une coxalgie par l'extension continue; luxation spontanée de la hanche, réduction sous le chloroforme. Les cinq observations présentées par M. Kirmisson sont calquées les unes sur les autres.

Il s'agit bien véritablement, dans ces cas, de luxations spontanées survenant dans les premiers mois ou les premières semaines d'une coxalgie, luxations qui peuvent passer inaperçues, mais qui se révèlent cependant par des déformations bien caractéristiques. Quelle peut être la cause de ces luxations? M. Berger n'hésite pas à les rapporter, avec M. Kirmisson, à de la contracture des muscles pelvi-trochantériens.

Le reste de la séance a été occupé par des rapports officiels : dans le rapport général sur les eaux minérales, M. Hanriot fait un chaleureux plaidoyer en faveur du rétablissement de l'inspectorat médical des eaux minérales. C'est là une question qui a été autrefois bien discutée. L'Académie s'était toujours montrée favorable au maintien des inspecteurs, mais ceux-ci, malgré ses avis, n'en ont pas moins été supprimés. Il y aurait encore, paraît-il, tout

avantage à les rétablir, peut-être dans d'autres conditions que celles où ils existaient autrefois. Il est probable que le rapport de M. Hanriot deviendra l'objet d'une discussion.

Au début de la séance, M. le président a rappelé les travaux de MM. Ollier (de Lyon) et Duplouy (de Rochefort), récemment décédés et qui étaient tous deux membres correspondants nationaux de l'Académie.

REVUE DE LA PRESSE

CHIRURGIE

Traitement chirurgical d'un cas de méningite purulente. — M. Lucae relate le cas d'un garçon de quatorze ans qui, porteur d'une otite moyenne suppurée depuis l'âge de quatre ans, eut une méningite de la base limitée au lobe temporal droit. Au cours de l'opération qui fut tentée, il ne s'écoula qu'une petite quantité de pus et l'amélioration ne fut pas sensible; elle ne se manifesta qu'après l'issue d'une grande quantité de pus par une ouverture de la dure-mère; la guérison complète ne se fit pas attendre.

Quelques jours après l'opération, on avait constaté dans ce cas une dureté de l'ouïe du côté gauche, qui disparut complètement lors de la convalescence. M. Lucae relate quelques cas analogues dans lesquels on observa le même phénomène. Mac Ewen en a publié un cas. Il l'explique par une hyperhémie passagère du labyrinthe de l'oreille saine provoquée par la méningite du côté opposé. (C. R. in *Centralbl. f. Chir.*, 1899, n° 39, p. 1074.) P. V.

OTOLOGIE ET RHINOLOGIE

Un cas de catarrhe séreux de l'oreille moyenne produit par l'administration de l'iodure de potassium. — M. Herbert Ramsay publie l'observation d'un homme atteint de syphilis secondaire, chez lequel apparurent de graves manifestations auriculaires au cours de son traitement par l'iodure de potassium et la médication mercurielle. Les deux oreilles furent atteintes, l'une d'un écoulement séreux abondant, l'autre d'otite séreuse; la première oreille seule était malade depuis l'enfance (otite moyenne suppurée). Ces symptômes disparurent avec la suppression du médicament, qui fut remplacé par l'iodure de sodium; celui-ci ne donna lieu à aucun symptôme fâcheux. (*Brit. med. Journ.*, 1898, C. R. in *Ann. des malad. de l'oreille*, 1899.) P. V.

Le chancre syphilitique intra-nasal. — M. J. Garel a eu l'occasion d'observer, depuis 1895, quatre nouveaux cas de chancre syphilitique intra-nasal; ce sont des lésions relativement rares; c'est souvent l'apparition des accidents secondaires qui permet d'établir un diagnostic certain.

Les conditions les plus imprévues président à l'infection nasale; le fait d'introduire les doigts dans le nez favorise singulièrement l'inoculation.

Le chancre du nez est polymorphe, de volume variable, et siège plus souvent sur la cloison que sur la face interne de l'aile du nez. L'envahissement des ganglions varie suivant la localisation du chancre.

L'auteur relate ses propres observations et termine par la liste des cas récents qu'il a pu recueillir dans les diverses publications depuis 1895. (*Lyon méd.*, août 1900, C. R. in *Rev. hebd. de laryngol.*, n° 41, p. 445.) P. V.

Sinusite au cours de l'ozène. — M. G. Ricard (d'Alger) s'élève contre la théorie soutenue jadis par Michel (de Cologne), reprise récemment par Jacques (de Nancy), qui prétend que l'ozène n'est qu'une complication de sinusite, et qu'il suffit de guérir la sinusite pour voir guérir l'ozène. L'observation que publie M. Ricard prouve tout au moins qu'il n'en est pas toujours ainsi; c'est, au contraire, la sinusite qui, dans le cas de M. Ricard, est venue compliquer l'ozène, et ce dernier avec ses lésions caractéristiques : atrophie, fétidité et croûtes, a persisté après la guérison du sinus. On note dans l'observation que la malade, âgée de cinquante-deux ans, quand elle vint consulter M. Terson père (de Toulouse), pour une déformation et des douleurs continues de la région sus-orbitaire droite, mouchait des croûtes fétides depuis l'enfance, et avait perdu l'odorat depuis bien des années.

A aucun moment, la malade n'avait observé d'écoulement franchement purulent par les narines ou par le naso-pharynx. Cependant M. Terson posa le diagnostic de sinusite frontale, diagnostic que M. Escat confirma bien que la transillumination du sinus suspect l'ait montré franchement éclairé; toutefois la tache lumineuse nettement limitée avait une étendue moindre que celle du sinus gauche. Les soins donnés à l'ozène qui n'avait jamais été traité jusque-là suffirent, contre toute attente, à atténuer les douleurs frontales pendant quelque temps; cependant il fallut néanmoins opérer bientôt cet empyème chronique fermé, ce que M. Escat fit par le procédé d'Ogston-Luc; il trouva une vaste collection purulente qui avait tellement maltraité le périoste et la lame osseuse qu'Escat dut renoncer à le détacher à la rugine. Le sinus était plein de pus, bien lié.

Toute la surface de la muqueuse était lisse, sans fongosités. Il est à regretter que le pus n'ait pas été examiné au point de vue bactériologique.

La guérison s'obtint en un mois; la malade continua seulement le traitement de l'ozène.

L'auteur fait remarquer que le sinus frontal a pu s'illuminer tout en étant plein de pus, la transillumination étant plutôt entravée par l'épaisseur de la muqueuse qui, ici, était peu modifiée, que par la présence du pus.

Cette observation, intéressante à plus d'un titre, met hors de doute la possibilité de sinusites secondaires à l'ozène vrai. Quand on connaît la fréquence des suppurations des voies lacrymales, de l'oreille moyenne ou de la mastoïde secondaires à la rhinite atrophique, le contraire eût été extraordinaire et cependant l'opinion inverse qui fait de la sinusite le *primum movens* et nie l'existence préalable de la rhinite trouve de brillants et éminents défenseurs; cet exemple prouve qu'ils ont tort d'être si absolus. Cette observation montre aussi la facilité avec laquelle guérissent les complications suppuratives de l'ozène pour peu qu'on les draine et qu'on prenne le soin de faire la désinfection du nez. (*Rev. hebd. de laryngol.*, 1900, n° 38, p. 337.) P. V.

OBSTÉTRIQUE

Travail normal après une opération césarienne non indiquée. — M. Bissel publie en détails l'observation suivante, à cause de l'enseignement qu'elle comporte. Une femme enceinte de dix-neuf ans présentait un coccyx proéminent. Le médecin qui fit l'accouchement ne fit aucune tentative d'extraction par le forceps, car, plusieurs mois auparavant, il n'avait pas craint d'affirmer que l'enfant ne pouvait être extrait par les voies naturelles, qu'il s'agissait pour la mère d'une question de vie ou de mort. Il fit donc une incision abdominale pour terminer l'accouchement et conseilla à la parturiente de se faire pratiquer ultérieurement une hystérectomie, une nouvelle grossesse, pensait-il, pouvant la tuer. Deux ans après, M. Bissel, consulté en vue d'un second accouchement, trouva un bassin de dimensions normales, avec un coccyx perceptible au toucher, basculé en avant, mais ne rétrécissant pas effectivement le diamètre coccy-pubien. Au moment de l'accouchement, M. Bissel constata que l'utérus se contractait bien, que le sommet se présentait en iliaque droite antérieure. Quelques heures plus tard, comme la tête ne progressait pas et que les douleurs diminuaient, les membranes furent

rompues, on fit une application de forceps, et l'enfant, qui pesait près de 8 livres, fut extrait sans difficulté. Une déchirure du périnée fut immédiatement suturée. La mère et l'enfant n'eurent aucunement à souffrir de l'accouchement. L'opération antérieure n'eut d'autre résultat fâcheux que d'occasionner une légère inertie utérine. (*Amer. Journ. of Obst.*, avril 1900.) A. H.

HYGIÈNE COLONIALE

La fièvre jaune et les intérêts coloniaux. — La fièvre jaune vient, une fois de plus, d'exercer ses ravages sur l'une de nos plus belles colonies africaines, le Sénégal. A l'heure actuelle, et après six mois d'une épidémie qui comptera parmi les plus violentes, le danger paraît à peu près conjuré. Mais ne doit-on pas craindre un retour de la maladie au printemps prochain? Les effets bienfaisants produits par les quarantaines et les mesures de désinfection seront-ils durables? Telles sont les questions que M. Georges Treille a essayé de résoudre, en se basant sur l'étude attentive des conditions pathogéniques dans lesquelles se développe la fièvre jaune.

Le microbe de la fièvre jaune existe dans le sol. Le Mexique, les Antilles, l'isthme de Panama et du Darien, le Vénézuela, le Brésil, doivent être considérés comme terres génératrices de fièvre jaune. Inactif quand manque l'élément vulnérable (Européen fraîchement débarqué), quand il a épuisé son action dans une grande poussée épidémique et aussi dans certaines conditions météorologiques dont la raison nous échappe encore, le microbe étudié par Sanarelli est prêt pour la reviviscence, dès qu'un apport extérieur, une importation maritime vient renforcer sa virulence et stimuler ses propriétés évolutives.

Ces données pathogéniques comportent des conséquences immédiates : il faut se méfier des vieux bâtiments, des vieilles casernes, du matériel abandonné lorsque la fièvre jaune y a précédemment passé. Les exemples abondent d'une conservation des germes pendant un temps considérable soit dans des locaux infectés, soit dans des vêtements ayant servi plusieurs années auparavant à des malades. Il ne suffit pas en effet de surveiller les communications maritimes, qui peuvent apporter la contagion d'un pays voisin, il faut encore se surveiller soi-même. L'hygiène rigoureuse des villes, l'observation stricte des règles de propreté individuelle permettra seule d'échapper pour toujours à un danger qui menace constamment nos colonies africaines. (Docteur G. Treille, *Questions diplomatiques et coloniales*, 15 nov. 1900.) L. B.

PHYSIOLOGIE

Cryoscopie de la sueur humaine. — M. Ardin-Delteil a recherché le point de solidification de la sueur humaine. Ses expériences, au nombre de quinze, ont porté sur de la sueur fournie par des individus sains et dans la force de l'âge (infirmiers du service). Toutes les déterminations ont été faites au moyen du cryoscope de Raoult, sur un volume de 100 centimètres cubes de sueur. Celle-ci était obtenue et recueillie au moyen d'une étuve sèche. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

« 1° Le point de congélation moyen de la sueur de l'homme sain est de — 0°237.

2° Il oscille, suivant les individus, entre — 0°08, chiffre minimum, et — 0°46, chiffre maximum.

3° Les oscillations tiennent, en majeure partie, aux variations de la quantité de chorure de sodium contenue dans la sueur ». (*C. R. Acad. des sc.*, 1900.)

THÉRAPEUTIQUE

Traitement des pneumonies des vieillards par la digitale à haute dose. — M. Vires (de Montpellier), s'appuyant sur 25 cas de pneumonies traités chez des vieillards de son service de l'Hôpital général par la digitale à haute dose, établit les indications thérapeutiques suivantes :

1° La digitale à haute dose est indiquée dans la pneumonie des vieillards, quand il y a fléchissement du cœur et insuffisance de la diurèse;

2° La digitale à haute dose est très bien supportée, et, sous l'influence très active qu'elle exerce vis-à-vis du cœur et de la diurèse, elle semble modifier l'allure adynamique de la pneumonie et avoir une heureuse influence sur sa durée et sa terminaison. (*Bull. méd.*, 28 nov. 1900.)

OLLIER

C'est avec un profond regret que nous avons appris presque en même temps la maladie et la mort de Léopold Ollier. Avec lui disparaît un des représentants les plus illustres de la science médicale française, aussi le deuil qui frappe l'École lyonnaise sera-t-il partagé de tous.

Les travaux d'Ollier sont trop universellement connus pour qu'il soit nécessaire de rappeler qu'il a attaché son nom à l'étude de la régénération osseuse et que son grand honneur est d'en avoir tiré des conséquences pratiques en vulgarisant les résections.

C'est en 1858 qu'Ollier commença la série de ses longues et fructueuses recherches sur la régénération des os et des articulations. Du 13 août au 31 décembre 1858, il publia dans la *Gazette hebdomadaire* sous le titre suivant : *Des moyens chirurgicaux de favoriser la reproduction des os*, une série d'articles qui exposaient dans un but historique et critique l'état de la question et qui se terminaient par l'exposé de ses expériences personnelles.

« Nous étions au début très hésitant, dit-il (1), et peu partisan de la théorie de formation de l'os par le périoste ; nous pensions que le périoste n'agissait que comme membrane vasculaire et fibreuse, et n'avait rien de spécial dans les propriétés de ses éléments anatomiques. C'est sur ces entrefaites que nous eûmes l'idée de la transplantation du périoste. »

Le 6 décembre 1858, Velpeau communiqua, à l'Académie des sciences, les résultats obtenus par la transplantation du périoste, résultats qui montraient clairement que « le périoste est actif par lui-même et doit ses propriétés ossifiantes aux éléments de sa couche profonde ».

Partant de ses expériences, Ollier montra qu'il était possible de reconstituer une articulation sur son type primitif en gardant la gaine periostéo-capsulaire. Ces théories ne furent pas acceptées sans opposition, mais Ollier, continuant ses recherches avec patience et méthode, put bientôt appuyer ses théories sur des faits cliniques personnels, et en janvier 1867, il réunit tous ces faits et tous ses travaux antérieurs dans son *Traité expérimental et clinique de la régénération des os et de la production artificielle du tissu osseux*. Cet ouvrage obtint en 1867 le grand prix de chirurgie décerné par l'Institut.

Au milieu de l'opposition que soulevèrent de 1858 à 1867 les résections périostées, Ollier rencontra cependant de chauds appuis. C'est ainsi que, dès 1859, Verneuil pratiqua chez l'homme la première résection sous-capsulo-périostée du coude.

Plus tard, les théories d'Ollier reçurent surtout leur application en Allemagne, et dans ce pays, von Langenbeck fut un des premiers à attirer l'attention sur elles.

(1) *Traité des résections*, Paris 1885, p. 41, n. 1.

En 1885, Ollier publia enfin son magistral *Traité des résections et des opérations conservatrices qu'on peut pratiquer sur le système osseux.* Cet ouvrage est resté classique.

Léopold Ollier était né le 2 décembre 1830. Il était professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon, correspondant de l'Institut de France, membre associé de l'Académie de médecine, correspondant de la Société de chirurgie, membre associé de l'Académie royale de chirurgie de Londres, des Académies de médecine de Berlin, Moscou, Vienne, etc... Il était commandeur de la Légion d'honneur.

Nous adressons à son frère, le docteur Victorin Ollier, e à toute sa famille, l'assurance de notre respectueuse et très cordiale sympathie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

541. M. Mallard. Quelques considérations de la pneumonie chez les obèses. — 542. M. Blum. Du drainage prolongé de l'utérus consécutif à la dilatation et au curetage, dans le traitement de certaines affections utérines et péri-utérines. — 543. M. Kerbiriou. Les kystes du canal de Nück. — 544. M. Roger. Essai sur les indications opératoires et le choix de l'intervention dans le traitement dessuppurations pelviennes. — 545. M. Bonte. L'inversion utérine irréductible. (Nouveau procédé du traitement chirurgical conservateur.) — 546. M. Tassigny. Contribution à l'étude clinique des amyotrophies paralytiques de cause articulaire. — 547. M. Fargeas. De l'absence congénitale de la rotule. — 548. M. Dubar. Des ostéomes des fosses nasales et des sinus avoisinants. — 549. M. Clerc. Essais sur les épiploïtes chroniques et la torsion de l'épiploon. — 550. M. Cruet. Contribution à l'étude de l'épulis. — 551. M. Athanasiu. Angine ulcéro-membraneuse aiguë ; des bacilles fusiformes de Vincent et spirilles chez les enfants. — 552. M. Laurent. De l'utilité des très hautes doses d'iodure de potassium dans le traitement de certains cas de syphilis. — 553. M. Bellœuf. De l'hystérectomie abdominale totale avec évidement du bassin dans le traitement du cancer de l'uterus. — 554. M. Grisel. Des malformations rachitiques du membre inférieur chez l'enfant. — 555. M. Meyer. De l'incision complète et de proche en proche des voies biliaires pour l'extraction des calculs du cholédoque. — 556. Mme Kritchewska. Salpingite hémorragique. Étude histologique. — 557. Mlle Zabloutowsky. Sur les rétentions utérines au cours du cancer. — 558. M. A. Clément. Contribution à l'étude de l'étranglement du cordon ombilical par les brides amniotiques. — 559. M. Fernandez de Armenteros. Contribution à l'étude la syphilis de troisième génération. — 560. M. Sempé. Contribution à l'étude de l'iodoforme. Pulvérisations iodoformées par le chlorure d'éthyle dans les plaies infectées et les trajets fistuleux. — 561. M. Mausy. Pneumothorax dans la fièvre typhoïde. — 562. M. Mauger. La perforation typhique de l'intestin et de ses annexes. Son traitement chirurgical. — 563. M. Millardet. Des oblitérations des artères viscérales dans la fièvre typhoïde. — 564. M. Mayer. Essai sur la soif; ses causes et son mécanisme. — 565. M. Ouvrier. Sur une forme particulière de l'utérus pendant les premiers mois de la gestation. — 566. M Rouault. De l'intervention prophylactique et précoce dans la rétention des membranes après l'accouchement à terme. — 567. M. Legrand. De la faible natalité en France. — 568. M. Dufour. Contribution à l'étude des présentations de l'épaule. — 569. M. Ferrand. Sur le cloisonnement transversal incomplet d'origine congénitale du col et du segment inférieur de l'utérus. — 570. M. Roupin-Hagopian. De l'emploi de l'eau oxygénée dans les affections urinaires. — 571. M. Montfort. Traitement des troubles urinaires des vieillards par la résection totale des cordons.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Anatomie. — Séance du 26 novembre : MM. Denis, 12 + 14 = 26; Sebilleau, 12 + 11 = 23; Georget, 4 + 12 = 16; Claeys, 6 + 9 = 15; Lestelle, 4 + 7 = 11.

MM. Munch et Bordenave, absents le 23 novembre, sont excusés.

Pathologie. — Séance du 26 novembre : MM. Cantonnet, 10 + 13 = 23; Guillaume (Louis), 12 + 8 = 20; Deniker, 8 + 5 = 13; Delion, 11; Levassort, 5; Mezger, 4; Guilly et Petit (Alphonse), 3; Viollet, 2.

Concours d'agrégation (médecine). — Le jury du concours pour dix places d'agrégés des Facultés de médecine (Paris, 5; Lyon, 2; Bordeaux, 1; Montpellier, 1; Nancy, 1), qui doit s'ouvrir le lundi 17 décembre prochain, est actuellement composé de MM. Jaccoud, président; Dieulafoy, Hutinel, Chantemesse et Cornil (de Paris), Bondet (de Lyon), Coyne (de Bordeaux), Grasset (de Montpellier), Schmitt (de Nancy), juges titulaires; Brissaud, Charrin, Gaucher et Roger (de Paris), juges suppléants.

Les candidats admis à prendre part à ces concours sont :

Paris : MM. Apert, Auclair, Aviragnet, Bergé, Bernard (L.), Bezançon (F.), Boix, Boulloche, Brouardel (G.), Carnot (P.), Cavasse, Claisse, Claude, Dufour, Enriquez, Gasne (G.-A.), Gastou, Gouget, de Grandmaison de Bruno, Jeanselme, Josué, Labbé (E.-M.), Legry, Lesage, Lion, Macaigne, Marie (Ch.-R.), Milian, Mosny, Papillon (G.), Philippe (Cl.), Renault (J.), Renon (L.), Roubinovitch, Sergent, Sicard (J.), Souques et Terrien.

Montpellier : MM. Ardin-Delteil et Vedel.

Nancy : MM. Garnier, Hoche et Spillmann (F.-L.).

Bordeaux : MM. Cabannes, Mongour et Verger.

Lille : M. Patoir.

Lyon : MM. Chatin, Courmont (F.-P.), Duplant, Lépine (J.), Nicolas, Pauly, Piéry et Roux (J.).

Facultés de province. — *Bordeaux.* — M. Abadie est nommé chef de clinique médicale.

Écoles de médecine. — *Poitiers.* — M. Chédevergne est nommé directeur pour une période de trois ans.

Tours. — M. Delagenière est nommé professeur de clinique chirurgicale, et M. Louis Thomas, professeur de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Caboureau, médecin des colonies, décédé à Pondichéry, des suites d'une piqûre anatomique.

Anthropologie. — Le poids des monarques. — Les monarques sont des gens de poids, c'est entendu. Mais s'ils pèsent lourdement sur le budget de leurs peuples, en va-t-il de même sur la vulgaire balance automatique qui vous avertit que « bien se connaît qui souvent se pèse »?

De tous les souverains européens, c'est Carolus, un Portugais qui n'est pas gai, qui détient le record de la pesanteur ; il pèse exactement 92 kilos ; après lui vient immédiatement Ferdinand de Bulgarie avec 175 livres. Oscar II de Suède pèse 80 kilos.

Guillaume II a des poids très variables, suivant les uniformes qu'il endosse et aussi à cause d'une maladie d'estomac qui l'oblige à une diète absolue pendant des journées entières ; en moyenne, il pèse 160 livres. François-Joseph d'Autriche pèse 70 kilos; Victor-Emmanuel 66; Léopold de Belgique 65; notre grand ami le tsar est un poids léger : 55 kilos.

S. M. la reine Victoria a beaucoup maigri : elle pesait, il y a deux ans encore, 180 livres; elle suit un régime spécial qui l'a diminuée de 7 kilos. La *petite* reine de Hollande pèse 150 livres, et elle engraisse. Le petit roi d'Espagne ne pèse que 45 kilos.

Notre sympathique consœur, Carmen Sylva, pèse 82 kilos. C'est respectable, mais depuis longtemps elle ne *pèse* plus sur les destinées de son peuple.

M. Émile Loubet pèse 82 kilos. Il n'est pas grand, mais il est tout en os, comme on dit à Montélimar. (*Journ. de méd. de Paris.*)

Conférence privée d'internat. — MM. Aubertin et Neuret, internes des hôpitaux, commenceront le 1[er] décembre une conférence d'internat.

S'adresser à l'hôpital de la Charité.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 137. — SAMEDI 1er DECEMBRE 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 1er DÉCEMBRE 1900. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Revue générale. Le séro-diagnostic de la tuberculose, par MM. S. Arloing, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, directeur de l'École vétérinaire, et Paul Courmont, ex-chef de clinique médicale, chef des travaux adjoint de bactériologie à la Faculté. — Séance de la Société de chirurgie. — Syndicat des médecins de la Seine. Assemblée générale du 25 novembre 1900. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

REVUE GÉNÉRALE

Le séro-diagnostic de la tuberculose.

Par MM. S. Arloing,
Professeur à la Faculté de médecine de Lyon, directeur de l'École vétérinaire,
et Paul Courmont,
Ex-chef de clinique médicale, chef des travaux adjoint de bactériologie à la Faculté.

I

Historique. — C'est en 1898, que M. Arloing rechercha l'agglutination du bacille de Koch et l'appliqua le premier au séro-diagnostic de la tuberculose, dont il n'est pas besoin de montrer l'importance.

La condition la plus difficile était d'obtenir des cultures liquides, homogènes, de bacilles de la tuberculose humaine. Après avoir obtenu, par une série de manipulations qu'il a fait connaître (1), ces cultures homogènes en bouillon glycériné, M. Arloing constata que le sérum sanguin de certains animaux, imprégnés de tuberculine ou inoculés avec des bacilles tuberculeux atténués, les agglutinait avec énergie; le sérum normal de certaines espèces les agglutinait aussi, mais avec beaucoup moins d'activité (2). L'auteur poursuivit ces essais sur un nombre suffisant de malades, pour se convaincre que la séro-agglutination pourrait s'appliquer au séro-diagnostic de la tuberculose (3) humaine.

Continuant ses études sur l'apparition ou l'accroissement du pouvoir agglutinant dans le sang, M. Arloing s'aperçut que ce pouvoir se développait sous l'influence de certaines substances chimiques introduites fréquemment dans l'organisme de la chèvre, tels que le gaïacol, la créosote, l'eucalyptol, le sublimé corrosif (4).

(1) S. Arloing. Sur l'obtention de cultures et d'émulsions homogènes du bacille de la tuberculose humaine en milieu liquide, *C. R. de l'Acad. des sc.*, Paris 9 mai 1898.

(2) S. Arloing. Agglutination du bacille de la tuberculose vraie, *C. R. de l'Acad. des sc.*, 16 mai 1898.

(3) S. Arloing. Agglutination du bacille de Koch par le sérum sanguin des tuberculeux, Congr. de méd. interne, Montpellier 1898.

(4) S. Arloing. Apparition dans le sérum sanguin, sous l'influence de produits chimiques, d'une matière capable d'agglutiner le bacille de la tuberculose vraie, *C. R. de l'Acad. des sc.*, Paris 31 mai 1898.

Le développement du pouvoir agglutinant, sous l'influence de substances non spécifiques, n'amoindrit pas le parti que l'on peut tirer de la séro-agglutination, dans le diagnostic de la tuberculose chez l'homme, où on ne l'emploiera que dans le cas de légitime suspicion.

Il fallait donc se lancer dans la voie des applications et recueillir un très grand nombre d'observations. Cette phase de la question a été étudiée en commun avec M. Paul Courmont. Chemin faisant, des recherches intéressantes ont été faites sur l'obtention et le choix des cultures homogènes (1).

De nombreuses expériences sur les animaux furent poursuivies par nous pendant plus de deux ans pour élucider certains points des causes et des modifications du pouvoir agglutinant des sérums tuberculeux (2).

Mais, le plus grand nombre des faits publiés par nous depuis deux ans, en France et à l'étranger (Congrès de Paris 1898, Congrès de Berlin 1899, Congrès de Paris 1900), porta sur les résultats cliniques du séro-diagnostic (3), qui comprennent plus de 400 observations chez des malades étudiés principalement dans le service de clinique de M. le professeur Bondet et celui de M. le professeur Teissier.

Depuis 1898, l'un de nous étudia principalement le séro-diagnostic des pleurésies tuberculeuses et les propriétés agglutinantes des épanchements séreux eux-mêmes (4).

(1) S. Arloing et Paul Courmont. De l'obtention des cultures du bacille de Koch les plus propices à l'étude du phénomène de l'agglutination par le sérum sanguin des tuberculeux, *C. R. de l'Acad. des sc.*, 19 sept. 1898.

(2) S. Arloing et Paul Courmont. Des causes qui modifient le pouvoir agglutinant dans le sang des sujets expérimentalement tuberculeux, *Journ. de physiol. et de pathol.*, 1900, n° 1. — *Id.* Influence chez le chien d'une inoculation de bacilles de Koch très virulents sur le pouvoir agglutinant, Soc. de biol., nov. 1900. — *Id.* Répartition de la substance agglutinante chez les animaux tuberculeux, Soc. de biol., 1900.

(3) S. Arloing et Paul Courmont. Recherche et valeur clinique de l'agglutination du bacille de Koch, *C. R. de l'Acad. des sc.*; Cong. pour l'étude de la tubercul., Paris 1898. — Séro-diagnostic de la tuberculose, Cong. pour la lutte contre la tubercul., mai 1899. — L'agglutination du bacille de Koch. Séro-diagnostic, *Zeits. f. Tuberk. und Heistættenwesen.* 1900, Band I, Heft. 1.

(4) Paul Courmont. Action des épanchements des séreuses sur le bacille de Koch en milieux liquides, Soc. de biol., 28 mai 1898. — Séro-diagnostic des épanchements tuberculeux, *Presse méd.*, 11 juin 1898; Cong. de la tubercul., Paris 1898. — Agglutination du bacille de Koch par les épanchements tuberculeux. Séro-diagnostic, *Arch. de méd. expérim.*, et Soc. de biol., nov. 1900. — Voir sur le même sujet : Th. de Feitu, Lyon 1900.

Cependant, d'autres auteurs obtenant des cultures homogènes analogues aux nôtres, ou employant d'après notre méthode celles que nous leur avons envoyées, ont confirmé à peu près tout ce que nous avons publié.

MM. Mongour et Buard (de Bordeaux) ont, en clinique, employé la méthode avec le plus grand succès (1). M. Buard a même réussi à obtenir, de son côté, une culture homogène en partant de cultures solides sur carotte. Cette culture liquide présente les mêmes propriétés d'ensemble (végétabilité, agglutination) que la nôtre. Nous-mêmes, à Lyon, avons pu, en effet, comparer les deux échantillons, comme M. Buard l'a fait à Bordeaux. On trouvera l'exposé de tous ces travaux et de leur application clinique, dans les deux thèses de Buard (2) et de Rothamel (3).

En Amérique, Knopf (4), de New-York, a étudié la séro-réaction dans quelques cas chez l'homme et l'animal.

En Allemagne, le travail le plus important est dû à M. Bendix (5), à la clinique du professeur Von Leyden; il confirme sur tous les points nos travaux et montre leur valeur clinique aux points de vue diagnostic et pronostic. Quelques mois après, Von Leyden insistait, à la Société de médecine interne de Berlin, sur l'importance du séro-diagnostic tuberculeux pour les péritonites tuberculeuses.

D'autres auteurs, MM. Beck et Rabinowitch (6) ont étudié la méthode avec des cultures que nous leur avions envoyées. Ils sont absolument d'accord avec nous sur la plupart des faits expérimentaux (nature et caractères de nos cultures, leur virulence pour l'animal, leur agglutinabilité, le développement du pouvoir agglutinant dans le sang des animaux tuberculisés); quant à leurs essais d'application à la clinique, nous avons critiqué ailleurs cette partie de leur travail (7).

M. Frænkel (de Halle), dans un mémoire très consciencieux, confirme un grand nombre de nos résultats. Au point de vue clinique, ayant observé un très petit nombre de faits, il attend de nouveaux essais pour se prononcer (8).

Enfin, au Congrès de Paris, en 1900, M. Ferré et M. Mosny ont apporté de nouveaux faits très probants en faveur de la méthode.

Notre travail ne portant que sur le séro-diagnostic de la tuberculose, nous avons passé sous silence les recherches de Ferran (de Barcelone) et de Dubard (de Dijon). Le premier dans une note (Académie des sciences 1898), dont le titre indique les conclusions: « Sur les aptitudes saprophytes du bacille de la tuberculose et ses affinités avec le bacille du typhus et le bactérium coli, » signale la mobilité et l'agglutination des cultures liquides du bacille de Koch, mais ses expériences sont passibles de plusieurs objections et il ne se préoccupe pas des applications au séro-diagnostic.

M. Dubard a apporté au Congrès de Paris, 1898 (Sur l'agglutination des bacilles tuberculeux) une très longue série de conclusions et d'affirmations qui laissent peu de place à la discussion, sinon à la critique, par leur brièveté et l'absence de détails, et dont il n'a déduit aucune conclusion positive au sujet du séro-diagnostic.

En somme, un très grand nombre de travaux ayant vu le jour sur cette question du séro-diagnostic de la tuberculose, nous avons voulu, après les avoir indiqués, résumer, d'*après notre expérience personnelle*, tout ce qui concerne le point de vue pratique des applications; nous serons donc plus brefs sur tout ce qui touche au côté théorique.

II

Technique du procédé. — I. Obtention de cultures homogènes de bacilles de Koch en milieu liquide. — Le résultat s'obtient en deux temps : dans un premier, on tache d'arriver à des cultures sur pommes de terre dont les colonies rapprochées, luxuriantes, ont un aspect gras et brillant; dans un second, on s'efforce d'acclimater ces colonies dans des milieux liquides. (Voir pour les détails : S. Arloing. Ac. des sciences, 9 mai 1898.)

La principale condition pour conserver ensuite l'homogénéité dans des générations successives est l'agitation des matras, qui combat la tendance du bacille à végéter en grumeaux ou en voile. Ajoutons, toutefois, que cette tendance diminue à mesure que les générations deviennent plus nombreuses. Avec le temps, nous sommes même parvenus à faire végéter les bacilles dans du bouillon non glycériné.

Si les cultures vieillissent *au repos*, quelques colonies montent et se développent à la surface du bouillon. On distingue alors trois étages dans le matras : au fond, une couche de bacilles isolés ou réunis en grumeaux très fins; au milieu, le bouillon limpide et transparent; en haut, une couche de bacilles isolés comme dans un mycoderme.

Ces cultures homogènes s'éloignent du type classique. Ainsi, portées sous le microscope, elles présentent, à côté de petits amas, une majorité de bacilles isolés jouissant d'une certaine mobilité; transportées sur milieu solide, sur agar glycériné par exemple, elles donnent, au bout de quelques jours, un voile crémeux, blanchâtre, uniforme ou contourné.

Une autre conséquence importante de cette modification retentit sur les affinités du bacille de Koch pour les matières colorantes, surtout lorsqu'on s'éloigne de la culture souche. Prenons comme type : 1° une culture homogène de première ou seconde génération provenant de la culture sur pommes de terre; 2° une culture jeune, de dixième ou vingtième génération, provenant également d'une culture sur pomme de terre, mais dont les générations successives auront été très rapprochées les unes des autres; les bacilles du second type se laisseront facilement décolorer par les acides, tandis que ceux du premier conserveront plus ou moins complètement la propriété de résister aux décolorants.

Par contre, si nous laissons vieillir la culture du second type, nous voyons que le bacille récupère peu à peu ses caractères classiques; il résiste aux décolorants (méthode de Ziehl ou d'Haüser) alors qu'il n'avait pas ce caractère pendant les premiers jours de son développement.

(1) Mongour et Buard. Soc. de biol., 17 juin et 20 déc. 1899. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 déc. 1898 et 9 juillet 1899. — Mongour. Rapport à la Réunion méd.-chir. des hôpit. de Bordeaux, 1899.

(2) Buard. *Séro-réaction tuberculeuse. Cultures du bacille agglutinable. Étude spéciale chez l'enfant*, Th. de Bordeaux, 1900. — *Journ. de physiol. et pathol*,, sept. 1900. — Séro-réaction tuberculeuse, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, sept. 1900.

(3) Rothamel. *Agglutination du bacille de la tuberculose, principalement chez les tuberculeux cachectiques*, Th. de Bordeaux, nov. 1899.

(4) Knopf. Early recognition of pulmonary tuberculosis, *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, déc. 1899.

(5) Bendix. Zur Sero-diagnose der Tuberkulose, *Deutsch. med. Wochen.*, 5 avril 1900, p. 224.

(6) Beck et Rabinowitch. *Deutsch. med. Wochen.*, juin 1900, n° 25.

(7) S. Arloing et P. Courmont. Sur la valeur de la séro-réaction pour le diagnostic précoce de la tuberculose, *Presse méd.*, 1er sept. 1900, n° 73.

(8) Frænkel. Séro-diagnostic de la tuberculose d'après les recherches de S. Arloing et P. Courmont, *Hygien. Rundschau*, 10 juillet 1900.

Ces notions sont importantes à connaître au point de vue de la morphologie générale et du séro-diagnostic.

L'expérimentateur qui emploie ces cultures doit connaître la variabilité de leurs caractères pour ne pas se laisser tromper et prendre pour des cultures impures celles où les bacilles auraient perdu une partie de leurs propriétés classiques. Le retour de ces dernières à la normale, par vieillissement, sera toujours un critérium à employer.

La variabilité ne porte pas seulement sur la résistance aux décolorants, elle se manifeste encore dans l'aptitude des cultures à se laisser agglutiner. Il importe de conserver cette aptitude au même degré, lorsqu'on veut faire servir les cultures au séro-diagnostic (1).

La pratique nous a démontré un certain nombre de moyens et de conditions à l'aide desquels on obtient les cultures les plus propres à bien montrer le pouvoir agglutinant du sérum sanguin des tuberculeux. Nous allons les faire connaître.

II. Obtention des cultures les plus propices a l'agglutination. — Dans la recherche des cultures les plus propices à l'agglutination, il faut se préoccuper de plusieurs conditions.

a. Le milieu le plus convenable à l'obtention de ces cultures est le bouillon de bœuf ou de veau peptoné à 1 ou 2 p. 100 et glycériné à 6 p. 100. C'est à cette formule classique que nous nous sommes arrêtés après de nombreux tâtonnements.

b. Les ballons à fond plat, de forme cylindrique, sont supérieurs aux ballons sphéroïdaux pour éviter la formation du voile qui a tendance à couvrir la surface, car cette forme apporte quelque obstacle à l'ascension des colonies.

c. Il ne faudrait pas emprunter la semence tantôt a une culture vieille, tantôt à une culture jeune; on aurait ainsi des cultures filles de développement et de vitalité très inégales. Nous avons l'habitude d'ensemencer nos ballons avec une culture âgée d'un mois environ.

d. Il faut avoir soin également de semer toujours à peu près la même quantité de culture mère, pour la même quantité de bouillon, car la rapidité et la richesse des cultures filles en dépendent. Si on fait un ensemencement abondant, les cultures filles présentent un trouble marqué parfois en vingt-quatre heures; tandis qu'en ensemençant seulement quelques gouttes d'une culture d'un mois, on n'obtient un trouble manifeste qu'en deux ou trois jours et parfois davantage; d'ailleurs cela varie un peu avec le degré d'accoutumance de la culture au bouillon.

Toutes ces précautions ont pour but d'obtenir des cultures aussi semblables les unes aux autres que possible, afin d'éviter des changements dans leur aptitude à se laisser agglutiner en présence d'un sérum.

e. La température de l'étuve sera de + 38 degrés ou + 39 degrés.

f. Les cultures riches, âgées de huit à douze jours, nous ont paru les plus favorables à la réaction agglutinante. Lorsqu'elles datent de plus de quinze jours, la clarification est difficile à obtenir d'une façon complète avec la même dose de sérum, à moins qu'il ne s'agisse d'un sérum particulièrement agglutinant. L'habitude guide d'ailleurs beaucoup dans le choix d'une bonne culture, bien agglutinable. Un caractère d'une certaine valeur est tiré de la viscosité; il faut que celle-ci soit assez grande pour que la culture mousse bien par mélange avec l'air.

III. Technique de la recherche du pouvoir agglutinant des sérums sur les cultures liquides homogènes du bacille de Koch. — Pour faire des recherches satisfaisantes sur l'agglutination des précédentes cultures par le sérum sanguin des tuberculeux, *il est indispensable d'observer un certain nombre de précautions, jugées inutiles au séro-diagnostic d'autres affections*, de la fièvre typhoïde par exemple, bien que le procédé général soit le même dans les deux cas.

a. Habituellement, nous prélevons pour l'agglutination la partie supérieure des cultures, attendu que le fond de celles-ci renferme presque toujours des amas spontanés.

b. Le sérum doit être préféré au sang total, dont les globules peuvent masquer le dépôt; le sérum incolore, au sérum coloré par l'hémoglobine; le sérum frais, à celui qui aurait pu être souillé par des germes vulgaires. On l'obtiendra de la rétraction spontanée du sang qui s'est écoulé dans de petits tubes *ad hoc*, à la suite d'une piqûre de lancette faite à la pulpe d'un doigt dont la surface a été préalablement aseptisée. A défaut de la rétraction spontanée du caillot, on a recours à l'écrasement du coagulum, puis à l'action de la force centrifuge pour bien séparer le sérum de la partie solide.

c. Les tubes stérilisés dans lesquels on fait la réaction auront un petit diamètre pour que la colonne liquide soit d'une certaine hauteur. Une fois le mélange bien accompli à leur intérieur par agitation, on les inclinera à 45 degrés afin que les grumeaux se déposent plus facilement, au fur et à mesure de leur formation, sur une certaine longueur des tubes.

d. Avec chaque sérum, on prépare trois mélanges de titre différent à 1/5, à 1/10, à 1/20; c'est-à-dire à une goutte de sérum pour cinq de culture, et ainsi de suite.

L'agglutination n'a pas ou n'a que peu de signification pratique dans un mélange dont le titre est supérieur à 1/5; ordinairement, elle fait défaut au-dessous de 1/20. Cette échelle de trois tubes facilite l'observation dans les cas limites.

e. Le temps au bout duquel la séro-agglutination est complète, toujours bien plus long que dans la séro-agglutination typhoïde, varie d'ailleurs beaucoup suivant les sérums.

Les modifications les plus importantes se passent dans les premières heures. Les modifications qui se produiraient au delà de vingt heures sont en général négligeables.

f. L'effet du sérum est cherché à l'œil nu et au microscope.

A l'œil nu, on se rend compte de l'abondance et de l'aspect du dépôt, et aussi de la clarification plus ou moins complète du mélange. *Le dépôt s'apprécie plus aisément dans les tubes inclinés*, où il se forme sur une large surface, le long de la paroi inférieure, soit sous l'aspect de flocons peu adhérents, soit sous celui d'une couche lamelleuse fixée au verre. Lorsque la réaction est simplement ébauchée, la paroi est comme finement striée de petits grains et le liquide reste louche. Le dépôt ne doit jamais se produire sans adjonction de sérum; par conséquent, on ne doit jamais manquer de préparer un *tube témoin* comme terme de comparaison. La clarification s'apprécie en regardant les tubes à jour frisant, sur un fond noir.

(1) Le bacille que nous conservons en culture homogène a peu de virulence; cependant, il peut donner de belles éruptions tuberculeuses épiploïques sur le lapin, à la suite d'injections dans le péritoine à la dose de 1 centimètre cube. Nous avons aussi observé, irrégulièrement, chez le cobaye des cas de tuberculisation généralisée.

L'examen microscopique d'une goutte non colorée du mélange, à un fort grossissement (sans immersion ni éclairage Abbe, car les bacilles sont très réfringents), doit toujours être fait. Lorsqu'on veut s'y livrer, il faut éviter de détruire les grumeaux par une agitation trop forte du dépôt et *comparer une goutte de culture du tube témoin*, non additionnée de sérum, à une goutte de la même culture ayant subi la séro-réaction.

g. Malgré toutes les précautions sus-indiquées, l'appréciation de la limite du pouvoir agglutinant n'est pas toujours facile, parce que l'aptitude des cultures à se laisser agglutiner peut présenter d'assez grandes différences. On remédie à cette autre difficulté, en comparant les séro-réactions à celles que peut produire le sérum d'un animal tuberculisé, ou la sérosité d'une pleurésie ou d'une péritonite tuberculeuse (*sérum étalon ou sérosité étalon*), que l'on conserve aisément et *dont le pouvoir agglutinant est connu d'avance*.

Cette dernière précaution est le meilleur moyen que nous ayons trouvé pour mesurer aussi exactement que possible l'aptitude de nos cultures à se laisser agglutiner et pour rendre nos résultats comparables entre eux. Sans cela, comme on rencontre de temps en temps, pour des causes souvent inconnues, des cultures qui offrent une aptitude ou au contraire une résistance anormale à l'agglutination, on s'expose à des erreurs importantes. Aussi *chaque fois que nous essayons le pouvoir agglutinant d'un sérum, nous faisons toujours, en même temps, la réaction sur la même culture avec notre sérum étalon.*

Nous ne saurions trop insister sur tous ces détails et ces précautions de technique. Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde par la méthode de Widal, a habitué les chercheurs à une facilité très grande qu'il ne faut pas s'attendre à retrouver ici. L'entretien et le maniement des cultures appropriées est en somme très simple, mais demande des soins constants. L'application de la méthode en clinique *réclame une période de tâtonnement et d'éducation pour chaque observateur* qui doit surtout s'habituer, avant de passer aux applications, à bien connaître les cacactères de sa culture, la rapidité de son développement et l'agglutinabilité à telle ou telle période. C'est ainsi qu'au point de vue de l'âge une culture trop jeune sera ou bien trop pauvre en bacilles ou bien trop facilement agglutinable ; une culture trop âgée et trop riche en bacilles sera souvent trop « dure » à l'agglutination et donnera à tort des résultats négatifs. De même des variations trop grandes dans la quantité de culture ensemencée peuvent faire varier également la richesse et l'agglutinabilité des cultures pour un jour donné. Enfin il faut savoir que les cultures liquides de bacilles de Koch, d'abord péniblement et artificiellement développées, poussent de mieux en mieux, et plus rapidement à mesure qu'on les réensemence fréquemment. C'est un phénomène que nous avons nettement constaté depuis deux ans; nos cultures poussent mieux et plus vite actuellement qu'en 1898. De telle sorte que nous obtenons en un temps plus court (huit à dix jours) des cultures très propices à l'agglutination et avec lesquelles nous observons le phénomène en quelques heures (de trois à cinq) sans être obligés d'attendre dix à vingt heures comme dans les premiers temps.

M. Buard a constaté des faits analogues avec son échantillon de bacille, et en pratique il emploie des cultures plus jeunes que nous et observe l'agglutination en un temps plus court.

Nous répétons que ces détails peuvent varier un peu avec les habitudes de chaque expérimentateur. L'essentiel est de bien connaître les aptitudes de ses cultures et de les entretenir constamment dans des conditions toujours identiques.

Nous rappelons surtout : la nécessité d'agiter assez fortement les cultures tous les jours, d'ensemencer à peu près toujours la même quantité d'une culture mère d'un même âge, enfin les services que rend l'emploi d'un sérum étalon dont l'action comparative permet de juger l'agglutinabilité d'une culture à un jour donné.

Si cette nécessité d'employer une technique minutieuse et uniforme à laquelle il faut s'habituer paraissait rebutante à quelques-uns, nous répondrions que l'importance du diagnostic précoce de la tuberculose vaut bien ce léger surcroît de peine. D'ailleurs les heureux résultats de Mongour, Buard, Rothamel, Bendix, Mosny, etc., prouvent que la méthode a déjà fait ses preuves entre d'autres mains que les nôtres.

III

Pouvoir agglutinant des humeurs des tuberculeux. Applications cliniques. — Le *sérum des animaux* de certaines espèces peut acquérir un pouvoir agglutinant extrêmement élevé vis-à-vis du bacille tuberculeux, *si on inocule à ces animaux des cultures de tuberculose très atténuée.* C'est ainsi que chez le chien, par exemple, le pouvoir agglutinant s'élève très haut, peut dépasser 1 p. 500. En pratique, c'est même par l'étude de tels sérums, qu'on pourra, dans tout laboratoire, observer le plus facilement l'agglutination du bacille tuberculeux et se préparer à l'application du séro-diagnostic tuberculeux chez l'homme.

Mais il faut bien savoir que selon les espèces animales, il y a de grandes variations du pouvoir agglutinant à la suite des mêmes inoculations. Nous indiquons ces détails au paragraphe IV.

Chez l'homme tuberculeux, le sérum sanguin se comporte, vis-à-vis des cultures agglutinables du bacille de Koch, comme les humeurs de certains animaux tuberculisés, les cobayes, par exemple. Son pouvoir agglutinant s'élève rarement au-dessus de 1 p. 20, et nous ne l'avons jamais vu atteindre le titre élevé que nous avons constaté chez le bouc ou chez le chien. Généralement, il oscille autour de 1 p. 10, et c'est en raison de ce titre peu élevé qu'il faut, pour le constater et le mesurer exactement, prendre toutes les précautions que nous avons indiquées au paragraphe de la technique.

Nos premiers résultats ont été exposés dans les mémoires que nous avons déjà signalés.

Nous avons poursuivi cette étude et notre statistique porte actuellement sur plus de 400 malades ou hommes sains.

A. Pouvoir agglutinant du sérum sanguin. — 1° *Dans les cas de tuberculose dite « médicale ».* — Nous avons étudié le sérum de 352 sujets, pris au hasard, principalement des malades et surtout des tuberculeux de la clinique du professeur Bondet ou du service du professeur Teissier, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Si nous totalisons l'ensemble des cas observés par nous depuis deux ans, c'est-à-dire les chiffres de notre statistique du Congrès de Berlin et ceux des 166 cas nouveaux que nous apportions au Congrès de Paris (juillet 1900), nous obtenons la statistique suivante :

Nombre total des cas..	352	
Malades tuberculeux d'après la clinique :		
Nombre total des cas..	191	
Réactions positives ...	168	soit 87,9 p. 100
Réactions négatives...	23	— 12,1 —
Malades non tuberculeux d'après la clinique :		
Nombre total des cas..	130	
Réactions positives ...	45	soit 34,6 p. 100
Réactions négatives...	85	— 65,4 —
Sujets sains en apparence :		
Nombre total des cas..	41	
Réactions positives ...	11	soit 26.8 p. 100
Réactions négatives...	30	— 73,2 p. 100

Si l'on compare le chiffre des réactions positives dans les trois catégories, on voit que ce chiffre baisse graduellement en passant des tuberculeux (87,9 p. 100) aux malades hospitalisés (34,6 p. 100) et enfin aux sujets valides (26,8 p. 100), ce qui correspond à ce que l'on sait pour ces deux dernières catégories de la fréquence de la tuberculose chez les individus en apparence indemnes.

Mais il est utile d'examiner en détail chacune de ces catégories.

a. *Tuberculeux.* — Les cas de cette catégorie étaient pris au hasard et comprenaient les faits les plus disparates comme localisation (poumon, plèvre, péritoine, intestin, appendice, ganglions, articulations, etc.), et comme gravité (depuis la phtisie cavitaire, la phtisie galopante, la pneumonie caséeuse, jusqu'à la pleurésie bénigne et les lésions discrètes des sommets). Le chiffre de 12 p. 100 de réactions négatives chez des tuberculeux avérés pourrait, au premier abord, diminuer la confiance que l'on doit avoir dans le séro-diagnostic. Hâtons-nous de dire, comme nous l'avons fréquemment publié, que *ce sont les cas de tuberculose grave* (phtisie cavitaire, galopante, etc.) *qui fournissent presque tous les cas de séro-réaction négative*, et qu'*au contraire les tuberculoses discrètes et curables* (pleurésies, lésions minimes des sommets) *donnent presque toujours un séro-diagnostic positif* (1). Nous retrouverons des résultats absolument analogues à propos des tuberculoses chirurgicales et des pleurésies. Ceci est très rassurant au point de vue des applications, puisque ce sont surtout aux cas légers et au début, qui sont le plus difficile à diagnostiquer cliniquement, que nous avons voulu surtout appliquer la séro-réaction ou le *diagnostic précoce de la tuberculose*.

D'ailleurs, un malade très tuberculeux, dont la séro-réaction est négative, peut avoir présenté au début de son affection, une réaction positive utile pour le séro-diagnostic. Nous avons constaté des cas, Bendix également, où le pouvoir agglutinant d'un sérum d'un tuberculeux s'atténuait progressivement à mesure que progressait la maladie, et jusqu'à disparaître complètement.

b. *Malades non cliniquement tuberculeux.* — Ces cas, au nombre de 130, concernent toutes les maladies habituelles des services de médecine générale (peumonies, fièvres diverses, cardiopathies, maladies du système nerveux, etc., etc.).

On voit quelle énorme proportion de tuberculoses latentes serait révélée par la séro-agglutination. Cela ne doit pas nous surprendre. Tout le monde sait l'extrême fréquence de la tuberculose latente, surtout chez les malades des hôpitaux, appartenant à une classe où règnent la misère physiologique et le mépris de l'hygiène la plus élémentaire.

(1) Voir la discussion des faits : *Zeits. f. Tubercul.*, Band I, Heft I, p. 117, et *C. R. du Cong. de Paris*, 1900.

Au surplus, pour montrer combien notre séro-réaction est apte à déceler à elle seule des cas de tuberculose latente, nous indiquerons le fait suivant :

Dans une de nos premières statistiques (C. R. du congrès de Berlin et *Zeits. fur Tubercul.*, p. 117), sur 20 malades chez lesquels nous avions cherché la séro-réaction, 9 ayant présenté une *réaction positive* ont offert, à l'autopsie, des lésions demeurées absolument latentes pendant la vie (soit 45 p. 100). Ils s'agissait de sujets atteints de maladies chroniques (myocardites, diabète, maladies nerveuses, etc.) et emportés presque tous par une épidémie de broncho-pneumonie grippale.

Si nous n'avions pas eu à l'occasion de cette épidémie la possibilité de pratiquer des autopsies, ces cas auraient été classés dans la catégorie des non-tuberculeux et auraient fait, bien à tort, trouver la séro-réaction en défaut.

D'ailleurs parmi les autres faits de réactions positives nous trouvons de nombreux cas suspects de tuberculose sans qu'il y ait des signes de certitude. En réalité, si l'autopsie était toujours possible, on pourrait probablement déceler une tuberculose latente dans presque tous les cas (1).

Nous n'osons affirmer cependant que le sérum de tous les sujets, indemnes de lésions tuberculeuses macroscopiques *accessibles à nos moyens d'investigation*, ne soit jamais agglutinant pour le bacille de Koch.

Nous trouvons en effet, dans notre statistique du congrès de Paris, 2 malades chez lesquels le pouvoir agglutinant très net à 1 p. 10 fut observé pendant la vie, sans qu'à l'autopsie une lésion tuberculeuse certaine pût être décelée, ni aux sommets des poumons, ni dans les ganglions, ni dans aucun viscère. Il s'agit d'un cas de purpura infectieux d'origine et de nature indéterminées, et d'un cas d'hémorragie cérébrale. Dans ces deux cas, l'autopsie fut minutieusement pratiquée, en raison précisément de l'existence de la séro-réaction positive pendant la vie.

Comme nous l'avons dit, de tels faits peuvent recevoir diverses interprétations. On peut penser qu'exceptionnellement le sérum d'un sujet non tuberculeux peut, dans certaines conditions indéterminées, agglutiner le bacille de Koch, de même que le sérum de certaines espèces animales (chien, cheval) possède naturellement cette propriété. Une seconde interprétation est la suivante : *on peut avoir affaire dans ces cas à des lésions tuberculeuses extrêmement minimes*, échappant forcément à une investigation macroscopique ; ou encore à la présence dans certains organes de bacilles tuberculeux n'ayant pas encore déterminé de lésions appréciables. On sait que ce dernier point a été prouvé par nombre d'auteurs ; les ganglions notamment peuvent contenir des bacilles virulents sans lésion tuberculeuse apparente ; il s'agit dans ces cas d'un véritable *microbisme latent* que peut seule déceler l'inoculation à l'animal et probablement aussi la séro-réaction.

Enfin il est possible qu'une imprégnation tuberculeuse

(1) Ce que l'on ne peut faire chez l'homme a été fait par M. Arloing sur la tuberculose bovine chez 120 sujets (veaux ou adultes), où *l'autopsie venait toujours contrôler la séro-réaction.* Dans cet ensemble de 120 observations, une seule fois le séro-diagnostic fut en défaut, c'est-à-dire que la séro-réaction était absente chez un seul animal tuberculeux. Chez tous les autres, la séro-réaction positive a coïncidé avec des lésions tuberculeuses. (Voir S. Arloing et P. Courmont. Valeur de la séro-réaction tuberculeuse, *Presse méd.*, 1er sept. 1900.)

antérieure, due à des lésions guéries et n'ayant laissé que peu de traces, ait donné au sérum un pouvoir agglutinant durable, persistant longtemps aux lésions qui l'ont engendré, comme cela se voit dans d'autres infections, la fièvre typhoïde notamment. Nous avons publié des faits expérimentaux favorables à cette dernière explication (1). Des chiens inoculés dans la plèvre avec des cultures de tuberculose, peuvent guérir complètement, ne pas présenter à l'autopsie la moindre trace de tuberculose plusieurs mois après l'inoculation et cependant jouir encore d'un pouvoir agglutinant supérieur à celui qu'ils avaient avant l'infection.

Dans l'état actuel de nos connaissances nous ne saurions dire à laquelle des trois interprétations précédentes nous nous rattacherions. Cependant l'hypothèse de lésions tuberculeuses très minimes, échappant à l'examen macroscopique ou encore du « microbisme tuberculeux latent », nous paraît la plus vraisemblable. C'est celle qui a été invoquée pour expliquer les faits analogues aux nôtres, où la tuberculine détermine des réactions thermiques chez les animaux sains en apparence, qui, à l'autopsie, ne présentent pas de tubercules.

La réaction agglutinante, comme les injections de tuberculine, et l'inoculation au cobaye peuvent certainement déceler des infections tuberculeuses inaccessibles aux autres moyens d'investigation (2).

c. *Sujets sains en apparence.* — Sur 41 sujets pris au hazard nous avons trouvé la séro-réaction positive, 11 fois soit 26,8 p. 100. Ce chiffre n'a rien qui doive nous étonner et cadre bien avec ce que l'on sait de la tuberculose latente. Un seul fait montrera la sensibilité et la valeur de la sèro-réaction dans ces cas. Un de nos sujets homme adulte, vigoureux et très bien portant, marié à une femme bien portante nous présenta une séro-réaction très nettement positive ; or il se trouve précisément que cet homme a perdu deux enfants de tuberculose et que le troisième est phtisique ; il nous parait évident d'après les notions actuellement admises, que ce sujet, sain en apparence, est tuberculeux en réalité et que la notion d'hérédité morbide vient confirmer le bien fondé du séro-diagnostic dans un cas où toute autre preuve est pour le moment impossible. C'est d'ailleurs l'étude de la séro-réaction chez les sujets non tuberculeux en apparence qui donnera les résultats les plus intéressants et les plus féconds au point de vue pratique, pour dépister d'avance une tuberculose latente avant que les lésions soient assez avancées pour être appréciées par les autres moyens, et à un moment où la curabilité est la règle. C'est là que réside en grande partie l'importance et l'avenir de la méthode, plutôt que dans la confirmation d'une tuberculose cliniquement avérée.

Il est intéressant d'ailleurs de rapprocher de l'ensemble de nos résultats ceux obtenus par un autre procédé de diagnostic, c'est-à-dire par les injections de tuberculine.

La statistique la plus étendue est celle qu'a publiée récemment M. Max Beck, reposant sur des malades tuberculeux ou non, entrés à l'Institut des maladies infectieuses de Berlin (1).

Les chiffres concordent autant que le permettent les conditions différentes de chaque travail. Nous nous sommes ailleurs longuement étendus sur ce point (Congrès de Berlin et *Zeitschrifft für Tuberc.*, 1900, p. 118).

2° *Dans les cas de tuberculose dite « chirurgicale ».* — L'étude des 55 malades, pris au hasard, dans des services de chirurgie (lésions ostéo-articulaires cutanées, etc.), nous a conduits aux résultats suivants, consignés dans la thèse de Clément (2) :

Sur 11 malades non tuberculeux, la séro-réaction a toujours été négative. Sur 44 tuberculeux, la séro-réaction a eté positive 76,6 fois p. 100 des cas de lésions ostéo-articulaires, 75 p. 100 des cas de lésions osseuses pures, et 70,6 p. 100 des cas de lésions tuberculeuses diverses.

Il semblerait donc que la séro-réaction soit moins constante dans les cas chirurgicaux que dans les cas médicaux ; mais cela tient, en grande partie, au grand nombre de cas graves observés dans cette statistique. En effet, voici ce que nous trouvons, en rangeant les cas par ordre de gravité, comme le fait M. Clément. Sur 6 cas très graves ou mortels, 6 réactions négatives ; sur 24 cas bénins ou guéris, toutes les réactions sont positives, franchement ou faiblement ; sur 17 cas où le pronostic est douteux, la réaction est tantôt positive, tantôt négative.

Les résultats sont donc très sensiblement les mêmes que pour les tuberculoses viscérales, et il y a le plus souvent rapport inverse entre la gravité clinique et l'intensité de la séro-réaction.

B. Pouvoir agglutinant des sérosités tuberculeuses. — La méthode générale du séro-diagnostic tuberculeux a été étendue par l'un de nous au diagnostic de la nature des épanchements pathologiques, par la recherche du pouvoir agglutinant non seulement du sérum sanguin, mais *des sérosités pathologiques elles-mêmes.*

On trouvera dans un travail récent (3) tous les détails d'application et les résultats obtenus par l'étude de 135 épanchements des séreuses, tuberculeux ou non, *chez l'homme ou chez l'animal.*

Le pouvoir agglutinant est toujours absent dans les sérosités non tuberculeuses ; il est presque toujours présent et souvent élevé dans les pleurésies, péritonites, etc., tuberculeuses bénignes ; il peut être absent dans les cas de tuberculose grave (pleurésie purulente, granulie pleurale, péritonéale, méningée, etc.). La constatation du pouvoir agglu-

(1) *Journ. de physiol. et pathol. gén.*, 1900, n° 1, p. 89.

(2) A ce propos, nous réservons complètement la question du séro-diagnostic de la tuberculose au cours des fièvres typhoïdes. Nous avons sur ce point un travail en préparation, portant sur un grand nombre de cas de fièvres typhoïdes, où la séro-réaction tuberculeuse et la séro-réaction typhique ont très fréquemment coïncidé aux mêmes jours. Dans un certain nombre de cas, l'autopsie ou la clinique nous montra en effet la coexistence de lésions tuberculeuses pulmonaires et de lésions typhiques. Mais, souvent, l'un ou l'autre de ces moyens d'investigation ne nous a pas permis de déceler la lésion tuberculeuse : s'agit-il d'un microbisme tuberculeux, tantôt latent, tantôt manifesté par des lésions, chez un grand nombre de typhiques, et révélé dans tous ces cas par la séro-réaction ? Le pouvoir agglutinant du sérum des typhiques sur le bacille d'Éberth aurait-il une action parallèle sur le bacille de Koch ? C'est ce que nous n'oserions trancher ici. Dans tous les cas, contre cette dernière hypothèse, plaide ce fait que par des mensurations parallèles on voit qu'il n'y a pas de rapport, chez le typhique, entre l'intensité du pouvoir agglutinant du sérum sur le bacille d'Éberth et l'action de ces sérums sur le bacille de Koch.

(1) Max. Beck. Ueber die diagnostische Bedeutung des Koch Tuberkuline, *Deuts. Med.*, 2 mars 1899, n° 2.

(2) Clément. *Le séro-diagnostic de la tuberculose dite « chirurgicale »*, Th. de Lyon, 1900.

(3) Pour les détails et l'exposé des cas, voir : Paul Courmont. L'agglutination du bacille de Koch par les épanchements des séreuses, *Arch. de méd. expérim.*, nov. 1900, et Th. de Feitu sur le même sujet, Lyon 1900.

tinant d'une sérosité pleurale sera donc un argument de très grande valeur en faveur du diagnostic, tuberculose.

Si nous résumons toutes ces données, nous voyons qu'elles concordent d'une façon parfaite entre elles et avec celles des différents auteurs. Qu'il s'agisse de tuberculoses viscérales, de tuberculoses chirurgicales, de sérosités pathologiques, les deux conclusions suivantes s'affirment avec évidence :

1° Presque tous les cas de tuberculose peu avancée donnent une séro-réaction tuberculeuse positive.

2° Le pouvoir agglutinant des humeurs paraît évoluer en raison inverse de la gravité (étendue ou virulence) des lésions tuberculeuses, de telle sorte que, dans les cas de tuberculoses graves, la séro-réaction est, en général, moins accusée ou même absente.

Ce dernier fait n'a pas très grande importance au point de vue du diagnostic, nous allons voir son explication et son importance à d'autres points de vue.

IV

Des causes qui entraînent une modification du pouvoir agglutinant chez les tuberculeux. — Nous faisons remarquer au paragraphe précédent que les tuberculeux gravement malades sont souvent dépourvus du pouvoir agglutinant ou possèdent un pouvoir très faible. Ce fait pourrait être rapproché d'une anomalie semblable relevée après l'usage de la tuberculine comme moyen de diagnostiquer la tuberculose sur l'espèce bovine. On sait que les sujets atteints d'une tuberculose très avancée réagissent fort mal à la tuberculine.

Mais il fallait essayer d'en découvrir les causes afin de lui donner la signification qui lui convient. Nous ne pouvions réussir qu'au moyen de l'expérimentation. Nous avons donc étudié le pouvoir agglutinant normal du sérum sanguin chez plusieurs espèces animales, puis l'influence que peut avoir, sur l'accroissement de ce pouvoir, la tuberculisation à l'aide de cultures ou de lésions tuberculeuses douées d'une virulence plus ou moins grande.

Le pouvoir agglutinant avant et après la tuberculisation a été examiné sur le cobaye, le lapin, le chien, la chèvre et le bœuf.

A. *Pouvoir agglutinant normal.* — Il est habituellement nul dans le sérum sanguin du cobaye, du lapin, faible chez la chèvre ; il est absent du sérum de veau ; chez le bovidé adulte il existe toujours et au voisinage de 1/5 ; enfin, chez le chien, il dépasse habituellement 1/5 et peut même atteindre 1/10 et 1/20.

B. *Pouvoir agglutinant chez les animaux tuberculisés.* — Un certain nombre de sujets des espèces précitées furent tuberculisés avec des cultures très virulentes ou très atténuées et avec des lésions de tuberculose maligne ou de tuberculose bénigne.

Le pouvoir agglutinant reste nul ou très faible sur le *cobaye* infecté par une matière très virulente ; il apparaît, mais reste peu élevé sur le cobaye infecté par du virus atténué ; dans ce cas, il oscille autour de 1/10 et dépasse très rarement 1/20.

Sur des lapins inoculés avec une tuberculose très virulente, quelques-uns seulement acquièrent un pouvoir agglutinant qui ne dépasse pas 1/10 ; tandis que sur des lapins inoculés avec une tuberculose atténuée, on rencontre des sujets qui prennent un pouvoir agglutinant élevé : 1/80, dans un cas.

Nous avons fait la même observation sur le chien. Après avoir déterminé chez cet animal des pleurésies tuberculeuses avec les deux sortes de matières sus-indiquées, nous avons étudié le pouvoir agglutinant du sang et celui de la sérosité pleurale. Quand la culture ou la lésion inoculée est très virulente, la propriété agglutinante ne se développe pas ou bien reste enfermée dans des limites très circonscrites. Chez trois chiens inoculés avec une culture *très virulente*, qui amena la mort de deux d'entre eux en quinze jours, l'agglutination par le sérum sanguin ne dépassa pas 1/20 et l'agglutination par la sérosité pleurale fut encore plus faible. Au contraire, lorsque la matière infectante a peu de virulence, le pouvoir agglutinant s'élève à un titre très supérieur. Voici quelques exemples : Sur un chien qui survécut longtemps à une inoculation intra-pleurale de cette nature, le sérum sanguin et la sérosité de la plèvre agglutinaient à 1/600 au bout de quatre mois et tombaient à 1/160 deux mois plus tard. Sur un autre animal, inoculé dans les mêmes conditions, le pouvoir agglutinant s'élevait à 1/200 et, après la guérison de la pleurésie, rétrocédait à 1/5. Sur un troisième, quatorze jours après une inoculation, le sérum sanguin et la sérosité pleurale agglutinaient à 1/300.

Enfin lorsque, sur un chien dont le pouvoir agglutinant est considérablement développé par un virus tuberculeux peu actif, on inocule ensuite un virus très actif et à fortes doses, on peut faire baisser assez rapidement le pouvoir agglutinant préalablement acquis (1).

Sur la chèvre, on peut augmenter le pouvoir agglutinant par des injections sous-cutanées ou intra-veineuses de cultures virulentes ou atténuées, sans jamais atteindre un titre très élevé (1/50, 1/80).

La particularité la plus intéressante qui se dégage de nos expériences sur la chèvre est relative aux effets des cultures très virulentes. Contrairement à ce que nous avons vu pour les espèces animales précédentes, les cultures très virulentes peuvent provoquer un pouvoir agglutinant relativement élevé.

Sur le bœuf, nous avons fait la même remarque. Un sujet de cette espèce, exempt de tuberculose, comme l'a démontré une injection de tuberculine, reçoit une émulsion de bacilles très virulents sous la peau. Localement, il se forme une gomme tuberculeuse. Quelques semaines plus tard, le pouvoir agglutinant du sérum qui s'arrêtait normalement à 1/5 s'élève entre 1/10 et 1/15. Le même jour, la tuberculine donnait une hyperthermie de 2°4. On injecte alors une seconde fois des bacilles très virulents dans le tissu conjonctif sous-cutané ; le pouvoir agglutinant monte cette fois jusqu'à 1/20. Le même jour la tuberculine provoquait une hyperthermie de 1°9.

Telles sont, extrêmement résumées (2), les expériences que nous avons conduites, en grand nombre, sur plusieurs espèces animales. Nous allons maintenant les interpréter.

On s'aperçoit que les résultats sont subordonnés à deux facteurs : 1° la virulence de l'agent tuberculisant ; 2° la susceptibilité de l'espèce animale à la tuberculose.

Le développement du pouvoir agglutinant chez un individu demande que cet individu résiste le plus possible à l'infection tuberculeuse. Il résistera dans deux cas : lorsque son organisme offrira naturellement un milieu peu propre

(1) Voir : S. Arloing et P. Courmont. Soc. de biol., déc. 1900.

(2) Voir pour les détails : *Journ. de physiol. et pathol. gén.*, 1900, n° 1, p. 83.

à l'évolution de la tuberculose, ou bien lorsque, offrant un terrain propice à la tuberculose, il reçoit un virus affaibli.

Un virus très actif ne pourra provoquer l'accroissement du pouvoir agglutinant que s'il est inséré sur une espèce très résistante ou introduit par une voie qui ne favorise pas la généralisation de la tuberculose.

Ainsi, prenons nos expériences sur le cobaye, le lapin et le chien, elles confirment la règle que nous avons établie, subordonnant le titre du pouvoir agglutinant à la résistance des espèces à la tuberculose. Prenons nos expériences sur le chien et le bœuf, dont le tissu conjonctif ne se prête pas à la généralisation du virus tuberculeux, elles prouvent que, dans ces cas, le pouvoir agglutinant peut se développer sous l'influence d'un virus tuberculeux très actif. Envisageons le cobaye, en particulier, espèce très tuberculisable, nous voyons que le pouvoir agglutinant reste toujours faible et qu'il n'est réellement digne d'attention que si la tuberculisation est produite par une matière tuberculeuse atténuée

Si nous transportons à l'espèce humaine les notions qui découlent de nos expériences, nous comprenons très bien que les personnes présentant des lésions graves, étendues, confluentes, dont la résistance est visiblement vaincue par la tuberculose, aient un sérum peu ou pas agglutinant, tandis que celles qui portent des lésions latentes peu étendues aient un pouvoir agglutinant manifeste. Nous comprenons aussi que le pouvoir agglutinant ne soit jamais très élevé chez l'homme, puisque notre espèce se trouve dans le groupe de celles qui n'opposent pas une grande résistance à la tuberculose.

Sans doute il est possible que d'autres conditions interviennent dans les variations du pouvoir agglutinant tuberculeux chez l'homme ou les animaux, mais nous pensons devoir placer au premier rang celles qui précèdent.

Nous n'avons pas à insister sur les conséquences de ces faits qui expliquent la plupart des cas de séro-réactions négatives chez l'homme et acquièrent une certaine importance au point de vue du pronostic des tuberculoses humaines.

V

Conclusions générales. — Nous pouvons donc aujourd'hui, grâce à notre statistique générale portant sur plus de 400 cas et grâce aux expériences ou observations confirmatives faites par plusieurs auteurs, formuler avec plus de confiance que jamais les conclusions générales et les applications cliniques suivantes :

1° L'emploi de cultures homogènes en bouillon glycériné du bacille de la tuberculose humaine, nous a permis de rechercher le pouvoir agglutinant des humeurs et principalement du sérum des tuberculeux et d'arriver ainsi au séro-diagnostic de la tuberculose.

2° Les avantages de la méthode sont ceux du séro-diagnostic en général : 1. *Innocuité absolue*, puisqu'il suffit de prélever quelques gouttes de sang ou de sérosité, et qu'elle peut s'appliquer à tous les sujets fébricitants ou non, gravement ou peu malades; 2. *Facilité et rapidité*, puisqu'il n'est pas nécessaire d'avoir le sujet sous la main et que l'expérience ne dure que quelques heures; 3. *Sensibilité* de la réaction dans les cas de lésions discrètes ou latentes et difficiles à reconnaître par les procédés habituels.

Il est vrai que les détails de technique pour entretenir les cultures liquides convenables et appliquer le séro-diagnostic sont assez minutieuses et indispensables à suivre, en raison du peu d'élévation du pouvoir agglutinant chez l'homme tuberculeux.

3° Pour les cas de tuberculose pulmonaire peu avancée, le pouvoir agglutinant du sérum est presque constant, mais à des degrés divers ; il varie de 1 p. 5 à 1 p. 20 et plus.

Dans les cas graves, à lésions très étendues ou très virulentes, la séro-réaction peut manquer fréquemment ou être très faible. Elle peut aussi diminuer d'intensité et disparaître à mesure que l'état s'aggrave. Les faits expérimentaux confirment ceux de la clinique. Le pouvoir agglutinant chez les tuberculeux parait donc le plus souvent et dans certaines limites, en raison inverse de la gravité de l'infection ou de l'étendue des lésions.

4° Chez les malades atteints d'affections diverses et chez lesquels la clinique ne révèle pas des signes certains de tuberculose, la séro-réaction permet de déceler un grand nombre de tuberculoses latentes. L'autopsie ou l'évolution ultérieure de la maladie viennent fréquemment apporter la confirmation du séro-diagnostic.

5° De même chez les sujets sains en apparence, la réaction agglutinante, absente le plus souvent, est positive dans un certain nombre de cas dont les chiffres correspondent à ce que l'on sait de la fréquence de la tuberculose latente.

6° Par conséquent, en pratique : *une séro-réaction positive*, chez un sujet suspect, sera un signe de grande valeur pour établir l'existence d'une tuberculose viscérale ; *une séro-réaction négative* n'aura qu'une valeur moindre puisque l'agglutination fait défaut chez un certain nombre de tuberculeux.

Mais l'absence de séro-réaction se rencontre surtout chez les tuberculeux avancés où l'on n'a plus besoin de séro-diagnostic ; elle pourra dans certains cas confirmer un pronostic défavorable.

Au contraire, chez un sujet soupçonné de tuberculose, mais sans signe clinique évident et sans symptôme de gravité, l'absence de pouvoir agglutinant paraît avoir une grande valeur pour contribuer à éliminer cette affection.

7° En résumé, la séro-réaction tuberculeuse nous paraît constituer un procédé rapide, inoffensif pour le malade, et d'une grande valeur pour le diagnostic précoce de la tuberculose, surtout chez les sujets suspects de lésions pulmonaires au début.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(28 novembre 1900)

M. le président, en annonçant la mort de M. Ollier, propose de lever la séance en signe de deuil. Les discussions en cours sont donc remises à des séances ultérieures et la parole n'est donnée qu'aux présentateurs :

Parmi les présentations qui ont été faites, signalons un **kyste hydatique de la base de la langue** enlevé par M. Segond sur une femme de quarante-neuf ans ; excision, réunion par la suture, guérison.

MM. Pierre Sébileau et Lombard présentent un sou qu'ils ont extrait le matin même, par l'œsophagotomie externe de l'œsophage d'un enfant de trois ans ; et la radiographie sur verre « épreuve négative » des régions cervicale et dorsale du petit patient.

L'épreuve radiographique, très nette, montre le corps étranger placé de face, au droit du disque qui sépare la dernière vertèbre cervicale de la première dorsale.

Le sou présente sur une de ses faces des parcelles ali-

mentaires. L'opération a été pratiquée le matin à Lariboisière, dans le service de M. Gouguenheim. L'incision a été faite très bas, et toute l'opération s'est déroulée au-dessous de l'écharpe omo-hyoïdienne. Il n'a pas été nécessaire de soulever le lobe thyroïdien, l'opération ayant été faite en dessous de lui.

Deux difficultés se sont présentées, qui, si l'opération n'avait pas été conduite très prudemment, auraient pu avoir des conséquences sérieuses : 1° des adhérences très solides s'étaient établies entre la carotide primitive et la paroi de l'œsophage, au niveau du corps étranger ; aussi, a-t-il fallu pratiquer la section de l'œsophage en se rapprochant de sa face antérieure ; 2° la paroi de cet œsophage, très amincie, réduite, là où s'était établi le contact tangentiel du corps étranger à la seule muqueuse, était absolument méconnaissable et confondue dans les adhérences provoquées par la réaction de défense. Il eût été facile, se croyant au milieu d'une zone conjonctive, de dilacérer cette paroi en la cherchant.

Le sou, qui séjournait dans le canal depuis vingt-quatre jours, fut facilement extrait à l'aide d'une pince hémostatique ordinaire.

Aucune branche de la carotide ni de la jugulaire n'a été sectionnée ; l'opération a été tout à fait exsangue.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

Assemblée générale du 25 novembre 1900.

Après un excellent discours tendant à « l'optima medicorum concordia » de M. Jamin, président, après le rapport non moins applaudi de M. Séailles, secrétaire général, et un rapport très rassurant de M. Phillippeau, trésorier, concluant par 10000 francs d'économies, le syndicat a élu 125 membres nouveaux et a nommé son conseil d'administration pour 1901. Celui-ci est ainsi composé : président, M. Jamin ; vice-présidents, MM. Paul Richard et Phillippeau ; secrétaire général, M. Séailles ; trésorier, M. Julien Noir ; secrétaires des séances, MM. Dorison et Levassort ; membres du conseil d'administration, MM. Bellencontre, Boissard, F. Boissier, Diverneresse, Max Laforgue, Malbec, Millée, Montier, de Pradel, Rotillon, Tachard, Thiéry. On a voté ensuite l'abaissement de la cotisation annuelle à 10 francs au lieu de 15, le renouvellement partiel du conseil avec la rééligibilité pour le bureau actif seulement. La séance est ensuite devenue très animée pour la discussion du rapport de M. Thiéry sur les abus de l'hospitalisation et des consultations gratuites à Paris, à propos duquel M. Dorison a présenté les desiderata et amendements des médecins des bureaux de bienfaisance. Avec ceux-ci ont pris part aux débats des médecins de la ville et des médecins et chirurgiens des hôpitaux. La discussion a été particulièrement active et mouvementée, bien que marquée par la plus entière et la plus heureuse cordialité. Les conclusions en ont été : 1° suppression de la consultation externe des hôpitaux (les médecins et chirurgiens des hôpitaux pouvant donner à qui ils voudront des consultations *dans leurs salles respectives*) ; 2° admission gratuite des seuls indigents et nécessiteux dans les hôpitaux. Les voies et moyens d'arriver à ce résultat seront étudiés par une commission, toute tentative non mûrie pouvant constituer un faux pas que l'on aurait ensuite à regretter. De nombreux ordres du jour mettant ainsi la question au point ne différaient que par la forme ; celui de M. Le Baron a prévalu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Anatomie. — Séance du 28 novembre : MM. Algret, 11 + 11 = 22 ; Dobrovitch, 10 + 12 = 22 ; Tanon, 9 + 12 = 21 ; Rouet, 7 + 11 = 18 ; Auburtin, 6 + 9 = 15 ; Renou, 6 + 9 = 15 ; Barthélemy, 4 + 10 = 14 ; Cointepas, 3 + 10 = 13.

Pathologie. — Séance du 28 novembre : MM. Monier, 13 + 12 = 25 ; Diel, 13 + 10 = 23 ; Dreyfus-Rose, 13 + 10 = 23 ; Jouhaud, 11 + 11 = 22 ; Caldaguès, 13 + 7 = 20 ; Pied, 10 + 7 = 17 ; Méret, 6 + 10 = 16 ; Delaage (L.), 5 + 8 = 13 ; Grélault, 11.

Agrégation de médecine. — Le nombre des places d'agrégés près les Facultés de médecine, mises au concours, est porté de 38 à 39.

La nouvelle place sera comprise dans la section des sciences anatomiques et physiologiques (physiologie) et réservée à la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier.

Marine. — MM. les médecins de première classe Planté, du cadre de Toulon, et Roby, du cadre de Rochefort, sont autorisés à prendre part au concours qui s'ouvrira à Rochefort le 1er décembre prochain, pour un emploi de professeur de séméiologie médicale à l'école annexe de médecine navale de Toulon.

— M. le médecin de première classe Denis, du cadre de Brest, est désigné, sur sa demande, pour servir à la prévôté des batteries d'artillerie stationnées dans ce port (emploi vacant).

— M. le médecin de première classe Tréguier, du cadre de Toulon, est désigné pour servir à la prévôté du 4e d'infanterie de marine (emploi vacant).

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 47e semaine, 866 décès, chiffre voisin de la moyenne ordinaire des semaines de novembre (870).

La fièvre typhoïde a causé 12 décès (la moyenne est 7). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 60, chiffre inférieur à ceux des précédentes semaines et surtout à ceux qu'on observait il y a trois mois.

La variole a causé 8 décès, chiffre inférieur à ceux des semaines précédentes (14 pendant la 44e semaine, puis successivement 11 et 15). Cependant, le nombre des cas nouveaux continue à être assez élevé (90 pendant la 44e semaine, puis successivement 75, 68 et enfin 74 pendant la 47e semaine) ; le nombre des malades admis dans les hôpitaux a été de 74 pendant la 44e semaine, puis successivement 50, 34 et enfin 57 pendant la 47e semaine. Enfin, le nombre des varioleux en traitement dans les hôpitaux (exactement dénommés dans notre dernier résumé) a été de 179 pendant la 44e semaine, puis successivement 190, 174 et enfin 178 pendant la 47e semaine.

Nous sommes donc toujours sous le coup d'une menace d'épidémie, qui pourrait devenir sérieuse si la population ne prenait pas soin, dans son propre intérêt, de se faire revacciner sans retard. Une première, et même une seconde vaccine ne suffit pas, car elle ne confère l'immunité que pour quelques années. Il faut donc se faire vacciner à nouveau. Cela nous engage à publier le tableau des lieux et heures de vaccination gratuite.

La rougeole a causé 4 décès ; la scarlatine, 2 ; la coqueluche, 3 et la diphtérie, 6. Ces chiffres sont très voisins de la moyenne.

La diarrhée infantile a causé 27 décès de 0 à 1 an (la moyenne des semaines de novembre est 29).

En outre, 22 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 103 décès, au lieu de 91 pendant la semaine précédente et au lieu de 105, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 12 décès (au lieu de la moyenne 16) ; bronchite chronique, 30 (au lieu de la moyenne 23) ; broncho-pneumonie, 33 (chiffre identique à la moyenne) ; pneumonie, 28 (au lieu de la moyenne 33).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné

28 décès, dont 18 sont dus à la congestion pulmonaire ; en outre, 3 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 182 décès (au lieu de la moyenne 187); la méningite tuberculeuse, 14; la méningite simple, 13; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 30 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 57 décès; les maladies organiques du cœur, 53; le cancer a fait périr 57 personnes; enfin 37 vieillards sont morts de débilité sénile.

Lieux, jours et heures des vaccinations et revaccinations gratuites, à Paris. — Ier arr : rue de l'Arbre-Sec, 17, les 1er et 3e samedis, à 2 h. soir; place du Marché-Saint-Honoré, 32, les 2e, 4e, 5e samedis, à 1 h. 1/2 soir. — IIe arr. : mairie du IIe arr., le vendredi à 11 h. 1/2 matin. — IIIe arr. : mairie du IIIe arr. le jeudi, à 10 h. 1/2 matin; hôpital Andral, rue des Tournelles, 35, le jeudi, à 9 h. 1/2 matin. — IVe arr. : mairie du IVe arr., le jeudi, à 2 h. soir; Hôtel-Dieu, le lundi, à 10 h. matin. — Ve arr. : Hôpital de la Pitié, 1, rue Lacépède, le vendredi, à 8 h. matin; rue de Mirbel, 8, le mardi à 2 h. soir. — VIe arr. : rue de Vaugirard, 82, le jeudi, à 1 h. soir; hôpital de la Charité, rue Jacob, 47, le samedi, à 10 h. matin; Académie de médecine, rue des Saints-Pères, 49, les mardis, jeudis, samedis, à 11 h. matin. — VIIe arr. : mairie du VIIe arr., le jeudi à 2 h. 1/2 soir; hôpital Laënnec, rue de Sèvres, 42, le mercredi, à 9 h. matin. — VIIIe arr. : rue de Monceau, 15, le mercredi, à 3 h. 1/2 soir; hôpital Beaujon, rue du Faubourg-Saint-Honoré, le vendredi, à 10 h. matin. — IXe arr. : mairie du IXe arr, le samedi, à 10 h. matin. — Xe arr. : mairie du Xe arr., le mercredi, à 9 h. matin; hôpital Lariboisière, rue Ambroise Paré, le mardi, à 11 h. 1/2 matin; hôpital Saint-Louis, rue Bichat, 40, le samedi, à 9 h. matin. — XIe arr. : gymnase Voltaire, rue François-de-Neufchâteau, 2, le mercredi, à 10 h. matin. — XIIe arr. : rue de Citeaux, 28, le jeudi, à 9 matin; hôpital Saint-Antoine, le lundi, à 10 h. matin. — XIIIe arr. : mairie du XIIIe arr., le mardi, à 10 h. matin. — XIVe arr. : rue d'Alésia, 20, le mardi, à 9 h. 1/2 matin; hôpital Cochin, rue du Faubourg-Saint-Jacques, le mercredi, à 10 h. matin. — XVe arr. : rue Lecourbe, 150, le vendredi, à 10 h. matin. — XVIe arr. : mairie du XVIe arr., le mercredi, à 3 h. soir. — XVIIe arr. : rue Guersant, 15, le 1er jeudi du mois, à 1 h. soir; rue Gauthey, 43, les 2e, 3e, 4e, 5e jeudis, à 1 h. soir. — XVIIIe arr. : hôpital Bichat, boulevard Ney, le lundi, à 8 h. matin; rue de Clignancourt, 63, le jeudi, à 9 h. matin. — XIXe arr. : rue Jomard, 5, le vendredi, à 1 h. soir. — XXe arr. : mairie du XXe arr., le samedi, à 8 h. matin; hôpital Tenon, rue de la Chine, le mardi, à 9 h. matin.

L'inspection et l'hygiène dans les établissements de l'État et de la Ville. — Dans sa séance du 23 novembre, la commission départementale du travail dans l'industrie pour la Seine a émis le vœu :

Que les lois concernant l'inspection et l'hygiène soient appliquées rigoureusement dans les établissements de l'État et de la Ville ; qu'il soit fait mention dans les cahiers des charges concernant les fournitures et les travaux de la Ville de Paris et de l'État, de l'énumération des articles de loi concernant l'inspection et l'hygiène, afin de mettre les adjudicataires dans l'obligation d'appliquer lesdites lois ;

Que soit abrogé le décret du 17 mai 1851, décret apportant des exceptions à la loi du 2 novembre 1892 et à celle du 30 mars 1900.

La propagation des maladies par les insectes. — A propos de la propagation de la fièvre jaune et du paludisme par les moustiques, voici un fait fort intéressant qui montre que les insectes servent plus souvent qu'on ne le pense de véhicule à des poisons mortels pour l'espèce humaine. Un médecin du Brésil raconte, dans la correspondance de *La Nature*, qu'un mulâtre ayant été mordu au petit doigt par un grand serpent de l'espèce *Lachesis rhombeata*, le doigt fut coupé immédiatement et laissé sur un tronc pourri, demeure habituelle de fourmis. Après trois jours passés sans rien d'anormal, l'homme revint au lieu de l'accident et trouva son doigt mangé jusqu'à l'os par de grandes fourmis noires, dont la piqûre est extrêmement douloureuse. Il fut attaqué par ces insectes et mordu au cou, à la paupière gauche et aux bras. Au milieu de la nuit, le médecin appelé constata les symptômes caractéristiques de l'action du poison des serpents : prostration profonde, hémorragie très abondante, accélération inusitée du pouls et enflure terrible de la partie supérieure du corps. Malheureusement les secours de la science étaient déjà impuissants et le malade expira au milieu d'affreuses souffrances. (*Ann. méd. de Caen.*)

Les obsèques du professeur Ollier ont eu lieu à Lyon avant-hier matin, à neuf heures, au milieu d'un concours immense de population.

Les honneurs militaires ont été rendus au domicile du défunt, qui était commandeur de la Légion d'honneur, par un bataillon du 99e d'infanterie.

Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Gangolph, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu ; Arloing, directeur de l'Ecole vétérinaire; Horand, Chambard-Hénon, Riboud, Beaune, Bondet et Lortet.

Derrière le corps marchaient la famille représentée par MM. Bonvalot, Casati-Brochier et le docteur Chatain, gendres du défunt; M. Duclos-Monteil, maire des Vans, pays d'origine du professeur Ollier. Puis venaient les autorités civiles et militaires, le corps des Facultés de Lyon, en robe, de nombreux représentants des compagnies savantes, etc.

Le cortège s'est rendu à l'église Saint-François, dans laquelle, malgré le service d'ordre, l'accès était des plus difficiles.

A l'issue de la messe, l'archevêque de Lyon a donné l'absoute.

Au cimetière de Loyasse, plusieurs discours ont été prononcés.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Edmond Guyot, étudiant à Lille.

Hôpital de la Charité. — *Service d'accouchements de M. Maygrier.* — MM. Bouchacourt et Thoyer-Rozat commenceront un cours d'accouchements le lundi 3 décembre à cinq heures et demie. Ce cours aura lieu tous les jours à la même heure; il sera complet en deux mois et sera suivi de manœuvres obstétricales.

Conférence privée d'internat. — MM. Aubertin et Neuret, internes des hôpitaux, commenceront le 1er décembre une conférence d'internat.

S'adresser à l'hôpital de la Charité.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin, par A. Mathieu, médecin de l'hôpital Andral. Un vol. gr. in-8° de 1000 p., avec 71 fig. dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, O. Doin.

Précis d'ophtalmologie journalière, par MM. A. Puech et C. Fromaget, anciens chefs de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Bordeaux. Un vol. in-16. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les médecins bretons du XVIe au XXe siècle, par M. Jules Roger. Un vol. in-8°. — Prix : 7 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

De l'infection en chirurgie d'armée; évolution des blessures de guerre, par MM. Nimier, médecin principal de deuxième classe, professeur au Val-de-Grâce, et E. Laval, médecin-major de deuxième classe. Un vol. in-12°. — Prix : 6 francs. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 138. — MARDI 4 DECEMBRE 1900. 73e ANNÉE. MARDI 4 DÉCEMBRE 1900. — N° 138

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Accidents locaux très particuliers produits par une teinture servant a noircir les souliers, par M. Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux de Paris. — Vésicatoire et révulsion. — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — Notes de clinique thérapeutique. Traitement des cardiopathies chroniques : IV. Les indications de la gymnastique suédoise et du massage, par M. Guihal, interne des hôpitaux de Paris. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

ACCIDENTS LOCAUX TRÈS PARTICULIERS

PRODUITS PAR UNE TEINTURE SERVANT A NOIRCIR LES SOULIERS

Par M. Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux de Paris.

Au mois de juillet dernier, quelques jours avant l'intéressante communication de MM. Landouzy et Georges Brouardel sur « les empoisonnements non professionnels par l'aniline (1) », il m'a été donné d'observer sur un malade des phénomènes très particuliers, que j'attribuai à la teinture dont on s'était servi pour noircir des souliers jaunes, sans oser d'abord l'affirmer de façon absolue, n'ayant à ce moment aucune connaissance de faits semblables. Le travail de MM. Landouzy et G. Brouardel vint jeter une vive lumière sur ce fait, en indiquant la fréquence relativement grande des phénomènes d'intoxication observés à la suite de l'emploi de certaines teintures destinées à noircir des souliers. D'autres observations furent publiées au cours de ces derniers mois (Halipré et Bellicaud, Breton...), mais dans aucun de ces cas, les symptômes ne furent semblables à ceux que j'ai vus.

Dans tous les faits publiés jusqu'à ce jour, et *tous observés chez des enfants*, les phénomènes, d'ailleurs très caractéristiques, sont toujours à peu près les mêmes, à savoir : absence de crampes, de tremblements, de vomissements; anéantissement allant jusqu'à la chute, jusqu'à la torpeur profonde et complète; sensation de froid et surtout teinte asphyxique, passant par toute une série de nuances et de degrés, suivant les parties du corps, suivant les moments plus ou moins éloignés du début des accidents, suivant l'âge des enfants; teinte asphyxique allant depuis le facies blafard jusqu'au gris de plomb, jusqu'au gris ardoisé, jusqu'à la cyanose bleue.

Il n'est fait mention dans ces cas que de troubles généraux, toujours graves, mais sans apparence de manifestations locales.

C'est le contraire que j'ai observé. Le malade que j'ai soigné présenta toute une série de troubles fort accentués mais nettement localisés aux membres inférieurs, avec un minimum de symptômes généraux. C'est cette particularité qui m'engage à rapidement rapporter cette observation.

M. D..., âgé de cinquante ans, a toujours été parfaitement bien portant. Je le connais depuis de longues années et jamais je n'ai surpris chez lui la moindre manifestation morbide sérieuse. Au commencement du mois de juillet dernier, je le vois arriver un jour chez moi, appuyé sur une canne, marchant avec une grande difficulté, les pieds chaussés de pantoufles trop larges, le visage fatigué et inquiet. Je l'interroge et j'apprends que depuis deux ou trois jours des « rougeurs » ont apparu sur les deux pieds, que ces rougeurs montent maintenant jusqu'à mi-jambe, et que, parallèlement les deux pieds, puis les deux jambes, jusqu'au mollet environ, se sont mis à enfler de façon démesurée. Le malade me raconte qu'il ressentit en même temps une fatigue générale, une *torpeur extrême*, de la courbature, des nausées, une fièvre légère. Je l'examine et je constate chez lui, en effet, un œdème très considérable des deux jambes, et sur cet œdème, une éruption très confluente de petites papules rouges, pressées les unes contre les autres, donnant à toute la partie inférieure de la jambe une coloration rouge violacé. Cette éruption avait quelque chose d'analogue à celle qui suit l'application d'un thapsia. Cet œdème douloureux spontanément et à la pression, avait forcé le malade à quitter ses chaussures, et rien dans son état général ne pouvait donner la raison de ces phénomènes aigus. Convaincu qu'il s'agissait là d'une éruption d'origine externe, je m'informai s'il n'avait pas été fait d'application de quelque substance médicamenteuse, et devant une réponse négative, l'idée me vint de rechercher si l'on n'avait rien mis sur ses bottines. C'est alors que le malade m'apprit « qu'il avait donné à un petit cordonnier de quartier une paire de souliers jaunes à teindre en noir ». Je le priai de se procurer de cette teinture et je l'engageai à rentrer chez lui et à s'étendre sans marcher.

Malgré mes conseils, le malade, fort occupé à cette époque, fit le lendemain, avec de grandes difficultés, une course relativement longue, et me pria de venir le revoir le surlendemain. Alors je le trouvai couché, ayant passé la nuit sans dormir, et fort inquiet, car il se croyait atteint d'érysipèle. L'œdème des jambes avait sensiblement augmenté, il était à ce moment véritablement considérable, quasi éléphantiasique; mais des deux côtés et exactement au même niveau il s'arrêtait à la partie inférieure du mollet.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 918 et 930.

L'éruption était la même, aussi confluente, mais, en somme, très peu prurigineuse. Cet état aigu persista pendant trois jours, puis peu à peu, sous l'influence du repos au lit, l'éruption pâlit, puis disparut, l'œdème diminua, mais pendant une semaine encore il resta au palper nettement perceptible.

Il n'est pas douteux qu'il s'agisse là de phénomènes locaux dus à la teinture employée pour noircir les souliers, d'autant que les accidents sont survenus à une période de forte chaleur, comme cela a été couramment observé. S'agit-il de l'action locale de l'aniline? C'est infiniment vraisemblable, car la teinture doit être la même dont se servent les cordonniers, mais il est impossible de l'affirmer, car le dit cordonnier s'est absolument refusé à en donner le plus petit échantillon, et s'est refusé aussi à dire d'où provenait sa teinture.

Dans l'article de Wertheimer, auquel se reportent en plusieurs passages MM. Landouzy et Brouardel, il n'est pas fait mention d'accidents semblables; les observations cliniques récentes ne les signalent pas non plus. Mais la relation de cause à effet est ici trop évidente pour qu'au moins, si l'on n'incrimine pas l'aniline d'une façon certaine, on puisse mettre en doute l'influence de la teinture employée.

D'ailleurs, pour très rares qu'ils soient, les accidents cutanés, chez ceux qui manipulent l'aniline, ne sont pas exceptionnels.

James White (1) a rapporté des cas d'eczéma dus au port d'une chemise de laine teinte en noir avec une couleur d'aniline. Des accidents de cette sorte furent observés chez cinq ouvriers d'une même usine. Senn (2) a noté, chez plusieurs ouvriers d'une fabrique de couleurs d'aniline, *agés de plus de quarante ans*, une coloration brun sepia des commissures palpébrales, et une inflammation de la couche cornée et du derme. Focke (3) a, lui aussi, signalé l'inflammation cutanée diffuse et des sueurs profuses des mains.

Ces faits très rapidement énoncés — et sans aucun doute il en doit exister d'autres encore — viennent à l'appui de notre observation, et nous permettent d'affirmer, presque, que l'aniline, ici comme dans les cas relatés ces temps derniers, a été la cause des phénomènes locaux que nous avons décrits.

VÉSICATOIRE ET RÉVULSION (4)

« Tout a été dit, semble-t-il, sur le vésicatoire et les échos des sociétés savantes retentissent encore des voix autorisées qui se sont fait entendre, soit pour le dénigrer, soit pour en exalter les bienfaits. Aussi peut-il paraître risqué de venir, après tant d'autres, parler d'un sujet dont toute originalité est bannie et dont l'éclat n'attire pas les regards. » Et pourtant ce ne serait pas une œuvre inutile que d'exposer les données principales de la question, de dégager les vérités actuellement acquises, d'y ajouter enfin les résultats de l'expérience personnelle. C'est à cette œuvre ainsi conçue que M. Bablon vient de consacrer sa thèse inaugurale.

Les origines de la médication vésicante sont encore entourées d'obscurités. Les uns attribuent l'honneur de sa découverte à Asclépiade de Bithynie, d'autres à Arétée, d'autres enfin, avec plus de raison, semble-t-il, à Archigène, médecin de l'empereur Néron. Cet auteur décrit en effet en termes précis les propriétés et les dangers du vésicatoire : « Nous nous servons du cataplasme où entrent les cantharides, lequel fait de grands effets pourvu que les petits ulcères qu'il excite demeurent longtemps ouverts, mais il faut en même temps garantir la vessie par l'usage du lait. » Après Archigène, Galien préconise l'emploi des topiques cantharidés contre la rage, la lèpre et les chairs baveuses, Arétée prescrit aux épileptiques les frictions cantharidiennes sur le crâne.

Les Arabes et l'école de Salerne se bornent à imiter l'exemple de Galien. Le moyen âge délaisse presque absolument le vésicatoire que, jusqu'à la fin du seizième siècle, les auteurs s'accordent à considérer comme une médication dangereuse. Ambroise Paré le recommande seulement dans les affections chroniques, « quand les autres remèdes n'ont profité assez ; » Van Helmont en attribue l'invention à quelque esprit diabolique. Ce n'est guère qu'en 1575 que Mercurialis (de Bologne), Saxonia, Sennertus signalent l'influence favorable qu'il exerce sur l'évolution des fièvres épidémiques. Au XVIIe siècle l'usage des vésicants se répand dans la pratique journalière. Freind affirme qu'une fièvre rebelle ne peut guérir sans l'emplâtre de cantharides, Sydenham vante les révulsifs dans les fièvres, dans les hydropisies et les petites véroles. Bientôt le vésicatoire est appliqué sans dicernement dans tous les cas : des accidents graves ne tardent pas à se produire. C'est alors que dans son célèbre livre : *De usu vesicantium*, Baglivi jette le cri d'alarme. Il montre à combien de dangers expose l'usage irraisonné du vésicatoire, mais il a soin d'ajouter qu'il ne faudrait pas absolument le bannir de la thérapeutique. *Quamvis vesicantia producant mala, non perinde tamen e republica medica sunt prescribenda.* Le XVIIIe siècle n'en continue pas moins les excès du précédent et provoque ainsi une violente réaction à la tête de laquelle se placent Van Swieten, Crater, Bourdeu, Whytt, Tralles ; c'est de ce moment que date la lutte entre partisans et adversaires du vésicatoire, lutte dont les différentes phases se sont déroulées pendant le XIXe siècle, et dont l'issue, malgré tous les efforts tentés, reste encore indécise. Dans la première moitié du siècle, la cause du vésicatoire, soutenue par Broussais, Bouillaud et Andral, a facilement raison des objections de Louis, Rasori et Laënnec ; la discussion académique de 1855 consacre le triomphe de la médication vésicante. Triomphe éphémère, car, de nos jours, le vésicatoire est tombé dans un profond discrédit. Les générations actuelles lui dénient toute action bienfaisante sur l'organisme, et si elles le prescrivent encore, ce n'est, le plus souvent, que pour céder aux vœux pressants des malades : le vésicatoire devient le tyran redouté dont il faut à tout prix secouer le joug (Talamon).

Avant d'examiner impartialement les avantages et les inconvénients du vésicatoire, il n'est peut-être pas inutile d'en rappeler brièvement les formes pharmaceutiques principales.

Aux *formes pharmaceutiques* anciennes et même à l'emplâtre cantharidé du Codex, on préfère souvent aujourd'hui les divers sparadraps vésicants, en raison même de leur propreté et de leur facilité d'emploi. Il suffit en effet de découper dans un rouleau de toile vésicante un écusson de la grandeur désirée, que l'on fixe ensuite sur la peau.

Dans ces derniers temps, on a préconisé (Bidet) un vésicatoire liquide que l'on obtient de la façon suivante : on prépare une solution chloroformique de cantharidine qui, additionnée d'un peu de cire, peut être utilisée en badi-

(1) *Boston med. and Surg. Journ.*, t. CXXXVI, 1897, p. 77.
(2) *Corresp. f. Schweizer Ærzte*, t. XXVII, 1897, p. 161.
(3) *Deuts. Viertelz. f. off, Geshpfl.*, t. XXX, 1898, p. 711.
(4) BABLON. Th. de Lyon, 1900, n° 93.

geonnages; le chloroforme s'évapore, et il reste une mince couche de cantharidine retenue par la cire.

Les propriétés vésicantes de la cantharide sont dues à un principe spécial isolé en 1816 par Robiquet, la *cantharidine*. La cantharidine est un alcool tétratomique de formule complexe, insoluble dans l'eau, soluble dans les corps gras. Dans les conditions habituelles de son emploi, c'est la sécrétion sébacée, unie à quelques traces de kératine et d'éléidine, qui joue le rôle de corps gras et facilite ainsi la pénétration intra-épidermique. La présence de sels alcalins permet la transformation du principe en cantharidate soluble et très toxique, d'où cette importante déduction : éviter soigneusement l'usage des topiques à base de cantharidates alcalins.

L'*action toxique* de la cantharide a été étudiée par Baglivi, Galippe et Liebreich. Sur tous les organes d'élimination, la cantharide provoque des phénomènes inflammatoires : néphrite aiguë épithéliale (Cornil); cystite avec strangurie et hématurie, hyperhémie des muqueuses bronchiques, biliaire et intestinales, etc. Les effets varient d'ailleurs avec la dose et la nature de l'agent toxique, et c'est ici le lieu de signaler que la cantharidine est dix fois moins toxique que la poudre de cantharides, différence due probablement au rôle adjuvant de l'huile essentielle que contient cette dernière.

La cantharide n'est pas le seul agent vésicant connu : certaines euphorbiacées jouissent de propriétés analogues, qu'utilisait l'emplâtre vésicant d'Asclépiade. L'*anémonine*, le *cardol*, le *chloral*, l'*acide phénique* peuvent encore à la rigueur être employés comme révulsifs. Mais de ces substances, les unes, comme le cardol, produisent une action trop énergique, les autres, comme l'euphorbe et l'acide phénique, sont inconstantes et difficiles à doser; d'autres enfin, comme le chloral, sont d'une application douloureuse et laissent des cicatrices. Aussi a-t-on pu dire avec raison (1) que le vésicatoire cantharidé était, de tous les vésicatoires proposés, le seul véritablement pratique et constant dans ses effets.

Toutefois, l'usage de la médication cantharidienne ne va pas sans de nombreux *inconvénients* que l'on peut artificiellement diviser en trois groupes distincts : *inconvénients concernant l'état général*; *inconvénients concernant le tégument cutané*; *inconvénients concernant les voies urinaires*.

Dans le premier groupe rentrent d'abord l'*agitation* et l'*insomnie*, accidents dont Baglivi avait déjà signalé la fréquence chez les débiles : *In corporibus macilentis vidi motus convulsivos*. Cette agitation s'observe avec une certaine fréquence : il est rare, cependant, qu'elle soit assez intense pour constituer une complication proprement dite. Différents auteurs ont accusé de plus le vésicatoire de provoquer un mouvement fébrile. Ce reproche est-il fondé? Physiologiquement, les résultats ont été des plus contradictoires; cliniquement on note souvent un état d'éréthisme circulatoire qui offre quelque ressemblance avec la fièvre, mais ne doit pas être confondu avec elle. En réalité le vésicatoire ne crée pas la fièvre, tout au plus augmente-t-il un état fébrile préexistant, et les anciens avaient raison de dire que « le pouls dur contre-indique formellement l'emplâtre cantharidien ».

Les accidents du deuxième groupe ont été encore signalés par Baglivi. *Vidi nonnunquam ulcera a vesicantibus excitata desiisse in gangrænam vel in difficillimam cicatricionem*. Les furoncles, les anthrax, les gangrènes, l'érysipèle, la diphtérie même ont été successivement attribués à l'usage des vésicatoires. Ces complications, fréquentes à une époque où les vésicatoires restaient presque indéfiniment en place, et où l'on négligeait les précautions les plus élémentaires de propreté chirurgicale, ne s'observent plus aujourd'hui; nous passerons tout de suite au dernier grief, de beaucoup le plus sérieux, de tous ceux qu'on a formulés contre la médication révulsive : la constance et la gravité des accidents urinaires. Relevés par tous les auteurs, d'Hippocrate à Lancereaux, en passant par Galien et Ambroise Paré, ils ont été l'objet de récentes études de Morel-Lavallée, Cornil et Galippe. Morel-Lavallée (1844) fait de la cystite la seule détermination urinaire de l'intoxication cantharidienne; Cornil décrit histologiquement la néphrite; Galippe montre que la cantharidine est un poison vaso-moteur et s'élimine par le rein. Ces résultats sont incontestables, mais il ne faudrait pas appliquer à la pathologie humaine les rigoureuses conclusions de Galippe. « Nulle analogie, en effet, entre le vésicatoire colossal et permanent des expériences et celles du topique modeste et volant de nos salles d'hôpitaux. » Les statistiques de Gubler, de Lacomme, de Feltz, les recherches personnelles de l'auteur sont là pour prouver que les accidents urinaires ont été singulièrement exagérés comme fréquence et comme gravité, et que, dans la plupart des cas, le vésicatoire ne présente pas plus de dangers que n'importe quelle autre médication.

La raison de la plupart des complications précédentes doit, en réalité, être cherchée moins dans les propriétés toxiques du médicament que dans l'inobservance des *règles* suivantes : les dimensions du vésicatoire ne devront pas dépasser 12 × 12 centimètres; on le laissera en place *deux* heures chez les enfants au-dessous de cinq ans, *quatre* heures chez les enfants au-dessus; de *douze à vingt-quatre* heures chez les adultes; douze heures suffiront ordinairement dans ce dernier cas. L'apparition de la phlyctène indique le moment d'enlever l'emplâtre. Autant que possible éviter de placer le topique sur des régions exposées aux frottements incessants ou aux souillures organiques. Dans le choix du vésicant, préférer les toiles et sparadraps cantharidés à l'emplâtre du Codex qui, une fois l'épiderme soulevé, laisse une énorme quantité de principe irritant adhérent, ce qui augmente les chances d'absorption. Après la vésication, percer l'ampoule, si elle ne l'est déjà, et panser la plaie selon les règles de l'asepsie.

Quant aux *contre-indications*, elles se tirent du tempérament du malade et de la nature de la maladie. Chez les enfants et chez les femmes, à peau délicate, à système nerveux fragile, surveiller toujours les effets du vésicatoire. Se rappeler que le vésicatoire est le plus souvent contre-indiqué : chez les vieillards, en raison de la nutrition insuffisante de leur tégument et de la faiblesse de leurs réactions nerveuses, — chez les individus cachectiques, que la moindre plaie cutanée expose à une infection généralisée, — et enfin chez les malades atteints d'une affection grave des voies urinaires. Nous possédons actuellement assez de moyens de dépister l'insuffisance rénale [cryoscopie, élimination provoquée de bleu de méthylène, glycosurie phloridzique (1) etc.], pour que l'on ne fasse usage de l'emplâtre

(1) Lacomme. Th. de Lyon, 1892.

(1) Voir le rapport de M. Ch. Achard au Cong. de méd. de Paris, *Gaz. des hôpit*, 1900, nº 94.

cantharidien que lorsqu'on est absolument sûr du bon état anatomique et physiologique de la glande rénale.

Avant de passer aux avantages du vésicatoire, il convient encore de dire comment le vésicatoire se comporte devant l'*expérimentation.* Tout irritant cutané agit sur la pression sanguine par l'intermédiaire du centre vaso-moteur, sur le cœur par le pneumogastrique, sur la respiration par le centre correspondant, et influe plus spécialement (Fr. Franck) sur le calibre des vaisseaux de l'organe au voisinage duquel on l'applique. Le vésicatoire possède ces diverses propriétés : il élève la pression sanguine (Brown), renforce les battements du cœur, augmente enfin, de la façon la plus nette, les échanges respiratoires (A. Robin). Localement, il détermine une congestion sanguine limitée, au niveau de laquelle le plasma transsude à travers les parois des vaisseaux cutanés pour former de petites bulles; ces bulles, en se réunissant, constituent une ampoule remplie d'un liquide transparent, composé de sérum albuminé, de sérum globuliné, et de leucocytes. Avec cette congestion superficielle coïncide toujours une vaso-constriction profonde, d'autant plus nette que l'action de la cantharide a été prolongée davantage.

Il est logique d'admettre que, dans les cas pathologiques, le vésicatoire n'agit pas autrement que dans les conditions expérimentales, que la congestion superficielle portant sur tous les éléments du sang, globules et liquide, soustrait ces différents éléments au foyer d'inflammation intense. Dans la *tuberculose commune*, les heureux effets des vésicatoires sont signalés par des cliniciens tels que Pidoux, Grancher, Arnozan, Peter, Dieulafoy. Grancher considère l'application réitérée des petits vésicatoires comme un des meilleurs moyens d'enrayer une tuberculose chronique. Peter affirme que l'on observe toujours, à la suite du révulsif, un soulagement considérable du malade et une diminution dans la finesse et l'étendue des râles; Daremberg insiste sur les résultats *merveilleux* que l'on retire de l'usage du vésicatoire dans les phtisies à évolution lente. Par contre, l'emplâtre cantharidien est inutile et même dangereux dans toutes les *tuberculoses aiguës.*

L'utilité du vésicatoire à la première période de la *pneumonie* n'est sérieusement contestée par personne. Gendrin, Grisolle, Jaccoud, G. Sée signalent les heureux résultats qu'ils lui doivent; Durand-Fardel va jusqu'à dire que telle est, à ses yeux, l'importance de la médication vésicante chez les vieillards, qu'elle le fait passer par-dessus tous les inconvénients. La *broncho-pneumonie* et la *congestion pulmonaire* bénéficient également de l'emploi de l'emplâtre cantharidien, et G. Sée dit expressément que, « dans les broncho-pneumonies, le vésicatoire volant est préférable aux sinapismes et aux ventouses sèches qui ne font rien de durable. » Mais la *pleurésie* est encore la maladie dans laquelle le vésicatoire compte le plus de succès. Bouillaud affirme que, sous son influence, il a vu un épanchement pleurétique diminuer en vingt-quatre heures. Peter voit en lui le meilleur moyen d'enrayer sa production. Le vésicatoire peut, d'ailleurs, être appliqué à toutes les phases et dans toutes les formes de la maladie : mais il est surtout indiqué dans les pleurésies tuberculeuses, où la thoracentèse supprimant brusquement la compression pulmonaire, compromet l'évolution naturelle des lésions tuberculeuses vers la guérison.

Nous n'insisterons pas sur l'utilité du vésicatoire dans les affections *nerveuses* (coma, congestion et hémorragie cérébrales, méningites, etc.), *digestives*, *circulatoires* (péricardites et endocardites). Les heureux résultats que donne l'emplâtre cantharidien dans les affections respiratoires suffisent en effet à montrer que nous possédons là un médicament précieux, lorsqu'on sait l'employer, et que l'on aurait bien tort de bannir systématiquement de la thérapeutique.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(30 NOVEMBRE 1900)

M. Siredey présente à la Société un jeune homme de dix-neuf ans, instituteur, qui, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, fut pris de **troubles de la motilité et de troubles de la parole en même temps que de phénomènes d'incoordination.** Ceux-ci ont leur siège dans les membres inférieurs avec prédominance marquée du côté gauche; les troubles de la parole rappellent, à s'y méprendre, ceux de la sclérose en plaques.

L'exagération des réflexes, l'absence de paralysie et de dégénérescence, la constatation de phénomènes spasmodiques très nets, écartent toute idée de névrite périphérique.

L'hystérie ne saurait non plus être mise en cause, car il n'existe aucun stigmate de la névrose, et les troubles de la parole observés chez ce malade sont fort différents du bégaiement hystérique. Le signe de Babinski est très net. Il faut encore signaler quelques détails. C'est d'abord ce fait que le malade n'a commencé à parler qu'à deux ans et demi et que, jusqu'à quinze ans, sa prononciation est restée défectueuse, ce qui tendrait à faire admettre l'existence d'une tare congénitale; c'est, en outre, que la fièvre typhoïde fut d'emblée très grave et qu'elle a provoqué dès le commencement du second septénaire une véritable sidération du système nerveux. La maladie évolua cependant avec une très remarquable rapidité.

Or, on sait que les centres nerveux, comme les autres appareils de l'organisme, ne sont pas à l'abri des séquelles des maladies infectieuses, et nous sommes autorisés à admettre que la fièvre typhoïde joue quelquefois un rôle méconnu dans la genèse de certaines affections médullaires ou cérébrales. Dans le cas particulier, quel est le diagnostic à porter? Or, malgré l'absence de nystagmus et de tremblement des mains, le diagnostic le plus probable est celui de sclérose en plaques. C'est d'ailleurs l'avis de ceux qui voient le malade, de MM. Souques, Rendu, Duflocq.

M. Galliard fait une communication sur **l'œdème idiopathique aigu des paupières.** En voici le résumé succinct : On décrit, sous le nom d'œdèmes angio-neurotiques ou vaso-moteurs, une série d'œdèmes aigus circonscrits de la peau, qui ne se rattachent ni à des processus inflammatoires locaux, ni à des affections cardiaques ou rénales, ni à des maladies fluxionnantes, telles que la goutte ou le rhumatisme.

Parmi ces œdèmes aigus, celui des paupières offre un intérêt spécial. M. Galliard l'a observé chez deux fillettes, l'une âgée de deux ans et demi, l'autre de trois ans, dont les pères sont manifestement arthritiques. Dans le premier cas, il a récidivé huit fois en deux ans, toujours unilatéral, tantôt à droite, tantôt à gauche, ne s'accompagnant même pas de rougeur de la conjonctive. La santé de l'enfant est habituellement bonne. Dans le deuxième cas, l'œdème idiopathique aigu bilatéral a prédominé à droite; il avait été précédé d'une hydarthrose aiguë du genou droit et d'un

érythème papuleux fébrile des membres inférieurs ; il fut suivi d'une autre manifestation infectieuse : le purpura.

MM. H. Barbier et Lebon rapportent un cas curieux de **myopathie progressive**. Les différents types cliniques décrits sous les noms d'atrophie infantile héréditaire de Duchenne (de Boulogne), de paralysie pseudo-hypertrophique, de type Leyden-Moëbius, d'atrophie juvénile de Erb, de type facio-scapulo-huméral de Landouzy et Déjerine tendent à être confondus dans une même famille, la myopathie progressive primitive.

De fait, on trouve souvent ces types coexistant chez plusieurs malades, dans les familles de myopathiques, et souvent également, les myopathiques eux-mêmes ne se classent pas facilement dans tel ou tel type parce qu'ils présentent des caractères cliniques qui appartiennent à plusieurs d'entre eux. C'est le cas de la malade qu'ont observée MM. H. Barbier et Lebon.

Chez cette enfant âgée de onze ans, la maladie a débuté par les membres inférieurs dès la première enfance, sans atrophie apparente, et elle présente même aujourd'hui une hypertrophie des mollets et des fesses qui la rangent certainement dans la paralysie pseudo-hypertrophique. A neuf ans, les muscles sacro-lombaires se sont atrophiés et aujourd'hui on constate une atrophie musculaire plus ou moins généralisée aux cuisses, aux épaules, aux bras, à la main, à la face, surtout à droite, sans participation dominante des muscles orbiculaires de l'œil et des lèvres. Les réactions électriques sont normales en qualité. Pas de réaction de dégénérescence, pas de contractions fibrillaires, pas de troubles de la sensibilité.

La malade a une sœur plus âgée de deux ans, qui semble avoir un type facio-scapulo-huméral modifié et un cousin âgé de dix-sept ans, aujourd'hui presque grabataire et dont l'histoire se rapproche complètement de celle de la malade observée par MM. Barbier et Lebon.

Voilà donc encore un exemple de coexistence dans une famille de deux types cliniques de myopathie et chez une de ces malades un tableau clinique où on retrouve des caractères à la fois de la paralysie pseudo-hypertrophique, de l'atrophie héréditaire de Duchenne (de Boulogne), et du type facio-scapulo-huméral.

M. Dufour lit une observation d'**intoxication hydatique lentement mortelle au cours d'un kyste hépato-pulmonaire.**

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des cardiopathies chroniques (1).

Par M. Guihal, interne des hôpitaux de Paris.

IV

LES INDICATIONS DE LA GYMNASTIQUE SUÉDOISE ET DU MASSAGE

Les indications de la gymnastique suédoise et du massage dans les cardiopathies chroniques méritent d'être précisées ; en effet, si certains auteurs, tels que Lagrange, se montrent très larges à cet égard, et ne voient guère de contre-indications auxquelles la méthode de Zander ne puisse se plier, les autres, et c'est le plus grand nombre, se sont attachés à restreindre les applications de la mécanothérapie, tout en proclamant sa grande valeur thérapeutique et surtout hygiénique. Nous exposerons rapidement, d'après ces auteurs, et en particulier suivant l'enseignement de MM. Huchard, Barié, Vaquez, ce que l'on est en droit de demander à ces pratiques ; puis nous envisagerons l'emploi de la méthode dans les différentes affections où elle a été spécialement recommandée ; enfin nous résumerons ses principales contre-indications, renvoyant aux traités spéciaux pour tous les détails de la technique.

Les effets obtenus peuvent se résumer, d'après Zander, en trois propositions (Vaquez) :

« 1° Accélération de la circulation périphérique par l'influence exclusivement mécanique de la gymnastique sur le réseau capillaire et les veines.

2° Action du cœur rendue plus facile par l'abaissement de pression que produisent dans le système artériel la dilatation des artères et la consommation plus grande du sang dans les muscles en activité.

3° Accélération de la circulation pulmonaire résultant des mouvements respiratoires plus fréquents et plus profonds qui ont lieu à la suite de tout exercice. »

Quels sont donc les symptômes qui, dans l'ensemble clinique des cardiopathies, se trouveront le plus favorablement influencés? Les propositions précédentes éloignent toute idée d'action directe sur des lésions myocardiques ou valvulaires ; cette action a cependant été admise sans contrôle par quelques-uns. Mais l'accélération des circulations périphérique et pulmonaire, la diminution de travail du cœur seront-elles assez accusées pour entraîner une amélioration des stases veineuses périphériques et surtout des congestions viscérales, prélude de lésions anatomiques plus graves? Il semble bien que la méthode qui nous occupe puisse tout au moins jouer un rôle adjuvant. Wide, Linblom, Piatot affirment que le massage des membres inférieurs, combiné avec celui de l'abdomen, diminue habituellement les œdèmes et relève le taux des urines. D'autres, avec Heinemann, considèrent, sans insister plus, que l'œdème ne saurait être une contre-indication au traitement. Vaquez, résumant les opinions antérieures, dit que, « somme toute, il a semblé que, sauf dans certains cas où le massage, joint au repos, avait semblé faire disparaître à lui seul l'infiltration des membres inférieurs, l'adjonction des médicaments cardiaques avait le plus souvent mis en train une diurèse que le massage avait ultérieurement accélérée et prolongée. » On ne saurait mieux préciser.

Mais là s'arrête la liste des symptômes objectifs justiciables de la méthode. Par contre, des symptômes subjectifs, d'allure plus capricieuse, ont été très souvent atténués ou même absolument supprimés. Ce sont tous ces signes qui forment le cortège douloureux des cardiopathies : l'oppression, les angoisses, les douleurs précordiales, les palpitations. Mais, il faut bien le dire, les améliorations ont été surtout constatées dans les cas où ces symptômes douloureux constituent à eux seuls toute la maladie, alors qu'il n'y a pas de lésion organique connue. Lorsque ces phénomènes sont sous la dépendance d'une altération anatomique définie, les améliorations sont moins durables, peu stables, beaucoup moins nettes que précédemment, ce qui fait dire à Mme Tacké : « Ayons bien en vue que la maladie est chronique et qu'aucun autre traitement ne donnerait un meilleur résultat. » Cependant, quelques auteurs, Wide entre autres, ont observé des résultats satisfaisants, du moins pour un temps. En somme, décongestion périphérique et viscérale, atténuation des phénomènes douloureux souvent

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 1454.

si pénibles, tel est le bilan de la gymnastique suédoise et du massage.

Les faits précédents permettent de prévoir que l'une des affections le plus souvent traitées par les partisans de la mécanothérapie ait été la dilatation cardiaque. Les auteurs du Congrès de Londres (1898), dont nous parlons dans de précédentes notes, admirent que la dilatation peut rétrocéder, mais avec un correctif : il s'agit d'une de ces dilatations essentielles que les travaux de MM. Potain, Barié et Vaquez nous ont fait connaître. D'après l'enseignement de ces maîtres, ces dilatations se présentent surtout chez les jeunes sujets en proie à la fatigue et au surmenage, chez les dyspeptiques, et enfin dans un grand nombre de circonstances diverses, toutes les fois qu'il existe un défaut d'adaptation entre le travail fourni par le cœur et les résistances périphériques qu'il doit vaincre. Ces dilatations essentielles, non accompagnées de lésions cardiaques, se révèlent surtout par des troubles subjectifs; ce que nous avons dit plus haut explique les succès thérapeutipues que peut donner dans ces cas l'emploi bien réglé du massage et de la gymnastique.

Si la dilatation cardiaque est liée à une affection chronique du cœur lui-même, et si elle ne constitue qu'une légère menace d'asystolie, affirmée par un peu d'œdème pulmonaire et une légère congestion hépatique, Huchard et Cautru admettent que le massage abdominal agira favorablement par décongestion viscérale; les Suédois préfèrent le massage général. Lagrange va plus loin, et masse les membres et l'abdomen dans des cas de congestion viscérale et de stase asystolique très prononcées; nous avons dit, par contre, que, à ce point de vue, les auteurs du Congrès de Londres se montraient assez sceptiques. On le voit, la dilatation cardiaque, par ces divers types cliniques, répond aux deux points principaux qui résument l'action de la méthode de Zander : aux dilatations essentielles s'oppose l'atténuation des phénomènes douloureux qui en sont les principaux signes; aux dilatations cardiaques proprement dites s'oppose la décongestion périphérique et viscérale.

Les scléroses myocardiques, le cœur des obèses constituent les deux autres indications principales données par Zander, Wide et les auteurs suédois. Les médecins du Congrès de Londres ont insisté sur l'utilité de la gymnastique dans le traitement du cœur gras : ici le massage et les mouvements massifs doivent rapidement laisser place aux mouvements actifs et même à des exercices physiques tels que la marche. Pour la sclérose cardiaque, les avis sont partagés. Heinemann, Mme Tacké réservent le traitement suédois aux formes de sclérose à symptomatologie plutôt subjective. Burn étend le traitement aux cas mêmes où la sclérose artérielle est généralisée, mais son avis est isolé.

En effet, l'athérome artériel généralisé est considéré comme une contre-indication par la plupart des promoteurs de la méthode. Les autres contre-indications découlent naturellement de ce que nous avons dit jusqu'ici. Au cours des affections chroniques organiques, la tendance trop marquée à la stase veineuse périphérique ou viscérale doit écarter toute idée de gymnastique, malgré l'opinion de Lagrange. L'angor major a été traitée par Zander, mais beaucoup ont préféré s'abstenir. Enfin, même parmi les malades qui présentent des troubles cardiaques nerveux, avec prédominance des phénomènes douloureux, il en est qui, sans qu'on ait pu le prévoir, se trouvent très mal de pratiques qui peuvent rendre tant de services à d'autres malades de même ordre; il s'agit là de susceptibilités individuelles contre lesquelles il serait dangereux de vouloir lutter. Disons en terminant que, dans la maladie de Basedow, aucun des symptômes cardiaques ne s'est bien trouvé de la mécanothérapie, et que les plus zélés partisans de la méthode n'ont enregistré que des échecs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Actes du 10 au 15 décembre 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 10 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 2* : MM. Ch. Richet, Launois et Broca (André); — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série): MM. Tillaux, Legueu et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Segond, Reclus et Walther ; — (2e partie) : MM. Fournier, Teissier et Méry ; — M. Lejars, suppléant.

MARDI 11 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e de chirurgien-dentiste, *Petit amphithéâtre* : MM. Hutinel, Gilbert et Thiéry.

4e (ancien régime), *Faculté, salle n°* 3 : MM. Proust, Pouchet et Roger; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Schwartz et Albarran ; — (2e partie, 1re série) : MM. Jaccoud, Chantemesse et Dupré; — (2e série) : MM. Dieulafoy, Joffroy et Charrin ; — M. Ménétrier, suppléant.

MERCREDI 12 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Poirier, Sébileau et Broca (Aug.).

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Terrier, Lejars et Legueu; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Méry ; — M. Walther, suppléant.

JEUDI 13 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire (nouveau régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Campenon, Quénu et Thiéry.

4e (nouveau régime), *Faculté, salle n°* 1 : MM. Proust, Chauffard et Thiroloix ; — M. Gley, suppléant.

VENDREDI 14 DÉCEMBRE, à une heure. — 4e (nouveau régime), *Faculté, salle n°* 1 : MM. Landouzy, Gaucher et Wurtz ; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Tillaux, Segond et Delbet ; — (2e série) : MM. Delens, Reynier et Mauclaire ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Teissier et Méry ; — M. Reclus, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage ; — M. Desgrez, suppléant.

SAMEDI 15 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Schwartz, Richelot et Bar.

3e (2e partie, ancien régime), *Faculté, salle n°* 2 : MM. Hutinel, Gilbert et Achard.

4e (ancien régime), *Faculté, salle n°* 3 : MM. Pouchet, Ménétrier et Vaquez ; — M. Faure, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Le Dentu, Roger et Thiroloix; — (2e partie) : MM. Debove, Berger et Achard ; — M. Marfan, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bonnaire et Wallich ; — M. Quénu, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Anatomie. — Séance du 30 novembre : MM. Daniel, 13 + 12 = 25; Trémolières, 11 + 13 = 24; Hulleu, 9 + 13 = 22; Saillant, 10 + 9 = 19; Dupuy (Jacques), 11 + 7 = 18; Poupardin, 5 + 11 = 16; Uteau, 3 + 4 = 7.

Pathologie. — Séance du 30 novembre : MM. Gaultier (René), 15 + 15 = 30; Bouchot, 11 + 13 = 24; Hébert, 13 + 10 = 23; Courtois, 12 + 10 = 22; Teisseire, 9 + 11 = 20; Lavenant, 12 + 6 = 18; Onfray, 11 + 6 = 17.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 139. — JEUDI 6 DECEMBRE 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 6 DÉCEMBRE 1900. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA TOXICITÉ DES PRÉPARATIONS INDUSTRIELLES A BASE D'ANILINE (travail du laboratoire de physiologie comparée de la Faculté des sciences de Dijon), par MM. BRETON, ancien interne des hôpitaux de Paris, et MICHAUT, chef des travaux physiologiques à l'École de médecine et préparateur de physiologie à la Faculté des sciences de Dijon. — HÉMORRAGIES NÉVROPATHIQUES DES VOIES DIGESTIVES; STOMATORRAGIES, HÉMATÉMÈSES, ENTÉRORRAGIES, HÉMORROÏDES, par M. LANCEREAUX, membre de l'Académie de médecine. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA TOXICITÉ DES PRÉPARATIONS INDUSTRIELLES A BASE D'ANILINE

(*Travail du laboratoire de physiologie comparée de la Faculté des sciences de Dijon.*)

Par MM. BRETON,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
et MICHAUT,
Chef des travaux physiologiques à l'École de médecine et préparateur de physiologie à la Faculté des sciences de Dijon.

Nous avons poursuivi nos expériences sur la teinture à base d'aniline, avec laquelle l'un de nous eut à observer un cas d'empoisonnement accidentel (1). Au début de nos recherches, nous avons varié l'expérimentation sur divers animaux : sur des rats d'abord.

Nous détaillons l'expérience suivante, qui résume toutes les autres, vu que les mêmes phénomènes se sont exactement reproduits à chacune d'elles.

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. — Un rat vigoureux reçoit à 4 h. 49, dans le tissu cellulaire sous-cutané du flanc, un demi-centimètre cube de la teinture incriminée. On l'abandonne à lui-même sous une cloche.

4 h. 53. L'animal reste immobile après une phase d'anxiété ; il oscille sur ses pattes postérieures et finalement se couche ou mieux tombe sur le ventre. Des secousses rythmiques apparaissent dans les membres postérieurs.

4 h. 55. L'animal tombe sur le flanc. Toutes les pattes sont animées de secousses convulsives spontanées qui s'exagèrent au moindre mouvement provoqué, et au moindre bruit. Il y a des contractions fibrillaires de tous les muscles du corps. La respiration se ralentit. A ce moment, nous faisons arriver de l'oxygène dans la cloche, l'animal semble se ranimer un peu, les mouvements respiratoires paraissent prendre momentanément plus d'amplitude, mais la mort survient à 5 h. 39.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 1290.

L'autopsie est faite immédiatement.

A l'ouverture du thorax se dégage une forte odeur d'aniline. Le *sang* est absolument noir, poisseux et se coagule très difficilement. Une goutte de ce sang, étalée sur une lamelle et fixée aux vapeurs osmiques, examinée au microscope, ne montre aucune altération appréciable des globules sanguins.

Les *poumons* sont emphysémateux, présentent des plaques noires asphyxiques à leur surface. Un morceau de parenchyme, placé dans un verre d'eau, surnage complètement.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE. — Nous nous sommes adressés à la grenouille, en voyant la prédominance des effets médullaires du toxique.

Une grenouille de taille moyenne, très alerte et très vigoureuse, reçoit, à 6 h. 9, un demi-centimètre cube de teinture, dans le grand sac lymphatique dorsal. Au bout de quelques minutes de stupeur, elle reste immobile et fait des mouvements respiratoires rapides.

A 6 h. 22, l'animal est mis sur le dos et ne peut se retourner.

6 h. 27. Des secousses générales apparaissent, bientôt suivies de paralysie du train postérieur. En tirant l'une des pattes postérieures, en excitant l'animal, et même à l'occasion d'un bruit quelconque, on voit se manifester de violentes secousses tétaniformes, généralisées, qui vont en diminuant d'intensité.

6 h. 32. Paraît la paralysie des pattes antérieures.

6 h. 34. Paralysie complète. A ce moment, nous examinons les viscères de l'animal.

A l'ouverture du corps, il n'y a pas écoulement de sang, bien que le cœur battît encore. La section de la veine antérieure abdominale elle-même ne donne pas de sang. La peau est peu vascularisée.

Les *poumons* sont *très congestionnés*.

Les *centres nerveux* sont plus vascularisés que normalement.

TROISIÈME EXPÉRIENCE. — Ayant décidé l'enregistrement des phénomènes toxiques, nous avons pris un chien de 9 kilos et, après l'avoir curarisé, avons enregistré la pression carotidienne, les vaso-moteurs de la patte postérieure droite et les vaso-moteurs du rein gauche, en suivant la technique de MM. François-Franck et Hallion.

La pression au début de l'expérience était de 10 à 12 centimètres et demi. Le pneumogastrique, excité électriquement dans son bout périphérique, répond normalement.

Nous supprimons la respiration artificielle pendant une minute, et nous obtenons un tracé normal. Après cette asphyxie, la pression varie de 15 centimètres et demi à 17 centimètres. Elle redescend rapidement à 12 centimètres.

4 h. 7. Injection lente d'un centimètre cube de teinture dans la veine saphène gauche. Une minute et demie après, éclatent les accidents cardiaques. La pression monte à 15 centimètres, puis redescend en lysis à 13 centimètres et demi et s'y maintient. Légère vaso-dilatation rénale.

Le tambour enregistreur des vaso-moteurs de la patte n'indique que le tracé du pouls sans modification de la courbe générale.

Le nerf pneumogastrique interrogé électriquement dans son bout périphérique, avec la même intensité qu'avant l'intoxication, donne un tracé beaucoup plus faible.

4 h. 15. Nouvelle injection, par la veine, d'un centimètre cube de la teinture. Des accidents cardiaques formidables arrivent une minute après. Ils sont caractérisés par des variations énormes de pression, d'une amplitude de 9 à 11 centimètres.

4 h. 20. La pression descend graduellement à 9 centimètres et s'y maintient, puis remonte lentement à 12 centimètres et demi. Il faut noter que les courbes de Traube-Hering ont beaucoup diminué d'amplitude et sont à peine accusées.

4 h. 25. Injection d'un demi-centimètre cube de teinture. Une minute après, la pression baisse rapidement et tombe à 8 centimètres. De nouveaux accidents cardiaques se déclarent, identiques à ceux sus-mentionnés. La pression oscille entre 6 et 10 centimètres.

Le pneumogastrique périphérique interrogé avec la même intensité que plus haut, ne répond plus; à une intensité plus forte, il y a une réaction à peine sensible.

4 h. 32. Arrêt de la respiration artificielle.

La pression tombe rapidement de 5 à 2 centimètres. On rend la respiration, après une minute de suspension, la pression tombe à 0 et l'animal meurt à 4. h. 35, avec les mêmes désordres cardiaques, mais d'une amplitude plus faible.

Autopsie. — Le *sang* recueilli se coagule très difficilement. Le sang veineux est absolument noir, poisseux. Les globules rouges sont complètement déformés et présentent un aspect dentelé.

Le *cœur* est flasque. Arrêt en systole. Pas une goutte de sang dans les cavités cardiaques.

Poumons. — Œdème considérable, surtout aux bases. Aspect noirâtre du parenchyme, dégageant, surtout à la coupe, une forte odeur d'aniline. Les ramifications bronchiques, depuis les plus fines visibles à l'œil nu, jusqu'aux grosses bronches et même la trachée, sont remplies d'une mousse blanchâtre, gluante, analogue au blanc d'œuf battu. Cette mousse dégageait une très forte odeur d'aniline.

Foie. — Pas une goutte de sang ne s'écoule à la coupe. Pas de lésions appréciables à l'œil nu.

Rate. — Pas d'écoulement sanguin à la coupe, et pas de lésions macroscopiques.

Reins. — A l'ouverture, forte odeur d'aniline. Sur une coupe, la substance corticale se détache du reste du parenchyme par sa couleur très noire; la substance médullaire est congestionnée, mais moins fortement.

Vessie rétractée et vide d'urine.

Bulbe. — Congestion généralisée de la substance nerveuse. Sur les coupes, piqueté hémorragique.

Moelle. — Vascularisation anormale, piqueté hémorragique.

Quatrième expérience. — Chien de 9 kilos, non curarisé.

Ayant constaté chez ces divers animaux, de grosses lésions pulmonaires, nous avons voulu enregistrer ici les phénomènes respiratoires, en faisant respirer le chien trachéotomisé dans une grande bonbonne suivant le procédé de Paul Bert, tout en enregistrant la pression carotidienne.

Pression au début de l'expérience, 13 à 14 centimètres.

Le pneumogastrique périphérique interrogé électriquement répond normalement.

6 h. 39. Injection lente d'un demi-centimètre cube de teinture dans la veine crurale gauche. La pression monte de suite de 14 à 15 centimètres. Il n'y a aucun phénomène cardiaque, ni respiratoire.

6 h. 42. Injection d'un autre demi-centimètre cube de teinture.

6 h. 44. Injection d'un troisième demi-centimètre cube de teinture. Immédiatement, les mouvements respiratoires montent, de 34 au début de l'expérience avant toute intoxication, à 85. Les phénomènes d'excitation cardiaque paraissent, la pression oscille de 12 à 20 centimètres.

A ce moment, il y a une période de lutte violente de l'animal contre l'asphyxie. De très fortes secousses tétaniformes des quatre pattes se produisent. Le corps entier est secoué par des contractions fibrillaires très intenses qui sont apparues dès la première injection du toxique.

6 h. 53. Le sang de la canule carotidienne est absolument noir et, malgré les grandes variations de pression, aucun caillot ne se produit dans le manomètre.

Les membres deviennent flasques; néanmoins, il y a encore des secousses généralisées qui vont en diminuant de plus en plus. Nous insistons encore sur les contractions fibrillaires généralisées qui persistent depuis les premiers débuts de l'intoxication.

6 h. 54. Injection d'un quatrième demi-centimètre cube de teinture. La pression est variable de 11 à 15 centimètres. Une minute dix-huit secondes après cette dernière dose toxique, il y a 57 mouvements respiratoires à la minute.

6 h. 56. La pression descend de 9 à 12 centimètres, la respiration se ralentit de plus en plus. Le pneumogastrique interrogé ne répond plus. Deux minutes dix secondes après cette dernière injection, la respiration prend un rythme spécial analogue au mode respiratoire des chéloniens (demi-inspiration, expiration, demi-inspiration, temps de pause de trois secondes).

L'animal ne fait que 35 mouvements respiratoires de ce type spécial pendant les 106 secondes finales.

La pression oscille de 5 à 10 centimètres.

6 h. 59. La respiration s'arrête, le cœur bat encore, la pression descend à 2 centimètres et, à sept heures, elle est à 0.

Autopsie. — Comme pour le chien précédent, nous notons de graves lésions pulmonaires à savoir : congestion violente de tout l'organe, accusée surtout aux lobes inférieurs.

A la coupe, une forte odeur d'aniline se dégage, et la congestion nous apparaît si violente qu'elle simule l'*infarctus* sur de nombreux points.

La pression du parenchyme fait sourdre de tout l'arbre bronchique, de la trachée, la *mousse* déjà mentionnée et revêtant le même aspect physique.

Cœur arrêté en diastole, rempli de sang noir, poisseux, analogue à la gelée.

La *rate*, le *foie* ne donnent pas de sang à la coupe et n'offrent pas de lésions macroscopiques.

Les *reins* dégagent à la coupe une forte odeur d'aniline. La substance médullaire est aussi fortement vascularisée.

La *vessie* est vide d'urine.

Il y a très peu de sang dans les veines mésaraïques et mésentériques.

Nous attirons l'attention sur trois ordres de phénomènes :

1° Phénomènes d'excitation médullaire ;

2° Phénomènes pulmonaires ;

3° Phénomènes vaso-moteurs.

1° *Phénomènes d'excitation médullaire.* — Dès les premiers instants qui suivent l'injection, l'animal en expérience est animé de tremblement fibrillaire qui se généralise d'emblée. Puis, surviennent des secousses tétaniformes dans les quatre membres, surtout dans les inférieurs. Leur succède une parésie du train postérieur d'abord, puis des membres supérieurs. Cette parésie n'est qu'apparente, car à la moindre excitation de quelque nature qu'elle soit, ces membres, qui paraissent flasques et inertes sur la table d'expérience, sont secoués par de très fortes contractions musculaires. Ces phénomènes sont toujours plus accusés aux membres inférieurs, ils sont beaucoup plus tardifs pour les membres supérieurs. L'hyperexcitabilité médullaire persiste jusqu'à la mort de l'animal, en suivant une marche progressivement décroissante. Nous nous proposons de poursuivre ultérieurement l'étude de la nature de cette excitation.

2° *Phénomènes pulmonaires.* — Dès le début de l'intoxication, il y a une phase d'accélération respiratoire. Survient une gêne respiratoire contre laquelle réagit vigoureusement l'animal par de grands mouvements du thorax.

Il est facile de se rendre compte de ce phénomène par l'étendue et la nature des lésions.

Le poumon tout entier est, en effet, le siège d'une très violente congestion. Nous tendrions, jusqu'à plus ample informé, à admettre *une irritation de l'endothélium pulmonaire par l'aniline, une hypersécrétion bronchique considérable, donnant cette spume que nous avons toujours mentionnée et qui, envahissant tout le champ respiratoire, conduirait à l'asphyxie.* L'aniline déterminerait également une vive inflammation des alvéoles pulmonaires allant jusqu'à l'*infarctus*.

3° *Phénomènes vaso-moteurs.* — Pendant qu'il y a congestion des organes thoraciques, des centres nerveux, il y a *constriction absolue* des vaisseaux des organes abdominaux et des vaisseaux périphériques.

La mort par expérimentation nous paraît donc relever *exclusivement* des lésions pulmonaires.

Telle est cette première série de recherches, que nous nous proposons de poursuivre à d'autres points de vue. D'ores et déjà, elle suffit à démontrer que les préparations à base d'aniline possèdent une grande toxicité, et qu'il y a danger à les laisser circuler librement dans le commerce.

HÉMORRAGIES NÉVROPATHIQUES DES VOIES DIGESTIVES

STOMATORRAGIES, HÉMATÉMÈSES, ENTÉRORRAGIES, HÉMORROÏDES

Par M. Lancereaux, membre de l'Académie de médecine.

Les hémorragies névropathiques du tube digestif, généralement négligées de nos jours, n'ont pas moins été entrevues par plusieurs auteurs. Th. Bartholin (cent. 3, hist. 36, p. 76) rapporte qu'un Danois, âgé de soixante ans, eut pendant trente-huit ans des vomissements de sang, sans altération appréciable de sa santé et sans avoir couru aucun danger. Bichat écrivait déjà : « J'ai ouvert très souvent des sujets morts pendant une hémorragie ; j'ai eu occasion d'examiner sous ce rapport, les surfaces bronchiques, stomacales, intestinales et utérines ; jamais la moindre trace de rupture ou d'érosion ne m'y a paru sensible, malgré la précaution de laver exactement les surfaces, de les laisser macérer et de les examiner à la loupe. » F. Franck, F. Hoffmann, Van Swieten, Baldinger, Warton et bien d'autres médecins reconnaissent qu'ils n'ont pu trouver de lésions chez des individus morts d'hémorragie gastro-intestinale. Portal avoue que, dans trois cas semblables, il n'a rencontré dans l'estomac autre chose que des points rougeâtres non ulcérés. Latour (d'Orléans) fait le même aveu, et je dois ajouter que mes observations sont sur ce point concordantes, car il m'a été impossible, dans plusieurs circonstances, de constater, à la suite d'hématémèses et de mélæna, malgré les soins les plus minutieux, l'existence de lésions appréciables de l'estomac.

Un homme âgé de quarante-deux ans, exerçant la profession de mécanicien, avait eu, à plusieurs reprises, depuis dix ans, des hématémèses et même du mélæna, au dire de son médecin, lorsqu'en janvier 1878 il fut admis à l'hôpital de la Pitié pour une grave intoxication par les essences de térébenthine et de pétrole à laquelle il finit par succomber. Or, l'examen des organes révéla pour toute lésion de l'hypostase dans plusieurs organes. L'estomac et l'intestin, examinés avec grand soin, ne présentèrent aucun désordre sensible. La membrane muqueuse de l'estomac n'était le siège ni d'ulcères ni de cicatrices pouvant révéler l'existence d'un désordre antérieur quelconque, et comme la rate et le foie étaient normaux, il nous a bien fallu admettre qu'il s'agissait d'une hémorragie purement névropathique, comparable à celles qui sont si communes au niveau de l'anus. Aussi, la tendance à voir des ulcères ou des ruptures vasculaires dans la plupart des hématémèses est-elle par trop absolue, quand surtout elle conduit à une intervention chirurgicale le plus souvent inutile.

Les hémorragies névropathiques du tube digestif se montrent sur les différents points de cet appareil : bouche, estomac, intestin, et surviennent assez souvent à la suite d'une émotion, comme chez un individu dont les lèvres se teignaient de sang lorsqu'il se mettait en colère.

Un archevêque, âgé de soixante-quatre ans et qui, dans sa jeunesse, avait eu des hémorragies abondantes, était sujet, deux ou trois fois l'année, à une hémorragie périodique de la bouche, durant chaque fois un ou deux jours et même plus ; le sang coulait tantôt des gencives, tantôt de l'intérieur des joues et des lèvres (Latour, loc. cit., obs. CCCLXVII).

Un jeune homme âgé de quatorze ans, maigre et d'une constitution irritable, s'étant mis en colère, vomit une grande quantité de sang, et la même affection se renouvela à différents intervalles avec un sentiment de pression au niveau de l'estomac et une douleur pongitive dans le côté gauche (*Ibid.*, obs. CCCLXIX).

Michel Albert a vu une jeune femme qui vomissait beaucoup de sang à la suite d'un accès de colère violente, ce qui l'effraya tellement qu'elle fut prise aussitôt d'un trouble universel et d'une suppression des règles ; accidents qui se renouvelèrent aux époques périodiques subséquentes (*Ibid.*, t. II, obs. DCCXXII).

Une jeune fille de dix-huit ans, d'un tempérament délicat et nerveux, avait été réglée sans accident, à l'âge de seize ans. La menstruation se renouvela régulièrement pendant trois mois; le quatrième mois suppression des règles par suite d'un chagrin profond; palpitations, douleurs gravatives, puis persistance de l'aménorrhée pendant une année, et toujours vers les époques ordinaires du retour des règles : sentiment de pesanteur à l'épigastre, douleurs dans les grandes articulations, céphalalgie, vertiges, fausses sensations de diverses couleurs, surtout d'un rouge de feu et fièvres éphémères souvent renouvelées. Admise à l'hôpital de la Salpêtrière, cette malade, après une année de suppression, voit réapparaître ses règles pendant douze jours et pendant tout ce temps la cessation de tous les autres symptômes. La menstruation s'arrête à nouveau et aussitôt après il survient des vomissements de sang qui se répètent chaque jour avec des sueurs, une ou deux heures après le dîner.

Dalmas (*Dict. de méd. en trente vol.*, 6 août 1835, t. XII, p. 328) dit avoir vu plusieurs fois la gastrorragie chez les hystériques, et entre autres exemples, il rapporte le fait d'une jeune fille, jusque-là bien portante, ayant des épistaxis et qui, à la suite d'une frayeur au moment de ses règles, fut prise de vomissements de sang, et chez laquelle la moindre émotion suffisait à provoquer une gastrorragie. Jamais rien ne put faire soupçonner un désordre anatomique. Les médications les plus énergiques restèrent sans succès; mais l'hémorragie terminée, l'appétit reparaissait et malgré de nombreuses pertes de sang, l'embonpoint diminua à peine.

Il existe d'autres faits de gastrorragie, non moins probants, que je passe sous silence; mais, je dois ajouter, que j'ai eu l'occasion de voir, à plusieurs reprises, des goutteux et des rhumatisants chroniques, atteints de cette hémorragie à la suite de vives émotions ou de refroidissements, laquelle cédait à l'emploi de la quinine ou de l'ergotine, laissant à sa suite une santé parfaite. Ces diverses hématémèses coexistent ou alternent, en général, avec d'autres hémorragies de même nature : telle une femme atteinte d'hématidrose et qui de temps à autre était prise d'hématémèse.

De même que la plupart des hémorragies névropathiques, celles de l'estomac sont ordinairement précédées de prodromes et accompagnées de sensation de pesanteur plus ou moins vive, de douleur, de déchirement à l'épigastre, phénomènes qui, en général, font défaut dans les gastrorragies ulcéreuses, dont le début est ordinairement brusque ou subit, de telle sorte qu'il est à la rigueur possible de les distinguer de ces dernières; une quantité de sang peu abondante, d'un rouge noirâtre, est ensuite rejetée par l'estomac et bientôt suivie de coliques et de mélæna. Le vomissement ne tarde pas à céder, mais les selles noirâtres persistent pendant plusieurs jours, laissant à leur suite un affaissement général et une légère pâleur avec accélération du pouls. L'appétit tout d'abord diminué ne tarde pas à reparaître et la santé se rétablit s'il ne survient d'autres hémorragies.

Les hémorragies d'origine nerveuse, non moins fréquentes, ne laissent pas plus de doute dans l'esprit, car leur existence nous est prouvée tout à la fois et par l'expérimentation et par la clinique. Brown-Séquard a démontré que l'irritation des nerfs d'un membre, consécutive à une brûlure, peut produire des hémorragies dans les intestins et dans d'autres viscères abdominaux.

Plusieurs auteurs, entre autres Latour (d'Orléans) et Gendrin, ont rapporté des faits d'entérorragie névropathique non douteux, et nous-même avons pu en observer quelques-uns. Deux rhumatisants chroniques traités comme dyspeptiques et âgés de cinquante-cinq et cinquante-huit ans, furent pris, l'un dans la nuit, l'autre dans le courant de la journée, de douleurs gravatives dans la région des reins et de l'abdomen, d'un sentiment de courbature et de brisement des membres inférieurs, de coliques violentes et bientôt après d'abondantes selles noirâtres ou sanguinolentes, suivies de pâleur du visage et de lipothymie qui, après s'être répétées une ou deux fois, cédèrent à l'emploi de la quinine.

Une femme nerveuse, âgée de cinquante ans, très sèche, fille d'une mère migraineuse, hémorroïdaire, dyspeptique et asthmatique, chlorotique de quinze à dix-neuf ans, hystérique vers l'âge de vingt ans, est alors prise d'hémorragies intestinales multiples qui eurent pour effet une profonde anémie : traitée par l'hydrothérapie, elle se trouva mieux, et continua à se bien porter quand, à la suite de la mort d'une fille, elle fut prise de nouveau d'hémorragies intestinales abondantes, revenant chaque jour et même plusieurs fois dans la même journée : le sang rendu était à peine noir, ce qui semblait indiquer qu'il provenait du gros intestin plutôt que de l'intestin grêle, et cependant, le toucher rectal pas plus que le palper abdominal ne dénotait la moindre lésion, ce qui me conduisit à diagnostiquer une hémorragie purement névropathique et à conseiller l'emploi de la quinine à la dose quotidienne de 1 gramme à 1gr50. Huit jours plus tard, le 12 octobre 1899, notre confrère M. Duhamel (de Gournay), qui nous avait adressé cette malade, nous écrivait : « Le sulfate de quinine a fait merveille, l'hémorragie a cessé depuis trois jours, mais il persiste de l'insomnie. » A partir de ce moment, néanmoins, l'hémorragie n'a plus reparu et la santé générale est redevenue normale.

L'entérorragie névropathique survient le plus souvent à la suite de prodromes tels que douleurs gravatives dans la région des lombes et de préférence dans celle du sacrum, de l'anus et des organes génitaux, quand le gros intestin en est le siège. Ces douleurs s'accompagnent d'un sentiment de courbature et de malaise général, de brisement des membres inférieurs, d'anorexie et de flatuosités; puis il survient des coliques plus ou moins intenses et en dernier lieu des selles liquides et noirâtres, ordinairement suivies d'un affaissement qui peut aller jusqu'à la lyphothymie et la syncope.

Les téguments se décolorent, le pouls devient petit et fréquent, la respiration s'accélère, et ces symptômes s'acroissent parfois au point de mettre les jours en danger; mais, en général, l'hémorragie se modère, les forces reparaissent peu à peu, il survient encore quelques selles, et le pouls reprend son énergie. Les récidives sont fréquentes et leur retour se montre quelquefois d'une manière périodique, régulière, dans le cours d'une ou plusieurs années.

L'hémorragie provenant du gros intestin se distingue par la présence d'un sang presque pur, à peine mélangé aux fèces, tandis que celle de l'intestin grêle est ordinairement noirâtre et constituée par du sang intimement mélangé à ces matières. Il n'est pas toujours facile de séparer ces hémorragies de celles qui se lient à un désordre matériel, ulcère, cancer, etc.; ces dernières se distinguent néanmoins par un début brusque, et se répètent au bout de peu de temps, tandis que les premières, toujours associées à des

prodromes, se répètent au bout d'un laps de temps parfois très long, et ne permettent la constatation d'aucun désordre matériel.

Les entérorragies névropathiques comme les gastrorragies tuent rarement, et ne sont graves que par leur répétition; elles sont moins redoutables dans le gros intestin que dans l'intestin grêle.

Elles offrent les unes et les autres des indications thérapeutiques assez semblables. L'emploi des opiacés, en immobilisant le tube digestif, le place dans les meilleures conditions pour les éviter et les combattre. A cet emploi il convient d'ajouter des applications de glace sur l'abdomen, des injections d'ergotine et, si le sang vient de l'estomac, de faire prendre une potion avac une vingtaine de gouttes de perchlorure de fer.

Toutefois étant donné la nature du mal, l'usage de la quinine ne doit pas être négligé, nous en avons obtenu d'excellents résultats, surtout dans les cas où l'hémorragie se continuait d'une façon intermittente depuis plusieurs jours. Les émissions sanguines locales ou générales, usitées autrefois et dont l'emploi est aujourd'hui tombé en désuétude, peuvent avoir leur utilité quand surtout l'hémorragie intestinale vient suppléer des hémorroïdes qui ont cessé de couler. En dernier lieu, il reste à modifier la constitution nerveuse par l'hydrothérapie, un régime convenable et un exercice modéré.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(4 DÉCEMBRE 1900)

M. Laveran a fait un rapport sur un important travail de M. Cardamatis relatif à la **bilieuse hémoglobinurique**. Ce travail repose sur un grand nombre d'observations. L'auteur y étudie la fièvre bilieuse hémoglobinurique chez les paludiques, ses rapports avec le paludisme, l'arthritisme et l'influence du sulfate de quinine.

D'accord avec M. Cardamatis, M. Laveran estime que le paludisme ne joue qu'un rôle secondaire dans l'étiologie de la bilieuse hémoglobinurique; il accorde un rôle bien plus important à l'influence de l'arthritisme. Quant à celle de la quinine, il la considère comme non avenue, attendu qu'on a observé cette affection avant l'apparition du quinquina ou chez des malades qui n'avaient pas pris de quinine.

Enfin, M. Laveran insiste sur les excellents effets, au point de vue thérapeutique, des injections massives sous-cutanées de sérum artificiel.

La question du **traitement des fractures par le massage et la mobilisation précoce** commence, croyons-nous, à entrer dans la pratique. Toutefois, les faits déjà bien nombreux et, à nos yeux, bien concluants produits, soit à l'Académie, soit à la Société de chirurgie, par M. Lucas-Championnière, n'ont pas encore convaincu tous les chirurgiens. Le nouveau fait qu'il vient de présenter à l'Académie nous semble cependant bien démonstratif. Il s'agit d'un homme de soixante-trois ans qui, il y a trente-trois jours, s'est fait une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. Cet homme n'a jamais eu aucun appareil; il n'a été traité que par le massage et la mobilisation précoce et il jouit déjà à peu près de tous ses mouvements. Ajoutons qu'il souffrait beaucoup après sa fracture; dès le troisième jour, il n'a plus du tout souffert. Il est bien probable qu'étant donné son âge et sa fracture, cet homme, s'il avait été immobilisé dans un appareil plâtré ou autre, eût été voué à l'enraidissement perpétuel ou à peu près.

Comparativement à cette observation, M. Lucas-Championnière a présenté une extrémité supérieure de l'humérus fracturée qu'il a dû réséquer, après une immobilisation prolongée dans un appareil dit de Hennequin, qui n'avait amené aucune consolidation par suite de la persistance d'une contracture musculaire, dont le massage et la mobilisation eussent eu raison au bout de quelques jours.

Il nous paraît difficile que M. Lucas-Championnière n'arrive pas à faire partager sa conviction à ses collègues.

M. Lancereaux a donné lecture d'un travail intéressant sur les **hémorragies névropathiques des voies digestives**. On trouvera ce travail plus haut (p. 1488).

Signalons aussi une très importante communication de M. Alb. Robin sur la **phosphaturie terreuse**, que l'on peut résumer ainsi :

Les malades à émissions d'urine laiteuse, renfermant du phosphate de chaux en suspension ou en dépôt au moment de l'émission, considérés à tort, jusqu'à présent, comme des calculeux, des phosphaturiques ou des neurasthéniques, sont simplement des dyspeptiques hypersthéniques périodiques ou permanents, chez lesquels s'exagère et devient permanent un phénomène qui existe d'une façon atténuée et irrégulière chez la plupart des hypersthéniques.

On peut diviser ces malades en deux catégories, suivant qu'ils ont simplement des émissions laiteuses irrégulières ou qu'ils expulsent d'épais liquides crayeux à la fin de la miction, ou des conglomérats d'aspect plâtreux qui provoquent des crises vésico-urétrales souvent très douloureuses.

En dehors du fait des émissions laiteuses et des crises douloureuses, les symptômes les plus fréquemment observés sont d'ordre nerveux, cardiaque, cutané et musculaire. Ils forment un ensemble très précis et tout à fait caractéristique quand on les associe aux troubles gastriques ordinairement méconnus qui ne manquent jamais chez ces malades et dont la constatation fixe absolument le diagnostic.

L'analyse du contenu stomacal dénote une hyperchlorhydrie intense, peu de fermentations, une peptonisation suffisante, mais une digestion très mauvaise des féculents.

Les échanges généraux et les échanges azotés ne sont pas troublés dans leur essence. Mais l'évolution et les transformations des matières ternaires sont sensiblement retardées.

Les malades ne sont pas des phosphaturiques au sens absolu du mot, parce qu'il est exceptionnel que l'acide phosphorique total, par vingt-quatre heures et par kilogramme du poids, ainsi que son rapport à l'azote total, soient augmentés. Ce qui est augmenté, c'est l'acide phosphorique lié aux terres dont le rapport à l'acide phosphorique total croît dans d'assez fortes proportions. Le dépôt laiteux du phosphate bicalcique dans l'intérieur des voies urinaires reconnaît donc pour conditions l'augmentation des phosphates terreux et la diminution de l'acidité de l'urine.

La précipitation dans la vessie et peut-être aussi dans les bassinets et dans les tubes de Bellini, des phosphates bicalciques, constitue une condition favorable au développement de la cystite, de la pyélite, de la pyélo-néphrite et des hématuries chez les sujets prédisposés, surtout quand intervient une cause occasionnelle, comme un cathétérisme

intempestif. La présence presque permanente de globules blancs dans le sédiment démontre bien que la muqueuse des voies urinaires de ces malades est en perpétuel état d'opportunité morbide.

L'albumine apparaît, chez ces malades, avec une fréquence qu'elle n'atteint dans aucune des autres variétés d'hypersténie. L'anémie par déglobulisation constitue la complication générale la plus souvent observée. Le traitement se divise en trois parties : *a.* le traitement curatif de la maladie considérée en elle-même; *b.* le traitement palliatif des crises qu'elle provoque ; *c.* le traitement des complications.

Ses éléments essentiels sont, d'abord, le traitement de la dyspepsie hypersthénique avec hyperchlorhydrie, puis la médication acide avec l'acide sulfurique et l'acide azotique alcoolisés (mixture de Coutaret), enfin l'emploi judicieux et successif des arsénicaux, des hypophosphites ou des glycérophosphates, des ferrugineux, des strychniques et des inhalations d'oxygène.

M. Hanriot a soumis à l'Académie les conclusions suivantes, au nom de la commission des **eaux minérales**, conclusions qui ont été adoptées à l'unanimité :

1° Une enquête sera faite, au besoin sur place, par les soins de l'Académie, sur les diverses sources autorisées jusqu'à ce jour. L'autorisation sera retirée à celle dont l'exploitation aura cessé depuis plus de trois années.

Une liste générale des sources autorisées sera dressée et publiée par l'Académie.

2° Il y a lieu d'étudier les mesures propres à constater les variations et à prévenir l'épuisement des nappes minérales.

3° Les compagnies seront invitées à se conformer strictement aux conditions de leur autorisation. En cas de non exécution, l'autorisation pourra leur être retirée.

4° L'analyse et la date de la mise en bouteilles seront inscrites sur chacune des bouteilles mises en vente.

5° Il y a lieu d'organiser une surveillance sur les sources et établissements thermaux. Les inspecteurs régionaux, pour la nomination desquels l'Académie se met à la disposition du ministre, ne pourront exercer la médecine dans aucune des stations soumises à leur surveillance.

M. Polaillon, à propos du rapport de M. Lucas-Championnière sur le **traitement du cancer**, rappelle que M. le professeur Mayet (de Lyon) a, depuis longtemps, inoculé le cancer à des rats.

M. Hallopeau présente un malade atteint d'un **nævus très volumineux de la lèvre supérieure** : il est intéressant surtout par la déformation que, de par ce fait, subissent ses traits, la proéminence énorme de la lèvre donne une image qui rappelle, dans une certaine mesure, celle d'un groin. Contrairement à ce que l'on aurait pu croire, cette tumeur laisse intactes les fonctions de la lèvre : la préhension des aliments, l'articulation des mots s'accomplissent très régulièrement; le baiser même reste possible, à la condition d'être pratiqué latéralement. Le seul trouble important qui mérite d'être signalé est une déformation considérable de l'arcade dentaire supérieure, ainsi que de son rebord alvéolaire : sa direction n'est plus convexe comme à l'état normal; elle représente une ligne droite. Cette altération est due, en toute évidence, à la compression qu'ont subie, pendant de longues années, ces parties sous l'influence de cette tumeur, quelque molle qu'elle soit; les dents ne sont d'ailleurs nullement altérées. On est d'accord pour rapporter l'origine de ces angiomes faciaux à un trouble dans l'évolution des arcs branchiaux.

M. Le Roy lit une observation de **loupe dégénérée en cancer**. Dans une préparation par frottis, il a trouvé de nombreux éléments assez semblables à des coccidies. Ce frottis était coloré par le Ziehl et monté dans le baume de Canada dissous dans le xylol.

La séance annuelle est remise au 18 décembre. M. Debove y prononcera l'éloge de Charcot.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — ANATOMIE. — Séance du 3 décembre : MM. Ferry, 9 + 13 = 22; Devaux, 8 + 11 = 19; Nivet, 11 + 8 = 19; Roubaud, 7 + 7 = 14; Debets de Lacrousille, 3 + 10 = 13; Bouchez, 4 + 7 = 11.

PATHOLOGIE. — Séance du 3 décembre : MM. Rostaine, 13 + 13 = 26; Devraigne, 13 + 12 = 25; François-Dainville, 13 + 11 = 24; Rouhier, 8 + 9 = 17; Saison, 10 ; Dézarnaulds, 7; Dèvé, 6; Aubin, 5.

Concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon. — Il sera ouvert, le lundi 6 mai 1901, un concours public pour la nomination d'un médecin des hôpitaux.

Les médecins des hôpitaux sont nommés pour dix-huit ans, à partir du moment où ils sont chargés d'un service autre que celui de médecin suppléant. Le traitement des médecins des hôpitaux est de 2 000 francs par an.

Écoles de médecine. — *Grenoble.* — M. Flandrin est chargé d'un cours de clinique obstétricale, pendant la durée du congé accordé à M. Gallois (année scolaire 1900-1901).

Marseille. — M. Boinet, professeur de pathologie médicale et de pathologie générale, est autorisé à faire, au lieu et place de son enseignement, pendant la présente année scolaire, un cours de clinique des maladies exotiques.

Tours. — M. J.-M. Javillier, pharmacien de première classe, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux de physiologie et de chimie.

Marine. — M. le médecin de deuxième classe d'Arin, du cadre de Brest, est désigné pour aller servir à la prévôté des Forges de la Chaussade, à Guérigny, en remplacement de M. le docteur Pernès.

— M. le médecin de deuxième classe Guitard, du cadre de Toulon, est désigné pour embarquer sur l'*Achéron*, qui entrera en armement définitif à Toulon, le 15 décembre prochain.

— M. le médecin de première classe de réserve Poulain, du port de Toulon, est maintenu sur sa demande dans le cadre des officiers de réserve de l'armée de mer.

— M. le médecin de première classe Courtier, du cadre de Lorient, est désigné pour embarquer sur la défense mobile de Cherbourg, en remplacement de M. le docteur Gibrat.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Hugard (de Salmaise) et Lavirotte (de Lyon).

Musée de l'hôpital Ricord. — On vient de réorganiser à l'hôpital Ricord un musée de moulages en cire.

Le musée destiné à l'instruction clinique comprend près de 400 pièces reproduisant les manifestations les plus fréquentes des maladies vénériennes (syphilis, chancres, etc.).

La salle contenant ces moulages, exclusivement réservée aux docteurs et étudiants en médecine (munis de leur carte), sera ouverte les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, entre une heure et quatre heures, à partir du mardi 18 décembre 1900.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 140. — SAMEDI 8 DECEMBRE 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 8 DÉCEMBRE 1900. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Tuberculose du tarse chez l'enfant; symptômes et traitement, par M. GUIBAL, interne des hôpitaux de Paris. — NÉCROLOGIE. Bergeron. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Tuberculose du tarse chez l'enfant; symptômes et traitement.

Par M. GUIBAL, interne des hôpitaux de Paris.

Les os et les articulations du tarse sont très fréquemment atteints de tuberculose. Des différentes statistiques publiées par Billroth, Love, Münch, il résulte que la tuberculose des os du tarse représente approximativement le huitième des caries osseuses. C'est à peu près la proportion que nous avons observée à l'hôpital maritime de Berck, dans le service de notre maître, M. Ménard.

Cette affection, au point de vue de sa fréquence, vient loin derrière le mal de Pott et la coxalgie, mais occupe sensiblement le même rang que les tuberculoses du coude, du genou, des ganglions cervicaux. Ainsi s'explique l'importance considérable qui s'attache à son étude et le nombre de travaux que la tuberculose du tarse a suscités.

I

Anatomie normale et pathologique. — Il est indispensable de connaître l'anatomie normale et pathologique des os du tarse. Le fait saillant, au point de vue qui nous concerne, est que, chez les enfants et les adolescents, ces os présentent des proportions de tissu osseux et de cartilage variables avec l'âge. A mesure que l'enfant grandit, l'os se développe au dépens du cartilage qu'il remplace.

On sait que le tissu osseux se prête à la pullulation de l'agent tuberculeux, tandis que le cartilage est rebelle à son ensemencement. Bien plus, quand un foyer tuberculeux s'est développé dans un os, l'enveloppe cartilagineuse périphérique constitue, pendant un temps variable, un obstacle à son extension vers les os ou les articulations du voisinage. Quand cette barrière n'est pas forcée par le mal, le chirurgien doit lui-même la respecter le plus souvent, comme nous l'enseignera l'étude du traitement.

Les lésions tuberculeuses ne présentent, au tarse, aucune particularité propre. Superficielles, elles offrent le type de la carie : profondes, elles se montrent dans les deux formes qu'a décrites Nélaton, le tubercule enkysté avec ou sans séquestre, et l'infiltration tuberculeuse.

Chez un enfant de deux à trois ans, l'astragale est constitué par une coque cartilagineuse, plus épaisse au niveau de la tête et renfermant à son centre un noyau de tissu osseux. Celui-ci s'accroît avec l'âge, si bien qu'à douze ou quatorze ans, le cartilage a disparu partout, sauf au niveau des facettes articulaires de cet os. En dehors d'elles, le périoste a remplacé le cartilage.

Comment, étant donné cette disposition, s'explique l'extension aux parties voisines d'un processus tuberculeux primitivement localisé dans l'astragale ? Il s'étend du centre à la surface et rencontre, suivant l'âge et suivant le siège, tantôt le cartilage, tantôt le périoste. Le premier arrête, un temps, le mal qui finalement le décolle ou le perfore et s'ouvre dans une articulation voisine. Le périoste est, lui aussi, détaché, ulcéré et la tuberculose envahit, soit les synoviales, là où elles se réfléchissent sur l'os et lui adhèrent, soit le calcanéum, en suivant le ligament interosseux calcanéo-astragalien.

Le calcanéum possède, comme l'astragale, un noyau osseux central enveloppé de cartilage. Jusqu'à un âge assez avancé persistent trois cartilages épiphysaires, l'un antérieur au niveau de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, l'un supérieur, correspondant aux deux articulations astragalo-calcanéennes, le dernier, postérieur, qui donne attache au tendon d'Achille. Si l'on intervient, ils doivent être laissés en place et respectés quand le calcanéum est isolément envahi par la tuberculose. De tous les os du tarse, c'est le calcanéum qui est le plus souvent affecté de tuberculose primitive. C'est à lui que remonte en général le début du mal, dans les cas de lésions complexes de cette région.

L'épiphyse inférieure du tibia et les deux malléoles présentent tardivement une quantité appréciable de tissu osseux. Elles sont rarement le siège d'une localisation bacillaire primitive.

Les os de l'antétarse entrent dans la description commune : un point osseux apparaît et se développe dans une masse cartilagineuse qu'il remplace enfin totalement.

Les métatarsiens offrent une particularité de structure qu'il importe de connaître. Contrairement aux autres os longs, et comme les métacarpiens, les métatarsiens ne possèdent qu'un seul cartilage épiphysaire. Il est proximal au niveau du premier métatarsien, distal au niveau des quatre derniers. L'autre épiphyse est dépourvue de cartilage épiphysaire et le canal médullaire de la diaphyse se prolonge dans son intérieur.

On sait que le spina ventosa tend à envahir la totalité de

l'os atteint et que les fongosités tuberculeuses remplissent totalement le canal médullaire. Le cartilage épiphysaire arrête pendant un temps la progression du processus tuberculeux, à l'une des extrémités de la diaphyse; à l'autre bout, là où cet agent protecteur fait défaut, le métatarsien peut s'ulcérer et la tuberculose se propager.

Le cartilage épiphysaire du premier métatarsien, situé à son extrémité postérieure, arrête en général de ce côté la marche des fongosités; aussi est-il exceptionnel de voir la tuberculose du tarse succéder au spina ventosa du premier métatarsien. Elle complique fréquemment, par contre, le spina ventosa des quatre derniers métatarsiens, dont le cartilage épiphysaire unique est situé en avant et protège les articulations métatarso-phalangiennes.

Les arthrites tuberculeuses du tarse ne présentent aucune particularité anatomique qui leur soit propre. Dans un tiers des cas, d'après Ollier, la synoviale serait atteinte d'emblée. Les lésions osseuses sont alors secondaires, peu profondes, consistant en des érosions et ulcérations superficielles, au niveau desquelles le cartilage est décollé. Plus souvent la tuberculose débute par les os voisins de l'articulation. Elle s'étend à la synoviale, soit après térébration du cartilage, dans les cas de foyer profond, soit par contamination de la séreuse quand le foyer devient ou se trouve d'emblée sous-périostique.

II

Physiologie normale du tarse. — La tuberculose du tarse modifie considérablement les mouvements normaux de cette région. Aussi importe-t-il de connaître et d'avoir bien présente à l'esprit l'étendue normale et physiologique de ces mouvements pour pouvoir apprécier dans quelle mesure ils sont conservés ou altérés.

L'articulation tibio-tarsienne est une charnière dans laquelle la poulie astragalienne est étroitement emprisonnée par la mortaise tibio-péronière. « Les seuls mouvements qui se passent dans cette charnière toujours serrée sont des mouvements de flexion et d'extension » (Poirier). Tous les autres mouvements de cette jointure, mouvements de propulsion et de rétropulsion, dans lesquels le pied glisse en avant et en arrière de la jambe, et mouvements de latéralité, sont des mouvements pathologiques. Ils révèlent que la coaptation étroite des surfaces osseuses a cessé d'exister du fait de sérieuses destructions. Pour rechercher ces mouvements anormaux on saisit d'une main l'extrémité inférieure de la jambe, de l'autre, le pied au niveau du tarse antérieur. On fait glisser le pied doucement d'avant en arrière, sans le fléchir et en le maintenant à angle droit sur la jambe. Puis, dans la même position, on le porte successivement en dehors et en dedans, ce qui produit le ballottement astragalien, quand existent les mouvements de latéralité.

« Les mouvements qui se passent dans les articulations calcanéo-astragaliennes ne peuvent être séparés des mouvements qui ont pour siège l'articulation médio-tarsienne » (Poirier). Le résultat de ces mouvements combinés est de produire la torsion du pied, soit en dehors, soit en dedans. Cette torsion est formée par l'association d'un mouvement de latéralité et d'un mouvement de rotation. Le mouvement de torsion est le seul que nous puissions exécuter volontairement.

En examinant un pied normal, le chirurgien peut dissocier les deux éléments de ce mouvement de torsion. Le mouvement de latéralité se passe dans l'articulation médio-tarsienne; il s'exécute autour d'un axe vertical passant par cette articulation et porte la pointe du pied en dedans (adduction) ou en dehors (abduction). On imprime ce mouvement, en immobilisant d'une main le talon et le cou-de-pied (astragale et calcanéum) tandis que l'autre main porte l'avant-pied en dehors ou en dedans. Le mouvement de rotation se passe dans l'articulation sous-astragalienne et se produit autour d'un axe antéro-postérieur traversant cette jointure; il élève (rotation en dedans) ou abaisse (rotation en dehors) le bord interne du pied. On produit ce dernier mouvement en immobilisant d'une part l'astragale et en portant le talon et le calcanéum successivement en dedans et en dehors.

Ces mouvements disparaissent quand les articulations, qui en sont le siège, sont malades.

Une main fixant l'antétarse, si l'autre main saisit l'ensemble des métatarsiens, elle peut alternativement fléchir et étendre ces derniers. Ces mouvements s'exécutent dans l'interligne de Lisfranc et sont plus accentués à ses deux extrémités, au niveau des premier et cinquième métatarsiens.

Au niveau des interlignes partiels de l'antétarse les mouvements sont si limités que leur étude n'est d'aucun intérêt dans la pratique.

III

Symptômes et diagnostic. — Les symptômes varient avec le siège et avec l'étendue des altérations anatomiques. Or, celles-ci présentent les modalités les plus diverses.

Dans les cas les plus simples, la tuberculose n'atteint qu'un seul os ou une seule articulation, les parties voisines restent indemnes. Ces formes de tuberculose limitée présentent dans toute leur netteté des signes-types, pathognomoniques quelquefois, permettant de préciser la nature et le siège précis du mal. Nous les étudierons en premier lieu.

Lorsque, partie d'un foyer isolé, la tuberculose s'est étendue à un os ou à une articulation du voisinage, deux groupes de symptômes se présentent à la fois, se combinent, obscurcissent le tableau clinique; ils permettent cependant, le plus souvent, de préciser l'étendue des lésions.

Mais quand tout l'arrière-pied est infiltré, quand l'antétarse est creusé de fistules multiples, il peut être délicat et difficile de préciser par le seul examen extérieur les limites exactes du foyer tuberculeux.

I. Tuberculoses isolées du tarse. — Sur un pied atteint de tuberculose isolée du tarse on peut, à première vue, d'après le siège du gonflement et l'attitude du pied sur la jambe, localiser l'affection à l'une des trois régions suivantes : cou-de-pied, talon, antétarse.

Les tuberculoses qui se groupent autour du cou-de-pied, se caractérisent par l'extension du pied en équinisme, par le gonflement de la cheville, le talon et l'antétarse gardant leur aspect normal; elles peuvent intéresser, soit l'articulation tibio-tarsienne, soit l'astragale, soit les épiphyses inférieures des os de la jambe.

Le gonflement du talon, avec intégrité de l'antétarse et du cou-de-pied, révèle une affection du calcanéum.

Le gonflement limité à l'antétarse, le cou-de-pied et le talon conservant un volume normal, fera rechercher une lésion du scaphoïde, de l'un des cunéiformes, du cuboïde.

TUBERCULOSES ISOLÉES, TYPES, DE LA RÉGION DU COU-DE-PIED. — Caractères communs : gonflement limité au cou-de-pied, équinisme.

L'*arthrite tiblo-tarsienne* isolée est en général d'un diagnostic facile.

Elle se développe insidieusement : la douleur est son premier symptôme. Cette douleur est intermittente, provoquée par la marche, exagérée par la fatigue, calmée par le repos, offrant souvent des exacerbations nocturnes. Elle amène d'abord la claudication et peut, à un degré plus avancé, rendre la marche impossible.

Le pied est en équinisme par contracture du triceps sural. Le cou-de-pied offre un gonflement que mettent en relief l'atrophie de la jambe et le volume resté normal du talon et de l'avant-pied. Ce gonflement revêt souvent un aspect si caractéristique qu'il permet de porter, au premier coup d'œil et sans crainte d'erreur, le diagnostic d'arthrite tibio-tarsienne.

La déformation consiste dans la disparition des méplats situés en avant et en arrière de chaque malléole. Ils sont soulevés par quatre saillies arrondies et bien limitées par quatre bosses, deux externes, deux internes, disposées en anneau autour de la cheville. En dehors et en dedans les deux bosses sont séparées par une dépression sous laquelle on sent la malléole correspondante.

On s'explique aisément cette déformation. La synoviale, distendue par le liquide d'hydarthrose, par les fongosités ou par le pus tuberculeux, fait saillie au niveau de ses deux culs-de-sac qui sont, l'un antérieur ou prétibial, l'autre postérieur ou rétro-tibial. Chacun est bridé, étranglé en son milieu, divisé en deux culs-de-sac externe et interne, en avant par les tendons extenseurs, en arrière par le tendon d'Achille.

L'aspect, si typique souvent, perd de sa netteté, quand l'œdème infiltre les parties molles périarticulaires ou quand un abcès se développe.

Les quatre bosses périmalléolaires sont rénitentes ou même fluctuantes, selon leur contenu.

La pression sur l'interligne, en avant surtout, provoque de la douleur.

Il faut rechercher dans quelle étendue les mouvements normaux sont conservés, à quel degré les mouvements anormaux sont possibles.

Les mouvements volontaires de flexion et d'extension du pied sont abolis, les mouvements passifs sont arrêtés par la douleur et la contracture musculaire. Dans les articulations voisines, par contre, sous-astragalienne, médio-tarsienne, les mouvements conservent toute leur amplitude.

La possibilité d'imprimer au pied des mouvements anormaux confirme le diagnostic d'arthrite tibio-tarsienne. Une main immobilise l'extrémité inférieure de la jambe, l'autre saisit l'arrière-pied, la paume embrassant le dos du pied et les doigts se rejoignant presque derrière le talon. La translation du pied en avant et en arrière fait glisser la poulie astragalienne sur la face articulaire du tibia. Les surfaces osseuses dénudées, privées de leur cartilage, peuvent donner lieu à des frottements nettement perceptibles. Si les mouvements de latéralité sont possibles, l'astragale vient heurter tour à tour chaque malléole et produit un choc sensible à la main. Ces subluxations alternatives en avant et en arrière, ce ballottement transversal de l'astragale ne se produisent que par suite de larges ulcérations des surfaces articulaires. Dans le cas de destructions graves, le pied est réellement ballant, état qui contraste singulièremeut avec l'état d'immobilisation où l'astragale est normalement tenu. Ces mouvements pathologiques révèlent donc des lésions osseuses profondes.

A une période avancée des abcès apparaissent au voisinage de l'articulation et ils s'ouvrent, donnant lieu à la production de fistules. Elles sont en général situées près des malléoles, sans siège de prédilection bien défini. L'exploration du stylet renseigne sur leur véritable origine.

La *tuberculose isolée de l'astragale*, sans coexistence de lésions articulaires, s'accompagne de symptômes suffisamment caractéristiques.

La douleur est le premier signe ; occasionnée par la marche, elle provoque la claudication, souvent même l'impotence fonctionnelle absolue.

Le cou-de-pied est le siège d'un gonflement qui tranche avec l'amaigrissement rapide de la jambe, avec le volume non modifié du talon et de l'avant-pied. Mais ce gonflement n'a pas la forme caractéristique de celui qui appartient à l'arthrite tibio-tarsienne; il occupe un niveau un peu inférieur, à la hauteur et un peu au-dessous des malléoles. C'est un épaississement diffus, encerclant la cheville. Un équinisme modéré l'accompagne le plus souvent.

La pression sur la tête de l'astragale est douloureuse, de même celle qu'on exerce sur le corps même de l'os en avant des malléoles.

L'inflammation de l'astragale retentit sur les articulations voisines et les enraidit. Les mouvements volontaires sont d'amplitude moindre au niveau des trois articulations que forme l'astragale avec le tibia, avec le scaphoïde, avec le calcanéum; la flexion et l'extension du pied, les mouvements de torsion sont peu étendus. Les mouvements provoqués, dans ces trois articulations, sont moins étendus que normalement.

Si la fatigue exagère l'équinisme, augmente le gonflement périmalléolaire et limite les mouvements spontanés ou provoqués, par contre, le repos atténue le gonflement et rend aux jointures une mobilité si proche de la normale qu'on peut croire à la guérison. Tous les troubles réapparaissent si le malade marche à nouveau.

Les lésions tuberculeuses peuvent se confiner pendant un temps ou définitivement à la tête de l'astragale. Tout se borne à du gonflement en avant de la malléole interne, à de la douleur par pression en ce point, à la limitation des mouvements de l'interligne médio-tarsienne. Le corps de l'astragale n'est pas douloureux à la pression; les mouvements ne sont pas modifiés dans la tibio-tarsienne.

Entre ces trois affections, tuberculose de l'astragale, arthrite tibio-tarsienne, synovite tuberculeuse des gaines du cou-de-pied, le diagnostic peut hésiter. La synovite a pour elle : le siège rétro-malléolaire du gonflement; la direction de la tumeur selon la direction des tendons; la production d'une douleur par élongation des tendons; l'intégrité des mouvements du cou-de-pied. L'arthrite se différencie de la tuberculose astragalienne par les quatre bosses en anneau autour du cou-de-pied, par une limitation plus complète des mouvements du pied sur la jambe, par la possibilité de mouvements anormaux dans l'interligne, par l'intégrité absolue des mouvements dans les articulations sous-astragalienne et médio-tarsienne. La direction des fistules est un élément de diagnostic.

Il est rare que l'on hésite à reconnaître la tuberculose de l'*épiphyse inférieure du tibia ou d'une des deux malléoles*. Il y a équi-

nisme par irritation de voisinage sur la tibio-tarsienne. Le gonflement, qui entoure parfois tout le cou-de-pied, n'occupe le plus souvent qu'un seul côté de la jambe, celui de la malléole atteinte. La douleur à la pression se limite à la portion d'os malade. Les mouvements du pied sur la jambe, volontaires ou imprimés, sont bornés mais possibles; il n'y a pas de mouvements anormaux. Les articulations sous-astragalienne et médio-tarsienne conservent toute l'amplitude de leurs mouvements. La palpation révèle une portion d'os soufflé, augmenté de volume, comme dans le spina ventosa; ou bien le doigt pénètre, en se coiffant des téguments, dans une dépression qui répond à une caverne osseuse. Les abcès siègent au-dessous de l'interligne et les fistules conduisent le stylet explorateur sur la partie de l'os malade.

Tuberculose limitée au talon. — En théorie, deux genres d'affections tuberculeuses peuvent se développer isolément au niveau du talon : l'arthrite sous-astragalienne et l'ostéite du calcanéum. En pratique, cette arthrite coexiste toujours avec des lésions osseuses qui en ont été le point de départ et qui occupent l'astragale, le calcanéum ou le scaphoïde.

La *tuberculose isolée du calcanéum* s'observe au contraire très fréquemment, en dehors de toute autre manifestation osseuse ou articulaire.

Le volume du talon est considérablement augmenté par comparaison avec le côté sain. Ce gonflement s'avance jusqu'au milieu de la plante dont le creux normal est atténué, parfois totalement effacé, rarement devenu convexe. Le cou-de-pied, l'avant-pied ont leur volume habituel.

La pression sur un point quelconque du talon provoque de la douleur; la marche agit de même et devient rapidement impossible.

Le pied est en position normale sur la jambe, sans trace d'équinisme. Il peut être fléchi ou étendu, à volonté, par le malade aussi bien que par le chirurgien.

Les mouvements actifs de torsion de l'avant-pied sont partiellement ou entièrement abolis. On sait qu'ils se passent, à la fois, dans les articulations sous-astragalienne et médio-tarsienne, dont le jeu est limité par retentissement de la lésion calcanéenne. Ce mouvement de torsion ne peut être imprimé à l'avant-pied, par la manœuvre habituelle, que dans une faible étendue; si l'on insiste le malade souffre.

Les abcès se montrent sur les faces latérales du talon ou bien sous la plante, presque jamais sur le dos du pied. Les fistules s'ouvrent, de préférence, en dehors ou en dedans du tendon d'Achille, quelquefois à la plante; elles conduisent le stylet directement sur le calcanéum.

Lorsque le corps du calcanéum est partiellement envahi, le gonflement, modéré, siège sur l'une seulement des faces latérales; la mobilité des articulations calcanéennes est moins atteinte.

Limitée à la grande apophyse, la tuberculose donne un gonflement peu étendu sur le bord externe du pied, une douleur en un point limité, une raideur qui se borne à l'interligne de Chopart.

« L'inflammation de la bourse séreuse rétro-calcanéenne se différencie de l'ostéite du calcanéum par son étiologie et par la limitation du gonflement et de la douleur.

Il faudra enfin se tenir toujours en garde contre la possibilité de tumeurs sarcomateuses du calcanéum, dont l'évolution lente présente beaucoup de symptômes analogues à ceux de l'ostéite » (Blum).

Tuberculoses isolées de la région de l'antétarse. — L'ostéite tuberculeuse peut atteindre l'un quelconque des os de l'antétarse et s'y cantonner; quant aux arthrites, elles compliquent à peu près toujours une lésion osseuse. L'étude en sera faite plus loin.

D'une façon générale, l'ostéite de l'un des os de l'antétarse se caractérise par un gonflement limité à cette région, le cou-de-pied et le talon n'étant en rien modifiés; par une douleur bien localisée que provoquent la pression et la marche; par la situation des abcès et des fistules.

La tuberculose du scaphoïde a pour signes révélateurs : un gonflement assez nettement circonscrit, occupant le milieu du bord interne du pied; la limitation des mouvements d'adduction de l'avant-pied, par enraidissement de l'interligne médio-tarsien; la douleur à la pression sur le scaphoïde. Le pied est très mobile sur la jambe, ce qui permet d'éliminer la tuberculose de l'astragale. L'intégrité du premier métatarsien est démontrée lorsque les deux tiers antérieurs de cet os répondent à des tissus souples. On sait que l'os, atteint de spina ventosa, est généralement envahi dans toute sa longueur.

Dans l'ostéite du cuboïde, on trouve encore un point douloureux localisé, un gonflement situé au milieu du bord externe du pied, la gêne des mouvements d'adduction de l'avant-pied. On peut penser quelquefois à l'ostéite de la grande apophyse du calcanéum; la différenciation se fait par l'étude attentive du siège de la douleur et du gonflement, par une palpation minutieuse du reste de l'os, par l'exploration des fistules. Le spina ventosa du cinquième métacarpien sera éliminé pour les mêmes considérations que précédemment.

L'ostéite d'un cunéiforme provoque peu de troubles fonctionnels : le gonflement est limité, la douleur localisée à un point fixe; les mouvements de torsion du talon sont conservés.

Nous n'avons soulevé jusqu'ici que les problèmes relatifs au siège de l'ostéite. Il convient parfois d'en reconnaître la nature, de faire la part des cas, les plus nombreux, qui appartiennent à la tuberculose, et de ceux, plus rares, qui révèlent de l'ostéomyélite.

Tous les os du tarse ont été atteints par l'infection à staphylocoques. M. Reclus cite, dans ses leçons cliniques, un cas où elle avait simultanément envahi les cinquième et quatrième métatarsiens, le cuboïde, le calcanéum et l'astragale. Mais de tous ces os, le calcanéum est le plus fréquemment frappé d'ostéomyélite infectieuse.

A la période d'ostéomyélite prolongée, le diagnostic s'aidera de l'interrogatoire : le début remonte à plusieurs mois ou à plusieurs années, il a été fébrile, aigu; puis un abcès s'est formé dont l'ouverture a été spontanée ou opératoire; après une longue suppuration, le calcanéum est hypertrophié; on sent et on peut enlever des séquestres longs, déchiquetés, dentelés, percés à jour.

II. Tuberculoses multiples. — Nous rangeons, dans cette catégorie, les cas dans lesquels coexistent deux ou un petit nombre de foyers tuberculeux, le plus souvent par propagation d'un foyer isolé à un os ou une articulation de voisinage.

Ostéo-arthrite tibio-tarsienne. — Cette forme s'observe plus fréquemment que l'arthrite isolée, car l'infection primitive de la synoviale est moins fréquente que l'infection secondaire.

Aux signes déjà connus de l'arthrite s'ajoutent ceux qui appartiennent en propre à l'ostéite causale. Ils enlèvent souvent aux premiers une partie de leur netteté. On doit toujours rechercher et on arrive souvent à reconnaître l'ostéite, point de départ des lésions articulaires.

Par exception, on la trouvera du côté de l'épiphyse inférieure du tibia ou du côté des malléoles, auxquels cas les signes s'imposent d'eux-mêmes à l'attention.

Les recherches devront surtout être dirigées du côté de l'astragale; on reconnaît alors un gonflement diffus au niveau et au-dessous d'une des deux malléoles; la pression sur la tête ou sur le corps de l'os réveille la douleur; les mouvements sous-astragaliens et médio-tarsiens sont bornés; les fistules se dirigent vers l'os. A cela s'ajoutent les signes propres à l'arthrite tibio-tarsienne : l'équinisme, présence des quatre bosses péri-malléolaires, abolition des mouvements normaux, possibilité de mouvements anormaux.

Lorsque les lésions destructives de l'astragale sont profondes, elles donnent lieu à des modifications de la forme et surtout de la direction du pied. La fonte tuberculeuse de la partie interne du corps permet le glissement en dedans du tibia; la malléole interne se rapproche du sol et il se produit un pied valgus. En cas de destruction de la partie externe du corps, on observe par le même mécanisme un pied varus.

Tuberculose associée de l'astragale et du calcanéum. — Cette association est très fréquente, et il semble que le foyer primitif siège plus souvent au niveau du calcanéum. La coexistence d'une arthrite sous-astragalienne est la règle.

Quand cette arthrite fait défaut, les signes propres à la tuberculose du calcanéum et à celle de l'astragale se combinent. Le gonflement occupe le talon et le cou-de-pied, c'est-à-dire tout le postéro-tarse qui est douloureux à la pression. Le pied est en équinisme et le talon un peu tordu en dedans par irritation de la sous-astragalienne. La marche est impossible et les mouvements, soit actifs, soit passifs, sont de faible étendue au niveau des trois articulations, tibio-tarsienne, sous-astragalienne, médio-tarsienne. Les signes caractéristiques de l'arthrite tibio-tarsienne font naturellement défaut.

On a distingué, au point de vue anatomique (Ollier, Gangolphe), trois formes d'arthrite sous-astragalienne; la tumeur blanche postérieure; la tumeur blanche antérieure, accompagnée forcément d'arthrite astragalo-scaphoïdienne, et la tumeur blanche double. En clinique, cette dernière se présente plus communément, associée à l'ostéite du calcanéum ou de l'astragale, souvent des deux à la fois. Les troubles qui révèlent particulièrement l'arthrite double sont : la torsion en dedans du talon et de l'avant-pied; la provocation d'une douleur par pression sur l'interligne astragalo-calcanéen, sous la malléole externe en dehors, sous la tête de l'astragale en dedans; l'impossibilité d'imprimer au talon et à l'avant-pied des mouvements de rotation et de latéralité.

La forme extérieure du pied est sous la dépendance des lésions destructives de l'astragale et du calcanéum. La mobilité de la tibio-tarsienne est proportionnelle à l'intégrité de l'astragale.

Tuberculose de l'antétarse. — Un nombre variable de segments osseux, parfois tout l'antétarse est envahi. Le gonflement revêt la forme d'un anneau, localisé au tarse antérieur, plus épais en dedans qu'en dehors, nettement délimité en haut et en bas. Le cou-de-pied, le talon, la région des métatarsiens gardent leur intégrité. La douleur est vive à la pression. La marche est impossible.

Les mouvements, actifs et passifs, gardent leur amplitude dans la tibio-tarsienne, sont souvent gênés dans la sous-astragalienne, sont complètement perdus au niveau des deux interlignes de Chopart et de Lisfranc. Si l'on tente de produire des mouvements de latéralité de l'avant-pied ou de fléchir les métatarsiens, on arrache des cris de douleur au patient.

Il est généralement difficile ou impossible, par le seul examen extérieur, de dire quel a été l'os primitivement envahi, duquel le mal s'est propagé à tout le tarse antérieur.

Le point de départ de ces foyers multiples est souvent dans l'un des quatre derniers métatarsiens. Nous connaissons les raisons anatomiques qui facilitent l'extension à l'antétarse d'un spina-ventosa des métatarsiens. Il faut donc toujours les explorer; on découvrira quelquefois un gonflement peu prononcé, une douleur à la pression, signes qui, dans les cas légers, auraient pu passer inaperçus. Cette notion revêt surtout une importance considérable en ce qui concerne le traitement. Pour être complète et rationnelle, l'intervention chirurgicale devra atteindre les os du tarse et les métatarsiens d'où est partie l'infection bacillaire.

III. Tuberculoses complexes du tarse. — Il serait trop long de passer en revue toutes les combinaisons capables de se produire dans la marche et l'extension des tuberculoses ostéo-articulaires du tarse. Les types varient à l'infini. Nous n'avons voulu étudier que les formes les plus typiques au double point de vue des lésions et des symptômes qui les révèlent. C'est ainsi qu'on peut voir, par exemple, au spina ventosa du premier métatarsien succéder la tuberculose du premier cunéiforme, du deuxième, puis celle du scaphoïde, de l'astragale, finalement survenir l'arthrite tibio-tarsienne. Ou bien, du cinquième ou du quatrième métatarsien les lésions s'étendent au cuboïde, au calcanéum, à l'astragale.

Cet envahissement progressif s'observe quand les enfants sont privés des soins locaux et généraux que réclame leur état; quant à la fatigue locale, causée et entretenue par la marche, s'ajoutent les conditions défavorables au sujet qui ont leur origine dans une hygiène mauvaise et une alimentation défectueuse. Chez ces malades mal logés, mal nourris, réduits à marcher sur leur pied douloureux et gonflé, les lésions s'étendent avec une rapidité variable, et occupent enfin les deux rangées des os du tarse. Le pied est augmenté de volume depuis la région métatarsienne, qui reste intacte, ainsi que les orteils, jusqu'au-dessus des chevilles; il forme un pilon arrondi, irrégulièrement bosselé, suspendu à une jambe très amaigrie.

Des abcès apparaissent, de préférence sur le dos du pied, amincissent la peau, la perforent et donnent lieu à des fistules, en nombre variable, séparées par des ponts plus ou moins larges de peau saine. L'écoulement de pus est abondant, il est persistant. Le stylet arrive sur des surfaces osseuses dénudées et ramène souvent de petits séquestres.

La suppuration prolongée est entretenue par l'infection secondaire du foyer tuberculeux, par la présence à son intérieur de séquestres, par la profondeur, la multiplicité, l'irrégularité des trajets et des diverticules que le lavage le plus attentif ne peut nettoyer. Rapidement l'état général du sujet périclite. Il se produit ce qu'on observe chez les malades atteints de coxalgie ou de mal de Pott fistuleux,

quoique à un degré moindre : c'est la dégénérescence graisseuse et amyloïde des viscères de l'économie, rein, foie, intestin, sous l'influence des résorptions toxiques, qui se font au niveau du clapier purulent, dans lequel pullulent les agents habituels de la suppuration. Cette atteinte des viscères se manifeste par la pâleur du malade, par la perte d'appétit; enfin survient de l'albuminurie, puis l'œdème des malléoles et la bouffissure de la face; la diarrhée s'installe opiniâtre et tous les signes d'une cachexie profonde ne tardent pas à apparaître.

A des degrés divers, la tuberculose peut envahir les deux pieds; ou bien encore, occuper un seul pied et se localiser ailleurs en un ou plusieurs foyers, sur le squelette ou dans les viscères.

La tuberculose du tarse, fermée ou fistuleuse, pure ou associée à des infections secondaires, peut être le point de départ de complications de voisinage, parmi lesquelles deux sont assez fréquentes, l'adénite inguinale tuberculeuse et la synovite des tendons péroniers ou du jambier postérieur.

Un point sur lequel il convient d'appeler l'attention, c'est celui de l'influence trophique qu'exerce sur tout le membre inférieur un foyer tuberculeux, même quand il est peu étendu et limité, par exemple, à l'astragale ou au calcanéum. Les troubles trophiques sont très manifestes chez certains malades : le pied est raccourci de 1 à 2 centimètres, comparativement au côté sain, les os sont plus grêles et plus fragiles. Au niveau de la jambe, les muscles sont atrophiés, les os moins longs que du côté opposé. Cette atrophie peut même remonter jusqu'à la cuisse.

V

Traitement. — INDICATIONS GÉNÉRALES. — *Traitement général.* — L'institution sévère d'un bon traitement général doit être le premier souci du chirurgien auquel est présenté un malade atteint de tuberculose osseuse ou articulaire, quel qu'en soit le siège, quelle que soit la période de son évolution. L'enfant sera, autant que possible, soustrait à l'atmosphère confinée de la chambre ou de la salle d'hôpital, il vivra au grand air, à la campagne, à la montagne, de préférence au bord de la mer. Le traitement marin a fait ses preuves. Les résultats si encourageants, si surprenants dans certains cas, qu'obtiennent les chirurgiens de Berck, sont rapportés par eux-mêmes surtout à la cure d'air salin. Il accroît notablement l'appétit, active les fonctions digestives et respiratoires, donne aux enfants, rapidement, de bonnes couleurs et de l'embonpoint. Malheureusement, le nombre des privilégiés appelés à en profiter est trop restreint. Toutefois, rien ne s'oppose à ce qu'on expose les enfants à l'air, dans les jardins dont la plupart des hôpitaux sont ornés. L'appétit du malade sera stimulé par cette cure d'air. On veillera à leur donner une alimentation plus que suffisante, excessive; le lait, les œufs, les viandes crues doivent y entrer pour une large part. L'huile de foie de morue, lorsqu'elle est tolérée, constitue un aliment utile. Chez un enfant, soigné à l'hôpital Lariboisière, pour une tuberculose de l'astragale, l'appétit et le poids augmentaient pendant les périodes où nous lui pratiquions des injections sous-cutanées de cacodylate de soude.

Traitement local. — Si tout le monde s'entend sur la nécessité d'un bon traitement général, l'accord cesse quand se pose la question du traitement local. Son opportunité est admise par tous les chirurgiens, mais ils diffèrent sur la façon de l'appliquer. Les divergences sont extrêmes à ce sujet. Parmi les moyens employés, certains ont montré une efficacité réelle, et c'est principalement à leur étude que nous nous attacherons.

A la période de début de la tuberculose du tarse, le repos et l'immobilisation doivent être d'abord prescrits. Le pied est maintenu à angle droit sur la jambe par un appareil plâtré ou silicaté. Cette attitude est la plus favorable, en cas d'ankylose qu'il faut toujours craindre. De temps en temps, tous les mois, l'appareil est enlevé et la jambe examinée pour surveiller la marche du mal, pour surprendre la formation d'un abcès ou l'extension de la tuberculose à des parties auparavant indemnes. Cet appareil doit être maintenu en place pendant huit mois, un an, dix-huit mois, jusqu'à ce que la douleur à la pression, le gonflement, en un mot tous les signes d'inflammation aient disparu. L'enfant ne doit pas marcher sur son appareil; pour concilier les prescriptions du traitement général avec celles du traitement local, on évitera de condamner le malade au lit dans un appartement mal aéré, on le promènera dans une voiturette, on le laissera jouer à terre; après amendement des troubles locaux il pourra marcher avec l'aide de béquilles. L'appui sur le membre malade, le pied restant maintenu par un appareil, n'est permis que si la régression du mal est manifeste. L'appareil doit être bien fait pour réaliser à la fois l'immobilisation et la compression du pied, sans toutefois blesser les téguments.

Les pointes de feu, superficielles ou profondes, peuvent être associées, avec fruit, à l'immobilisation. Les dernières sont souvent l'occasion de fistules. Les injections de chlorure de zinc, préconisées par M. Lannelongue, sont surtout indiquées contre la tuberculose du tarse antérieur. La solution à 10 p. 100 est très douloureuse; il est préférable d'employer la solution à 2 p. 100. L'injection sera faite dans l'épaisseur même du foyer tuberculeux plutôt qu'à son pourtour.

Lorsque, malgré le repos et l'immobilisation du pied, malgré un traitement hygiénique assez longtemps continué, les lésions ne manifestent aucune tendance à la guérison; à plus forte raison quand elles progressent, quand des abcès se développent, on doit adopter une thérapeutique plus active. Il n'y a qu'un traitement des abcès froids tuberculeux fermés : c'est la ponction suivie de l'injection d'un liquide modificateur. Cette règle est absolue et s'applique à tous les abcès froids, quelle qu'en soit l'origine. L'ouverture des abcès au bistouri est suivie, à brève échéance, de l'infection de la poche de l'abcès et du foyer osseux dont il provient. La lésion osseuse se trouve de ce fait considérablement aggravée. Ce fait est manifeste pour les abcès froids du mal de Pott et de la coxalgie; le pronostic d'un mal de Pott fistuleux est à peu près désespéré, celui de la coxalgie fistuleuse est très sombre, tandis qu'un mal de Pott et une coxalgie fermés sont, chez l'enfant, parfaitement susceptibles de guérir.

Au pied, les os étant plus superficiellement placés, les abcès moins étendus et par conséquent l'infection moins grave, la suppuration a des conséquences moins funestes. Il faut cependant l'éviter, car elle porte obstacle à la guérison. L'abcès froid ne sera donc pas incisé, mais ponctionné avec un fin trocart et son contenu sera remplacé par de la glycérine iodoformée, de l'éther iodoformé, du naphtol ou du thymol camphrés. La ponction est faite là où la peau est épaisse, non sur la partie culminante de l'abcès. Après

quelques ponctions, l'abcès guérit souvent et le traitement par l'immobilisation et le repos continue comme si cette complication n'était pas survenue.

Lorsqu'une fistule se produit, malgré nous ou à notre insu, ne perdons pas courage. Le contenu de l'abcès doit être vigoureusement exprimé, on injecte dans la poche quelques gouttes d'éther iodoformé, on couvre la fistule d'un pansement aseptique. Si l'infection secondaire ne se fait pas, la guérison peut se faire et on retombe dans les conditions de la tuberculose pure.

Après son infection par les agents habituels de la suppuration, streptocoque, staphylocoque, le foyer tuberculeux donne un écoulement abondant qui s'échappe par une ou plusieurs fistules. Il faut alors intervenir, car la tuberculose s'étend à la faveur des infections secondaires. Les lésions s'aggravent dans les parties molles et dans les os. La temporisation compromet le résultat de l'intervention à laquelle on sera plus tard forcé de se résoudre.

Le chirurgien doit se proposer, comme but à atteindre, l'éradication totale du foyer tuberculeux. Les ablations partielles d'os, les curetages, les évidements sont parfois suffisants et suivis de guérison. Plus souvent, ces opérations conservatrices doivent être complétées plus tard par de nouvelles interventions, par l'ablation totale de l'os qui paraissait malade sur une partie seulement de son étendue. On a cru souvent, comme de nombreuses observations le démontrent, qu'il suffisait d'enlever la tête de l'astragale, la grosse apophyse du calcanéum, regardées comme seules infiltrées; la suppuration persistant, on a finalement été contraint d'enlever l'os complètement, heureux si, pendant ce répit laissé à la tuberculose et à l'infection associées, les os voisins n'étaient pas envahis. Quand on se décide à toucher un os du tarse, il faut l'enlever tout entier.

Indications particulières. — Ces principes généraux étant posés, nous allons préciser quel doit être le traitement convenant à chaque localisation de la tuberculose tarsienne. L'ordre suivi sera le même que pour l'exposition des symptômes.

L'*arthrite tibio-tarsienne* sera d'abord traitée par le repos, l'immobilisation, les pointes de feu superficielles ou les piqûres profondes avec l'aiguille fine du thermocautère. S'il se produit un épanchement notable, on essaiera la ponction de la synoviale, l'aspiration du liquide séreux ou purulent, suivie d'une injection modificatrice; puis l'appareil plâtré sera réappliqué. M. Calot (de Berck) préconise les injections de glycérine ou d'huile iodoformées. Les ponctions ont lieu une à deux fois par semaine, jusqu'à disparition de l'épanchement, pendant environ six semaines. « Le malade est couché ou marche avec des béquilles, sans poser le pied à terre, mais sans porter d'appareil plâtré..., et le pied guérit, souple et solide. » Avec ce mode de traitement, d'après l'auteur, l'arthrite guérirait rapidement et sans ankylose. La pullulation des fongosités peut résister à ces divers traitements; des abcès se développent, ulcèrent la peau, deviennent fistuleux; les fistules donnent un écoulement abondant. Ou bien l'articulation est sèche, mais reste douloureuse, ce qui rend la marche impossible. Contre les fistules, on peut essayer les grattages légers, les cautérisations profondes au thermocautère, les lavages avec toute la série des antiseptiques. Rarement la suppuration s'arrête. Une opération radicale s'impose. Laquelle choisir? La synovectomie est impraticable, à cause de la disposition anfractueuse de l'articulation; elle ne s'attaque pas aux surfaces osseuses qui sont primitivement ou secondairement envahies. La résection partielle est une opération incomplète. L'ablation de l'astragale, au contraire, remplit les conditions qu'exige le souci d'une intervention rationnelle. Ainsi est enlevé le point de départ habituel de l'arthrite, puisque cet os est atteint dans plus des trois quarts des cas. Pratiquée selon la technique qu'on va voir, l'opération ouvre une large brèche qui permet d'exciser les fongosités de la synoviale dans tous ses replis. Les surfaces osseuses de la mortaise peuvent être examinées, curetées, si c'est nécessaire. On a, enfin, une large plaie par laquelle on surveille le travail de réparation, qu'on dirige en quelque sorte à son gré.

Contre la tuberculose isolée de l'astragale, à la période de suppuration et de fistules, la même opération s'impose, l'astragalectomie. Cette règle est facilement suivie quand l'os est totalement envahi; mais il n'en va pas de même dans les cas de lésions qui semblent limitées à une partie du corps ou à la tête. On se contente alors volontiers d'évider le foyer, en le dépassant largement, d'abraser la tête malade, et on obtient quelquefois une guérison durable. Plus souvent, ces interventions ouvrent une jointure, la tibio-tarsienne ou la médio-tarsienne, qui s'infecte; elles abandonnent dans l'os un foyer d'infiltration, un diverticule ténu qui suffit à provoquer la récidive. Aussi voit-on une fistule persister ou une récidive se faire après un temps variable. Il faut se résoudre secondairement à l'astragalectomie totale.

L'*astragalectomie* est une opération très simple. M. Ménard pratique une seule incision, « verticale, antéro-externe. Elle est située en dehors des tendons fléchisseurs du pied. Elle descend jusqu'à l'interligne médio-tarsien et remonte un peu au-dessus de l'interligne tibio-tarsien : son étendue est de 6 à 8 centimètres. » Les tendons sont réclinés en dedans et respectés; l'astragale est dénudé à la rugine, saisi avec un davier, attiré au dehors à travers la plaie, tandis que la rugine continue et achève la dénudation. La toilette de la plaie est complétée avec les curettes. La mortaise est évidée, curetée, si c'est nécessaire. Il importe de respecter d'une manière absolue les cartilages des os voisins, lorsqu'ils sont intacts. Les ulcérer, les décoller, c'est enlever la barrière qui protège ces os; l'envahissement secondaire du calcanéum, du scaphoïde, est souvent dû à cette faute opératoire. L'opération terminée, on bourre la plaie de gaze iodoformée et on panse le pied. Il est inutile de maintenir le pied par un appareil plâtré. « Le pied reste constamment et se fixe dans une bonne position, de lui-même en quelque sorte, sans aucune précaution particulière. » La plaie est pansée tous les huit jours, « on suit et on surveille, on modifie le bourgeonnement à volonté par des solutions légèrement caustiques, comme la solution phéniquée à 5 p. 100... La réparation complète exige deux à trois mois. Chez tous nos malades, le processus de la cicatrisation s'est effectué avec une parfaite régularité. Dans aucun cas n'est survenue la repullulation du tissu fongueux » (Ménard). M. Farabeuf ajoute à l'incision externe une petite incision au-dessous et au-devant de la malléole interne. Ollier ajoute encore deux petites incisions, sur les bords externe et interne du tendon d'Achille, pour le passage de drains.

Nous avons vu, étant interne de M. Ménard, à l'autopsie d'un enfant opéré depuis plusieurs mois d'astragalectomie, ce qu'est le cou-de-pied après guérison de cette opération. La mortaise tibio-péronière reposait sur la face supérieure

du calcanéum et lui était unie par un tissu fibreux très serré exempt de toute lésion bacillaire, contenant trois noyaux cartilagineux, du volume d'une noisette, restes de débris cartilagineux de l'astragale. Le scaphoïde venait presque au contact de la malléole interne. Le calcanéum s'encadrait entre les deux malléoles. Il existait ainsi une articulation suffisamment serrée et cependant très mobile, puisque le pied gardait des mouvements de flexion et d'extension normaux, sans mouvements de latéralité.

La clinique enseigne d'ailleurs que l'astragalectomie est suivie de résultats fonctionnels excellents. Quelques semaines après la fermeture de la plaie, l'enfant marche avec des béquilles. Il peut marcher sans soutiens neuf à douze mois après l'opération. Il n'éprouve plus de douleurs; il ne présente plus de claudication ou seulement une claudication très légère. Le pied est dans sa direction et sa position normales. Les mouvements de flexion et d'extension du pied sont suffisants. La forme du pied opéré est un peu modifiée cependant. La concavité plantaire est légèrement accrue; la hauteur du talon, mesurée du sol à la pointe des malléoles, est diminuée de 5 à 10 millimètres; la longueur totale du pied est raccourcie de 15 à 20 millimètres. Ce fait doit être attribué, en partie à l'ablation de l'astragale, en partie aux troubles trophiques qu'engendre dans tout le membre inférieur la tuberculose d'un de ses segments : troubles qui se traduisent par l'atrophie des os en longueur et en épaisseur.

Les résultats de l'astragalectomie sont incomparablement supérieurs à ceux que fournissent les ablations partielles et l'abstention systématique. Dans ces formes graves de tuberculose, auxquelles nous réservons l'astragalectomie, le traitement incomplet est suivi d'ankylose tibio-tarsienne et médio-tarsienne, le malade marche sur la pointe du pied déviée en dehors, la claudication est très prononcée et disgracieuse, la fatigue rapide. Le résultat est aussi déplorable lorsque le pied est ballant, mode de terminaison peu rare. On l'observe surtout après résection partielle des surfaces osseuses du cou-de-pied.

Pour que le résultat fonctionnel soit bon, une règle s'impose au chirurgien au cours de l'astragalectomie : c'est la *conservation des malléoles*. Ollier, Ménard insistent sur ce point. Ils ont vu le pied ballant résulter de l'ablation des deux malléoles; après ablation de la malléole externe, le pied se dévie en valgus très prononcé, la malléole interne se rapproche du sol et l'atteint quelquefois, la marche est impossible à cause de l'attitude vicieuse du pied et de la douleur que provoque la pression verticale. L'usage d'une bottine orthopédique est insuffisant pour permettre la station debout. La suppression de la malléole interne produit les mêmes troubles fonctionnels avec déviation du pied en varus.

Les malléoles ne seront enlevées que dans le cas de nécessité absolue, lorsqu'elles sont profondément altérées. Tous les procédés, analogues à celui de Wladimiroff, « qui consistent essentiellement à mettre les os de la jambe, privés des saillies malléolaires, en rapport avec les os du tarse, exposent à des difformités incurables, si l'ankylose ne se produit pas. Le procédé opératoire de choix doit comporter la conservation des malléoles » (Ménard). Si elles sont infiltrées on les curette en respectant la coque cartilagineuse au dépens de laquelle la malléole osseuse se développera ultérieurement.

La *tuberculose du calcanéum* est justiciable à son début, ou dans les formes bénignes, des modes de traitement conservateur que nous avons vus. Mais la persistance de fistules, la suppuratinn prolongée, outre qu'elles sont nuisibles par elles-mêmes, donnent à craindre l'envahissement des autres os du tarse. Il faut donc intervenir chirurgicalement. Les évidements partiels donnent des résultats incertains. Très souvent la suppuration persiste parce que l'infiltration tuberculeuse ou l'ostéomyélite secondaire sont étendues à des portions de l'os que n'a pas atteintes la rugine. Alors l'ablation totale du calcanéum (ou pternectomie, πτέρνα, calcanéum, ἐκτομή, excision) (Ménard, Cordier) s'impose.

« L'opération de choix chez l'enfant consiste, à notre avis, à n'enlever que le seul tissu osseux du calcanéum en laissant son périoste et tous ses cartilages, à savoir le cartilage épiphysaire postérieur, le cartilage antérieur de l'articulation du calcanéum avec le cuboïde, les deux cartilages supérieurs qui concourent à former les articulations calcanéo-astragaliennes. Le périoste étant en continuité avec les cartilages, on obtient une cavité périosto-chondrale partout close, sans ouverture des articulations voisines » (Ménard). Cette ablation sous-chondro-périostée est indiquée quand la tuberculose se limite au tissu osseux du calcanéum, quand les cartilages ne sont ni décollés, ni ulcérés, ni ramollis, quand les articulations du calcanéum avec les os voisins sont saines. L'intégrité de ces cartilages est reconnue au cours de l'opération. Leur face interne se couvre plus tard de bourgeons charnus, la cavité creusée dans le talon se comble et la forme du talon est conservée.

Lorsque les articulations du calcanéum avec le cuboïde et avec l'astragale sont atteintes, les cartilages correspondants du calcanéum doivent être supprimés en même temps que le tissu osseux. Dans tous les cas cependant, il faut con server l'épiphyse postérieure du calcanéum, à laquelle s'attache le tendon d'Achille qui empêche le glissement du pied en avant pendant la durée de la réparation.

L'incision des parties molles est horizontale, pour M. Ménard, sur la face externe du calcanéum, allant de l'interligne médio-tarsien au bord externe du tendon d'Achille : Ollier y ajoute une incision verticale parallèle au bord externe du tendon d'Achille. Les incisions occupant la face plantaire du talon doivent être rejetées. Nous avons vu, à Berck, deux enfants opérés à Paris, et ayant subi l'évidement du calcanéum par la face plantaire; une rainure cicatricielle profonde coupait le talon eu son milieu, d'avant en arrière; la marche provoquait des douleurs vives qui la rendaient impraticable.

Par l'incision externe on enlève aisément le calcanéum en s'aidant de la rugine et du davier; les cartilages étant ou non supprimés selon l'état des articulations juxta-calcanéennes. Le cartilage épiphysaire postérieur, attache du tendon d'Achille, est toujours laissé en place. La plaie est tamponnée à la gaze iodoformée, et le pansement changé tous les huit jours. L'application de n'importe quel appareil de contention est inutile.

En deux à trois mois la cicatrisation et l'occlusion de la plaie sont parfaites. Si l'on examine le pied, après ce temps, on trouve les modifications suivantes. Le pied opéré est raccourci de 10 à 20 millimètres; ce raccourcissement est attribuable, en partie à l'ablation du calcanéum, en partie aux troubles trophiques subis par le squelette du fait de la tuberculose.

Le raccourcissement porte principalement sur le talon dont la saillie en arrière est simplement diminuée ou complètement effacée. La longueur du bras de levier sur lequel agit le triceps sural est donc amoindrie. Il s'ensuit que le

pied appuie sur le sol en talus léger; la pression sur le sol des première et cinquième têtes métatarsiennes est moins accentuée qu'à l'état normal. Une deuxième cause du talus réside dans l'atrophie du triceps sural, atrophie qu'on peut combattre par le massage et l'électrisation. Malgré cela la marche est possible, sans soutien, vers le sixième mois; elle se fait sans douleur, sans fatigue et rapidement sans claudication, surtout si le malade porte une chaussure à talon haut et large, abaissant la pointe du pied et corrigeant le talus.

La suppression du calcanéum diminue de 5 à 10 millimètres la hauteur du talon, ce qui n'exerce aucune influence sur la marche. Le fait doit être attribué à la reproduction de tissu osseux par le périoste conservé. Le calcanéum est-il entièrement reformé après son ablation sous-chondro-périostée, dans la tuberculose, comme on l'observe après l'ostéomyélite infectieuse, après suppression sous-périostée de l'os sequestré? Le périoste, dans la tuberculose, produit des lames osseuses irrégulières, des noyaux osseux de petit volume, noyés dans du tissu cicatriciel, mais non un os nouveau. Quoi qu'il en soit, la néoformation est suffisante pour restituer au talon une forme voisine de la normale et pour permettre la marche.

La *tuberculose associée de tout le postéro-tarse*, lorsqu'elle se complique d'abcès, de fistules, de suppuration prolongée, d'atteinte sérieuse de l'état général, nécessite un traitement chirurgical. Les évidements partiels, la tunellisation des os, les injections de liquides volatisables et de topiques divers, iodoforme, traumatol, etc., procurent rarement la guérison. Le traitement rationnel consiste dans l'ablation de tous les os malades qui renferment côte à côte des zones d'infiltration, des abcès et des séquestres.

La *postéro-tarsectomie totale* supprime l'astragale et le calcanéum. Elle peut être pratiquée de propos délibéré, en un seul temps, d'une façon préméditée, quand le malade présente simultanément de l'ostéite du calcanéum, de l'astragale et de l'arthrite des articulations correspondantes, tibio-tarsienne, sous-astragalienne, etc. On bien encore elle s'impose au cours d'une astragalectomie, parce que les faces articulaires du calcanéum sont dénudées, ulcérées, infiltrées; on se résout alors à enlever le calcanéum. Une opération qui visait à supprimer le calcanéum se complète également par l'ablation de l'astragale lorsqu'il paraît manifestement malade. Une suppuration persistante, après astragalectomie, peut montrer le calcanéum malade et contraindre à l'extirper. On peut, de même, longtemps après avoir enlevé le calcanéum, se trouver contraint à supprimer l'astragale.

Le manuel opératoire de la postéro-tarsectomie totale est des plus simples. L'incision est celle de la pternectomie sur la face externe du talon : l'ablation des os est faite par la méthode sous-périostée, à l'aide de la rugine et du davier. Les règles déjà édictées persistent : nécessité absolue de conserver les malléoles, de garder le cartilage épiphysaire postérieur du calcanéum. Si la mortaise, le scaphoïde, le cuboïde paraissent infiltrés, on les curette, on les évide jusqu'à pénétrer en tissu sain. Puis la plaie est bourrée de gaze iodoformée, et le pied pansé sans appareil de contention. Pansement hebdomadaire.

La guérison de la plaie se fait en quatre à cinq mois. Les enfants marchent d'abord avec des béquilles; ils peuvent appuyer sur leur pied vers le huitième mois. Au bout d'un an la marche est possible et indolore.

Après la postéro-tarsectomie totale, la distance qui sépare la pointe des malléoles du sol diminue de 15 à 25 millimètres; la malléole externe, qui descend plus bas, est toujours à 3 centimètres au moins au-dessus du sol.

La longueur du pied est diminuée de 4 centimètres en moyenne; le raccourcissement porte également sur l'avant-pied (en avant des malléoles) et sur le talon (en arrière des malléoles). La diminution de la saillie du talon est moins grande que dans la pternectomie. Dans ce dernier cas, l'astragale étant laissé en place, le tibia garde ses rapports normaux avec les os du pied; la suppression du calcanéum a pour effet de raccourcir le talon et consécutivement de transporter en arrière le point de pression de la jambe sur le pied. Cette modification, associée à l'atrophie du triceps sural, explique la production du talus.

Après la postéro-tarsectomie totale, le pied glisse d'avant en arrière sous l'action de la contraction musculaire, de sorte que le scaphoïde vient au contact du tibia, ce qui porte en avant le point d'appui de la jambe sur le pied. L'avant-pied se raccourcit d'autant et il se forme une saillie talonnière, moins nette qu'à l'état normal, mais cependant appréciable. Le talon est plus saillant qu'après l'ablation simple du calcanéum, le levier sur lequel agit le tendon d'Achille est plus long; aussi le talus est-il moins accentué.

La concavité plantaire est diminuée; la direction générale du pied n'est pas modifiée et les orteils gardent leur mobilité normale. Les mouvements du pied sur la jambe sont obtenus plus tardivement qu'après ablation isolée du calcanéum. Ici, en effet, l'articulation tibio-tarsienne reste intacte, tandis que, après la postéro-tarsectomie totale, la suppression de l'astragale modifie les rapports des os de la jambe avec le pied. Le massage, le pétrissage de l'articulation, les mouvements forcés donnent, un an après l'opération, une mobilité très suffisante du pied. La claudication est légère, presque imperceptible ou nulle. La marche est solide et peut être longtemps prolongée.

On a proposé, dans la tuberculose étendue à tout le postéro-tarse, de souder la section osseuse du scaphoïde et du cuboïde à celle des os de la jambe, celle-ci étant faite au-dessus des malléoles (Wladimiroff, Mikulicz). Les métatarsiens resteraient dans la direction verticale, la série des orteils deviendrait horizontale, l'appui du corps se ferait sur la tête des métatarsiens; de plantigrade le malade deviendrait un digitigrade. M. Ménard combat cette opération : « Je n'ai observé que deux enfants ayant subi l'opération de Wladimiroff pour la tuberculose du tarse. Dans ces deux cas, l'antétarse ne s'était pas soudé aux os de la jambe. Le défaut d'ankylose avait eu pour conséquence une position du pied intermédiaire à l'extension et à la flexion. Le talon, très déformé par la présence d'une cicatrice médio-plantaire, mal fixé aux os de la jambe, privés eux-mêmes de malléoles, n'arrivait pas à s'appliquer convenablement sur le sol pour la station verticale. Les malades ne pouvaient marcher ni sur les têtes métatarsiennes, ni sur la plante; ils ne sont pas parvenus à se servir convenablement du pied opéré pendant leur séjour à Berck. »

La tuberculose d'un ou de plusieurs os de l'antétarse est justiciable de l'intervention chirurgicale, lorsqu'elle se complique et ne paraît pas devoir guérir par les procédés conservateurs. La règle de pratiquer l'ablation par la méthode sous-capsulo-périostée persiste, ainsi que celle de respecter absolument les os voisins lorsqu'ils sont intacts. On évitera donc les échappées de la rugine pouvant ulcérer le cartilage de ces os.

Dans ces résections typiques le chirurgien se proposera deux fins : enlever les os tuberculeux et eux seuls ; combiner les ablations osseuses de manière à obtenir, après cicatrisation, un bon résultat orthopédique. La bonne attitude du pied dépend souvent, autant des soins post-opératoires, que du nombre et du siège des os enlevés.

Dans toutes les interventions sur le tarse antérieur on portera l'attention du côté des métatarsiens. On voit quelquefois le cartilage postérieur de l'un d'eux décollé, terne, baigné de pus ; par un orifice osseux de diamètre variable un stylet est conduit dans le canal médullaire de l'os. Le métatarsien doit être traité. La résection de la base est insuffisante, puisque l'envahissement de la diaphyse en totalité caractérise le spina ventosa. L'amputation du métatarsien avec ou sans l'orteil correspondant est un procédé radical, mais qu'on doit rejeter chez l'enfant, car il ajoute une nouvelle déformation au pied. Elle est de plus inutile. L'évidement du métatarsien, suffit à guérir le spina ventosa. Une incision est faite sur toute la longueur du métatarsien, puis à l'aide de la pince coupante on en fait sauter la paroi supérieure et la plus grande hauteur des faces latérales, sur toute la longueur de la diaphyse. L'os se réduit à une lame qui représente la face inférieure de la diaphyse formant attelle. On enlève à la curette les séquestres et les fongosités. Il faut éviter de fracturer cette attelle osseuse car la consolidation pourrait faire défaut. Ce mode de traitement est préférable à l'ablation sous-périostée du métatarsien, laquelle n'est pas suivie de la néoformation de l'os, comme en général dans toutes les ostéites tuberculeuses. Il suffit souvent de traiter de la sorte, par l'évidement, un métatarsien malade pour faire disparaître des fistules qui résistaient à de larges interventions sur le tarse.

Les tuberculoses étendues à un nombre d'os considérable ne sont pas justiciables de règles opératoires moins précises. Il faut enlever les os malades par la méthode sous-périostée, respecter les os sains autant que leur conservation ne doit pas nuire au résultat orthopédique, garder intacts les tendons.

En suivant ces principes, on sera rarement, exceptionnellement, contraint à l'amputation, chez l'enfant.

BERGERON

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, vice-président du comité consultatif d'hygiène, commandeur de la Légion d'honneur. Il y a dix jours à peine, M. Bergeron occupait encore son fauteuil à l'Académie et remplissait ses fonctions avec la même exactitude, le même zèle qu'il y apportait depuis 1887, époque à laquelle il succéda à Béclard. En voyant son fauteuil vide mardi dernier, on s'inquiéta, on s'informa et on apprit que M. Bergeron venait d'avoir une congestion pulmonaire. Il y succomba dans sa quatre-vingt-troisième année.

C'est une belle figure médicale qui disparaît. L'un des maîtres les plus éminents de la médecine infantile, clinicien accompli, hygiéniste distingué, écrivain érudit, brillant orateur, Bergeron a occupé une des plus grandes places médicales de ce siècle. Sa vie, bien remplie, laisse un bel exemple de dignité professionnelle ; quelque peu sévère pour les autres comme pour lui-même, il poussait cette dignité jusqu'à la froideur, souvent même jusqu'à la raideur. Ne devant ses succès qu'à son labeur et à sa parfaite honorabilité, il se montrait intransigeant sur toutes les questions de déontologie et de conduite professionnelle. En sa qualité de secrétaire perpétuel de l'Académie, il dépouillait, chaque semaine, la correspondance et se trouvait obligé de donner lecture des lettres de tous les inventeurs de remèdes secrets ou nouveaux. Il fallait voir de quel sourire dédaigneux il soulignait toutes ces inventions.

Pendant longtemps, à l'exemple de son prédécesseur Béclard, M. Bergeron aux séances annuelles prononça l'éloge des collègues disparus déjà depuis un certain temps, Bouillaud, Mélier, Chauffard, Michel Lévy, Gubler, Joseph Caventou, H. Roger, trouvèrent en lui un panégyriste éloquent autant qu'impartial. Tous ces éloges, en effet, sont empreints des plus rares qualités de l'esprit scientifique et critique et il sont tous écrits dans une fort belle langue. Le dernier qu'il a prononcé fut celui de son collègue et ami Roger ; ayant conscience que c'était le dernier, il semble avoir mis une certaine coquetterie à ce qu'il fût l'un des meilleurs ; il n'y mit pas seulement, comme d'habitude, beaucoup d'esprit, il y mit aussi et surtout beaucoup de cœur. Il y aurait bien peu de chose à changer à cet éloge pour en faire le sien.

L'hôpital Sainte-Eugénie, l'Académie de médecine, et le Comité consultatif d'hygiène occupèrent toute la vie scientifique de M. Bergeron. Il fut toujours et partout écouté avec la plus grande déférence. Il était d'ailleurs de bon conseil et, dans bien des circonstances, il rétablit l'ordre plus ou moins menacé à l'Académie. Celle-ci lui doit beaucoup ; grâce à lui, en effet, grâce à ses rapports amicaux avec les présidents Grévy et Faure, l'Académie va prochainement s'installer dans un local digne d'elle. Il ne sera pas donné à M. Bergeron de présider à cette installation. Tous les membres de l'Académie conserveront le souvenir de cet homme de bien et d'esprit qui, pendant de longues années, dirigea les travaux de la Compagnie avec la plus grande distinction.

Les obsèques de M. Bergeron auront lieu demain samedi, à midi, en l'église Saint-Philippe-du-Roule.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Anatomie. — Séance du 5 décembre : MM. de Lacombe, 13 + 11 = 24 ; Quillier, 9 + 12 = 21 ; Jacquemin 10 + 11 = 21 ; Flourens, 8 + 12 = 20 ; Wicart, 8 + 12 = 20 ; Gros-Dévaud, 7 + 11 = 18 ; Cauzard, 5 + 8 = 13 ; Giroux, 5 + 7 = 12.

Pathologie. — Séance du 5 décembre : MM. Lecornu, 14 + 12 = 26 ; Bauer, 12 + 12 = 24 ; Descomps, 12 + 12 = 24 ; Roussy, 12 + 9 = 21 ; Baudoin, 12 + 8 = 20 ; Gaudeau, 11 + 9 = 20 ; Heller, 11 + 9 = 20 ; Barbier, 4 + 7 = 11.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 48e semaine, 897 décès, chiffre un peu supérieur à la moyenne (870) des semaines de novembre.

La fièvre typhoïde a causé 10 décès ; la variole, 17, chiffre le plus élevé observé depuis le commencement de l'année. En outre 8 malades habitant hors Paris sont décédés dans les hôpitaux. Le chiffre des admissions dans les hôpitaux est un peu plus faible que celui de la semaine dernière (44 au lieu de 57) : celui des cas signalés à la préfecture de police est, au contraire, le plus élevé depuis le début de l'épidémie (109). On ne saurait donc trop recommander à la population de suivre les prescriptions d'hygiène et de se faire vacciner et revacciner.

En termes généraux, la moitié orientale de Paris est plus atteinte que la moitié occidentale : dans l'ensemble des 3e 4e, 5e, 10e, 11e, 12e, 19e et 20e arrondissements, 74 varioleux nouveaux (soit 5 p. 100000 habitants) ont été déclarés, tandis que, dans l'autre moitié de Paris, il n'y en a eu que 33 (soit 3 p. 100000 habitants). Les semaines précédentes ont donné des résultats analogues.

La rougeole a causé 3 décès ; la scarlatine, 2 ; la coqueluche, 3 (chiffre voisin de la moyenne), et la diphtérie, 9 décès (moyenne 5 décès).

Signalons encore 4 décès attribués à la grippe.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Aimé-François Justinesy (de Marignane).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Nº 141. — MARDI 11 DECEMBRE 1900. 73e ANNÉE. MARDI 11 DÉCEMBRE 1900. — Nº 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — CULTURE DU BACILLE DU CHANCRE MOU (*1 fig.*), par MM. F. BEZANÇON, V. GRIFFON et L. LE SOURD. — NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE. Traitement des cardiopathies chroniques : V. Les exercices physiques, par M. GUIHAL, interne des hôpitaux de Paris. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 10 décembre 1900.

Pendant le dernier Congrès international de médecine, plusieurs sections ont émis des vœux importants. A ce moment, un grand nombre de congressistes pouvaient à bon droit s'imaginer que leurs justes désirs se réaliseraient. Ils comptaient, hélas ! sans les vacances, et, maintenant, il est malheureusement plus que probable que la plupart de ces vœux resteront sans effet, s'ils ne sont déjà oubliés.

Il faut donc savoir gré à ceux de nos confrères, qui, sans se lasser, luttent avec courage pour la réalisation de certains de ces vœux.

En août dernier, sur l'initiative de M. le professeur Raphaël Blanchard, qui, depuis plusieurs années, s'est fait en France l'apôtre de l'enseignement des maladies tropicales, la section de bactériologie et parasitologie du XIIIe Congrès international de médecine adoptait par acclamation le vœu suivant :

« Considérant les découvertes capitales qui ont été faites récemment dans le domaine de la pathologie des pays chauds, particulièrement en ce qui concerne l'étiologie et la prophylaxie du paludisme et de la filariose ;

Considérant que ces découvertes ouvrent une voie nouvelle dans laquelle la bactériologie, la parasitologie et l'histoire naturelle médicale doivent résolument s'engager pour le plus grand profit de la science et le plus grand bien de la colonisation ;

Que, jusqu'à ces temps derniers, la médecine des pays chauds et les importantes questions d'hygiène et de parasitologie qui s'y rattachent n'ont été dans aucune Université l'objet d'un enseignement officiel, malgré la grande extension qu'ont acquise les entreprises coloniales ;

Considérant, d'autre part, que l'Angleterre a fondé, à Londres et à Liverpool, deux écoles de médecine tropicale qui se sont signalées déjà par des travaux d'une haute valeur et par des expéditions médico-scientifiques dont les résultats ont été très importants ;

Que d'autres pays, et notamment la France, en instituant des cours de médecine tropicale à l'école de médecine de Marseille, ont suivi cet exemple, qui mérite de trouver partout des imitateurs ;

Emettent le vœu :

Que la pathologie, l'hygiène et la parasitologie tropicales soient désormais l'objet de cours et de travaux pratiques spéciaux dans les Universités des pays situés dans la zone tropicale ;

Que ce même enseignement soit aussi donné dans les Universités d'Europe ou que du moins il figure au programme des Universités des pays possédant des colonies sous les tropiques (Allemagne, Belgique, France, Pays-Bas);

En particulier que cet enseignement soit créé à la Faculté de médecine de l'Université de Paris. »

Il y a peu de jours, M. Raphaël Blanchard a repris et développé cette question devant les membres de l' « Union coloniale », et il a montré d'une façon saisissante combien le succès de notre colonisation était intimement lié à l'enseignement des maladies tropicales, maladies que les médecins d'Europe ignorent presque actuellement.

Cet enseignement, jusqu'ici presque nul en France, s'impose cependant avec le prodigieux essor qu'a pris depuis quelques années notre empire colonial.

Si nous regardons les pays voisins, nous constatons qu'ils nous ont tous devancés. En Angleterre, il existe, nous l'avons vu, *deux* écoles de médecine tropicale, l'une à Londres, l'autre à Liverpool ; il en est de même en Amérique, en Allemagne ; les Italiens ont organisé méthodiquement la lutte contre la malaria et il n'est pas jusqu'aux Belges qui ne nous aient également précédés dans cette voie.

A côté de cela que voyons-nous en France? En dehors des écoles du service de santé de la guerre et de la marine, il a été fait d'intéressantes tentatives à Marseille et à Alger, mais ce ne sont malheureusement là que des faits isolés et rien de tel n'existe à Paris.

C'est pour la création de cet enseignement théorique et clinique que M. Raphaël Blanchard a éloquemment plaidé, et non sans succès. La question vient, en effet, de faire un pas si décisif que, dans sa séance du 22 novembre, le conseil de la Faculté de Paris en été saisi par M. le doyen Brouardel.

Il a admis à l'*unanimité* et *sans discussion* le principe de la

création de cet enseignement. Le doyen a été autorisé à accepter toutes les sommes recueillies ou à recueillir en vue de la création ou de l'amélioration de cet enseignement. Enfin, il a été décidé que cet enseignement de la médecine coloniale serait rattaché aux deux chaires d'hygiène et de parasitologie médicale.

Nous apprenons, en outre, que M. Étienne, deputé d'Oran, va saisir la Chambre d'un projet de loi dans ce sens.

Il faut espérer que l'initiative privée, si généreuse en tant de circonstances, permettra la réalisation complète d'un projet qui intéresse si vivement tous ceux qui ont le souci du bon renom scientifique et humanitaire de notre pays.

CULTURE DU BACILLE DU CHANCRE MOU

Par MM, F. Bezançon, V. Griffon et L. Le Sourd.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société de biologie (1) des cultures du bacille que Ducrey a décrit comme étant l'agent pathogène du chancre mou. Elles proviennent de malades différents, observés dans le service de M. Dieulafoy et dans celui de M. Thibierge (2), et ont été obtenues les unes directement par ensemencement de pus du chancre primitif, du chancre d'inoculation ou d'un bubon chancrelleux (3), les autres indirectement par repiquages successifs.

Le milieu nutritif qui nous a permis de réaliser ces cultures est le *sang gélosé*, milieu dont nous avons communiqué à cette Société (4) le mode de préparation, et sur lequel, comme nous l'avons montré, pousse un certain nombre de microbes qui ne se développent pas d'habitude sur les milieux ordinaires, le bacille tuberculeux, le gonocoque, le méningocoque de Weichselbaum, le bacille de Pfeiffer, etc. (Bezançon et Griffon). Sur les tubes de sang de lapin emprisonné dans la gélose, ensemencés avec du pus chancrelleux, portés à l'étuve à 37 degrés, on voit apparaître au bout de vingt-quatre heures des colonies arrondies, saillantes, brillantes, qui atteignent leur complet développement en quarante-huit heures, et sont alors opaques, grisâtres, présentant un à deux millimètres de diamètre. Lorsqu'on les prélève pour l'examen microscopique, elles ont tendance à fuir en masse devant le fil de platine, glissant à la surface du milieu et, sur la lamelle, sont difficiles à dissocier.

Après coloration, le microscope montre des bacilles isolés, ou groupés parallèlement en amas, ou encore en courtes chaînettes de trois à quatre éléments. La morphologie de ces bacilles est celle que Ducrey, Unna, Ch. Nicolle ont décrite dans le pus et les coupes du chancre : bacille en navette, ne fixant la matière colorante qu'à ses extrémités, restant incolore à sa partie centrale, ne gardant pas la coloration par la méthode de Gram.

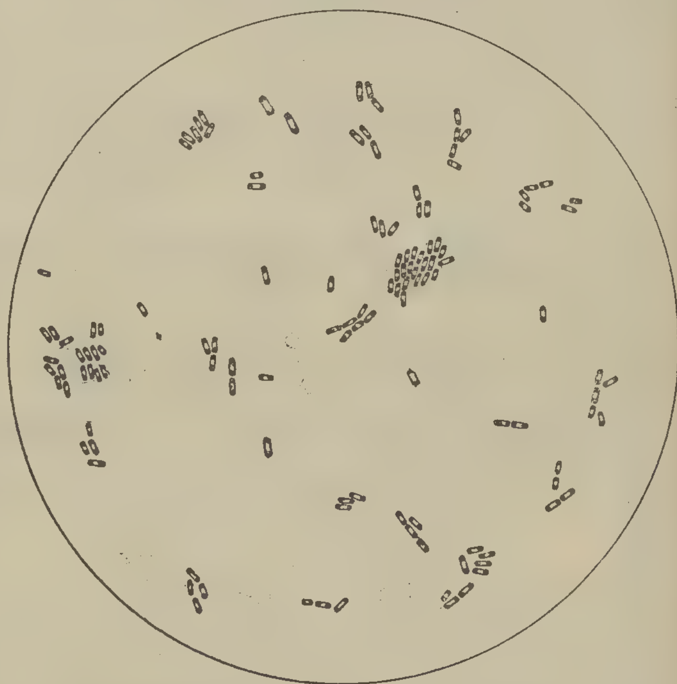
(1) Séance du 8 décembre.

(2) Nous sommes doublement reconnaissants à M. Thibierge de nous avoir ouvert son service de la Pitié pour commencer ces recherches et d'avoir bien voulu donner à nos résultats expérimentaux la sanction de son expérience dermatologique.

(3) Ce bubon chancrelleux n'était pas encore ouvert à l'extérieur au moment où nous en avons ensemencé le pus. La constatation du bacille de Ducrey dans cette circonstance a un intérêt spécial : elle infirme les conclusions de Straus, qui avait émis l'opinion que le pus de ces bubons était primivement stérile et que c'était par contamination par les bacilles du chancre voisin qu'ils se trouvaient accidentellement infectés.

(4) F. Bezançon et V. Griffon. Soc. de biol., 4 fév. 1899.

Dans le liquide condensé au fond des tubes de sang gélosé, le microbe se développe sous un aspect très particulier : il se dispose en chaînettes grêles, rectilignes ou décrivant des courbes de grand rayon dans lesquelles les bacilles sont individuellement plus petits que dans les colonies de la partie solide du milieu de culture; ces chaînettes ont souvent une longueur considérable, et dépassent alors les limites du champ microscopique.



Pour obtenir sûrement, en parlant du chancre, une première culture positive, il est nécessaire d'ensemencer largement sur *sang gélosé* le pus qu'on aura eu soin de laisser s'accumuler sous pansement sec à la surface du chancre préalablement désinfecté. Parfois, l'examen du tube de culture, au bout de vingt-quatre heures, ne révélera pas encore de colonies apparentes à la surface du milieu et l'on devra se borner à rechercher les chaînettes dans le liquide condensé. Ce n'est que le lendemain que la culture donnera un résultat appréciable à l'œil nu. Dans ce cas, les colonies demeurent rares.

Les repiquages donnent des cultures beaucoup plus abondantes. Dès les premières vingt-quatre heures, la surface du tube est recouverte d'un semis de colonies fines de la dimension d'une pointe d'épingle; le lendemain, sur ce fond de petites colonies, se détachent des colonies plus volumineuses, opaques, grosses comme des têtes d'épingle, d'un blanc grisâtre. Les colonies restent toujours séparées et distinctes; si riche que soit la culture, elles ne confluent jamais en traînée.

Le microbe de Ducrey se cultive également quand on ensemence le pus chancrelleux dans un tube de *sérum non coagulé* de lapin. Le milieu se trouble légèrement et présente de petits flocons. Au microscope, les bacilles apparaissent groupés en chaînettes de moyenne longueur, très flexueuses, enchevêtrées (strepto-bacille). Mais la vitalité, dans ce milieu, est de courte durée.

Toutes nos tentatives de culture sur les milieux usuels ont échoué, même après l'acclimatement du microbe sur une série de tubes de *sang gélosé*.

Le microbe que nous avons cultivé est bien le bacille du chancre mou, comme nous l'ont montré les résultats de

l'expérimentation sur un des malades du service de M. Thibierge. Chez ce malade, porteur d'un chancre mou, l'inoculation de cultures à la peau de la paroi abdominale, suivant toutes les règles de la technique usitée lorsqu'on veut réinoculer un chancre dans un but de diagnostic, nous a donné à trois reprises différentes un chancre mou typique comme aspect et comme évolution. Le résultat a été le même, que nous ayons inoculé une goutte du liquide condensé au fond de nos tubes de culture, ou bien une colonie prélevée à la surface du milieu solide. Pour nous mettre à l'abri de la cause d'erreur qui aurait pu résulter du transport sur nos tubes de culture d'une parcelle du pus apporté lors du premier ensemencement, nous avons choisi pour l'inoculation une colonie *solitaire* sur milieu solide, et provenant d'un repiquage de *onzième* génération.

La virulence ne s'atténue donc pas sur le *sang gélosé* au cours des repiquages successifs. La vitalité se conserve également longtemps sur ce milieu, puique, au bout de deux semaines, le réensemencement donne encore un résultat positif.

C'est la première fois qu'on apporte des cultures du microbe du chancre mou sur un milieu *défini*. Antérieurement, M. Lenglet (1) a présenté à la Société de dermatologie des colonies pures de bacille de Ducrey; mais, la formule de son milieu de culture n'ayant jamais été publiée, ses résultats n'ont pu être utilisés pour le diagnostic bactériologique du chancre mou.

(*Travail du laboratoire de M. le professeur Cornil, à la Faculté, et du laboratoire de M. le professeur Dieulafoy, à l'Hôtel-Dieu.*)

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des cardiopathies chroniques (2).

Par M. Guihal, interne des hôpitaux de Paris.

V

LES EXERCICES PHYSIQUES

Les exercices physiques, récemment introduits dans l'hygiène des maladies du cœur, ont besoin d'être réglementés de près, et subordonnés à l'état clinique du malade. Nous supposerons connues du lecteur les règles générales qui doivent servir de guide au médecin dans l'établissement d'une hygiène physique, et nous nous contenterons d'envisager au point de vue pratique les indications d'exercices tels que la marche, l'équitation, la bicyclette, à propos desquels on a beaucoup discuté depuis quelques années.

La marche présente assez d'avantages pour justifier la part importante qui lui revient dans la médication systématique dite méthode d'Œrtel. C'est à coup sûr l'exercice qui, pratiqué modérément, surmène le moins; de plus il est facile de l'ordonner progressivement et d'en régler l'intensité, surtout si l'on prescrit à la fois la marche en terrain plat et sur des pentes plus ou moins rapides. Ses inconvénients sont également très réels. Pour avoir une véritable valeur hygiénique, il faut que la marche soit suffisamment prolongée, et ce simple fait la contre-indique chez tous ceux qui ne peuvent se soustraire aux obligations de leur vie courante. Ajoutons à cela que cet exercice ne tarde pas à devenir fastidieux, s'il n'est pas possible de varier beaucoup les promenades. Cependant la marche n'en reste pas moins l'un des exercices dont le cardiaque retirera le plus de profit, pourvu que le médecin ne perde pas de vue les idées directrices de cette hygiène. La marche convient tout particulièrement aux obèses dont le myocarde est surchargé de graisse; elle ne tarde pas à diminuer l'adipose et à régulariser les battements cardiaques. Il va sans dire que la course et le saut seront formellement interdits.

L'équitation présente des indications plus restreintes que la marche. Interdite aux obèses, aux athéromateux, aux coronariens, elle peut être, à la rigueur, permise aux porteurs de lésions valvulaires. Le surmenage musculaire s'évitera avec une assez grande facilité si l'on avertit le malade du danger des courses trop longues et surtout du saut d'obstacles. L'endurance est remarquable chez les sujets qui depuis longtemps montent à cheval, et, dans son ouvrage sur l'hygiène des maladies du cœur, Vaquez cite un maître de manège qui pratiquait sans effort les exercices les plus violents de sa profession, alors que la marche et la moindre course à pied provoquaient l'essoufflement rapide et des symptômes angineux, qui plus tard entraînèrent la mort. Enfin l'équitation convient très bien aux jeunes sujets névropathes présentant des signes douloureux sans lésions organiques; on peut dire que c'est là l'indication la plus spécialisée de cet exercice un peu violent, qui, en d'autres circonstances, ne doit être pratiqué qu'avec beaucoup de prudence.

On peut dire la même chose de l'escrime qui, en principe, est déconseillée. Cependant la prescription est moins formelle si le sujet présente une réelle accoutumance; même dans ce cas, il est nécessaire d'éviter le moindre surmenage et d'interdire l'assaut. Comme la marche, l'escrime convient particulièrement aux obèses.

La bicyclette a donné lieu récemment à de nombreuses discussions à l'Académie de médecine et à la Société médicale des hôpitaux. Les auteurs se sont montrés en grande majorité hostiles à un sport qui demande trop souvent des efforts considérables, en particulier pour l'ascension des côtes ou la course contre le vent. De plus le surmenage semble se présenter ici sous une forme un peu spéciale : le sujet peut arriver à un degré avancé de dilatation cardiaque avec intermittences sans en avoir la conscience, les signes subjectifs survenant assez tard, et avec une sorte de brusquerie.

Cependant, chez les jeunes sujets atteints de troubles nerveux cardiaques sans lésion, la bicyclette employée modérément et sans tendance sportive peut rendre des services. Sanson même étend cette tolérance à tous les jeunes cardiaques, alors même qu'ils présentent des lésions valvulaires, compensées bien entendu. Son avis reste isolé; et, en effet, il semble difficile d'empêcher des jeunes gens de se livrer avec trop d'ardeur à un sport où le surmenage reste si souvent inconscient.

En est-il de même pour les cardiopathes adultes atteints de lésions valvulaires? Des cas favorables, très exceptionnels, ont été rapportés, mais la majorité des observations tend à proscrire absolument la bicyclette aux cardiaques de cet ordre. Petit, Hallopeau ont publié des cas de mort subite; Richardson, Mendelsohn ont décrit des dilatations cardiaques graves secondaires à des excès de bicyclette; Fürbringer, Villaret ont insisté sur la tachycardie permanente qui peut en résulter; Legendre a vu un rétrécissement mitral ignoré se révéler dès les premières courses, et Va-

(1) Lenglet. Soc. de dermat. et de syph., 10 novembre 1898, et *Bull. méd.*, 1898, p. 1051.

(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 1483.

quez cite également une artiste dramatique qui avait pu jusqu'à quarante ans exercer impunément sa pénible profession, malgré un rétrécissement mitral, et chez qui les premiers signes d'insuffisance cardiaque éclatèrent à la suite de promenades à bicyclette. On peut donc conclure sans crainte que, malgré des cas favorables exceptionnels, l'usage de la bicyclette doit être interdit aux porteurs de lésions valvulaires.

La question ne peut se résoudre aussi nettement dans le cas d'obésité. A ce point de vue les obèses peuvent se diviser en deux grandes catégories. La première comprend ceux chez qui les signes de la surcharge graisseuse du cœur s'affirment par la dyspnée d'effort avec ou sans accès paroxystiques, par des intermittences cardiaques, par de fréquentes dilatations. Ceux-là, de toute évidence, ne peuvent, quel que soit leur désir de maigrir, aborder de prime abord un exercice aussi violent que le sport cyclique. La gymnastique suédoise, le massage, peuvent être employés à titre d'entraînement aux exercices physiques actifs, et, parmi ces derniers, la bicyclette vient en dernier lieu, alors que la marche, l'équitation auront révélé chez le sujet une résistance suffisante. Chez des malades menacés de défaillance cardiaque, il est bien rare que l'on puisse aller plus loin que la mécanothérapie. Au contraire, les obèses de l'autre catégorie, chez qui le fonctionnement du cœur est d'apparence normale, franchiront aisément la limite des exercices passifs, pour aborder les exercices actifs; la marche à suivre sera la même que précèdemment, la bicyclette venant en tout dernier lieu. Ici encore, la plus grande réserve s'impose et le cœur sera rigoureusement surveillé.

Quelle est maintenant la conduite à tenir s'il s'agit d'artério-scléreux? Comme les obèses, on peut les diviser en deux catégories : aux uns la bicyclette est interdite, aux autres elle est permise, avec quelques réserves. Sur quels signes se fonder pour établir la division? Vaquez attache peu d'importance aux signes subjectifs, aux palpitations et aux intermittences. Il range dans le premier groupe les sujets dont le système artériel est profondément atteint et leur interdit la bicyclette même si les signes douloureux, l'oppression, les intermittences, sont très peu accentués; dans ce groupe rentre l'angor pectoris. Si, d'autre part, les signes physiques artériels sont peu marqués, la bicyclette peut être permise « alors même que le sujet présenterait de la tendance à l'essoufflement avec des intermittences du pouls et des palpitations ». La plus grande prudence est de mise pour ces derniers, et si l'exercice exaspère les douleurs, il faut s'abstenir.

Voici comment Vaquez résume, avec beaucoup de précision, les indications de la bicyclette : « Abstention quand il s'agit de lésions valvulaires chroniques, abstention dans les cas de sclérose cardio-artérielle manifeste ou avec hypertension, abstention, aussi, au début du traitement de l'obésité avec surchage graisseuse du cœur. Autorisation temporaire quand il s'agit d'artério-sclérose peu avancée sans angor pectoris, ou bien quand il s'agit d'obèses dont le cœur ne semble pas touché; autorisation plus large enfin quand on ne constate que de simples troubles subjectifs sans lésion cardiaque évidente. »

Il y a peu de choses à dire des autres exercices physiques; la plupart doivent, d'une manière générale, être interdits : tels sont la natation, le canotage, la danse, le patinage, et la gymnastique avec appareils.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
(7 DÉCEMBRE 1900)

A propos de la communication récente de M. Dufour, MM. Linossier et Barjon rapportent qu'ils ont pu introduire, dans la veine auriculaire d'un lapin de 1820 grammes, 365 centimètres cubes de liquide extrait par ponction d'un **kyste hydatique du foie**, soit la dose énorme de 200 centimètres cubes par kilogramme, sans provoquer le moindre malaise. L'analyse chimique n'a permis de retrouver, dans le contenu d'un autre kyste, chez la même malade, aucune substance de nature alcaloïdique. La toxicité du liquide ne paraît pas, dans ce cas, avoir été supérieure à celle de l'eau salée. Ce fait n'est pas un argument contre les auteurs qui ont extrait, de kystes hydatiques, des ptomaïnes ou toxalbumines. Il se pourrait, en effet, que l'hydatide, comme certains animaux plus élevés dans la série, ne secrétât de toxine qu'à une phase déterminée de son évolution. Il se pourrait aussi qu'un liquide, non toxique pour le lapin, le fût pour l'homme.

M. Duflocq présente un malade atteint, soit de **rétrécissement de l'artère pulmonaire**, soit d'une **inocclusion du septum interventriculaire**. En effet si la symptomatologie semble indiquer un rétrécissement de l'artère pulmonaire, les caractères et le siège du souffle feraient plutôt pencher pour une inocclusion du septum interventriculaire. D'autre part, alors que, dans cette inocclusion, les sujets ne sont pas, à proprement parler, des malades, le sujet en question en est un, en ce sens qu'il a des crises très intenses de palpitations et un léger degré de cyanose.

Dans un **épanchement pleural survenu chez un malade atteint de leucémie myélogène**, MM. Sicard et Monod ont fait la recherche de la formule histologique. Le liquide contenait, à côté des éléments cellulaires du sang circulant (polynucléaires neutrophiles, basophiles, éosinophiles et myélocytes neutrophiles), des cellules endothéliales desquamées, libres ou réunies en placards. Ceci prouve l'existence d'un épanchement d'origine mécanique.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(5 DÉCEMBRE 1900)

La Société a repris la discussion sur les **interventions chirurgicales dans les affections hépatiques** : M. Lejars rapporte l'observation d'une femme de quarante-quatre ans présentant des symptômes de cholécystite calculeuse. Il s'agissait, en réalité, d'une cirrhose hypertrophique; les voies biliaires étaient libres. Toutefois, M. Lejars fit une cholécystostomie. Cette opération donna de bons résultats; le foie diminua de volume, et trois mois après, M. Lejars crut pouvoir fermer la fistule. M. Lejars estime que, dans ce cas, l'amélioration obtenue a été bien certainement le résultat du drainage des voies biliaires maintenu pendant plusieurs mois.

M. Michaux fait observer, avec raison, que, dans cette discussion, il importerait d'avoir des résultats éloignés de l'intervention. Il cite un fait intéressant à ce point de vue. Ces améliorations semblent persister et sont loin d'être à dédaigner.

Par contre, M. Quénu cite un cas dans lequel la laparotomie n'a semblé guérir que des accidents péritonitiques compliquant une cirrhose hypertrophique du foie, mais a semblé être sans effet sur celle-ci.

Dans l'une des dernières séances, M. Ricard a présenté un malade chez lequel il a fait l'**arthrotomie pour une luxation ancienne irréductible de l'épaule**. M. Nélaton prend la parole à ce sujet et considère cette opération comme ne donnant que des résultats peu encourageants. Aussi, sa ligne de conduite, dans ces cas, est-elle la suivante : Si la luxation, tout en étant irréductible par les procédés ordinaires, permet des mouvements assez étendus, abstention, mobilisation et massage ; si les mouvements sont très restreints, résection. M. Nélaton préfère, en effet, de beaucoup la résection à l'arthrotomie.

M. Ricard, en présentant son malade, n'a pas voulu prouver les bons effets de l'arthrotomie ; c'est comme document pour l'appréciation des résultats fournis par cette opération qu'il a fait cette présentation. D'ailleurs, l'état de cet homme continue à s'améliorer et M. Ricard le présentera de nouveau à ses collègues.

M. Loison communique une observation d'**intervention chirurgicale dans un cas de péritonite par perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde** ; il s'agissait d'un jeune soldat arrivé au seizième jour de sa fièvre typhoïde et présentant subitement tous les signes d'une perforation. M. Loison fait la laparotomie, trouve assez facilement la perforation, la suture, lave la cavité abdominale, draine et referme le ventre. A la suite de cette opération, la fièvre typhoïde suit son cours, puis survient une pleurésie purulente, qui nécessite l'ouverture large avec résection costale ; guérison.

M. Potherat rapporte l'observation d'un homme qui avait reçu une balle de revolver dans la région latérale du thorax, et qui alla se loger dans la fosse sous-épineuse, ainsi que le montra la radiographie ; des phénomènes de monoplégie indiquèrent que la balle avait dû léser le plexus brachial. M. Potherat alla à la recherche de ces lésions, trouva un noyau fibreux englobant et enserrant la veine axillaire, le brachial cutané interne, le cubital et la racine interne du médian. Il libéra ces différents organes et les phénomènes paralytiques disparurent aussitôt.

Enfin, M. Berger a présenté un **calcul stercoral appendiculaire** très volumineux et qui, bien que libre au milieu d'un abcès et malgré son énorme volume, avait échappé aux examens les plus attentifs.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(6 DÉCEMBRE 1900)

La Société a procédé au renouvellement de son bureau et a choisi comme président M. le professeur Raymond, comme vice-président, M. Gombault.

MM. L. Lévi et Follet montrent une malade atteinte de **spondylose rhyzomélique et de myoclonie**. La colonne vertébrale et les articulations coxo-fémorales sont à peu près complètement soudées, et on perçoit de gros craquements dans les articulations scapulo-humérales : les extrémités des membres sont au contraire libres. En outre les jambes de la malade sont le siège de mouvements myocloniques intenses, symétriques, exagérés par les excitations mécaniques et ne pouvant être modérés par la volonté. Ces secousses commencent à gagner les deltoïdes et les pectoraux. Étant donné les relations entre le système articulaire et le système musculaire, relations bien démontrées par le professeur Raymond, les auteurs se demandent avec juste raison, s'il ne s'agit pas chez leur malade non d'une simple coexistence mais d'un rapport entre les deux affections, articulaire et musculaire, sans essayer d'ailleurs d'aborder le mécanisme physiologique encore inconnu de la myoclonie. Ils ont vu d'autre part le **paramyoclonus symptomatique d'une lésion corticale**. Déjà M. L. Lévi avait pu observer dans le service de M. le professeur Raymond un paramyoclonus symptomatique d'une poliomyélite. Les contractions fibrillaires persistaient pendant le sommeil chloroformique ; la biopsie permit de constater la persistance de ces secousses pendant une dizaine de minutes sur le muscle recueilli. Or, récemment, les auteurs ont observé un paramyoclonus survenu chez une malade atteinte de néphrite interstitielle, au cours d'un coma urémique. L'autopsie a fait constater un œdème cérébral très prononcé. Ce cas est à rapprocher du fait rapporté par Ferrero, où le paramyoclonus a été en rapport avec une toxémie de cause rénale.

M. Marinesco envoie un long mémoire sur les **lésions cellulaires des ganglions rachidiens dans le tabes**. Il commence par décrire la cellule ganglionnaire normale et montre les divers types que l'on peut rencontrer avec disposition variée comme topographie et forme de la substance chromatophile de la cellule. Il étudie ensuite les lésions cellulaires consécutives à la section soit de la racine soit du nerf périphérique, faits déjà vus par Lugaro. La cellule réagit par la chromatolyse à la section du nerf périphérique et réagit au contraire très peu à la section de la racine. Or, les histologistes considèrent les cylindraxes des racines comme les véritables cylindraxes de la cellule ganglionnaire, tandis que le nerf périphérique ne serait qu'un prolongement protoplasmique ; et nous savons en outre qu'un neurone moteur présente au contraire une réaction cellulaire intense lorsqu'on sectionne son prolongement cylindraxile. L'auteur insiste donc sur cette anomalie présentée par la cellule du ganglion rachidien. Dans le tabes, comme l'avait déjà vu Schäfer, les cellules des ganglions rachidiens sont très peu altérées et l'auteur les a étudiées sur neuf cas. Elles ne sont pas proportionnées aux lésions des cordons postérieurs et d'ailleurs elles sont inconstantes. L'auteur ne croit donc pas que les lésions des cordons postérieurs sont consécutives à des lésions des ganglions. Les expériences précitées de Lugano expliquent d'ailleurs comment les lésions si prononcées des cordons postérieurs ne s'accompagnent pas de lésions cellulaires ganglionnaires. Mais M. Joffroy fait remarquer à juste titre que le tabes présente souvent des lésions des nerfs périphériques qui devraient réagir sur le ganglion d'après ces mêmes expériences. La question reste donc encore très obscure et M. Marie souligne notre ignorance sur l'origine du tabes ; ayant soutenu en effet autrefois le point de départ ganglionnaire des lésions tabétiques des cordons postérieurs, il a abandonné maintenant cette hypothèse, sans la remplacer d'ailleurs par une autre.

M. Touche a observé un malade atteint de **monoplégie brachiale gauche** avec **déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la droite** ; la monoplégie était flasque et à l'autopsie l'auteur a trouvé un foyer d'hémorragie de la grosseur d'un petit œuf situé dans la région sous-corticale de la naissance de la deuxième frontale droite.

Il montre aussi les coupes d'un **tabes associé à une pachyméningite caséeuse** de la région cervico-dorsale.

M. Achard revient sur la **disposition segmentaire de cer-**

taines éruptions cutanées. Il a dans son service deux malades présentant des éruptions thoraco-abdominales, qui ne ressemblaient pas d'ailleurs à un zona et dont la topographie était différente de celle fournie par la distribution de nerfs périphériques. Cette disposition ne peut être expliquée que par une cause à siège soit médullaire soit radiculaire.

Minor (de Moscou) au dernier Congrès de neurologie a essayé de tracer un tableau des affections de l'épicône médullaire. Les affections du cône terminal se caractérisent essentiellement par l'anesthésie périnéo-scrotale et les troubles sphinctériens, les affections de la région lombaire (quatrième lombaire) se caractérisent essentiellement par la perte des réflexes rotuliens. Entre ces deux termes extrêmes, se placent ainsi une série de types cliniques. Le malade présenté par M. Laignel-Lavastine en est un exemple. Il est atteint d'une **hématomyélie de l'épicône et du cône terminal de la moelle**. Le début en effet a été brusque, spontané. Le malade présente une anesthésie scrotale, avec dissociation syringomyélique, des troubles sphinctériens, de l'atrophie des muscles de la loge antérieure des deux jambes, l'abolition du réflexe du tendon d'Achille. Mais la lésion s'arrête en haut vers la quatrième lombaire car les réflexes rotuliens sont conservés, elle n'atteint pas l'extrémité du cône terminal car le réflexe anal et la sensibilité périanale ne sont pas altérés. La lésion paraît donc avoir intéressé les premier, deuxième, troisième segments sacrés et le cinquième segment lombaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 17 AU 22 DÉCEMBRE 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 17 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salles nos 2 et 3* : MM. Ch. Richet, Launois et Hanriot.

3e (1re partie, oral, ancien régime), *Faculté* : MM. Reynier, Walther et Lepage; — (2e partie) : MM. Brissaud, Gilles de la Tourette et Méry; — (1re partie, oral, nouveau régime) : MM. Segond, Varnier et Sébileau; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série): MM. Tillaux, Lejars et Legueu; — (2e série) : MM. Terrier, Delbet et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Fournier, Gaucher et Teissier; — M. Broca (Aug.), suppléant.

MARDI 18 DÉCEMBRE, à une heure. — 3e (2e partie, nouveau régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Blanchard, Letulle et Roger.

3e (1re partie, oral, nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Budin, Quénu et Richelot.

3e (1re partie, oral, ancien régime), *Faculté, salle no 1* : MM. Campenon, Hartmann et Wallich; — (2e partie, oral, nouveau régime) : MM. Chauffard, Thiroloix et Vaquez; — M. Chassevant, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Berger, Schwartz et Faure; — (2e partie) : MM. Debove, Hallopeau et Ménétrier; — (2e partie) : MM. Raymond, Gilbert et Charrin; — M. Marfan, suppléant.

MERCREDI 19 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire (ancien régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Reclus, Lejars et Walther.

2e (nouveau régime), *Faculté* : MM. Rémy, Gley et André.

4e (ancien régime), *Faculté* : MM. Fournier, Pouchet et Wurtz; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Delens, Reynier et Delbet; — (2e série) : MM. Segond, Sébileau et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Hayem, Netter et Letulle; — M. Méry, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Heim, suppléant.

JEUDI 20 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire (nouveau régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Richelot, Poirier et Faure.

3e (2e partie, nouveau régime) : MM. Hanriot, Achard et Letulle.

3e (2e partie, ancien régime), *Faculté* : MM. Raymond, Roger et Dupré.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté* : MM. Budin, Schwartz et Thiéry.

4e (nouveau régime), *Faculté, salle no 1* : MM. Proust, Gilbert et Vaquez; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 21 DÉCEMBRE, à une heure. — 4e (nouveau régime), *Faculté, salle no 1* : MM. Landouzy, Netter et Heim.

4e (ancien régime), *Faculté, salle no 1* : MM. Pouchet, Letulle et Wurtz; — M. Gley, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Pitié* : MM. Delens, Reclus et Reynier; — (2e partie) : MM. Brissaud, Teissier et Méry; — M. Legueu, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Retterer, suppléant.

SAMEDI 22 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e (nouveau régime): MM. Gley, Retterer et Broca (André); — M. Desgrez, suppléant.

5e (2e partie), *Charité* (1re série) : MM. Joffroy, Ménétrier et Achard; — (2e série) : MM. Hallopeau, Chauffard et Dupré; — M. Thiéry, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Le Dentu, Poirier et Hartmann; — (2e partie) : MM. Proust, Debove et Thiroloix; — M. Vaquez, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bar et Wallich; — M. André, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — ANATOMIE. — Séance du 7 décembre : MM. Boidin, 13 + 12 = 25; Gauckler, 10 + 13 = 23; Blondin, 8 + 14 = 22; Vitry, 8 + 14 = 22; Simon, 7 + 14 = 21; Cauchoix, 11 + 10 = 21; Roger, 9 + 11 = 20; de Saint-Mathieu, 10 + 7 = 17; Bour, 6 + 9 = 15.

PATHOLOGIE. — Séance du 7 décembre : MM. Viteman, 12 + 12 = 24; Juy, 12 + 11 = 23; Laffitte, 14 + 8 = 22; Bourguignon, 9 + 11 = 20; Gimbal, 9 + 10 = 19; Sénéchal, 7 + 11 = 18; Dennecé, 8 + 8 = 16; Fabre (Paul), 6 + 8 = 14.

Hôpitaux de Paris. — *Mutations.* — M. Petit va à la Charité, M. Richardière aux Enfants-Malades, M. Marfan à Trousseau, M. Wurtz aux Ménages, M. Dalché à la Pitié, M. Klippel à Debrousse, M. Toupet à Sainte-Périne, MM. Barbier et Jeanselme à Hérold.

Faculté de médecine de Paris. — M. Debove, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre du conseil de l'Université, est nommé assesseur du doyen de cette Faculté.

Facultés de province. — *Montpellier.* — M. Delenne, agrégé, est nommé maître de conférences de physiologie au laboratoire de chimie physiologique à l'École pratique des hautes études.

Médecins sanitaires maritimes. — A la suite des examens passés à la Direction de la Santé, les docteurs suivants ont été inscrits au tableau des médecins sanitaires maritimes.

MM. Aubouy, Berre, Bonnet, Bourguignon, Bourlier, Calmettes, Cany, Catanéi, Cavalié, Gal, Gorde, Médard, Paravicini, Porcheron, Serres, Veillon, Vial.

Marine. — Ont été nommés dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin principal. — MM. les docteurs Le Ray, Renaud et Pinard.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les docteurs Sepire, Maurras et Bouffard.

— M. le médecin de deuxième classe Lallemant, du cadre de Brest, est appelé à servir à la prévôté des forges de la Chaussade à Guérigny, en remplacement de M. le docteur Buffon.

Les eaux de Paris. — Dans sa séance du 7 décembre, le Conseil municipal a voté un crédit de 12500 francs pour l'organisation d'une surveillance médicale permanente des sources captées par la ville de Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 142. — JEUDI 13 DÉCEMBRE 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 13 DÉCEMBRE 1900. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

SOMMAIRE. — Deux cas d'acromégalie (*6 fig.*), par MM. Breton, ancien interne des hôpitaux de Paris, et Michaut, chef des travaux physiologiques à l'École de médecine et préparateur de physiologie à la Faculté des sciences de Dijon. — Séance de l'Académie de médecine. — Médecine pratique. La constipation habituelle; son traitement. — Revue de la Presse. *Médecine :* Le traitement de l'ulcère rond par les lavages de l'estomac à l'aide d'une solution de perchlorure de fer; — Traitement de la dysenterie par le kô-sam; — *Chirurgie:* Un cas de botryomycose humaine: — *Maladies de l'enfance :* Abcès périamygdalien chez l'enfant; — Traitement de la constipation des nourrissons. — Chronique et nouvelles scientifiques.

DEUX CAS D'ACROMÉGALIE

Par MM. Breton,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
et Michaut,
Chef des travaux physiologiques à l'Ecole de médecine et préparateur de physiologie à la Faculté des sciences de Dijon.

Observation I. — *Acromégalie à forme amyotrophique.* — Nous adressons de suite nos remerciements à M. le docteur Baron, professeur suppléant à l'École de médecine, qui a bien voulu nous faire connaître sa malade et nous permettre de l'étudier à loisir.

Femme de soixante et un ans, présentant un type très pur de la maladie de Marie.

Antécédents héréditaires. — Son père, âgé de quatre-vingt-onze ans, se porte bien, n'a aucune maladie ou infirmité à signaler. Sa mère, qui fut une grande et forte femme, mourut de grippe à soixante-seize ans.

Les grands-parents paternels sont morts très âgés. Ils ont été mal connus de notre sujet.

Les grands-parents maternels sont morts : le grand-père à quatre-vingt-quatre ans, la grand'mère à quatre-vingt-deux ans, ayant eu sept enfants qui ont tous vécu et sont morts vieux.

Notre malade a un frère et une sœur bien portants.

Antécédents personnels. — La seule maladie à noter est une rougeole à l'âge de sept ans.

Réglée à quinze ans, elle le fut toujours régulièrement.

Ménopause à trente-quatre ans, sans accidents.

Trois grossesses : à vingt-sept, trente et trente-quatre ans. Des trois enfants, le premier seul survit. Le second, fille, mourut dans sa première enfance, de maladie infantile, gastro-entérite probable. Le dernier, garçon, mourut à vingt-cinq ans de tuberculose pulmonaire. La mère a nourri ses trois enfants.

Début de la maladie actuelle. — Six mois après la seconde grossesse, à l'âge de trente ans, parurent les premiers symptômes se caractérisant par des fourmillements, engourdissements dans les doigts et les deux mains simultanément. La malade remarqua la maladresse, l'inhabileté avec lesquelles elle se servait de ses mains. Jusqu'alors elle pouvait vaquer à toutes les occupations de son ménage et de son train de culture. Mais peu à peu, elle eut une vraie difficulté à faire les petits travaux féminins, tels que travaux de lingerie, d'aiguille, et elle dut les abandonner, ne s'occupant qu'aux grosses besognes de sa ferme, et encore maladroitement. Elle put nourrir son dernier enfant très bien jusqu'à onze mois, étant excellente nourrice.

Pendant quatre ans, la maladie s'est bornée à ces sensations d'engourdissements et de fourmillements dans les mains et les doigts. Notre malade remarqua encore une certaine gêne à mouvoir les avant-bras et les bras. Les membres supérieurs devenaient de plus en plus impropres à tout travail.

Très bien réglée pendant ces quatre années, cette femme devint enceinte pour la troisième fois. Durant toute la grossesse, la maladie semble s'arrêter. La malade ne ressent plus aucun malaise et paraît reprendre l'usage normal des membres supérieurs.

Mais trois à quatre semaines après l'accouchement, qui n'a, comme les autres, présenté aucune anomalie, elle est prise tout à coup de douleurs extrêmement violentes dans les deux mains. Cet état dura pendant six à sept ans. Plus les années passaient, moins la malade pouvait faire usage de ses mains. Elle en vint, à la fin de cette période, à être absolument impotente. Les douleurs avaient une exaspération nocturne telle qu'elles provoquaient une insomnie à peu près complète. Les mains augmentent alors de volume, la main gauche commençant la première. Les bagues gênent et bientôt ne peuvent plus être portées. Gantant du 7 un quart, notre sujet constate l'impossibilité de porter les mêmes gants, la nécessité d'augmenter la pointure et peu à peu elle est contrainte à n'en plus mettre.

A trente-trois ans, les pieds augmentent de volume. Elle le remarque à la pointure de ses chaussures qu'elle ne peut plus porter comme par le passé.

Les pieds n'ont jamais été le siège d'aucune douleur. Pendant sept ans, la malade est donc tourmentée par de violentes douleurs dans les extrémités supérieures. Extrémités inférieures et supérieures augmentent progressivement de volume et les articulations des doigts se déforment par des nouures.

Peu à peu l'état général s'altère. Cette femme, très laborieuse jadis, ne peut d'abord que difficilement travailler, puis ne le peut plus. Elle se fatigue très rapidement. Elle ressent, à ce moment, de vives douleurs dans les membres inférieurs, mais leur intensité n'atteint pas celle qu'elle a éprouvée pour les membres supérieurs. A quarante-deux ans, elle ne peut faire aucun travail et même ne peut plus guère quitter sa chambre.

En même temps que les mains et les pieds augmentent de volume, elle reconnaît que la face elle-même se prend. Le nez et le maxillaire inférieur deviennent le point de départ d'une hypertrophie anormale.

Les dents grossissent, s'allongent et tombent toutes sans douleur et sans lésion apparente. A quarante-cinq ans, la maladie était constituée telle qu'elle est actuellement et cette acromégalique était une impotente absolue.

État actuel. — Membres supérieurs. — Ce qui frappe au premier examen c'est l'atrophie musculaire de tout le membre, plus marquée du côté gauche. Cette atrophie a commencé en même temps que le volume des os augmentait, mais depuis un an, elle a fait des progrès très rapides.





Fig. 1 et 2. — *La malade avant le début de l'affection.*

Côté droit. — L'articulation de l'épaule paraît ankylosée : cependant les mouvements spontanés d'élévation des bras, d'adduction et d'abduction s'exécutent, quoique péniblement et avec moindre étendue que normalement. Pendant leur jeu, on voit très facilement que ces mouvements ne se passent pas seulement dans l'article, mais que toute la région de l'épaule y participe.

L'omoplate se déplace plus ou moins fortement suivant le mouvement et son étendue.

La tête humérale est volumineuse. Au coude, l'épicondyle, l'épitrochlée et l'olécrâne font de très fortes saillies, déformant complètement la région.

Les extrémités radiales et cubitales font également des reliefs importants.

Côté gauche. — Ce sont les mêmes déformations mais beaucoup plus accentuées. Les mouvements spontanés de l'articulation scapulo-humérale sont extrêmement limités et si on cherche à les pousser au delà de leur limite naturelle actuelle, la malade souffre et on n'obtient qu'un très faible résultat. L'articulation du coude joue mieux spontanément, les mouvements provoqués peuvent s'obtenir un peu plus aisément. Toutefois leur amplitude est très inférieure à celle du côté droit.

Mains. — Elles sont fortement déjetées sur le bord cubital. La longueur totale, la longueur des divers segments est bien amplifiée. Les tuméfactions des extrémités osseuses les ont totalement déformées. L'atrophie musculaire est complète. Les espaces interosseux sont creusés en gouttières profondes. Les éminences thénar et hypothénar n'existent plus. L'adducteur du pouce seul fait un léger relief musculaire. Les doigts ne peuvent se fléchir et arriver au contact de la paume. Seuls, l'annulaire, l'auriculaire ont une flexion à peu près complète. L'extension est possible et dans cette attitude, il y a la déformation spéciale du petit doigt appelée jadis *camptodactylite* par le professeur Landouzy.

Tableau des mensurations des membres supérieurs. — Omoplate : longueur totale suivant le bord vertébral, droite : 20 centimètres; gauche, 18 centimètres.

Longueur depuis l'apophyse épineuse : droite, 14 centimètres; gauche, 14 centimètres.

Circonférence du bras à sa partie moyenne : droit, 18 centimètres; gauche, 18 centimètres.

Circonférence de l'avant-bras à sa partie moyenne : droit, 17 centimètres ; gauche, 16 centimètres et demi.

Diamètre transversal de la main, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes : droit, 12 centimètres; gauche, 11 centimètres.

Longueur de la main, allant de l'interligne articulaire du poignet à l'extrémité digitale du médius : droite, 19 centimètres; gauche, 18 centimètres.

Circonférence des doigts prise au niveau des articulations des premières et deuxièmes phalanges :

	CÔTÉ DROIT	CÔTÉ GAUCHE
Pouce..........	8cm	7cm5
Index..........	8cm	7cm
Médius.........	8cm	8cm
Annulaire......	7cm	7cm
Auriculaire.....	6cm3	6cm

Circonférence des poignets, passant exactement au-dessous des apophyses styloïdes : droite, 19 centimètres ; gauche, 18 centimètres et demi.

Cyphose très prononcée, ainsi que le marque la photographie. Elle débute à la sixième cervicale, s'accompagne de lordose droite très marquée. En raison de cette déformation, la colonne cervicale est projetée en avant presque horizontalement. Il en résulte une gêne énorme pour le décubitus dorsal. Cette femme y remédie par la superposition d'oreillers. En outre, toute cette colonne cervicale paraît soudée en un seul bloc. La vision supérieure ne peut se faire qu'avec une gêne extrême et la vision latérale n'est possible que par le déplacement en ce sens du sujet.

Thorax. — Les *côtes* sont saillantes sous la peau. Elles apparaissent épaissies, d'autant plus que les muscles intercostaux sont atrophiés. Leur largeur est de 3 centimètres. Vue de dos, outre la cyphose et la lordose ci-dessus mentionnées, il faut noter la saillie énorme des apophyses vertébrales, surtout des épineuses. Vue de face, toute la poitrine paraît projetée en avant d'un seul bloc. Le *sternum* est au fond d'une gouttière dont les bords saillants sont constitués par les articulations chondro-sternales.

Les diverses pièces constituantes de l'os font un relief marqué au niveau de leurs soudures. Cet os est épaissi dans toute son étendue, il mesure 7 centimètres de largeur et 21 centimètres de longueur.

Dans la mécanique respiratoire, le jeu des diverses pièces du squelette ne se fait pas isolément pour chacune

d'elles, comme normalement, mais il y a projection en masse d'une paroi paraissant absolument rigide et formée d'un seul vaste segment.

Distance de la dernière fausse côte à l'épine iliaque antérieure et supérieure : 4 centimètres à droite, 6 centimètres à gauche.

Bassin. — Nous n'avons pu prendre que les mensurations externes. En avant, d'une épine iliaque antérieure et supérieure à sa congénère : 38 centimètres.

D'une épine iliaque antérieure et inférieure à son homonyme : 31 centimètres.

En arrière, d'une épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre : 49 centimètres.

Saillie exagérée de ces épines et de tous les points osseux faisant relief chez un sujet sain.

Circonférence du tronc, au niveau des mamelons, 92 centimètres.

Membres inférieurs. — Notre malade peut marcher un peu dans sa chambre appuyée aux meubles, ou même sans appui. Mais elle se fatigue très vite, les pieds sont lourds, s'embarrassent facilement, ils lui paraissent peser cent kilogs.

Les os des divers segments sont épaissis. Ils nous ont paru l'être et dans le corps de l'os et surtout à leurs extrémités. On peut se rendre un compte facile du corps de l'os, car l'atrophie musculaire est notable, presque complète du côté gauche.

Depuis 1891, la hanche gauche a paru s'ankyloser insensiblement et sans douleur. Présentement, pendant la marche, cette femme traîne le membre inférieur gauche après elle et déambule à l'instar d'une hémiplégique gauche.

Dans la station verticale, le membre inférieur gauche est très raccourci et ne repose sur le sol que par les extrémités digitales.

Circonférence des genoux, passant par la partie médiane de la rotule : droite, 35 centimètres; gauche, 36 centimètres.

Rotules. — Elles sont peu mobiles. Leur longueur est de 8 centimètres et demi à droite, 12 centimètres à gauche. Leur largeur est de : 8 centimètres et demi à droite, 8 centimètres à gauche.

Longueur des pieds, prise du talon à l'extrémité digitale du gros orteil : 27 centimètres à droite, 27 centimètres à gauche.

Longueur du dos du pied, partant de l'interligne articulaire pour aboutir à l'extrémité digitale du gros orteil : à droite, 14 centimètres ; à gauche, 13 centimètres et demi.

Circonférence du cou-de-pied au niveau des malléoles : droite, 29 centimètres; gauche, 27 centimètres.

Circonférence au milieu du cou-de-pied : droite, 32 centimètres; gauche, 30 centimètres et demi.

Circonférence des orteils :

	DROITS	GAUCHES
Pouce au milieu......	11cm	12cm
— à son extrémité.	12cm	13cm 1/2
2e orteil..............	6cm 1/2	6cm 1/2
3e —	7cm	7cm 1/2
4e —	6cm 1/2	6cm 1/2
5e —	7cm 1/2	7cm

Les orteils sont épaissis, mais non déformés.

Le *crâne* ne semble pas avoir subi de modifications. Comparé à la face, il apparaît très petit. Les sutures osseuses sont saillantes sous le doigt et la protubérance occipitale externe est très prononcée.

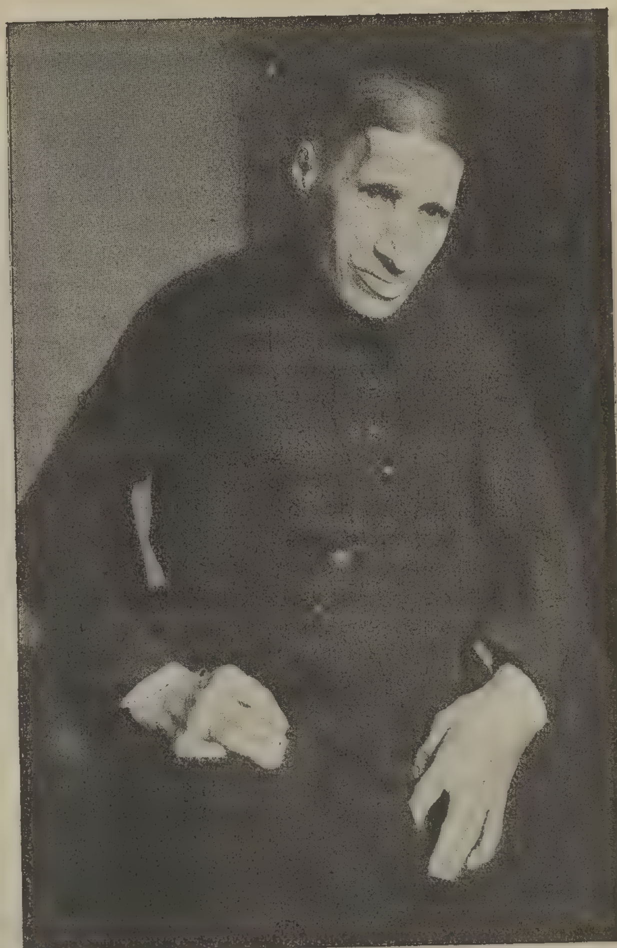


Fig. 3.

Diamètres : bipariétal : 13 centimètres; occipito-frontal : 19 centimètres; occipito-mentonnier : 21 centimètres.

La *face* s'est altérée en même temps que les pieds et les mains. Dans son ensemble, elle paraît constituée par une large et profonde gouttière dont les bords saillants sont de



Fig. 4.

haut en bas : l'extrémité inférieure de la saillie des bosses frontales, les apophyses zygomatiques, la saillie latérale des maxillaires. Cet aspect particulier ne se voit pas sur la photographie, mais est très frappant chez le sujet.

C'est le *nez* qui s'est pris le premier en 1876. Il est fortement dévié du côté gauche. Il mesure 8 centimètres de longueur de sa racine à son extrémité et 5 centimètres et demi de largeur à son extrémité inférieure.

La *bouche* paraît s'être élargie et tordue du côté gauche.

La *lèvre inférieure* a pris un développement anormal et forme *lippe*.

Le *maxillaire inférieur* fait de volumineuses saillies au niveau de son angle et du menton, sa longueur prise de l'articulation temporo-maxillaire au menton est de 16 centimètres. Sa largeur au niveau du menton est de 9 centimètres.

La *langue* elle-même a grossi. Etalée, elle mesure 7 centimètres et demi de large. Il n'y a aucune gêne de la parole, de la mastication ; tous ses mouvements s'opèrent bien.

Bouche. — La *voûte palatine* est très ogivale. Elle dessine un arc très cintré.

Le *voile du palais*, ses *piliers*, les *amygdales*, la *luette* sont également un peu hypertrophiés. Ils ont conservé leur forme et leur aspect normaux.

Dents. — Toutes ont disparu. Il ne reste que les deux incisives supérieures volumineuses et proéminentes.

Les *arcades orbitaires*, les *pommettes* font des reliefs dont les photographies marquent bien les contours.

Oreilles. — Leur longueur est de 8 centimètres, leur largeur de 5 centimètres. Sur les photographies, l'épaississement, la saillie des cartilages, la profondeur des sillons, sont bien visibles.

Appareil visuel. — Les *sourcils* sont clairsemés ; ils ne semblent avoir subi aucun changement.

Les *paupières* ne sont ni épaissies, ni allongées.

Les *yeux*, loin d'offrir l'exophtalmie citée dans la plupart des cas, sont au contraire profondément enfoncés dans les orbites et ont l'apparence rapetissée, spécialement pour l'œil droit.

L'*examen du fond de l'œil*, fait par M. Ripault, a été négatif.

La malade a toujours été myope. Présentement, bien qu'accusant une diminution de l'acuité visuelle, elle peut lire sans lunettes.

Pas de rétrécissement du champ visuel. Pas de dyschromatopsie.

Pupilles égales, moyennement dilatées, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Strabisme externe de l'œil droit.

Larynx. — Ses cartilages présentent une grande dureté au palper. Ils ont également augmenté de volume. Ils paraissent immobilisés et soudés les uns aux autres. La photographie de profil marque la saillie du cartilage thyroïde.

La *voix* est grave et enrouée. Autrefois, dit cette femme, elle pouvait chanter agréablement. Elle perdit toute facilité d'un seul coup il y a vingt ans. A la pression, le larynx est d'une sensibilité exagérée.

Corps thyroïde. — Malgré des examens répétés, la glande nous a paru faire presque totalement défaut. Il n'y a plus de lobe médian ; les cartilages laryngés sont non seulement très accessibles au toucher, mais ils se dessinent nettement sous la peau tendue à leur niveau. Deux petits lobules latéraux, d'une consistance très dure, saillants sous les téguments, du volume d'une petite noisette, paraissent être les seuls vestiges de cet organe.

Mastication. — La gêne qui existe est due au manque de dents. La langue, les lèvres, les joues fonctionnent.

Déglutition. — Depuis quatre mois cette fonction devient plus difficile.

L'*ouïe* est excellente.

Le *goût* n'a pas subi de modification.

L'*odorat* n'a pas varié.

Les *seins* étaient plutôt forts ; la photographie le prouve. Ils ont complètement disparu, rapidement après le dernier allaitement.

Peau. — La peau est épaissie et a perdu son élasticité. Un pli fait entre les doigts persiste et donne une sensation parcheminée, pâteuse.

La *coloration* varie. Avec des espaces de peau normale voisinent des parties plus pigmentées, d'autres décolorées rappelant le vitiligo vulgaire. Au pubis, il y a une pigmentation noire d'aspect tigré, dont la localisation est exclusive.

Aux mains, aux pieds, les plis ne sont nullement exagérés, ils tendent plutôt à disparaître, sans doute à cause de la disparition du plan musculaire. Dans les paumes et aux plantes la peau est lisse, se rapproche du *glossy skin*.

Les régions pileuses ne sont pas sensiblement modifiées. Les cheveux, jadis blonds, ont blanchi, ont viré au gris, sans avoir subi d'autres modifications que celles de l'âge.

Les *ongles* sont friables, très striés longitudinalement ; ces stries forment même des canelures. Il y a sept *molluscum pendulum* à la région cervico-dorsale.

L'*appétit* a notablement diminué. Depuis dix ans, les digestions s'opèrent très mal et sont même parfois douloureuses à l'excès. Des vomissements glaireux arrivent après quelques repas.

Constipation opiniâtre, de règle depuis le début de la maladie.

La *soif* n'a pas été modifiée.

Cœur très arythmique, bat 92 pulsations à la minute. Tachycardie fréquente même au repos. Diamètre vertical de 12 centimètres et demi, horizontal 14 centimètres et demi. Pas de souffles.

Artères. — Dans les centrales pas de souffles. Athérome aux vaisseaux périphériques.

Veines développées et saillantes à la surface de la peau. Varices aux jambes, varicosités multiples aux pieds.

Les *ganglions lymphatiques* ne sont point accessibles à l'exploration.

Céphalée fréquente, sous forme d'hémicrânie. Indifférence complète quant au côté. Pas de cause appréciable. Elle survient et est arrivée à toutes les phases de la maladie.

L'*appétit sexuel* n'a pas subi de variations pendant la vie génitale de la malade, ni durant sa maladie.

La *transpiration* était abondante au début de l'acromégalie. Présentement elle a disparu. La sueur n'avait pas de forte odeur et ne tachait pas le linge.

L'*urine* varie du'n litre et demi à deux litres dans les vingt-quatre heures. Ni sucre, ni albumine. Anurie intermittente. La malade émet à peine un demi-litre d'urine en vingt-quatre heures. Ces urines rares sont sédimenteuses, s'accompagnent d'un malaise général accentué et d'une sensation de fatigue pénible.

Réflexes. — Ils sont complètement abolis aux coudes, au maxillaire inférieur. Les réflexes tendineux sont à peine marqués. Les patellaires ont disparu.

Le réflexe pharyngien est très faible et, pour le produire l'excitation doit être prolongée. Le chatouillement

plantaire cause une sensation de contact sans aucun réflexe.

La *sensibilité*, tactile, thermique, douloureuse, nous a paru normale, sauf pour l'index et le médius droits qui sont insensibles à tout mode d'excitation.

La pression des divers points d'émergence du *trijumeau* ne cause aucune douleur.

Les *facultés intellectuelles* sont intactes.

Le *caractère*, autrefois gai et enjoué, s'est aigri par suite



Fig. 5. — *Radiographie de la main. Grandeur naturelle.*

des progrès de la maladie; notre malade est toutefois d'*humeur* facile.

Le *sommeil* est bon, rarement coupé de cauchemars.

Il n'y a *pas de matité rétro-sternale*.

Le *foie*, la *rate*, les *poumons* sont sains.

Examen électrique des muscles. — Contrairement à nos prévisions cet examen n'offre pas d'intérêt spécial.

Pour aucun, la réaction de dégénérescence ne s'est produite. Ils réagissent vivement à des courants d'intensité normale.

Les muscles atrophiés, ceux qui paraissent avoir complètement disparu, tels ceux des éminences thénar et hypothénar, les interosseux manifestent cependant leur faible existence aux courants. Ceux-ci doivent être intenses pour provoquer la contraction. Il y a une notable diminution de l'excitabilité galvanique et faradique de *tous* les muscles des deux membres inférieurs.

Examen radiographique. — Nous remercions vivement M. Perruchet, chef de clinique chirurgicale, qui a bien voulu nous faciliter notre travail.

Nous avons noté non seulement l'hypertrophie des extrémités osseuses, mais encore une très notable augmentation du volume du corps de l'os, surtout pour les deux fémurs, le gauche spécialement, ce qui confirme notre examen clinique. Cette hypertrophie du corps de l'os est encore bien accusée pour les humérus, radius, cubitus, tibia et péroné. Ceci ne cadre pas, à vrai dire, avec la loi de Marie.

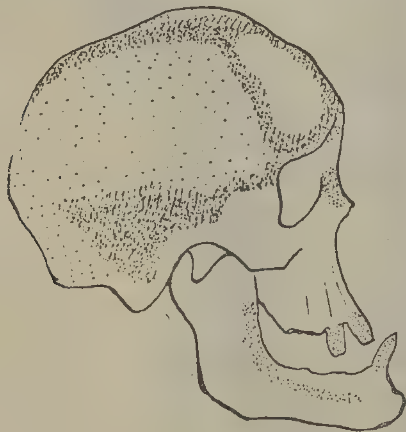


Fig. 6. — *Schéma du crâne de la malade d'après une radiographie.*

Extrémités osseuses. — L'hypertrophie est très forte, plus marquée pour le côté gauche. L'extrémité olécranienne gauche a pris un tel développement, qu'elle ne permet plus l'extension complète de l'avant bras. C'est la raison exacte de l'arthrite apparente signalée dans notre observation.

La tête humérale gauche a atteint des dimensions qui entravent le jeu de l'article et donnent à l'œil l'aspect de l'ankylose.

L'examen à l'écran des hanches, surtout de la gauche, ne donne pas de données suffisantes pour conclure.

Pieds. — La radiographie montre en bloc l'hypertrophie osseuse des pièces constituantes. La courbure de la voûte plantaire, l'attitude digitale de la malade empêchent d'obtenir des clichés assez nets pour distinguer la structure osseuse.

Mains. — Les photographies radiographiques donnent ici, au contraire, des indications précieuses, surtout à la main gauche. Nous y relevons les détails suivants : ostéite raréfiante des os du métacarpe, principalement des os des phalanges. Les parties latérales osseuses présentent des crêtes saillantes qui peuvent être ou des ostéophytes ou des lambeaux osseux détachés des points frappés d'ostéite. Ces détails sont bien marqués au niveau des phalangettes.

Crâne. — Deux points déterminants : raréfaction osseuse générale, les os sont très perméables aux rayons X, même au niveau du rocher qui se laisse traverser et permet d'apercevoir ses divers canaux. *Développement énorme* du sinus frontal.

Le cliché a eu un excès de pose, bien qu'il n'ait subi que la pause normale en pareil cas. Ce qui concorde avec la porosité osseuse mentionnée.

Obs. II. — *Acromégalie et glycosurie très intense*. — L'un de nous a pu observer le fait suivant dans son service d'hôpital.

Adèle R..., femme de cinquante ans, journalière, entrée le 27 septembre 1897, salle Sainte-Marthe, n° 45.

Antécédents héréditaires. — Aucun renseignement sur les grands-parents et le père. Mère, hystérique, sujette à de grandes crises.

Antécédents personnels. — Pas de maladie à noter dans l'enfance. Réglée à dix-sept ans. Ménopause à quarante ans. A vingt ans, la malade ayant souffert de l'estomac est devenue éthéromane. Deux grossesses : les deux enfants se portent bien.

Début de la maladie en 1887. Cette femme vit ses règles venir comme de coutume, durer deux jours, cesser brusquement sans cause connue.

Depuis, elles n'ont plus reparu.

Subitement après leur disparition, notre malade est prise de névralgies faciales violentes qui n'ont jamais cessé complètement. Elles se localisèrent primitivement à la région temporale droite et s'y fixèrent pendant dix ans.

De là, elles s'étendaient à la moitié droite de la tête et du cou et finalement se généralisèrent à toute la tête et à toute la région cervicale.

En 1887, au début de l'acromégalie, il est mentionné des crises d'entéralgie très violentes. Adèle remarqua que ses crises coïncidaient avec les périodes menstruelles absentes. Détail intéressant : les névralgies faciales se sont accompagnées d'un œdème du visage, coïncidant avec les paroxysmes douloureux et si prononcé que la malade, défigurée, était obligée de se voiler la face pour sortir dans la rue. Elle devait ainsi se soustraire à l'attention publique et surtout « aux poursuites des gamins ».

En 1890, pendant trois mois, concordant avec les crises douloureuses paroxystiques, parurent des crachements de sang, dont la présence apportait un peu de soulagement et de détente dans l'état douloureux permanent.

En 1895, bronchite simple sans aucune gravité.

En 1896, la malade est frappée d'amnésie. Elle perdait totalement le souvenir des faits récents, égarait les objets de son ménage, même quand elle y prêtait grande attention.

En septembre 1896, polyurie, polydipsie, amblyopie et surdité. Un médecin, consulté alors, conseille l'examen des urines. Le sucre trouvé, dans une proportion qui nous est inconnue, fait classer la malade parmi les diabétiques. En dépit de tous ces symptômes pathologiques, de ses douleurs elles-mêmes, notre femme ne suit aucun traitement, et sans se préoccuper de sa santé, elle vaque à ses occupations plutôt mal que bien.

En août 1897, paraît un engourdissement de la jambe droite, sans aucun prodrome, sans aucune douleur. La ma-

lade en est très gênée et traîne la jambe à la façon des hémiplégiques.

Le 27 septembre 1897, Adèle vient réclamer nos soins à l'hôpital. Elle y est conduite par la polyurie, la polydipsie et surtout par un amaigrissement rapide et une perte des forces qui ont fini par l'alarmer.

Voici le résultat de son examen au moment de son admission :

Les névralgies faciales existent, continues, sans aucun répit, mais supportables. Cependant, elles ont des accès paroxystiques d'une telle violence qu'elles arrachent des cris à la patiente. Les points faciaux où l'on peut provoquer la douleur par la pression sont : les temporaux, les sus et sous-orbitaires, nasaux, palpébraux, occipitaux.

La malade n'attache aucune importance aux stigmates acromégaliques que nous analysons plus loin. Elle se plaint exclusivement des symptômes de son diabète. C'est sur eux que nous fixons d'abord l'attention.

Symptômes oculaires. — Examen négatif pour le fond de l'œil. En 1896, les troubles visuels ont débuté par de l'amblyopie, puis la vue s'est affaiblie au point que maintenant la lecture est impossible.

Symptômes salivaires. — La sécrétion salivaire est à peu près tarie complètement. Il s'ensuit une sensation fort pénible de bouche sèche, de pharyngite sèche et conséquemment gêne de la mastication et de la déglutition.

La plupart des *dents* manquent; leur chute a commencé il y a cinq ou six ans. Elles tombèrent saines en apparence et sans douleur.

Aucune anomalie du *goût*, de l'*odorat*.

Symptômes auditifs. — Bourdonnements d'oreilles, avec exaspération amenant une surdité complète momentanée. L'ouïe paraît meilleure à droite. Une montre, entendue par une personne normale à 2 mètres de distance, n'est perçue qu'à 9 centimètres de l'oreille gauche, et à 13 de la droite.

Symptômes cutanés. — La peau est sujette à de violents œdèmes fugaces des mains, des pieds, de la face. Sa pigmentation, plus accusée par places, alterne avec des zones décolorées ou saines, sans aucune précision.

Varices multiples et développées aux membres inférieurs.

Asthénie complète depuis quatre mois. Ce n'était d'abord que de la faiblesse musculaire dans les membres inférieurs, puis lassitude générale, enfin besoin absolu de repos et répugnance complète pour tout effort, si minime fût-il.

La *voix* a changé de tonalité depuis trois mois surtout. Elle a pris un timbre grave anormal.

Réflexes. — Au coude, tendineux, réflexes très affaiblis. Réflexes rotuliens abolis. Réflexe au chatouillement plantaire conservé.

Il n'a pas été noté de zones d'*anesthésie* ou d'*hyperesthésie*.

L'*intelligence* est conservée.

La *mémoire* est fortement diminuée. Adèle peut parler des faits anciens, des actes de son enfance, mais elle a oublié la plupart des choses récentes, et depuis le début de sa maladie il y a de grosses lacunes dont se ressent notre observation.

Le *sommeil* est très léger. Il est pénible, entrecoupé de cauchemars terrifiants qui la réveillent en sursaut, la font crier. Depuis trois ans, ils sont devenus fréquents et cette femme redoute la nuit. Elle préfère encore l'insomnie à ses rêves terribles.

Polyphagie et *polydipsie* qui n'enrayent point son amaigrissement. Poids actuel 64 kilos.

Polyurie et *glycosurie.* — Au moment de l'entrée à l'hôpital, il y a 6 à 7 litres d'urine par vingt-quatre heures, contenant 86^{gr}20 de sucre par litre, soit un total de 603^{gr}40. Densité 1040. Quinze jours après l'admission, 4 litres d'urine, de densité 1035 et 73^{gr}50 de sucre par litre, soit un total de 294 grammes.

Le 30 octobre 1897 (date à laquelle la malade a été perdue de vue), il y a encore 4 litres d'urine pour les vingt-quatre heures, densité 1033, avec 47^{gr}50 de glucose par litre, et un total de 190 grammes. Ni acétone, ni albumine, mais une peptonurie intense pendant toute la durée du séjour dans le service.

Telle est R..., admise à l'hôpital pour se soigner d'une maladie qui la gêne et l'alarme, nous voulons parler de la glycosurie, mais indifférente aux manifestations acromégaliques suivantes que nous passons en revue.

L'acromégalie a commencé en 1887, au moment de la ménopause et de l'apparition des névralgies sus-mentionnées. Le début se fit par les *mains*. Leurs dimensions se sont accrues insensiblement. Elles attirèrent l'attention de la malade qui les voyait « se déformer ».

Les *doigts* sont épais, renflés au niveau des articulations des phalanges.

Les *ongles* sont striés longitudinalement.

Le *médius* est le seul des doigts qui porte les lésions les plus accentuées. Toutefois, vu l'absence de toute atrophie musculaire, les fonctions de la main se font bien. Le reste du membre supérieur nous a paru normal.

Les *pieds* ont subi des modifications analogues à celles des mains. Le talon est proéminent, manifestement hypertrophié.

Le *métatarse* est élargi, le cou-de-pied volumineux.

Les *ongles* sont striés longitudinalement mais surtout cannelés transversalement.

Le reste du membre inférieur est normal.

Face. — Prognathisme très net. Saillie avancée de l'arcade dentaire inférieure débordant fortement en avant de l'arcade supérieure.

Lèvres épaissies, spécialement la lèvre inférieure, déjetée en dehors, *lippue*.

Langue élargie et épaissie, mais ne gênant ni la mastication, ni la phonation, ni la déglutition.

Le *nez*, largement épaté, est très épaissi. Il frappe l'œil de l'observateur par sa saillie anormale.

Oreilles allongées, épaissies; leurs cartilages sont saillants et les sillons très déprimés.

Arcades orbitaires saillantes.

Les *cheveux* se décolorent et tombent depuis deux ans.

Cyphose cervico-dorsale, sans lordose, a débuté il y a six ans.

Les *côtes* sont très épaissies.

Le *sternum* est projeté en avant au niveau de sa poignée et logé dans la gouttière chondro-sternale pour le reste de son étendue. Il a également participé à l'hypertrophie osseuse.

Les *clavicules* paraissent normales, sauf en ce qui concerne leur épaisseur.

Les *seins* tendent à disparaître depuis trois ans.

Le *corps thyroïde* paraît normal.

La malade a des *sueurs très abondantes*.

Le *caractère* s'est modifié. Adèle est devenue irascible, d'humeur inégale, grondant ses filles et s'emportant contre elles sans motif plausible.

Le *foie*, les *poumons*, le *cœur*, la *rate* ne nous ont présenté aucune particularité.

Tableau des mensurations :

Hauteur du corps	1m55
Distance du sol au niveau de l'ombilic	0m90
Distance de l'ombilic au sommet de la tête	0m65
Longueur des membres supérieurs, horizontalement étendus, ajoutée à la largeur du tronc	1m53
Périmètre thoracique	0m85
Périmètre au niveau des hanches	0m94
Longueur de la clavicule	0m17
Distance de l'interligne du poignet à l'extrémité digitale du médius	0m18
Circonférence de la main à la naissance des doigts	0m20
Distance du pli digito-palmaire à l'extrémité digitale du médius	0m08
— de l'index	0m07
— du pouce	0m06
Circonférence maxima du pouce, à la partie moyenne de la phalangette	0m07
Longueur du pied	0m23
Largeur du pied	0m09
Circonférence du pied à la naissance des orteils	0m23
Longueur d'une courbe fermée passant au-dessous des malléoles, derrière le talon, au-devant du cou-de-pied	0m31
Circonférence du métacarpe au niveau du cuboïde	0m23
Circonférence maxima du gros orteil, à la partie moyenne de la phalangette	0m10
Diamètre antéro-postérieur du crâne	0m15
Diamètre bi-pariétal	0m12
Circonférence de la tête	0m53
Distance de la racine des cheveux au menton	0m20
Hauteur du front sur la ligne médiane	0m07
Distance rectiligne des angles du maxillaire inférieur	0m085

Voici deux cas d'acromégalie, observés chez des femmes, différant complètement l'un de l'autre. L'une est acromégalique frappée d'atrophie musculaire généralisée, ce qui en fait la note dominante.

Chez elle, les divers symptômes de la maladie de Marie constituent une unité pathologique bien nette et ne pouvant égarer le diagnostic. C'est le pendant du cas de la thèse de M. Duchesneau (1891), où l'auteur établit la forme amyotrophique de la maladie.

L'autre, au contraire, n'est pour ainsi dire qu'une acromégalique secondaire. La glycosurie domine la scène, constitue le seul épisode pathologique dont se plaigne la malade. Elle paraît absorber tout l'organisme, influencer la marche de l'acromégalie et la rejeter à une place secondaire. C'est un cas clinique à rapprocher de ceux publiés en 1895 par Dallemagne, Marinesco. Mais il a l'intérêt de présenter le syndrome diabétique à un degré plus élevé que celui relaté dans les observations que nous avons pu lire.

Comme beaucoup d'auteurs, nous avons mentionné les douleurs à caractère névralgique du début de la maladie et l'œdème si prononcé chez notre seconde malade.

Dans notre première observation, nous insistons sur la période de quatre années, à partir des prodromes acromégaliques, pendant lesquelles les règles furent normales et régulières. C'est une rareté à classer à côté du cas de Guinon. A remarquer l'arrêt momentané de la maladie durant la grossesse.

Pourquoi l'acromégalie s'est-elle développée ?

On ne voit aucune cause plausible.

A toutes les théories émises sur la pathogénie de l'affection, une hypothèse peut s'adjoindre. L'acromégalie serait d'origine génitale : en compulsant les cas publiés, nous voyons mentionné d'une façon invariable : ménopause, cessation absolue des règles même chez des femmes très jeunes, puis début de l'acromégalie. Chez l'homme, la maladie paraît en général à la période de décroissance de l'activité génitale, et dans certains cas où elle a commencé dans le jeune âge, la suppression de l'appétit génital est notée. Malheureusement on n'en parle pas dans la plupart des observations. Les cas féminins de la maladie de Marie sont d'ailleurs les plus nombreux.

Il y aurait donc, suivant nous, cessation de l'activité génitale, déviation trophique de cette activité se portant principalement sur les os à moelle rouge chez lesquels la formation médullaire conserve indéfiniment son activité, suivant la loi de Marie (thèse de Duchesneau).

Cette théorie s'éloigne de celle de Freund qui rattache l'acromégalie à une lésion des organes génitaux, opinion non repoussée de Klebs et Verstraeten.

Pour nous, la lésion génitale, relatée cependant dans nombre de cas, ne serait point nécessaire à l'étiologie, mais la cessation de la vie génitale entraînerait la dystrophie acromégalique. Elle pourrait rentrer, à notre avis, dans le cadre des névrites périphériques, peut-être d'origine toxique !

Cette hypothèse ne fait que déplacer le problème sans doute sans le résoudre, car on se demande pourquoi cette dystrophie paraîtra chez les uns et non chez les autres ?

En suivant cet ordre d'idées, inspiré par la lecture des faits relatés dans la littérature médicale, peut-être arrivera-t-on à une solution satisfaisante.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(11 décembre 1900)

En l'absence de M. Marey, président, c'est M. Guyon, vice-président, qui a rendu hommage à la mémoire de M. Bergeron. Il a rappelé les services éminents rendus à la compagnie par son regretté secrétaire perpétuel et a levé la séance en signe de deuil.

MÉDECINE PRATIQUE

La constipation habituelle. Son traitement.

Le premier soin à prendre dans le traitement de toute constipation, mais surtout dans les cas graves et anciens, consiste à s'assurer que nulle matière n'est anormalement retenue dans l'intestin. C'est seulement alors que l'on est autorisé à prescrire les mesures nécessaires à la guérison du malade.

1° *On sent des matières entassées dans le rectum.* — Avant de rien entreprendre, le rectum doit être vidé (sans cela on ne pourrait introduire aucun liquide dans la partie supérieure du côlon). La plupart du temps un simple lavement de sa-

von et d'eau chaude suffit, mais parfois il devient nécessaire d'employer un corps dissolvant tel que l'huile d'olive ou le fiel de bœuf, ou mieux encore ces deux substances associées. L'introduction, toutes les heures, d'un mélange de 30 grammes d'huile d'olive et d'autant de fiel de bœuf aboutira le plus souvent à dégager suffisamment la cavité rectale. Dans quelques cas, le bloc fécal est si dur que même le fiel de bœuf reste sans action sur lui; on devra alors recourir à l'irrigation continue du rectum.

2° *Le rectum était vide ou a été vidé par le moyen précédent, et l'on sent des matières dans le côlon sigmoïde.* — Dans ces cas, on essaye encore le lavement d'eau et de savon, d'huile d'olive et de fiel de bœuf, mais on ne peut plus, comme précédemment, employer une seringue ordinaire de Higginson : il faut faire usage d'un laveur placé à environ 60 centimètres au-dessus du patient. Si ces procédés ne suffisent pas à vider l'intestin, on aura recours à l'irrigation continue comme dans l'obstruction du rectum. Pour cela, on introduit dans l'S iliaque un tube double de Türck pour côlon : un de ces tubes est relié à la douche placée à 60 centimètres au-dessus du malade, et l'autre communique avec un conduit en caoutchouc qui aboutit au récipient placé sous le lit. Le patient est couché sur le côté droit. L'irrigation de l'intestin peut être continuée pendant une heure sans aucun inconvénient.

3° *On perçoit des matières dans le côlon ascendant, dans le côlon transverse, dans le cæcum*, ou : *le gros intestin est apparemment vide.* — La conduite est la même dans les deux cas. Il faut chercher à chasser le plus complètement possible les matières stercorales retenues dans toute l'étendue du gros intestin, résultat que l'on obtiendra par l'administration prolongée d'une douche chaude contenant une petite quantité de sel commum. Cette douche consiste en un lavement de volume ordinaire (500 à 1 000 grammes), s'il s'agit d'une constipation accidentelle, de volume beaucoup plus considérable s'il s'agit d'une constipation ancienne avec dilatation du gros intestin. Mais, pour introduire cette quantité sans provoquer d'efforts d'expulsion, il faut s'astreindre aux règles suivantes :

1. Le courant employé sera continu; il doit venir d'un laveur suspendu à une hauteur convenable au-dessus du patient.
2. La pression sous laquelle l'eau passe dans l'intestin sera faible.
3. La température de l'eau doit être voisine de celle du corps.
4. Prier le malade de prendre la position génu-pectorale, pour permettre à l'eau de pénétrer dans le cæcum, sous la seule influence de la pesanteur.
5. Lorsqu'on a commencé une série de lavages du côlon, ne les suspendre, sous aucun prétexte, plus de vingt-quatre heures de suite.

L'*hydrothérapie* peut aussi rendre de grands services dans le traitement de la constipation : le massage à la glace de l'abdomen (Türck), la douche froide abdominale, la douche froide de la colonne vertébrale, la friction avec le drap ou la serviette mouillée seront prescrits suivant les cas. L'*électricité* agit en tonifiant l'innervation de l'intestin, et en fortifiant les muscles abdominaux. Les *remèdes*, enfin, peuvent venir compléter la cure : en accroissant le péristaltisme, en calmant le spasme intestinal, en augmentant les sécrétions gastro-intestinales, en modifiant les réactions nerveuses des malades (1).

L. B.

(1) Herschell. *La constipation habituelle et son traitement*, traduit par Cohendy, Paris 1900, O. Doin.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Le traitement de l'ulcère rond par les lavages de l'estomac à l'aide d'une solution de perchlorure de fer. — M. Bourget, en présence d'un malade atteint d'ulcère simple, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas d'hématémèse, fait des lavages de l'estomac avec une solution aqueuse de perchlorure de fer, dans laquelle il ajoute le plus souvent 1/2 p. 100 de chlorate de potasse.

Après évacuation du contenu stomacal avec le tube de Faucher, on pratique un lavage avec 100 centimètres cubes d'eau, sans retirer l'eau du lavage on introduit la solution ferrugineuse à la dose de 100 à 150 centimètres cubes, puis on retire le tout.

On continue ainsi jusqu'à ce qu'un litre de solution ait été utilisé; en faisant la dernière évacuation on a soin de laisser 60 centimètres cubes environ dans l'estomac et on fait coucher le malade sur le ventre. Au bout de cinq minutes on lui fait prendre un verre d'une solution aqueuse chaude de bicarbonate de soude à 2 p. 100, pour précipiter le fer resté dans l'estomac.

On procède tous les jours à cette série de lavages, et, en cas d'hématémèse, on procède à une seconde série dans la journée. Dès le premier lavage les hématémèses deviennent très rares et les douleurs cessent très rapidement. M. Bourget n'est pas partisan du repos de l'organe, il alimente son malade avec du riz qui lui paraît l'aliment de choix, il le donne seul ou associé au lait (50 grammes de riz dans un litre de lait, après cuisson faire évaporer au bain marie jusqu'à consistance de bouillie épaisse). (*Rev. méd. de Louvain*, 1900.)

F. G.

Traitement de la dysenterie par le kô-sam. — Le kô-sam est une petite graine oléagineuse qui paraît provenir d'une plante de la famille des simarubées, le brucca sumatrana. Les Annamites et les Chinois l'emploient contre les hémorragies. C'est ainsi que M. Mougeot fut amené à l'employer chez une femme annamite entrant à la prison centrale, atteinte d'une métrorragie compliquée d'une dysenterie assez grave. Six heures après, la métrorragie avait presque cessé et la dysenterie allait déjà mieux. Le lendemain, le mieux persistant, M. Mougeot ordonna une seconde dose de kô-sam. Le surlendemain, l'état de la malade était merveilleusement amélioré; une troisième et une quatrième doses furent ordonnées qui achevèrent la guérison

Frappé de ce résultat inattendu, notre confrère recommença l'expérience sur un vieil Annamite de soixante-dix ans environ qui fut guéri en trois jours.

A partir de ce moment, pendant trois mois ou trois mois et demi, tous les dysenteriques qui entrèrent à la prison (exactement 31) furent traités au kô-sam, donnant de tels résultats que M. Mougeot n'hésita pas à employer cette graine chez les Européens atteints de dysenterie.

Les deux premiers cas traités ainsi furent les deux enfants du directeur du collège qui étaient atteints, depuis plusieurs mois, d'entérite dysentériforme rebelle à tous traitements. Au bout de huit jours ils étaient guéris. Depuis cette époque, au collège Chasseloup-Laubat (près de 400 élèves français et indigènes), et à la prison centrale (de 1 000 à 1 200 prisonniers sans cesse renouvelés), toutes les dysenteries ont été traitées par le kô-sam et la guérison a été la règle.

M. Mougeot a employé la graine crue, décortiquée et pilée dans la mie de pain, qui recueille l'huile essentielle.

La question de dose est très importante, car le kô-sam, pris en trop grande quantité, détermine de la congestion cérébrale. Après des essais assez nombreux, M. Mougeot est arrivé à conclure que la dose de cinq graines pour le pre-

mier jour et de six graines pour les deux ou trois suivants était bonne pour les enfants, et que pour les adultes, il fallait en donner dix le premier jour et douze les jours suivants.

Des vomissements peuvent se produire, mais notre confrère a constaté que, à moins d'une susceptibilité particulière, même pour des estomacs fatigués, les malades peuvent reprendre la même dose dans la journée, et même immédiatement après le vomissement, en ayant la précaution de se mettre un cataplasme chaud sur l'épigastre.

Enfin, il y a avantage à faire prendre le kô-sam de grand matin, vers quatre ou cinq heures, avec une gorgée de lait ou de thé par-dessus, et une heure de sommeil ou de repos horizontal.

Ordinairement, dès le premier jour, le sang disparaît des selles, les douleurs s'apaisent; le deuxième jour, les mucosités diminuent sensiblement, et le troisième ou quatrième jour, la guérison arrive.

L'administration du kô-sam n'exige aucun changement particulier dans le régime.

Il est à peine besoin de dire que, en sa qualité d'hémostatique, à moins d'indications spéciales, il est défendu pendant la période cataméniale. (*Union méd. du Nord-Est*, et *Bull. méd.*, 1er décembre 1900.) N.

CHIRURGIE

Un cas de botryomycose humaine. — M. le professeur Jacques Reverdin vient d'avoir l'occasion d'observer un cas de l'affection décrite par MM. A. Poncet et L. Dor, sous le nom de botryomycose humaine. La *Gazette des hôpitaux* a, de son côté, rapporté dans ces deux dernières années plusieurs observations de cette nouvelle maladie publiées par M. X. Delore. Après avoir fait le diagnostic clinique d'après le caractère de la tumeur qui était pédiculée et siégeait dans la paume de la main, M. Reverdin a chargé son assistant, M. Ch. Julliard, de faire, sous le contrôle de M. Marignac, l'examen histologique et bactériologique. Le résultat fut la confirmation du diagnostic par la constatation des amas muriformes, volumineux, colorables par la méthode de Gram, qui sont la caractéristique de la botryomycose, aussi bien chez l'homme que chez le cheval. Un cobaye inoculé eut un ganglion qui s'abcéda au bout d'un mois, et dans lequel on retrouva des botryomyces.

Les cultures donneraient des résultats analogues à ceux qui ont été observés par MM. A. Poncet et L. Dor. Il semble donc bien se confirmer que la botryomycose est une affection spécifique et non pas un bourgeon charnu un peu particulier par la forme ou un papillome enflammé. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 nov. 1900, p. 560.) F. G.

MALADIES DE L'ENFANCE

Abcès péri-amygdalien chez l'enfant. — M. Royster considère cette affection comme assez rare chez les enfants, l'abcès rétro-pharyngien étant beaucoup plus fréquent. Elle apparaît consécutivement à une affection aiguë, principalement après les maladies infectieuses (rougeole et scarlatine principalement). Les végétations adénoïdes, l'amygdalite y prédisposent. On trouve généralement du staphylocoque. Les signes généraux rappellent l'amygdalite folliculaire, bien que la température soit moins élevée et la dépression moins accentuée. La dysphagie est la règle et on note fréquemment du torticolis. La palpation permet de constater une tuméfaction unilatérale. Le gonflement repousse l'amygdale en avant ou en dedans et il est surtout marqué sous l'angle du maxillaire. Le pharynx peut être hypérémié et œdématié. On a noté de l'œdème de la glotte, mais la terminaison fatale est très rare. La perforation d'un des gros vaisseaux du cou est un accident redoutable, mais, heureusement, exceptionnel. Le traitement consiste dans l'ouverture de l'abcès par une incision verticale. (*Pediatrics*, 15 sept. 1900.) A. H.

Traitement de la constipation des nourrissons. — Il est bon de varier à l'infini les moyens thérapeutiques contre la constipation des nourrissons. Aussi le procédé indiqué par Dœrfler mérite-t-il d'être signalé.

On fait absorber au nourrisson constipé du beurre frais; il se produit une selle pâteuse trois ou quatre heures après. La dose varie suivant l'âge du nourrisson, une demie ou une cuillerée à café matin et soir à l'âge de deux à trois mois, deux ou trois cuillerées à l'âge de trois ou quatre mois, etc. On doit continuer le traitement jusqu'à l'obtention de selles normales et régulières. Il est contre-indiqué dans les cas de catarrhe stomacal ou intestinal. (*Münch. med. Woch.*, 1900, et *Rev. gén. de clin. thér.*, 1er déc.) N.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Anatomie. — Séance du 10 décembre : MM. Jarvis, 9 + 14 = 23; Verliac, 11 + 9 = 20; Bidel, 8 + 11 = 19; Alquier, 7 + 11 = 18; Mlle Mouroux, 7 + 11 = 18; MM. Leroux, 8 + 8 = 16; Muret, 6 + 6 = 12; Vassor, 3 + 8 = 11.

Pathologie. — Séance du 6 décembre : MM. Le Play, 13 + 11 = 24; Genévrier, 11 + 11 = 22; Papin, 11 + 10 = 21; Autefage, 12 + 7 = 19; Lambert, 9 + 8 = 17; Petit (Maurice), 7 + 10 = 17; Aynaud, 10 + 4 = 14; Vacquerie, 10 + 3 = 13; Chevalier, 9.

Séance du 8 décembre : MM. Braillon, 14 + 13 = 27; Regnard, 13 + 11 = 24; Boisseau, 13 + 10 = 23; Ambard, 12 + 10 = 22; Darcanne, 12 + 10 = 22; Lebhard, 10 + 11 = 21; Gaudemet, 9 + 7 = 16.

Hôpitaux de Paris. — *Mutations.* — M. Hippolyte Martin va à la Charité, M. Petit reste à la Pitié, M. Dalché à Debrousse.

Clinicat chirurgical. — Le concours s'ouvrira le 17 décembre à neuf heures du matin, à la Faculté de médecine.

Le jury est composé de MM. Tillaux, président; Le Dentu, Berger, Broca (Aug.), Hartmann, juges; Delbet, suppléant.

Faculté de médecine de Paris. — M. Brissaud, professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie, est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie médicale.

Écoles de médecine. — *Grenoble.* — M. L.-A. Martin, pharmacien de première classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

Distinctions honorifiques. — La médaille d'honneur des épidémies a été décernée aux personnes ci-après désignées pour le dévouement dont elles ont fait preuve au cours des maladies épidémiques MM. les docteurs Eudlitz, Fournol, Seguel et Yvon.

— Une médaille de bronze a été décernée à M. le docteur Fesquet (de Saint-Hippolyte-du-Fort), pour le dévouement dont il a fait preuve au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde.

— Une récompense pour acte de dévouement vient d'être accordée à M. le docteur Cousteau.

Hôtel-Dieu. — M. Lucas-Championnière recommencera ses leçons de clinique chirurgicale, à l'Hôtel-Dieu, le jeudi 20 décembre, et les continuera tous les jeudis à dix heures. — Opérations avant la leçon. — Opérations abdominales le mardi. — Visite des malades le mercredi : hommes, salle Saint-Cosme (hernies); femmes, salle Sainte-Marthe, le samedi. — Massage par M. Dagron, le mardi et le vendredi.

Hôpital Necker. — *Clinique et consultations médicales.* — M. Huchard a commencé ses leçons de clinique thérapeutique et ses consultations médicales le vendredi 7 décembre, à neuf heures et demie, au nouvel amphithéâtre Laënnec, et les continuera tous les vendredis à la même heure. Présentation de dix à quinze malades, discussion sur le diagnostic et le traitement.

— L'inauguration du nouvel amphithéâtre Laënnec aura lieu le vendredi 14 décembre, à dix heures.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

AVIS

Le succès que nous avons obtenu avec notre numéro spécial du Congrès nous engage à offrir gracieusement à nos nouveaux abonnés les quelques exemplaires qui nous restent.

Tous les abonnements pris dès maintenant pour l'année 1901, seront servis avec cette brochure jusqu'à épuisement, par ordre d'inscription. Nous pensons être agréables à nos nouveaux lecteurs en y ajoutant les numéros parus en décembre.

Nous rappelons qu'on peut s'abonner directement sans frais dans tous les bureaux de poste.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Formule hémo-leucocytaire de quelques maladies infectieuses (érysipèle, pneumonie, fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine, variole), par M. O. JOSUÉ, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. — EXTRACTION, AU BOUT DE SEPT ANS, D'UNE COMPRESSE DE GAZE OUBLIÉE DANS LE VENTRE ET PASSÉE DANS L'INTESTIN, par M. CHAPUT, chirurgien de l'hôpital de la Pitié. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Formule hémo-leucocytaire de quelques maladies infectieuses (érysipèle, pneumonie, fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine, variole).

Par M. O. JOSUÉ,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

L'étude des modifications quantitatives et qualitatives des leucocytes, dans certaines maladies, offre un intérêt à la fois théorique et pratique. Si les travaux poursuivis pendant ces dernières années ont mis en lumière le rôle primordial que jouent les globules blancs dans la défense de l'organisme, on s'est rendu compte en même temps du parti que l'on peut tirer de l'examen des leucocytes au point de vue du diagnostic et du pronostic. Enfin, les derniers perfectionnements apportés à la technique ont suscité d'intéressantes recherches.

En effet, on est arrivé, grâce aux nouveaux procédés de coloration du sang, à une très grande précision dans la détermination des variétés de globules blancs. On ne se contente plus actuellement de compter le nombre global des leucocytes, mais on détermine en même temps la proportion des différentes variétés. La formule hémo-leucocytaire est donc constituée par deux éléments : le nombre total des leucocytes par millimètre cube de sang, et le nombre proportionnel pour cent de chacune des variétés ; un calcul très simple permet d'obtenir ensuite le nombre de leucocytes de chaque variété qui se trouve dans un millimètre cube de sang.

La numération des globules blancs se fait à l'aide de l'hématimètre de Hayem ou de Malassez. Il faut avoir soin de passer en revue un grand nombre de champs microscopiques, au moins une cinquantaine. Il y a avantage à faire porter la numération sur une quantité de sang plus grande qu'on n'a coutume de le faire pour numérer les globules rouges ; on peut aspirer la gouttelette jusqu'au trait 4 ou 5 du tube capillaire de l'hématimètre de Hayem, en tenant compte, bien entendu, de la quantité de sang prise, pour faire le calcul du nombre des leucocytes.

Pour faire le pourcentage des différentes variétés, on commence par étaler une gouttelette de sang sur une lame de verre bien propre à l'aide d'une baguette de verre ou du bord d'une autre lame rodée. On dessèche rapidement en agitant à l'air. La préparation est ensuite fixée par la chaleur à 110 degrés ; pour cela, on pose la lame pendant cinq à dix minutes, sur une platine chauffante à température maintenue constante par du toluène en ébullition. Une fois fixées, les préparations sont colorées les unes par le réactif triacide d'Ehrlich, les autres à l'aide de la thionine. On peut se servir également de l'éosine et de l'hématéine ; cette dernière coloration réussit mieux sur des préparations fixées par le mélange d'alcool et d'éther à parties égales que sur celles qui ont été fixées par la chaleur. On examine au microscope la préparation ainsi colorée et on note sur une feuille de papier dans des colonnes spéciales les leucocytes des différentes variétés que l'on rencontre ; après avoir passé en revue 400 à 500 leucocytes, on fait le total du nombre de globules blancs de chaque espèce, puis on rapporte à 100 et l'on obtient de la sorte la proportion p. 100 des différentes variétés leucocytaires. Il faut éviter avec soin de repasser pendant la numération plusieurs fois de suite sur les mêmes points de la préparation. Il est utile de parcourir plusieurs préparations pour compter les 400 à 500 leucocytes d'une numération, on se met ainsi à l'abri de certaines causes d'erreur tenant au mode d'étalement du sang.

I

Formule hémo-leucocytaire de l'homme normal (1). — A l'état normal, le nombre des leucocytes oscille autour de 6000 par millimètre cube.

L'examen de préparations sèches permet de reconnaître les variétés suivantes après fixation et coloration, suivant la méthode d'Ehrlich :

1° POLYNUCLÉAIRES. — Ce sont des leucocytes à noyau

(1) *Consulter sur la formule hémo-leucocytaire de l'homme normal :* HAYEM. *Du sang.* — LEREDDE et F. BEZANÇON. Principales formes cellulaires des tissus conjonctifs et du sang, *Presse méd.*, 23 nov. 1898. — LEREDDE et LŒPER. Équilibre leucocytaire, *Ibid.*, 25 mars 1899, p. 141. — JOLLY. Th. de Paris, 1898. — EHRLICH et LAZARUS. *Die Anæmie*, 1889. — DUMONT. Formule hémo-leucocytaire normale, *Journ. de la Policlin. de Lille*, 1900, nos 2, 5 et 7.

contourné, irrégulier, parfois divisé en deux ou trois parties réunies par un fin filament. Aussi le nom de leucocyte à noyau polymorphe serait-il plus juste que le terme polynucléaire consacré par l'usage. Le protoplasma de ces éléments contient des granulations prenant les substances colorantes de façon élective. On distingue trois espèces de polynucléaires suivant les granulations contenues dans leur protoplasma (jamais un même globule blanc ne contient plusieurs espèces de granulations) :

a. Polynucléaires neutrophiles ou polynucléaires sans autre qualification. Ils forment environ 70 à 72 p. 100 de tous les globules blancs. Le protoplasma est bourré de granulations très fines et très nombreuses. Celles-ci se colorent par un mélange de couleurs basiques et acides, mais ne prennent ni les unes ni les autres quand on les fait agir isolément. Le triacide d'Ehrlich leur donne l'aspect d'une fine poussière violette.

b. Polynucléaires éosinophiles. On en trouve de 2 à 4 p. 100. Le noyau de ces cellules est plus clair que celui des polynucléaires neutrophiles, il est souvent constitué par deux masses. Les granulations rondes, volumineuses, réfringentes, se colorent en rouge brillant par l'éosine; elles prennent une couleur brun rougeâtre dans les préparations traitées par le triacide. Les substances basiques ne colorent pas ces granulations; elles apparaissent dans les préparations à la thionine comme de gros grains refringents, incolores ou un peu verdâtres (granulations négatives).

c. Polynucléaires basophiles ou mastzellen. On n'en trouve que 0,5 p. 100. Ces cellules ont souvent un noyau très pâle. Elles contiennent des granulations qui apparaissent comme des grains réfringents non colorés sous l'influence de tous les réactifs à l'exception des couleurs basiques. La thionine leur donne une teinte bleu rougeâtre métachromatique.

2° Grands mononucléaires. — Leur proportion dans le sang est de 1 p. 100 leucocytes environ. Les grands mononucléaires sont des cellules ayant un volume égal ou supérieur à celui des polynucléaires. Leur noyau est pâle, ovalaire, situé au centre de l'élément ou un peu excentriquement. Leur protoplasma clair, étalé, présente peu d'affinité pour les colorants et ne contient pas de granulations.

3° Formes de transition. — On en trouve de 2 à 4 p. 100. Ces leucocytes présentent à peu près le même aspect que les grands mononucléaires, avec cette différence que le noyau n'est pas ovalaire, mais commence à s'incurver et que le protoplasma contient parfois quelques rares granulations neutrophiles. Ces éléments sont manifestement des formes de transformation des grands mononucléaires en polynucléaires.

4° Lymphocytes. — Ils constituent environ 23 à 25 p. 100 des leucocytes. Ce sont de petits éléments ayant environ le volume d'un globule rouge. Le noyau rond prend fortement la couleur. Le protoplasma peu abondant, presque incolore dans les préparations au triacide, est très avide de colorants basiques; sous l'influence de ces réactifs il se colore d'une façon plus intense que le noyau. Certains lymphocytes ont un protoplasma un peu plus abondant sans jamais atteindre les dimensions des grands mononucléaires, dont ils diffèrent d'ailleurs par leur aspect.

Telles sont les variétés de leucocytes que l'on observe dans le sang à l'état normal; leurs caractères sont bien tranchés et il est en général facile de les reconnaître dans les préparations. Toutes ces cellules n'ont pas la même origine. Certaines d'entre elles prennent naissance dans la moelle osseuse, d'autres dans les ganglions lymphatiques, comme Ehrlich l'a démontré. La moelle osseuse est le lieu d'origine des polynucléaires et des grands mononucléaires destinés à se transformer dans le sang circulant en polynucléaires en passant par les formes de transition. Le polynucléaire a pour cellule d'origine, dans la moelle des os, une cellule à grand noyau ovalaire, dont le protoplasma est bourré de granulations (myélocyte neutrophile, éosinophile ou basophile); le noyau de cet élément s'incurve et se complique pour constituer finalement un polynucléaire parfait. L'étude des réactions de la moelle osseuse dans les infections a permis de démontrer de façon péremptoire et de préciser le rôle hématopoiétique de la moelle osseuse [Roger et Josué (1)]. En regard de ce premier groupe de leucocytes qui proviennent du tissu médullaire, se trouve un second groupe d'éléments qui naissent dans les ganglions lymphatiques : ce sont des lymphocytes.

Il nous fallait exposer ces quelques notions sur l'origine des leucocytes, avant d'aborder la description des formes anormales de leucocytes que l'on peut rencontrer dans les maladies infectieuses. Certaines de ces formes représentent, en effet, des cellules d'origine des globules blancs.

Formes anormales de globules blancs que l'on peut rencontrer dans les infections. — On peut observer, au cours des infections, des globules blancs appartenant aux variétés précédentes, mais présentant des anomalies de volume ou d'aspect. D'autres fois, on trouve des formes tout à fait différentes de celles qui existent à l'état normal.

Dans certains cas, on voit des leucocytes polynucléaires très volumineux. Leur noyau bien coloré est très irrégulier ou, au contraire, peu contourné.

Dans d'autres circonstances, on peut rencontrer des leucocytes granuleux très petits. Leur volume ne dépasse pas celui des petits lymphocytes. Le noyau rond, très coloré, est entouré d'une mince couche de protoplasma où se trouvent des granulations neutrophyles. Sans la présence de ces dernières, on prendrait facilement ces éléments pour des lymphocytes (petits pseudo-lymphocytes neutrophiles d'Ehrlich); ils seraient formés par fragmentation des polynucléaires (Ehrlich).

On observe parfois des mononucléaires granuleux, cellules d'origine des polynucléaires du sang, myélocytes d'Ehrlich; ils proviennent de la moelle osseuse. On ne les trouve presque jamais dans le sang normal. Ce sont de grosses cellules à noyau pâle, ovalaire; leur protoplasma est bourré de granulations neutrophiles, éosinophiles ou basophiles. Parfois le noyau n'est pas absolument régulier et la transformation en polynucléaire se trouve esquissée.

Les « cellules d'irritation de Turk » sont des éléments à noyau fortement coloré en vert bleuâtre par le triacide; leur protoplasma est uniformément teinté en brun foncé par le même colorant. Leur volume varie entre celui des lymphocytes et celui des grands mononucléaires. On ne les trouve jamais que dans des cas pathologiques.

Telles sont les différentes formes leucocytaires que l'on peut observer à l'état normal et dans les infections. Ces quelques notions techniques et anatomiques sont nécessaires pour comprendre les recherches hématologiques que nous allons exposer maintenant.

II

Nous nous proposons de résumer les travaux qui ont paru concernant la formule hématologique de l'érysipèle, de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, de la rougeole, de la scarlatine et de la variole.

Certaines de ces infections présentent des types leucocytaires bien tranchés. L'érysipèle et la pneumonie avec leur polynucléose, la fièvre typhoïde avec sa fréquente leucopénie (diminution du nombre des leucocytes), la variole avec sa formule spéciale ont donné lieu à d'importants travaux. Par contre, nous possédons moins de documents concernant la rougeole et la scarlatine.

---

(1) Roger et Josué. La moelle osseuse à l'état normal et dans les infections, *Monographies cliniques*, n° 21, déc. 1899.

Les hématologistes qui se sont occupés de l'étude du sang dans ces maladies infectieuses avaient pour but d'obtenir par cette méthode des renseignements diagnostics et pronostics. Certains, entraînés par l'intérêt qui s'attache à ces recherches, sont allés jusqu'à ériger en loi les résultats qu'ils ont obtenus. Ils ont voulu établir une véritable équation, un vrai rapport mathématique entre la formule leucocytaire d'une part, la nature et l'évolution d'une infection déterminée d'autre part. Il nous semble qu'ils ont fait une erreur d'appréciation. L'hématologie est capable de nous fournir des renseignements utiles, mais elle nous les donne au même titre que les autres moyens d'exploration du malade. La formule leucocytaire ne procure pas une certitude absolue, elle ne doit pas être envisagée à l'exclusion des autres signes cliniques. Le laboratoire ne remplace pas la clinique, au contraire il l'aide et la complète; ou plutôt il est englobé par elle : tout renseignement que l'on obtient concernant le malade appartenant de droit à la clinique. La formule hémo-leucocytaire n'est qu'un signe clinique ajouté aux autres.

III

Formule hémo-leucocytaire de l'érysipèle. — L'érysipèle s'accompagne d'une augmentation du nombre total des leucocytes. Malassez (1), étudiant la proportion qui existe entre le nombre des globules rouges et celui des blancs, soutient que cette augmentation est relative et non réelle, elle serait en rapport avec la diminution des globules rouges; ce n'est qu'en cas de suppuration que se produirait une leucocytose réelle. Hayem (2), au contraire, établit l'existence de la leucocytose érysipélateuse, elle est proportionnelle à l'étendue de l'érysipèle et à son intensité; on trouve 7 à 8000 leucocytes dans les cas légers, 12 à 20000 dans les cas graves. Si un certain nombre d'auteurs (Ehrlich, Limbeck, Pée, Turk, etc.) ont étudié quelques cas isolés, soit uniquement au point de vue du nombre total des globules blancs, soit en envisageant les différentes variétés de leucocytes, c'est à MM. Chantemesse et Rey (3) que revient l'honneur d'avoir établi la formule leucocytaire de l'érysipèle. Ils ont fait la numération des leucocytes, et en même temps ils ont cherché la proportion des formes de leucocytes. Puis, comparant les résultats hématologiques à l'évolution clinique de la maladie, ils ont tiré de l'étude des leucocytes des renseignements cliniques importants. Ces auteurs ont insisté à juste titre sur l'utilité de ces recherches au point de vue du diagnostic et du pronostic; ils considèrent la formule leucocytaire comme un véritable signe clinique. Par exemple, disent-ils, « un homme parait guéri d'un érysipèle; la lésion locale est arrêtée, il n'a plus de fièvre, l'appétit est revenu. Aucun signe de la *clinique ordinaire* ne nous indique si ce malade aura ou n'aura pas de rechute; seul l'examen du sang apporte la solution du problème. »

Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter les conclusions du travail de ces auteurs :

« 1° Il y a dans l'érysipèle une concordance entre la courbe de la température et celle de la leucocytose totale; à l'élévation de l'une correspond l'élévation de l'autre; mais la relation n'affecte pas des caractères d'étroite solidarité; parfois les centres thermiques peuvent être peu influencés, tandis que la venue des leucocytes dans le sang est nombreuse; parfois c'est le phénomène inverse qui s'observe.

2° L'abaissement du chiffre de la leucocytose précède souvent l'abaissement du chiffre thermique. Les leucocytes paraissent doués d'une sensibilité plus vive que celle des centres nerveux pour apprécier la dose de toxine contenue dans le sang.

3° La proportionnalité des diverses espèces de globules blancs compris dans un chiffre donné, c'est-à-dire l'étude du pourcentage, fournit des renseignements très utiles, qui varient avec les âges et les formes de la maladie.

Chez les adultes qui guérissent (la numération étant faite à partir du troisième jour de la maladie), les polynucléaires subissent jusqu'à la guérison confirmée, une diminution de nombre constante.

Le nombre des grands mononuclaires, peu modifié pendant la période fébrile, s'accroît à la veille ou au début de la défervescence.

La courbe des lymphocytes marche en sens inverse de celle des polynucléaires. La richesse du sang en petits lymphocytes est le vrai témoin d'une guérison solide.

Les éosinophiles, absents en général pendant la période fébrile, reparaissent au moment de la défervescence et, parfois, en assez grand nombre.

4° Chez le vieillard, la formule hémoleucocytaire se fait remarquer par l'élévation de la proportion des polynucléaires; chez l'enfant, par l'abondance des lymphocytes au moment de la défervescence.

5° Les cas devant aboutir à une mort prochaine, présentent une hyperleucocytose qui dépasse toujours le chiffre de 12000 et une hyperpolynucléose qui atteint et dépasse la proportion de 92 p. 100.

6° La persistance à un chiffre élevé ou le retour brusque d'une polynucléose dans le cours d'une convalescence annoncent l'imminence d'une rechute. »

On voit quelles précieuses indications pronostiques on peut tirer de l'examen des leucocytes au cours de l'érysipèle. La diminution du nombre total des leucocytes et des polynucléaires, l'augmentation des grands mononucléaires, l'apparition des éosinophiles annoncent une guérison prochaine; la richesse du sang en lymphocytes indique qu'elle est définitive. Nous verrons que l'éosinophilie de la défervescence n'est pas propre à l'érysipèle, mais que le même phénomène survient dans nombre de maladies quand l'organisme a triomphé de l'infection. Au contraire, une leucocytose intense, avec une grande proportion de polynucléaires, est un signe de mauvais augure. Une fausse défervescence, avec rechute prochaine, se reconnaît à la persistance d'une grande proportion de polynucléaires ou à ce que ces éléments augmentent brusquement.

IV

Formule leucocytaire de la pneumonie. — Tous les auteurs, qui ont étudié les globules blancs dans la pneumonie, ont constaté une forte leucocytose dans cette maladie. En général, le nombre des leucocytes varie entre 15 et 30000; Lœhr (1) a trouvé dans un cas jusqu'à 115000.

Dès le début du frisson, le nombre total des leucocytes atteint en général 15 à 30000. Cette leucocytose initiale a été constatée par la plupart des auteurs [Rieder (2), Lœhr (3), Bieganski (4), Turk (5), Lœper (6), etc.]. Par contre, Pick (7) soutient qu'il y a d'abord hypoleucocytose

(1) Malassez. Recherches sur le nombre des globules blancs dans l'érysipèle, Soc. anat., 21 fév. 1873.

(2) Hayem. *Du sang et de ses altérations anatomiques.*

(3) Chantemesse et Rey. Soc. de biol., 18 fév. 1899, p. 124; — *Presse méd.*, 1er juillet 1899, p. 316; — Rey. Th. de Paris, 1899.

(1) Lœhr. Ueber des Auftreten von Leukocytose bei der croupösen Pneumonie, *Berlin. klin. Wochens.*, 1893, nos 36-37.

(2) Rieder. Ueber das numerische Verhalten der weissen Blutzellen bei Influenza, croupöser und katarrhalischer Pneumonie, *Munch. med. Wochens.*, 1892, n° 29.

(3) Lœhr. Loc. cit.

(4) Bieganski. Leukocytose bei der croupösen Pneumonie, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1894, vol. LIII.

(5) Turk. *Klinische Untersuchungen uber des Verhalten des Blutes bei acuten Infectionskrankheiten*, Leipzig 1898.

(6) Lœper. La leucocytose et l'équilibre leucocytaire dans la pneumonie franche, *Arch. de méd. expérim.*, nov. 1899, p. 724.

(7) G. Pick. Klinische Beobachtungen uber die entzündliche Leukocytose, *Prag. med. Wochens.*, 1890, n° 24.

pendant les premières heures de la maladie, et que le nombre des globules blancs ne s'élève qu'ensuite.

Puis, pendant la période d'état de la maladie le nombre des leucocytes se maintient élevé avec des oscillations de 1 à 2000, ou souvent plus considérables. Il n'y a pas, suivant Rieder, Lœhr et Turk, de parallélisme absolu entre la leucocytose et la température, contrairement à l'avis de Bœkmann (1). De même, le nombre des globules blancs ne serait pas absolument proportionnel à l'étendue de l'exsudat pulmonaire. En réalité, la leucocytose serait surtout en rapport avec l'évolution générale de la maladie. L'étude comparative de la leucocytose et de la composition chimique des urines a donné des résultats intéressants à Lœper. Cet auteur a trouvé, en effet, que les substances produites par la destruction des nucléines leucocytaires (peptone, acide urique), sont éliminées en plus grande quantité par les reins pendant la période de leucocytose intense. On peut donc conclure avec Hayem (2) que l'augmentation du nombre des leucocytes est parallèle à l'extension de la maladie et à ses différentes phases.

Nous voilà arrivés au moment de la crise. Comment se comportent les globules blancs quand la terminaison doit se faire par résolution rapide? Tous les auteurs sont d'accord pour signaler une chute rapide du nombre de ces éléments jusqu'à la normale, ou même un peu au-dessous de la normale. A quel moment commence cette crise leucocytaire, est-ce un peu avant la chute de température, ou en même temps que celle-ci se produit ou après qu'elle est effectuée? Ces trois opinions ont été émises. Pour certains, la crise leucocytaire précéderait de quelques heures les autres phénomènes critiques. Pour la majorité des auteurs, de même que les phénomènes généraux paraissent s'aggraver la veille de la crise, de même le nombre des globules blancs s'élève de quelques milliers. Chauffard (3) observe la même exacerbation la veille d'une pseudo-crise, dans un cas de pneumonie à rechute (de 40 à 45000). Dans certains cas, on a vu la leucocytose survivre à la crise, mais alors il existe une lésion pneumococcique extra-pulmonaire en évolution.

Quand la terminaison se *fait par lysis*, la chute du nombre des leucocytes est lente. « La crise leucocytaire n'a pas lieu, elle est ébauchée, fractionnée. Elle se fait par petites décharges successives et irrégulières » (Lœper).

Dans la *pneumonie à rechute*, comme dans le cas publié par Chauffard, il y a bien une diminution brusque, critique, du nombre des globules blancs; mais ceux-ci sont restés plus nombreux qu'à l'état normal et se sont maintenus à un chiffre élevé (25 et 30000 pendant l'apyrexie).

Quand la maladie se termine *par la mort*, suivant les uns, on trouverait un nombre considérable de leucocytes; suivant d'autres, au contraire, le chiffre serait peu élevé. En réalité (Turk), on peut observer ces deux anomalies. Ajoutons qu'on a vu guérir des malades qui n'avaient qu'un petit nombre de globules blancs. Nous reviendrons sur cette question quand nous chercherons à dégager la valeur pronostique de la formule leucocytaire.

Si nous passons à l'étude des *formes leucocytaires* et de leur nombre relatif, nous constatons qu'un fait est admis et noté par tous les auteurs : c'est l'augmentation des polynucléaires neutrophiles [Stiénon (4), Turk, Lœper, etc.]. Ceux-ci atteignent une proportion de 80 à 90 p. 100. Leur nombre absolu est donc très grand, puisque le nombre global des leucocytes est également considérable. Les variations du chiffre absolu des polynucléaires ne sont pas toujours parallèles aux variations des autres formes; par suite le rapport pour cent change parfois. Une polynucléose extrêmement intense serait, suivant Lœper, l'indice de la transformation purulente de l'exsudat. Les leucocytes polynucléaires neutrophiles diminuent au moment de la crise ou de la résolution lente, mais le parallélisme avec les autres variétés n'est pas toujours constant (Turk).

En même temps que les polynucléaires neutrophiles augmentent, les lymphocytes diminuent proportionnellement. Suivant la plupart des auteurs, cette chute ne serait qu'apparente, le nombre absolu des lymphocytes resterait à peu près normal, mais leur nombre relatif serait diminué par suite de l'augmentation du nombre des polynucléaires. Turk pense, au contraire, qu'il y a diminution réelle des lymphocytes. Au moment de la convalescence, le nombre des lymphocytes tend à devenir normal.

Les grands mononucléaires et les formes de transition ne présentent pas de modifications. Au moment de la disparition de la leucocytose, leur nombre est parfois élevé.

L'étude des éosinophiles est particulièrement intéressante. Tous les auteurs notent leur extrême rareté ou même leur disparition complète pendant la période d'état. Ils reparaissent au moment de la crise ou peu après, redeviennent normaux, ou même un peu plus nombreux qu'à l'état hygide. Rarement suivant Turk, dans la moitié des cas suivant Zappert (1), Bieganski, il se produit une vraie éosinophilie de la convalescence. Nous insisterons plus loin sur l'importance pronostique de la présence de l'éosinophilie « témoin de l'état de santé », comme l'ont qualifiée Chantemesse et Rey pour l'érysipèle.

Des leucocytes anormaux se trouvent souvent dans le sang des pneumoniques. Turk y a vu des myélocytes neutrophiles et des cellules d'irritation en proportion notable. Ces éléments, rares au début ou à la période d'état, deviennent assez fréquents quand on approche de la crise ou quand elle est effectuée.

La formule leucocytaire de la pneumonie présente une certaine *valeur diagnostique*, mais cette valeur est loin d'être absolue et ce symptôme demande à être discuté. Polynucléose intense, diminution des lymphocytes, augmentation du nombre total, tels sont les caractères ordinaires de ce signe. Mais il ne faut pas oublier que dans certaines pneumonies graves le nombre des leucocytes peut être moins grand qu'à l'état normal; or, c'est précisément dans ces cas s'accompagnant d'un état typhoïde, que le diagnostic est à faire avec la dothiénentérie, maladie où le nombre des leucocytes est souvent diminué. Par ailleurs, il existe de la polynucléose dans un grand nombre d'infections. La formule leucocytaire de la pneumonie ne fournit donc que des renseignements qui n'ont pas très grande valeur pour le diagnostic de cette maladie. Ce n'est que si elle coïncide avec d'autres signes cliniques qui pourraient faire songer à la pneumonie, que cette formule ajoute une probabilité en faveur de cette maladie.

Il n'en est pas de même au point de vue du *pronostic*, du moins d'après la plupart des auteurs. Hayem insiste sur l'intensité plus grande de la leucocytose dans les formes graves. D'après cet auteur, on compte dans les cas peu intenses 8000 à 12000 leucocytes, 18 à 20000 dans les formes moyennes et un nombre plus considérable dans celles qui sont graves. Cependant, d'après Turk, on peut observer une leucocytose marquée sans que ce pronostic soit pour cela plus sérieux, à condition cependant que cette leucocytose ne soit pas excessive.

(1) Bœkmann. Uber die quantitativen Veränderungen der Blutkörperchen im Fieber, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1881, vol. XXIX.
(2) Hayem. Loc. cit.
(3) Chauffard. Pneumonie franche à rechute, *Presse méd.*, 18 janv. 1899, p. 25.
(4) Stiénon. *La leucocytose dans les maladies infectieuses*, Bruxelles 1896.

(1) Zappert. Ueber das Vorkommen der eosinophilen Zellen in menschlichen Blute, *Centralbl. f. klin. Med.*, 1892, n° 19.

On a attaché une tout autre importance au petit nombre des leucocytes qui, dans certains cas, est tombé au-dessous de la normale. Sadler (1) a compté 3300 globules blancs dans un cas qui s'est terminé par la mort. Rieder a observé des faits analognes. Tschistovitch (2) a insisté sur la gravité des cas où la leucocytose est peu intense. Dans ces circonstances, la défense leucocytaire de l'organisme se fait mal; les microbes n'étant pas détruits et englobés par les leucocytes, l'organisme a le dessous et les germes nocifs triomphent. Cette absence de phagocytose est la conséquence de la virulence exagérée du pneumocoque. En effet, cet auteur a observé une leucocytose intense chez les animaux qui résistaient à l'inoculation d'un pneumocoque peu virulent et, au contraire de la leucopénie, chez ceux qui succombaient après avoir reçu sous la peau des parcelles de cultures très virulentes du même microbe. Cependant, formulée d'une façon aussi générale, cette règle n'est pas absolument vraie. En effet, différents auteurs ont vu guérir des malades qui ne présentaient qu'une leucocytose légère. Ici encore, il faut tenir grand compte des autres signes cliniques : état général, étendue de la localisation pulmonaire, etc. Tout ce que l'on peut dire, c'est que le petit nombre des leucocytes ou leur nombre excessif sont des anomalies dans le cours d'une maladie à marche aussi régulière que la pneumonie et qu'elles suscitent, par conséquent, une suspicion de gravité.

Quand la crise leucocytaire se fait nettement et que le nombre de ces éléments revient rapidement à l'état normal, on a toute chance de voir le malade guérir. Mais si la chute n'est pas complète, et si le chiffre des globules blancs reste au-dessus de la normale, on doit soupçonner une localisation pneumococcique post-pneumonique; la guérison est incomplète.

Si l'étude du nombre des leucocytes fournit déjà à elle seule de précieuses indications pronostiques, celles-ci sont encore complétées et précisées par le pourcentage des différentes variétés de globules blancs. L'augmentation de la proportion des polynucléaires neutrophiles jusqu'à 90 ou 95 p. 100, serait d'un pronostic fatal, d'après Lœper. Cet auteur a constaté, dans un cas, le chiffre de 95 p. 100 pendant l'agonie. L'ascension progressive du nombre des polynucléaires neutrophiles indiquerait la transformation grise de la pneumonie et serait, par conséquent, un symptôme du plus mauvais augure.

Dans d'autres cas, la formule leucocytaire peut présenter des anomalies inverses des précédentes. Or, à l'avis de Turk, quand il y a leucopénie avec petit nombre de polynucléaires et grand nombre de lymphocytes, le pronostic est non moins mauvais. Cet auteur ajoute que la présence de formes leucocytaires anomales (myélocytes, formes d'irritation) n'a aucune signification pronostique.

Aussi bien l'examen du sang peut nous faire prévoir une issue favorable. L'apparition de gros éléments à noyau central volumineux, à protoplasma uniformément basophile précéderait, suivant Lœper, de vingt-quatre heures la défervescence. Tous les auteurs sont d'accord pour attacher une très grande importance à la présence des éosinophiles. Ceux-ci indiquent une évolution favorable de la maladie et permettent souvent de prévoir une guérison prochaine. Quand on n'a pas trouvé d'éosinophiles au début de la maladie, et qu'on en constate quelques-uns par la suite, sans que les autres signes cliniques puissent faire soupçonner une forme grave, on peut prédire presque à coup sûr la crise pour le lendemain ou le surlendemain (Turk).

La pneumonie s'accompagne, en somme, d'une leucocytose marquée. Suivant la remarque de Turk, toute anomalie dans la formule leucocytaire (leucocytose exagérée ou leucopénie) est l'indice d'une forme grave. L'apparition des éosinophiles est, au contraire, un symptôme favorable.

A côté de ce type d'infection où le nombre des globules blancs est augmenté, nous allons étudier une infection qui s'accompagne le plus souvent d'une diminution du nombre de ces éléments : la fièvre typhoïde.

V

Formule hémo-leucocytaire de la fièvre typhoïde. — Presque tous les auteurs qui ont étudié les leucocytes dans la fièvre typhoïde insistent sur ce fait que les cellules blanches du sang sont moins nombreuses au cours de cette infection qu'à l'état de santé. Hayem voit tomber le nombre des globules blancs jusqu'à 2000, parfois même jusqu'à 1000 au lieu de 6000 chiffre normal. S'il survient une complication inflammatoire (pneumonie, abcès, etc.), le nombre des leucocytes augmente. Enfin, à la convalescence, toujours d'après Hayem, la courbe leucocytaire subit quelques oscillations avant de revenir à la normale. D'autres auteurs [Stiénon, Courmont et Barbaroux (1)] observent tantôt l'augmentation tantôt la diminution du nombre des cellules blanches dans la fièvre typhoïde; mais en somme, ils sont tous d'accord pour signaler la leucopénie dans la plupart des cas.

Peu d'auteurs ont fait des numérations de leucocytes pendant le premier septénaire. Rieder, Jez (2) ne constatent pas de leucocytose à cette période de la maladie; le chiffre est le plus souvent normal ou un peu inférieur à la normale. Klein (3) signale par contre la possibilité de la leucocytose avec augmentation du nombre des polynucléaires neutrophiles pendant la première semaine.

Pendant le deuxième semaine, le nombre des leucocytes est diminué (Rieder, Jez, Turk, etc.). Mais cette diminution ne constitue pas une loi absolue puisqu'on observe quelquefois des variations (Turk, Courmont et Barbaroux, etc.). Cette leucopénie n'évolue pas parallèlement à la courbe thermique, elle ne présente pas non plus de rapport avec l'état de la rate; elle n'est pas absolument régulière et il n'est pas possible, comme le prétend Jez, de reconnaître le jour de la maladie d'après l'examen du sang. Turk trouve le chiffre le plus bas, tantôt au début de la deuxième semaine, tantôt pendant la troisième; dans un cas, il observe des chutes séparées par des élévations. Cet auteur n'admet ni l'opinion de Chetagurow (4) suivant lequel le nombre le plus bas se trouve au deuxième septénaire, ni celle de Klein pour lequel le chiffre minimum se rencontrerait au moment de la chute de la température. Pour Turk, c'est vers le deuxième ou le troisième septénaire à l'acmé de la maladie que le nombre est le plus bas; mais il se refuse à établir une loi générale.

A la fin de la période d'état, ou à la défervescence, on constate un relèvement de la courbe de la leucocytose. Pour Rieder, la leucopénie persiste encore plus ou moins longtemps pendant la convalescence, quoique moins marquée qu'à l'acmé. Suivant Turk, le nombre des globules blancs ne revient à la normale qu'après un temps plus ou moins long suivant la gravité de la maladie. Dans les cas légers, la leucocytose serait normale presque aussitôt après

(1) Sadler. Klinische Untersuchungen uber die corpulären Elemente und den Hamoglobingeholt des Blutes, *Fortsch. der Med.*, 1892.

(2) Tschistovitch. Sur la quantité des leucocytes du sang dans les pneumonies fibrineuses à issue mortelle, *Arch. des sc. biol. de Saint-Pétersbourg*, 1892.

(1) Courmont et Barbaroux. Leucocytose et polynucléaires dans la fièvre typhoïde, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, juillet 1900, p. 577.

(2) Jez. Leukocytose bei Infectionskrankheiten, insbesondere bei Typhus abdominalis, *Przeglad lekarski*, 1895, nº 30-31, Cracovie (cité par Turk).

(3) Klein. Die diagnotische Verwerthung der Leukocytose, *Volkmanns Vortræge*, 1893, nº 87.

(4) Chetagurow. Pathologisch-anatomische Veranderungen des Blutes bei Typhus abdominalis. *Virchow's Archiv*, 1891, vol. CXXVI, 1er fasc.

la défervescence, mais dans ces cas, le chiffre est resté inférieur à la normale pendant une semaine au plus; d'autres fois, les malades quittent l'hôpital avant d'avoir retrouvé un nombre normal de globules blancs. Pour Courmont et Barbaroux, le chiffre est inférieur, égal ou supérieur à la normale à ce moment. Dans les formes graves, plus ou moins irrégulières, on observerait non pas une seule élévation critique de la leucocytose, mais une série d'oscillations plus ou moins étendues.

En somme, les opinions des auteurs ne diffèrent que sur des points de détail. Un seul fait ressort d'une façon nette, c'est que dans l'infection typique, contrairement à ce qu'on observe dans la plupart des autres maladies infectieuses, le nombre total des leucocytes est diminué à la période d'acmé de la maladie. Au moment de la convalescence ou un peu avant, rapidement ou lentement, en une fois ou après des oscillations, le nombre des globules blancs redevient normal.

Que si nous envisageons, non plus le nombre total des leucocytes, mais le rapport numérique que présentent les différentes formes de globules, nous constatons que la formule leucocytaire de la dothiénentérie est bien particulière. Stiénon avait déjà noté quatre phases dans le rapport des formes leucocytaires, au cours de la fièvre typhoïde. Au début de la maladie, il y aurait un grand nombre de polynucléaires, puis ceux-ci diminueraient, ensuite les mononucléaires et les polynucléaires seraient en proportion à peu près égale, enfin les leucocytes reviendraient à leur taux normal avec augmentation des éosinophiles. Pour Courmont et Barbaroux l'hypoleucocytose de la période d'état se ferait surtout aux dépens des lymphocytes : « Le nombre total des polynucléaires baisse, mais proportionnellement beaucoup moins, et leur pourcentage est généralement augmenté. » Au contraire « pendant les premiers jours d'apyrexie, la formule leucocytaire devient inverse de celle de la période fébrile; si la totalité des leucocytes diminue, ce sont les polynuclaires surtout qui disparaissent, tandis que les lymphocytes et mononucléaires sont proportionnellement plus élevés. »

La polynucléose relative signalée par Courmont et Barbaroux pendant la période d'état, n'est pas admise par la plupart des auteurs. Si Falsenthal (1) et Bieganski observent des cas isolés où le nombre relatif des leucocytes polynucléaires est normal ou augmenté, presque tous les observateurs (Stiénon, Turk, etc.) insistent sur la diminution du nombre des polynucléaires neutrophiles au summum de la maladie et sur l'augmentation des lymphocytes. Cette lymphocytose peut être peu intense, il est vrai, dans les cas légers, vers la deuxième semaine (24 à 35 p. 100); elle devient plus marquée du deuxième au quatrième septénaire (28 à 45 p. 100). Jez, Turk, ont trouvé le nombre le plus considérable de lymphocytes après la chute de la fièvre; ce dernier auteur a trouvé dans un cas, après douze jours d'apyrexie, 25,3 p. 100 de polynucléaires, et 66,97 p. 100 de lymphocytes. Nous avons vu que Courmont et Barbaroux insistent également sur la diminution des polynucléaires au moment de la convalescence.

Les éosinophiles diminuent pendant la période d'état et disparaissent même parfois complètement. Les grands mononucléaires et les formes de transition ne présentent que peu de modifications. Ajoutons que Turk a compté quelques formes d'irritation.

En somme : leucopénie et lymphocytose, tels sont, grosso modo, les caractères essentiels de la formule leucocytaire dans la dothiénentérie. Il nous faut maintenant discuter la *valeur diagnostique* de ce symptôme. Certes, cette valeur est grande (Rieder). Pour Turk, quand les caractères hématologiques sont bien nets, il y aurait 90 chances sur 100, pour qu'on ait affaire à une fièvre typhoïde. Cet auteur raconte que, dans un cas difficile de fièvre typhoïde à forme sudorale, il avait fait le diagnostic grâce à l'examen du sang, diagnostic confirmé ensuite par la séroréaction de Widal. Cependant il ne faut pas oublier que le sang peut présenter des caractères analogues dans les pneumonies les plus graves, s'accompagnant de phénomènes typhoïdes; on conçoit que dans cette occurrence l'examen des leucocytes fournisse des renseignements douteux. De même, dans certaines septicémies puerpérales graves (Rieder, etc.), dans le typhus exanthématique [2 cas de Tumas (1) et de Klein], le nombre des leucocytes peut être diminué; mais de nouvelles recherches sont nécessaires pour préciser l'état du sang dans ces maladies. Par contre, il est une infection qu'on n'observe pas dans nos contrées et qui pourrait être confondue avec la fièvre typhoïde : c'est le typhus récurrent. Dans cette maladie, le nombre des leucocytes est toujours considérable pendant la fièvre, pour tomber ensuite [Bœckmann (2), Heydenreich (3), Laptschinski (4)]. Il est vrai que, d'après les descriptions, le tableau clinique du typhus récurrent serait différent de celui de la dothiénentérie; l'examen du sang n'est donc pas nécessaire pour l'en distinguer; de plus, cet examen permet de constater la présence pathognomonique du parasite, la spirille d'Obermayer; la détermination de la formule leucocytaire n'a donc qu'une importance secondaire dans ce cas.

Quand il existe une complication infectieuse secondaire (pneumonie, abcès, etc.), la valeur diagnostique de la formule leucocytaire est moins grande que dans les fièvres typhoïdes non compliquées. En effet, deux cas peuvent se présenter : tantôt l'intoxication typhique domine la scène morbide, tantôt la complication infectieuse occupe le premier plan. Dans le premier cas, on observe la leucopénie typhique; dans le deuxième, il peut y avoir une leucocytose polynucléaire plus ou moins marquée. En somme, on constate, quand il y a une infection secondaire, tantôt de la leucopénie, tantôt de la leucocytose, parfois un nombre normal de leucocytes. Seule, la leucopénie présente une certaine valeur diagnostique; dans les deux autres occurrences, l'examen du sang ne fournit aucun renseignement utile. D'une façon générale cependant, la constatation d'une leucocytose polynucléaire plaide contre le diagnostic fièvre typhoïde (Turk).

L'examen des leucocytes du sang des typhiques peut fournir des renseignements au point de vue du *pronostic*. Une diminution rapide et très marquée du nombre des leucocytes serait l'indice d'une aggravation de la maladie (Rieder, Jez, Turk), surtout si cette diminution du nombre des globules blancs s'accompagne d'une chute de celui des lymphocytes, alors que le nombre de ces derniers était élevé auparavant.

L'augmentation du nombre des leucocytes survenant rapidement serait l'indice d'une complication. Pée (5) et Jez ont vu le nombre de ces éléments augmenter sans aller cependant jusqu'à produire la leucocytose au moment d'une hémorragie intestinale abondante.

Une leucopénie peu marquée et l'apparition d'éosinophiles pendant la période fébrile sont des signes de bon augure; quand les polynucléaires éosinophiles apparaissent dès la

(1) Falsenthal. Hämatologische Mittheilungen, *Arch. f. Kinderheilk.*, 1893.

(1) Tumas. Ueber die Schwankungen der Blutkorperzahl und des Hämoglobingehaltes des Blutes, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1887, vol. XLI.

(2) Bœckmann. Ueber die quantitativem Veränderungen der Blutkorperchen in Fieber, *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1881, vol. XXIX.

(3) Heydenreich. Klinische und mikroskopische Untersuchungen, etc., Berlin 1877, analysé in *Centralbl. f. die med. Wissens.*, 1877, n° 44.

(4) Laptschinski. Blutkorperchen bei einem Recurrenskranken, *Centralbl. f. die med. Wissens.*, 1875.

(5) Pée. *Untersuchungen uber Leukocytose*, Th. de Berlin, 1890.

première période de la maladie, le pronostic est encore plus favorable (Turk).

VI

Formule leucocytaire de la rougeole. — La plupart des auteurs, et ils sont peu nombreux, qui ont étudié la formule leucocytaire de la rougeole n'ont pas constaté de leucocytose. Hayem n'observe pas de modification du sang, mais si les catarrhes sont étendus on peut trouver 10 à 14000 leucocytes. Pée, Pick, Zappert, Turk, etc., confirment ces résultats du moins en ce qui concerne les adultes, chez ceux-ci le nombre de leucocytes est normal ou diminué. Rieder trouve par contre de la leucocytose chez l'enfant; dans d'autres cas il y a diminution du nombre des globules blancs. D'après Sobotka la leucocytose, absente à la période fébrile, existe pendant la période prodromique.

Si l'on examine les leucocytes au point de vue du pourcentage des formes leucocytaires, on trouve dans les 75 p. 100 de polynucléaires neutrophiles. Fait intéressant, les grands mononucléaires et les formes de transition sont augmentés de nombre; parfois cependant leur quantité est normale. Les éosinophiles normaux ou diminués deviennent plus nombreux au moment de la desquamation et de la convalescence et peuvent atteindre 3,15 p. 100 (Zappert). Puis le sang reprend sa formule normale, mais les grands mononucléaires et les formes de transition restent nombreux pendant quelque temps (Turk).

Cette formule leucocytaire n'a pas grande valeur au point de vue du *diagnostic*. Elle ne pourrait servir qu'à différencier la rougeole de la scarlatine, maladie où il y a de la leucocytose et un nombre plus considérable d'éosinophiles. Mais en l'espèce, nous possédons pour distinguer ces deux maladies nombre de signes plus sûrs et meilleurs que ceux fournis par leur formule hémo-leucocytaire encore incomplètement étudiée.

Pour ce qui est du *pronostic*, tout ce que l'on peut dire, en l'état actuel de la question, c'est que l'apparition de la leucocytose est l'indice d'une complication.

VII

Formule leucocytaire de la scarlatine. — L'étude des globules blancs dans la scarlatine n'a donné lieu qu'à un nombre assez restreint de travaux et demanderait de nouvelles recherches, surtout en ce qui concerne le nombre relatif des différentes variétés de leucocytes. Hayem constate qu'au début de la maladie le nombre des leucocytes est normal; au moment de l'éruption apparaît une leucocytose légère; si l'angine est marquée, le nombre des gobules blancs peut monter à 10, 12000; si une complication survient, le sang prend le caractère inflammatoire. Halla (1), Pée, Pick, Reinert (2), Rieder, Salter, J. Weiss (3), Rille (4) qui ont fait des numérations de globules blancs dans la scarlatine ont obtenu des résultats variables; tantôt le nombre des leucocytes était augmenté, tantôt normal. Kotschetkoff (5) a fait le travail le plus complet sur le sang dans la scarlatine. Selon cet auteur, le nombre des leucocytes serait de 10 à 20000 dans les cas légers, de 20 à 30000 dans les cas moyens, de plus de 30000 dans les cas graves. Le nombre des globules blancs atteint son maximum deux ou trois jours après l'apparition de l'exanthème; longtemps après la fin de l'éruption le nombre des leucocytes est encore augmenté; il subit des oscillations après la chute de la fièvre. La température n'influe pas sur la leucocytose; l'apparition d'une otite, d'une adénite, d'une néphrite ne modifie pas le nombre des globules blancs.

Kotschetkoff a également étudié l'évolution proportionnelle des différentes variétés de globules blancs. Les polynucléaires neutrophiles, suivant lui, formeraient 85 à 98 p. 100 des globules blancs; si l'on trouve plus de 95 p. 100 le cas est mortel. Le maximum des polynucléaires s'observerait au deuxième jour de l'exanthème pour tomber de 2 à 3 p. 100 par jour à partir du troisième jour, plus rapidement à partir du cinquième, et revenir à la normale au début de la deuxième semaine ou plus tôt même s'il survient une complication. Dans les cas graves, mortels cette chute ne se produirait pas, suivant Kotschetkoff, ou si elle survient le taux des polynucléaires remonte rapidement.

Toujours d'après le même auteur, les éosinophiles seraient en proportion normale ou au-dessous de la normale au début de la maladie, pour monter lentement pendant deux ou trois jours, se maintenir à leur maximum durant un même laps de temps (8 à 15 p. 100), retomber ensuite à la normale en six semaines. Dans les cas graves au contraire, le nombre des éosinophiles baisserait rapidement pour arriver à 0.

Les grands et petits mononucléaires diminueraient les premiers jours pour revenir ensuite à la normale. Les formes de transition augmenteraient de nombre au début de la convalescence.

Une leucocytose excessive, une proportion de polynucléaires dépassant 95 p. 100, et ne diminuant pas à partir du troisième jour de l'éxanthème ou se relevant après être tombé, la diminution du nombre des éosinophiles ou leur disparition seraient, d'après Kotschetkoff, des indices qui doivent faire porter un pronostic très sévère.

Turk n'a pu examiner que deux cas. Il a vu se produire une leucocytose polynucléaire au début, puis le nombre des leucocytes revenir à la normale et y rester un ou deux jours. Après cette chute, il a constaté une nouvelle ascension du nombre des leucocytes. Mais cette deuxième leucocytose est différente de la première : les polynucléaires n'y prennent aucune part, en sorte que leur proportion pour cent diminue. En même temps, les grands et petits mononucléaires et les éosinophiles augmentent de nombre. Cette deuxième poussée atteint son maximum après la chute de la fièvre, et disparaît lentement. Le nombre des éosinophiles peut être très considérable, par rapport aux autres formes leucocytaires et d'une façon absolue; il peut atteindre dix fois la normale.

Telles sont les notions, intéressantes quoique incomplètes, que l'on possède sur les leucocytes dans la scarlatine.

VIII

Formule leucocytaire dans la variole. — La formule leucocytaire de la variote est des plus intéressantes. Sa valeur diagnostique est considérable parce qu'elle est fort différente de ce qu'on observe dans les autres infections. Au point du vue théorique, elle nous offre un exemple unique de leucocytose modifiée avec irruption dans le sang d'un grand nombre de formes anormales.

Jusqu'à cette année, il n'existait que de rares recherches sur la question et encore n'avait-on envisagé que le nombre des globules blancs. Verstraeten (1) avait noté une leucocytose marquée dans la variole. Richard Pick (2) avait cons-

(1) Halla. Uber den Hämoglobingeholt des Blutes, etc., *Prag. Zeits. f. Heilk.*, 1883, vol. IV.

(2) Reinert. *Die Zæhlung der Blutkorpercher*, etc., Leipzig 1892, édit. Vogel.

(3) J. Weiss. Die Wechselbeziehungen des Blutes, etc., *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1893, vol. XXXV.

(4) Rille. Uber morphologische Veranderungen des Blutes, etc., *Arch. f. Dermat. und Syphil.*, 1892, vol. XXIV.

(5) Kotschetkoff. Die morphologischen Blutveranderungen bei scarlach, traduit du russe en allemand dans *Centralbl. f. allg. Pathol.*, 1892, vol. III, n° 11.

(1) Verstraeten. Note sur le sang des malades atteints de variole, *Bull. de l'Acad. roy. de Belgique*, 1875, p. 1005 à 1018.

(2) Richard Pick. Untersuchungen uber das quantitative Verhalten der Blutkorperchen bei Variola und ihren Complicationen, *Arch. f. Dermat. und Syphil.*, 1893, p. 63-153.

tаté au contraire l'absence de leucocytose pendant l'éruption. Ce n'est qu'au moment de la pustulation, qu'il croit due à des infections secondaires, que cet auteur a vu le nombre des globules blancs devenir plus considérable.

La dernière épidémie de variole qui sévit encore actuellement en France a fourni à MM. Courmont et Montagard (1), à Lyon, à M. Emile Weil (2), sous la direction de M. le docteur Roger, à Paris, l'occasion de reprendre ces recherches avec tous les perfectionnements de la technique moderne. Ces travaux, poursuivis séparément et indépendamment, ont donné à leurs auteurs des résultats à peu de chose près identiques, ce qui ajoute encore à leur valeur.

En ce qui concerne le nombre total des leucocytes dans la variole, voici les conclusions du travail de M. Émile Weil :

« La variole s'accompagne généralement de leucocytose; celle-ci peut être très modérée, évoluer pendant toute l'affection (entre 6000 et 10000 (6 cas); entre 6000 et 15000 (13 cas); dépasser 15000 (9 cas), 20000 (3 cas), 25000 (3 cas), 30000 (1 cas), 35000 (1 cas). La leucocytose peut se voir dès le début; elle est surtout intense, comme le disent MM. Courmont et Montagard, au moment de la vésiculation, et reste stationnaire, augmente ou diminue légèrement au moment de la pustulation.

Dans les formes hémorragiques, elle est moins intense, mais existe généralement : dans un cas, sauf le jour de la vésiculation, où la leucocytose atteignit 24000, il y eut constamment leucopénie (globules blancs entre 6000 et 3000); ce cas se rapproche de ceux que virent fréquemment jadis Verstraeten, puis Pick.

L'hyperleucocytose diminue après la pustulation assez lentement, ou bien on peut constater une leucopénie qui précède le retour assez lent à la normale.

Les complications s'accompagnent d'une augmentation de la leucocytose antécédente, surtout lorsqu'elles surviennent à la convalescence.

Dans les cas mortels, si la terminaison fatale est amenée par une complication, la leucocytose est élevée plus que dans les formes ordinaires. Duns les cas de variole suppurée mortelle sans complication, il y eut, au contraire, une brusque chute de la leucocytose (deux fois 6200 au lieu de 24000 et 18000 la veille; une fois 8454 au lieu de 17818). Dans les cas de variole hémorragique on eut, le jour de la mort, 6200, 6015, 4418 et 11836. Cette chute brusque semble donc d'un pronostic fâcheux. »

L'étude des variétés de leucocytes donne des résultats des plus curieux. Tout d'abord, un fait est remarquable, c'est la proportion considérable de mononucléaires que l'on observe. « La leucocytose variolique est surtout une mononucléose, mononucléose apparaissant dès le début, se maintenant pendant la vésiculation et la pustulation en thèse générale; elle se prolonge souvent longtemps après la chute des croûtes et l'équilibre leucocytaire normal n'est parfois pas rétabli au moment où le malade quitte l'hôpital. Même quand le taux leucocytaire est peu changé, on observe cette mononucléose. Les polynucléaires, toujours moins nombreux que normalement (entre 50 p. 100 et 40 p. 100), peuvent tomber à 20 p. 100, 14 p. 100 (deux cas de variole hémorragique). Cette hypopolynucléose offre un intérêt pronostic. »

Si l'on étudie de plus près ces mononucléaires de la variole, on constate qu'un grand nombre d'entre eux appartiennent à des formes anormales. Le type leucocytaire est tout à fait différent de ce qu'on a trouvé dans les autres maladies infectieuses. Il n'y a qu'une seule affection où on ait constaté des figures semblables : c'est la leucémie myélogène. En effet, la mononucléose variolique est due à la présence de gros myélocytes granuleux ou non, qui sont les cellules mères d'un grand nombre de leucocytes normaux du sang. On constate que cette mononucléose est constituée de la façon suivante : 1° des globulins peu nombreux; 2° 30 à 40 p. 100 de mononucléaires moyens; 3° 4 à 10 p. 100 de grands mononucléaires; 4° des grands mononucléaires neutrophiles (myélocytes neutrophiles) souvent très abondants (2 à 10 p. 100); 5° des mononucléaires éosinophiles (myélocytes éosinophiles) rares (0,50 à 1 p. 100); 6° de rares mononucléaires basophiles (myélocytes basophiles); 7° un mononucléaire particulier plus ou moins volumineux, quelquefois énorme, possédant un noyau arrondi central ou périphérique, assez clair, avec des filaments de chromatine plus foncés; son protoplasma assez abondant, non granuleux, se colore en bleu très foncé par la thionine, si bien que le noyau peut être masqué; avec l'hématéine, il a une élection lilas comme un noyau, et le triacide le colore en rouge violet; 8° des pseudo-lymphocytes neutrophiles que nous avons décrits plus haut (Ehrlich); 9° des formes d'irritation de Turk; 10° des formes de transition entre les mononucléaires et les polynucléaires (neutrophiles, éosinophiles).

Les polynucléaires, peu nombreux, présentent aussi quelques particularités. Les polynucléaires éosinophiles, assez abondants au début (1,5 à 3 p. 100), diminuent ensuite pour augmenter de nouveau à la convalescence, après la chute des croûtes. On peut voir au moment de la suppuration, et pendant la dessiccation, quelques rares basophiles.

Les complications agissent différemment, suivant qu'elles surviennent à la période d'état ou pendant la convalescence (E. Weil). Au début de la pustulation, elles peuvent ne pas modifier la formule leucocytaire; seuls les éosinophiles disparaissent. A la convalescence, les angines, les phlegmons produisent, au contraire, de la polynucléose.

En somme, mononucléose constituée par une grande variété de formes anormales d'origine myélogène, tel est le caractère essentiel de la leucocytose variolique. Ce qui augmente encore l'intérêt de ces constatations, c'est que MM. Roger et Weil ont pu reproduire chez le lapin des modifications analogues du sang, soit en inoculant du pus variolique, soit en inoculant le germe qu'ils ont décrit et cultivé (1).

La valeur diagnostique de la formule leucocytaire de la variole est très grande. En effet, si Turk a trouvé des myélocytes neutrophiles dans la pneumonie, ainsi que nous l'avons signalé plus haut, si Rieder en a constaté dans différentes maladies infectieuses et Engel dans la diphtérie grave, jamais dans aucune infection on n'a trouvé réunies, comme dans la variole, une telle proportion de cellules anormales diverses. C'est l'ensemble de la formule qui est caractéristique, par sa variété même. Ce qui vient encore la compléter, c'est la présence fréquente de quelques globules rouges à noyau. Nous possédons donc un moyen certain de différencier la variole dès la période des rash, c'est-à-dire à un moment où il est intéressant de poser un diagnostic ferme de la rougeole boutonneuse, de la scarlatine, des érythèmes scarlatiniformes, du purpura, de la syphilis variolique, encore que cette dernière détermine une mononucléose. M. Roger a rapporté, au dernier Congrès de médecine, une observation où l'examen du sang a permis de poser un diagnostic très embarrassant. Il s'agissait d'un cas de pyodermite varioliforme de Colles, qui ressemblait à s'y méprendre à une variole suppurée. La numération des leucocytes, en démontrant qu'il y avait une polynucléose mar-

(1) Courmont et Montagard. La leucocytose dans la variole, Soc. de biol., 16 juin 1900, et *Journ. de physiol. et pathol. gén.*, 15 juillet 1900, p. 557.

(2) Emile Weil. Étude quantitative de la leucocytose variolique. Etude qualitative de la leucocytose variolique, Soc. de biol., 23 juin 1900, p. 615 et 616.

(1) Roger et E. Weil. Inoculabilité de la variole humaine au lapin, Soc. de biol., 10 nov. 1900, p. 943, et *Ibid.*, 17 nov., p. 970.

quée, a permis d'écarter le diagnostic de variole. Le seul diagnostic difficile est celui de la varicelle qui s'accompagne de modifications analogues, mais beaucoup moins intenses, du sang.

L'étude de la formule leucocytaire de la variole donne également quelques renseignements au point de vue du pronostic. Nous avons vu que la chute brusque du nombre des leucocytes semble précéder d'un jour la terminaison fatale. De même, la diminution excessive des polynucléaires est d'un mauvais pronostic. La disparition des éosinophiles, quand survient une complication, semble aussi peu favorable.

Tels sont les renseignements si importants que peut nous donner l'examen des leucocytes, pour le diagnostic et le pronostic de la variole.

IX

Que si nous envisageons l'ensemble des recherches que nous venons d'exposer, nous voyons que malgré les incertitudes, malgré les doutes que l'on peut émettre sur bien des résultats, la formule leucocytaire constitue cependant un symptôme clinique précieux; signe qui demande à être apprécié à sa juste valeur dans chaque cas particulier, signe qui mérite cependant de prendre une place importante dans la séméiologie. Par cette recherche, nous pénétrons très avant dans l'étude des moyens de défense de l'organisme. Nous savons, en effet, depuis les beaux travaux de Metchnikoff et de ses élèves, le rôle important du leucocyte dans la lutte contre l'infection. Nous venons de voir que tantôt l'attaque infectieuse détermine une réaction de défense banale, tantôt, au contraire, le germe semble avoir une influence spécifique déterminant l'augmentation de telle espèce de leucocytes ou l'apparition de telles formes anormales. On peut émettre deux hypothèses pour expliquer ces derniers faits. L'organisme se défend-il de façon spéciale contre des agents nocifs spécifiques? Ou bien ces mêmes agents altèrent-ils de façon particulière les organes hématopoiétiques et les forcent-ils, par suite, à réagir dans un sens anormal particulier?

Aussi bien, malgré les notions si intéressantes que nous avons acquises dans ces dernières années, que de questions restent encore à élucider! Quel est le rôle des polynucléaires éosinophiles qui disparaissent du sang pendant la lutte et n'y reviennent que pour annoncer la victoire de l'organisme? Comment se fait la défense dans les infections s'accompagnant ordinairement d'une diminution du nombre des globules blancs? Pourquoi l'augmentation excessive du nombre des polynucléaires qui semblerait indiquer une défense active, puisque ces leucocytes sont doués de propriétes phagocytaires, pourquoi cette polynucléose est-elle, en général, un indice de gravité?

Quoi qu'il en soit, en l'état actuel de la science, l'examen des leucocytes peut fournir d'utiles indications au médecin : nous avons essayé de faire ressortir l'intérêt qui s'attache à ces recherches, même si l'on fait abstraction de toute préoccupation théorique et si l'on se place à un point de vue purement pratique (1).

(1) Pendant que cette Revue était à l'impression, MM. Achard et Lœper ont communiqué leurs intéressantes recherches sur les leucocytes dans le rhumatisme et la tuberculose (Les globules blancs dans le rhumatisme, Soc. de biol., 1er déc. 1900; Les globules blancs dans la tuberculose, loc. cit., 7 déc. 1900).

MM. Enriquez et A. Sicard ont étudié le sang pendant l'éruption vaccinale (Examen hématologique au cours de l'éruption vaccinale, Soc. de biol., 1er déc. 1900).

Les travaux ayant trait à ces questions seront analysés dans ce journal.

EXTRACTION AU BOUT DE SEPT ANS D'UNE COMPRESSE DE GAZE

OUBLIÉE DANS LE VENTRE ET PASSÉE DANS L'INTESTIN GUÉRISON

Par M. Chaput, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

J'ai soigné, en 1898, une jeune femme qui se plaignait de douleurs violentes dans le ventre, et qui était atteinte d'une fistule pyo-stercorale, avec empâtement abdominal considérable. Elle avait subi quatre laparotomies antérieures, dont deux pour grossesse extra-utérine, la troisième pour une éventration opératoire, et la quatrième pour rechercher un fil entretenant une fistule. Au moment de la seconde opération, une hémorragie grave ne fut arrêtée qu'au moyen de compresses qui restèrent dans le ventre jusqu'au lendemain.

Une fistule purulente, puis pyo-stercorale, se produisit après la troisième opération, au cours de laquelle on avait dénudé l'S iliaque en enlevant un kyste adhérent.

Le 1er juin 1898, j'ouvris le ventre sur la ligne médiane, et j'arrivai bientôt sur une énorme tumeur constituée par une anse d'intestin, très dilatée et très longue, paraissant néoplasique au premier abord.

En la palpant je perçus une sensation pâteuse, qui me fit penser immédiatement à une compresse contenue dans l'intestin.

Je fis alors une incision longitudinale qui me permit d'extraire une compresse carrée de 52 centimètres de côté. L'intestin fut suturé à deux étages; je fermai aussi l'orifice de la fistule pyo-stercorale. Drainage abdominal. Guérison.

La malade n'a éprouvé que peu de douleurs pendant deux ans; il est probable que pendant ce temps la compresse n'était pas encore passée entièrement dans l'intestin. C'est à partir de cette époque seulement que le corps étranger a provoqué des contractions douloureuses.

J'ai été très embarrassé en face de cette tumeur intestinale; j'éliminai le cancer à cause du volume et de la longueur considérable de l'anse; jamais un cancer n'aurait atteint de telles dimensions sans se propager aux organes voisins.

La consistance de l'anse m'enseigna que l'épaisseur de la paroi était minime et que la masse pâteuse siégeait dans les parois. Passant en revue tous les corps étrangers qui pouvaient répondre aux mêmes conditions de longueur, diamètre et consistance, j'en arrivai à conclure qu'une compresse seule pouvait répondre à ses caractères.

Il était important de poser un diagnostic exact qui conduisait à une incision simple au lieu d'une résection comme cela est arrivé dans un autre cas.

La compresse présente de nombreux trous produits probablement par l'action des sucs intestinaux.

A la rigueur, elle aurait pu s'éliminer par l'anus; mais elle aurait pu aussi provoquer une occlusion grave, ou repasser dans le péritoine par la fistule intestinale; son élimination eût alors été impossible à cause du faible diamètre de la fistule cutanée.

Pilate a publié, en 1892, une observation analogue où la compresse s'élimina par l'anus. Michaux (1892) trouva la compresse dans l'intestin, mais celui-ci était si altéré qu'il fallut le réséquer.

Jalaguier et Mauclaire (1893) ont fait d'intéressantes expériences sur les animaux et ont constaté que les compresses sont passées par l'intestin. Elles se mettent en boule et s'entourent d'adhérences qui en se rétractant appliquent étroitement le corps étranger contre l'intestin dont la paroi est d'abord soulevée puis amincie et perforée.

J'insiste, en terminant, sur l'importance de la consistance pâteuse pour le diagnostic des compresses situées dans l'intestin.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(12 DÉCEMBRE 1900)

A propos d'une observation adressée à la Société et ainsi intitulée : **inondation péritonéale par rupture de grossesse extra-utérine probable**, M. Tuffier, chargé d'un rapport sur cette observation, ne croit pas qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une grossesse tubaire, mais simplement de la rupture d'un follicule de Graaf, et c'est là précisément ce qui, selon lui, ferait surtout l'intérêt de cette observation. Elle tendrait, en effet, à prouver avec d'autres observations analogues que les hémorragies les plus abondantes peuvent être dues à la rupture d'un follicule de l'ovaire. Voici, en quelques mots, l'observation.

Une femme de vingt-quatre ans est prise de coliques violentes. Appelé vingt heures après le début des accidents, le chirurgien trouve cette femme pâle, exsangue, avec un pouls filiforme à 120, le ventre semblait bourré de coton. Il opère aussitôt et trouve la cavité abdominale remplie de sang; du côté de l'utérus, rien; du côté des annexes gauches, un kyste ovarique qui se rompt, à droite un autre kyste plus petit avec une déchirure qui saigne abondamment; il fait la ligature, enlève les annexes, draine et ferme. La malade guérit très bien. L'examen histologique des trompes et des ovaires ne révèle rien qui ressemble à une grossesse extra-utérine. C'est pourquoi, M. Tuffier, peut-être un peu hâtivement, conclut à une rupture d'une vésicule de Graaf. Ces faits d'hémorragies par rupture d'une vésicule de Graaf sont relativement rares. Toutefois, M. Tuffier a pu en réunir plusieurs exemples qu'il rapproche de celui qu'il vient de rapporter.

M. Delbet, d'accord avec M. Tuffier, estime que les inondations péritonéales n'ont pas toujours pour cause une grossesse extra-utérine. Étant interne, il a autopsié une malade qui avait eu une hémorragie intra-abdominale tellement abondante qu'elle en est morte. La cause de cette hémorragie était la rupture d'une veine intra-ligamenteuse. L'utérus et ses annexes ne présentaient aucune lésion.

M. Walther a fait un rapport sur la communication de M. Chapot-Prevost relative à un **procédé d'hémostase du foie**. On se rappelle que M. Chapot-Prevost a dû recourir à ce procédé dans la séparation qu'il a opérée de ce monstre double qu'il a présenté à l'Académie. Voici en quoi consiste ce procédé : M. Chapot-Prevost traverse la paroi d'un côté, le tissu hépatique et la paroi de l'autre côté d'une longue aiguille portant une anse de gros fil; dans l'extrémité de cette anse est inséré un bourdonnet de gaze ; un bourdonnet semblable est fixé contre l'autre paroi et le fil est noué sur ce bourrelet; le tissu hépatique se trouve ainsi serré entre les deux bourdonnets de gaze rapprochés l'un de l'autre par la constriction du fil. On peut passer autant de fils qu'il est nécessaire pour assurer l'hémostase dans toute l'étendue du tissu hépatique sectionné : dans son opération, M. Chapot-Prevost a dû placer trois de ces fils.

M. Peyrot analyse un travail de M. Pauchet (d'Amiens), sur le **traitement des fistules intestinales**, traitement consistant à libérer la fistule et à l'anastomoser avec une anse intestinale voisine.

Voilà pour les rapports. Passons aux lectures :

M. Chaput lit une note fort intéressante sur l'histoire d'une **compresse ayant séjourné dans le ventre d'une malade**. ((Voir plus haut, p. 1535.)

M. Legueu a rapporté deux observations de suture intestinale pour remédier à des **perforations survenues au cours de la fièvre typhoïde**. Les faits de ce genre commencent à se multiplier. Cette intervention paraît donner de bons résultats. Un rapport sera fait sur les observations de M. Legueu.

Viennent ensuite les présentations :

M. Mignon présente un malade chez lequel il a reséqué la presque totalité de la synoviale du genou pour une **arthrite chronique traumatique**; bon résultat.

M. Lucas-Championnière a fait ces excisions de synoviale, même dans des cas d'arthrites tuberculeuses. On obtient un bon fonctionnement du genou après ces interventions.

Une petite discussion s'élève, à ce sujet, entre MM. Mignot, Lucas-Championnière, Poirier et Quénu, d'où il résulte que, si bonnes qu'elles soient, ces résections de synoviales ne sont applicables qu'à des cas très rares.

Vient ensuite la présentation sensationnelle, par M. Wlaëf, d'un malade porteur d'un **épithéliome de la langue**, en voie de réelle amélioration à la suite d'une vingtaine d'injections de sérum immunisant. M. Reynier est chargé d'un rapport sur cette observation.

M. Tuffier présente un malade auquel il a fait une **amputation de Chopart**, qui a donné un très bon résultat fonctionnel et plastique. MM. Berger, Ricard et Poirier ont également obtenu de bons résultats de cette opération, pourvu, ainsi que le fait observer M. Ricard, qu'on obtienne une réunion par première intention.

M. Picqué a opéré un malade présentant tous les signes d'une **cholécystite**. Il s'agissait d'une femme qui avait avalé des aiguilles. Une de ces aiguilles avait traversé l'estomac et était venue s'enkyster au-devant de la vésicule biliaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — ANATOMIE. — Séance du 13 décembre : MM. Villaret, 11 + 13 = 24; Beaufumé, 12 + 11 = 23; Petit (Henri), 11 + 12 = 23; Vaillant, 10 + 12 = 22; Ricou, 9 + 12 = 21; Rousseau, 6 + 9 = 15; Tournay, 7 + 8 = 15; Claude (Georges), 6 + 9 = 15; Burgand (Victor), 5 + 8 = 13; Leenhardt, 4 + 7 = 11; Omiécinsky, 3 + 4 = 7.

PATHOLOGIE.—Séance du 12 décembre : MM. Tessier, 12 + 12 = 24; Delaunay, 13 + 10 = 23; Lacasse, 14 + 9 = 23; François (Raymond), 12 + 10 = 22; Lobligeois, 10 + 9 = 19; Zacchiri, 10 + 8 = 18; Préciado, 12; Barcat, 9.

Mutations dans les hôpitaux. — Par suite de la mise à la retraite de M. Benjamin Anger et du transfert à Lariboisière de la fondation Civiale (service urinaire), les mutations suivantes ont lieu parmi les chirurgiens des hôpitaux.

M. Tuffier passe à l'hôpital Beaujon, M. Michaut à Lariboisière, M. Chaput à Broussais, M. Walther à la Pitié, M. Guinard à la Maison Dubois, M. Delbet à Bicêtre, M. Rochard à Yvry, M. Hartmann à Lariboisière (service urinaire) et M. Albarran à Hérold (enfants).

Écoles de médecine. — *Amiens.* — M. Labarrière est nommé chef de clinique et chargé à l'Hôtel-Dieu de la consultation oto-laryngologique.

Marine. — M. le médecin de première classe Sadoul, provenant des batteries d'artillerie du Sénégal, passe, sur sa demande, du cadre de Cherbourg à celui de Lorient.

Hôpital de la Charité. — M. le professeur agrégé Campenon fait tous les mardis, à dix heures, à l'amphithéâtre Potain, ses leçons de clinique chirurgicale.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gérardot, décédé à l'âge de quatre-vingts ans; Villemin, décédé à Épinal dans sa quarante-septième année.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 144 — MARDI 18 DÉCEMBRE 1900. 73e ANNÉE. MARDI 18 DÉCEMBRE 1900. — N° 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

AVIS

Le succès que nous avons obtenu avec notre numéro spécial du Congrès nous engage à offrir gracieusement à nos nouveaux abonnés les quelques exemplaires qui nous restent.

Tous les abonnements pris dès maintenant, pour l'année 1901, *seront servis avec cette brochure jusqu'à épuisement, par ordre d'inscription. Nous pensons être agréables à nos nouveaux lecteurs en y ajoutant les numéros parus en décembre.*

Nous rappelons qu'on peut s'abonner directement sans frais dans tous les bureaux de poste.

SOMMAIRE. — Fracture horizontale de l'astragale avec luxation du pied en avant, par M. Mailland, interne des hôpitaux de Lyon. — Notes de clinique thérapeutique. Traitement des cardiopathies chroniques : VI. La caféine, par M. Guihal, interne des hôpitaux de Paris. — Séance de la Société médicale des hôpitaux. — Thérapeutique. L'insomnie et son traitement. — Revue bibliographique. — Actes de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

FRACTURE HORIZONTALE DE L'ASTRAGALE

AVEC LUXATION DU PIED EN AVANT

Par M. Mailland, interne des hôpitaux de Lyon.

Observation. — Adrien B..., vingt-cinq ans, ouvrier menuisier, entre le 23 février 1900 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Philippe, service de M. le professeur Poncet. La veille, étant sur une échelle, à la hauteur de 8 mètres environ, avec une lourde charge de plâtre sur le dos, il tomba sur le sol, formé de terre durcie. Le choc porta directement sur les deux voûtes plantaires et, secondairement, il fut projeté la face contre terre, les pieds par conséquent fortement fléchis sur les jambes. Immédiatement, douleur assez vive pour empêcher complètement la station debout, exaspérée par le moindre mouvement, mais néanmoins supportable et n'ayant présenté à aucun moment une acuité extrême; cette douleur siégeait dans tout l'arrière-pied, elle ne présentait pas de point maximum. Un quart d'heure après l'accident, gonflement assez considérable du cou-de-pied; pas d'ecchymoses.

Impotence fonctionnelle absolue.

Le malade entre à l'hôpital vingt-quatre heures après; le gonflement a beaucoup diminué et la douleur, peu vive, ne gêne pas l'exploration.

On est frappé tout d'abord, à l'examen, par une projection de l'ensemble du pied en avant; le talon est effacé, la dépression sus-calcanéenne a disparu et le tendon d'Achille forme une corde tendue semblant se perdre sous le talon.

A la face dorsale du pied, on constate une saillie transversale correspondant au bord antérieur de la mortaise tibio-tarsienne et, sous cette saillie, une dépression sensible à la vue et au toucher; en avant de cette dépression, nouvelle saillie se continuant insensiblement avec la face dorsale de l'avant-pied.

Le cou-de-pied est légèrement élargi transversalement. Très léger équinisme, mais pas de déviations latérales.

Les malléoles sont légèrement rapprochées du sol.

On ne constate ni mobilité anormale, ni crépitation, ni ecchymoses tardives.

Les mouvements de flexion et d'extension du pied sur la jambe sont absolument impossibles; les mouvements de latéralité sont très diminués; leur recherche ne produit qu'une légère douleur. Par suite du gonflement, il est impossible de se rendre compte de l'état des articulations médio-tarsienne et astragalienne.

En présence de ces symptômes, on porte le diagnostic de luxation tibio-tarsienne en avant; néanmoins, l'élargissement transversal du cou-de-pied, l'abaissement des malléoles, le gonflement de chaque côté du tendon d'Achille, éveillent l'idée d'une fracture de l'astragale, que rien cependant ne permet d'affirmer.

M. X. Delore, chef de clinique, pratique immédiatement la réduction sous anesthésie; celle-ci s'effectue sans difficulté en produisant une légère crépitation; le pied est ramené à la forme normale qui est maintenue par un appareil plâtré.

Quatre jours après, la radiographie est faite par M. Destot et montre très nettement la présence d'un trait de fracture au niveau de l'astragale. Partant de la partie toute postérieure de la face inférieure de cet os, à 1 centimètre environ en arrière de la rainure astragalienne, ce trait de fracture se dirige d'une façon légèrement oblique en avant et un peu en haut pour venir se terminer sur la face supérieure de l'os, immédiatement en avant de la poulie, dans la dépression qui sépare celle-ci de la tête, laissant par conséquent au-dessous de lui le ligament interosseux tout entier.

Cette constatation permet de se rendre un compte assez exact des symptômes présentés par notre malade et de rétablir facilement l'anatomie pathologique de la fracture, telle qu'elle devait être avant la réduction; c'est, du reste, ce qu'à entrepris le docteur Petit, qui, sur les conseils de M. le professeur Poncet, a pris le cas qui nous occupe comme point de départ de sa thèse inaugurale (Thèse de Lyon 1900).

Malgré la légère obliquité constatée à la radiographie, obliquité qui, du reste, disparaît lorsque le pied est en position normale, nous croyons qu'il s'agit d'une fracture horizontale de l'astragale ayant divisé cet os en deux fragments, l'un supérieur, l'autre inférieur. Le fragment supérieur comprenait la poulie tout entière, ayant conservé toutes ses connexions et ses rapports normaux avec la mortaise tibio-péronière ; quant au fragment inférieur, ou plutôt antéro-inférieur, il était constitué par la face inférieure de l'astragale avec intégrité probablement complète du ligament interosseux et de ses autres connexions avec le calcanéum, et par la tête astragalienne avec son articulation scaphoïdienne intacte. De plus, grâce à l'obliquité légère en haut et en avant du trait de fracture, ces deux fragments ont eu une tendance à glisser l'un sur l'autre ; le fragment inférieur s'est porté en haut et en avant en glissant sous le fragment supérieur, resté, lui, intimement uni aux os de la jambe. Enfin, par suite de la conservation des ligaments calcanéo-astragalien et astragalo-scaphoïdien, le pied tout entier a suivi le fragment inférieur dans son mouvement de propulsion.

Ainsi s'expliquent sans peine les principaux symptômes consignés dans l'observation : projection du pied en avant, effacement du talon, saillie en avant de la mortaise, etc. Le peu d'importance des déchirures ligamenteuses peut donner une raison suffisante de l'absence d'ecchymose et de la légèreté de la douleur : enfin, le calcanéum étant projeté en avant, le bras de levier uni normalement par le tendon d'Achille s'est trouvé supprimé ; le pied a bien conservé ses insertions musculaires et tendineuses, mais se trouvant intimement uni au fragment inférieur qui, lui, a perdu tout rapport avec l'articulation tibio-tarsienne, les mouvements du pied sur la jambe ont été du coup supprimés.

Cette observation présente un certain nombre de particularités qui nous paraissent dignes d'être signalées. Actuellement depuis la découverte de la radiographie, les observations, si rares autrefois de fractures de l'astragale se sont multipliées et sont même devenues relativement fréquentes; aussi, la classification déjà ancienne de Ballenghien commence-t-elle à devenir insuffisante. Si, cependant, nous voulons rapporter le cas ci-dessus à un des types de cette classification, c'est, ainsi que nous le disions, à la variété dite fracture horizontale, dans laquelle le fragment supérieur reste fixé dans la mortaise tibio-péronière, le fragment inférieur conservant toutes les connexions avec le pied, qu'il ressemble le mieux. La légère obliquité constatée sur la radiographie ne paraît pas suffisante pour modifier cette interprétation.

Or, les exemples de fractures horizontales de l'astragale sont fort rares; en 1896 quatre observations seulement avaient été signalées par Rumsey, Poinsot, Hemming et Thomson, in *Weekley M. Rev.*, Chicago 1884. Peut-être depuis cette époque la radiographie a-t-elle permis d'en constater de nouveaux cas; nous n'en avons trouvé qu'un seul publié par Sick (*Berlin. klin. Woch.*, 1892) sous cette rubrique : fracture horizontale de l'astragale droit au-dessous de son articulation avec les os de la jambe et déplacement du pied en avant.

Deux points nous paraissent devoir être élucidés : le mécanisme de la fracture elle-même, la cause de la subluxation consécutive.

Le mécanisme des fractures horizontales est très mal connu; sans doute, comme pour la plus grande partie des fractures astragaliennes, il s'agit d'une chute sur la plante des pieds, d'un lieu élevé, réalisant un véritable écrasement de l'os pris entre la mortaise tibio-tarsienne et le calcanéum. Mais, pourquoi cette horizontalité du trait de fracture? Nous croyons que l'on doit y voir la conséquence de la flexion forcée du pied sur la jambe au moment du traumatisme. En 1890, M. le professeur agrégé Rochet (*Revue d'orthop.*) montrait que, si le pied est en extension sur la jambe, il y a luxation de l'astragale, si au contraire il est en flexion, il y a fracture. En effet, le sujet tombant le pied fléchi, le talon porte d'abord sur le sol; la mortaise tibio-péronière atteignant la limite extrême de flexion vient buter sur la face supérieure de l'astragale qui se fracture. Le plus souvent, ces conditions amènent la décapitation de la tête, avec trait de fracture plus ou moins oblique; mais cette obliquité dépendra avant tout de la direction des os de la jambe, plus ceux-ci seront inclinés sur le pied, plus l'obliquité se rapprochera de l'horizontalité qu'elle pourra même atteindre quelquefois. C'est ainsi que ces choses ont dû se passer dans notre observation, où le malade est tombé le pied en flexion extrême sur la jambe.

Quant à la subluxation du pied en avant, il s'agit là d'un phénomène assez fréquemment noté dans les fractures de l'astragale, et qui n'est nullement l'apanage spécial de la variété dite horizontale. A l'exception de l'observation de Sick, la plupart des cas publiés par Ino Neill, Broca, Chassaignac, Barral, Daniel Mollière, etc., ont trait à des luxations du pied consécutives à la décapitation de la tête astragalienne, se luxant en avant en entraînant avec elle le scaphoïde, sous l'influence du choc. Il doit en être de même dans notre cas où la légère obliquité du trait de fracture se combinait avec l'intégrité relative des ligaments.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des cardiopathies chroniques (1).

Par M. Guihal, interne des hôpitaux de Paris.

VI

LA CAFÉINE

Entre tous les médicaments cardiaques, la caféine occupe une place à part, assez bien délimitée : elle répond à des indications spéciales. L'action physiologique de cet alcaloïde a été très étudiée, et cependant un petit nombre de conclusions précises ressort des travaux publiés. Aussi, pour justifier la spécialisation du médicament, est-il nécessaire de compter surtout sur les résultats connus de l'expérimentation clinique et de l'examen quotidien des malades.

L'action de la caféine, à doses thérapeutiques, sur la circulation, a éte interprétée de façon différente par les divers auteurs. Les uns, avec Leblond, Eustratiadès, Jaccoud, Lépine, Huchard, affirment que la caféine, prise à la dose de 0gr10 à 0gr50 en injection hypodermique, régularise les battements cardiaques et en diminue le nombre. Schmiedeberg, Nothnagel et Rossbach, avec les mêmes doses, Frerichs avec 1gr50, ont noté au contraire une accélération plus ou moins marquée. Soulier tente une conciliation : pour lui, il y a accélération chez les sujets sains; mais quand le cœur est malade, ses battements se régularisent et devien-

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 1509.

nent par suite moins fréquents. Dujardin-Beaumetz admet que la régularisation du pouls ne survient qu'après l'absorption de doses moyennes ($0^{gr}50$ au plus); tandis que Huchard, Lépine conseillent, au contraire, des doses supérieures à $0^{gr}50$.

Cependant tous ces auteurs s'accordent sur un point : c'est que la caféine, bien employée, est un puissant tonique du cœur, et qu'elle augmente l'énergie des contractions myocardiques. De plus, il semble acquis également que la pression artérielle se trouve augmentée. Gaetano Vinci (1895), entre autres, arrive aux conclusions suivantes : Quelle que soit la voie d'administration de la caféine, on constate toujours sur les animaux normaux une élévation de la pression vasculaire. Chez des chiens et des lapins soumis à des saignées répétées, et dont la pression artérielle est ainsi très abaissée, la caféine permet d'atteindre et même de dépasser le chiffre normal. Ces effets sont obtenus avec des doses moyennes.

Cette action stimulante s'exerce aussi sur le système nerveux et sur le système musculaire. L'action sur la diurèse, quoique très discutée, est plus intéressante, et c'est par là que la caféine semble se différencier le plus nettement des autres médicaments cardiaques. Sa valeur diurétique a été proclamée par Gubler, qui l'appelle l'idéal des diurétiques, admise ensuite par Jaccoud, Huchard, Hayem, G. Sée. Schrœder, par une série d'expériences, a essayé de montrer qu'il s'agit là d'une action élective sur l'épithélium rénal, indépendante et du système nerveux et de l'augmentation de la pression artérielle. Schrœder déprime la pression vasculaire au moyen du chloral, pour éliminer ce facteur; il énerve le rein pour éliminer l'action du système nerveux : dans les deux cas, il observe que la diurèse caféinique ne diminue pas et conclut que la caféine agit par irritation directe des cellules sécrétantes du rein. Mais des auteurs ont mis en doute l'existence même de cette action diurétique : Meplain, Nothnagel et Rossbach, Eustratiadès, C. Paul. Rabuteau prétend qu'il n'y a pas polyurie, mais pollakiurie par excitation du muscle vésical. Leblond pense que l'action diurétique ne s'exerce que s'il y a des œdèmes et de la stase veineuse.

Quoi qu'il en soit, de nombreux faits cliniques semblent bien en faveur d'une action diurétique, mais assez peu marquée. Cette action présente quelques particularités étudiées par Gubler, Huchard, Barié. Tout d'abord, la diurèse survient quelques heures après l'absorption du médicament; il n'y a pas ce retard de deux ou trois jours si souvent observé pour la digitale. Précoce, la diurèse s'effectue régulièrement, par progression croissante, un peu à la manière de la diurèse strophantique; il ne saurait y avoir ici de débâcle urinaire comparable à celle qui suit l'absorption de la digitale. La caféine s'élimine rapidement, sans s'accumuler dans l'organisme. Rost a montré « qu'à la suite de l'ingestion d'une dose moyenne, le quart, au maximum, s'élimine en nature par les urines ».

Stimulation du myocarde, augmentation de la pression artérielle, production d'une diurèse précoce et régulière, voilà de quoi justifier l'emploi de la caféine dans les cardiopathies chroniques. En pratique, cet alcaloïde n'est d'ordinaire employé qu'en seconde ligne, après la digitale, et de manière diverse suivant les auteurs. D'après ce qui précède, on peut prévoir que, la caféine étant surtout un tonique et un diurétique, on ne saurait attendre d'elle une action régulatrice de la circulation comparable à celle qu'exerce la digitale. D'autre part, on admet que la digitale agit d'autant moins que la cardiopathie est plus avancée et que le myocarde est plus altéré. La caféine, au contraire, conserve ses qualités de tonique dans des cas où la digitale n'agit plus; mais, plus puissant alors, son effet paraît passager et peu durable. Ces considérations permettent ainsi d'esquisser une spécialisation de la caféine dans le traitement des cardiopathies chroniques.

Au cours des affections valvulaires, et en particulier chez les mitraux, la caféine est indiquée, dit Barié, « dans le cas d'asystolie profonde, avec anasarque, congestions viscérales, raréfaction des urines et arythmie. » On sait que chez les mitraux, en règle générale, l'état d'asystolie confirmée ne survient qu'à un stade assez avancé de l'affection. Il s'agit donc de malades qui ont présenté déjà, à plusieurs reprises, des crises d'hyposystolie ayant cédé au repos, au régime lacté et à la digitale. Un moment arrive où le myocarde ne réagit plus au traitement digitalique. Aidée des purgatifs et du régime lacté, la caféine peut devenir alors un médicament héroïque : rapidement, la diurèse peut se rétablir et le cœur reprendre un peu de son énergie. Potain a remarqué que son action est plus marquée si l'on commence par prescrire de la digitale pendant un ou deux jours; mais il recommande de ne pas donner la caféine avant la digitale, car il lui semble que l'effet se trouve alors diminué ou même annihilé. Chez les aortiques, la caféine se trouve contre-indiquée, ainsi que la digitale, tant que la pression artérielle est exagérée; mais, dans les périodes terminales, elle peut rendre les mêmes services que précédemment.

Enfin, il est toute une classe de cardiopathies chroniques où la caféine trouve peut-être ses principales indications : ce sont les myocardites chroniques et la dégénérescence graisseuse du cœur. Dans ces cas, d'après Pavinski, cité par Barié, la caféine se trouve indiquée « à la période où il n'y a pas encore d'œdèmes ni de dilatation du cœur, lorsque les symptômes consistent en dyspnée, en sensation d'angoisse, en accès de palpitation. Dans ces conditions, il est souvent nécessaire de stimuler aussi rapidement que possible le cœur défaillant au moyen de la caféine. Si l'état du malade paraît inquiétant, il ne faut pas hésiter à employer les hautes doses ». Lorqu'il existe des accidents de dilatation cardiaque et d'asthénie généralisée, la caféine peut également rendre quelques services.

Nous dirons peu de choses du mode d'emploi de la caféine. Huchard, Lépine ont insisté sur la nécessité d'employer des doses assez élevées ($0^{gr}50$ à 1 gramme). On peut prescrire en potion une solution aqueuse dans laquelle Tanret a conseillé d'ajouter du benzoate de soude pour augmenter la solubilité de l'alcaloïde. Si l'on veut agir rapidement, les injections hypodermiques se trouvent plus spécialement indiquées.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(14 DÉCEMBRE 1900)

M. Lamy rapporte une observation très curieuse où le syndrome **migraine ophtalmoplégique** fut le premier symptôme de la **syphilis cérébrale**. Il s'agit d'une femme de vingt-six ans qui fut prise, quelques jours après un accouchement, de crises de migraine ophtalmoplégique typique, avec douleur péri-orbitaire. Ces crises, d'abord espacées, devinrent quotidiennes, se produisant tantôt d'un côté,

tantôt de l'autre, toujours accompagnées de ptosis. Finalement, la paralysie palpébrale devint permanente à droite, et la malade présenta des phénomènes cérébraux graves : céphalée nocturne violente, perte absolue de mémoire, titubation.

Elle entra à l'hôpital et fut soumise au traitement antisyphilitique, qui eut un succès complet et rapide.

Les faits de ce genre ne s'observent pas communément; néanmoins, il en existe quelques observations incontestables. Ils rentrent dans les fausses migraines périodiques de Ballet, symptomatiques de lésions cérébrales ou méningées. Dans le cas actuel, l'allure franchement paroxystique des crises au début pouvait en imposer pour une migraine ophtalmoplégique simple; c'est au traitement qu'on doit l'établissement et la confirmation du diagnostic.

MM. Vaquez et Ribierre rapportent l'observation d'une malade qui était entrée dans leur service pour des **adénopathies multiples** (cervicales, inguinales, médiastinales), accompagnées d'une leucocytose assez considérable (1 globule blanc pour 60 rouges environ); le nombre des polynucléaires neutrophiles était très augmenté (90 p. 100). L'évolution de l'affection a pu être suivie pendant plusieurs mois; cette évolution a été progressive : les adénopathies n'ont cessé d'augmenter, l'équilibre leucocytaire restant toujours modifié au profit des polynucléaires; un très léger épanchement pleural étant survenu, l'examen du liquide, très clair du reste, a montré une quantité énorme de polynucléaires : ces éléments blancs se rencontraient également en quantité notable dans la salive et dans les urines. Pas de modification du foie et de la rate.

Les traitements mis en œuvre (médications iodurée, arsenicale) n'amenèrent aucune amélioration; on fit aussi quelques injections de sérum leucocytique préparé par M. Besredka sans observer aucune modification dans l'état général et dans l'état du sang.

La malade finit par succomber. L'examen d'un ganglion cervical, enlevé pendant la vie, a montré qu'il s'agissait d'un lymphadénome atypique, répondant à la variété décrite par MM. Bezançon et Griffon et par MM. Widal et Lesné. Mais on constatait, en outre, une lésion très intéressante qui consistait dans l'envahissement d'une grande partie du ganglion, par une masse d'éléments polynucléaires, à granulations neutrophiles analogues à ceux du sang. L'examen ne permettait pas de distinguer d'autres formes cellulaires de provenance médullaire.

En somme, on n'a pas vu apparaître dans le sang d'éléments qui n'y sont pas rencontrés normalement et l'examen du ganglion ne décèle aucune transformation myéloïde.

Toutefois, la présence constante de polynucléaires en excès dans le sang, leur apparition dans les divers liquides de l'organisme, les infiltrations ganglionnaires qu'ils avaient provoquées, font sortir ce cas du cadre des leucocytoses banales et en font une véritable polynucléose infectante qui mérite de prendre place entre les leucocytoses symptomatiques communes et la leucémie vraie.

La polynucléose de la lymphadénie peut-elle se transformer en véritable leucémie myélogène? C'est ce que l'on pourra peut-être étudier ultérieurement dans les cas de ce genre.

THÉRAPEUTIQUE

L'insomnie et son traitement.

Par M. le docteur J.-P. Lectoure.

Il y a longtemps qu'on a dit que, de tous les symptômes observés au cours des divers états pathologiques, l'insomnie est le plus constant comme le plus pénible. C'est qu'il n'est guère d'affection où elle ne se rencontre, depuis les maladies aiguës jusqu'aux dyscrasies et aux intoxications. Elle accompagne nécessairement les états fébriles, quelle qu'en soit la nature, et l'on sait combien, dans ces cas, elle est rebelle aux efforts de la thérapeutique; elle fait partie du tableau clinique de certaines intoxications, telles que l'alcoolisme; elle tourmente enfin et surtout les malades atteints d'une affection nerveuse.

C'est en effet au cours des maladies nerveuses que l'insomnie acquiert son intensité maxima, durant des semaines et des mois, privant le patient de tout repos, aggravant ses souffrances physiques. Au cours des myélites, des névralgies, de la neurasthénie, de la sciatique, de l'hypocondrie, elle vient compliquer l'affection principale, et éloigner indéfiniment l'espérance de la guérison.

Le traitement de l'insomnie mérite donc toute l'attention du praticien, d'autant qu'il ne faut guère compter, en l'occurrence, sur les hypnotiques les plus réputés. L'administration de la morphine, même à faibles doses, conduit bientôt à l'accoutumance. Vient-on à forcer la dose, alors apparaissent des symptômes d'intoxications graves, qui obligent à suspendre l'emploi du médicament. De plus, l'on ne connaît jamais d'avance la sensibilité individuelle des malades : telle dose de morphine, à peine suffisante pour calmer la douleur d'un malade, déterminera, chez un autre, des troubles toxiques plus ou moins sérieux. Enfin, l'on sait que la morphine est absolument contre-indiquée chez les enfants. Ainsi donc, la morphine peut, à dose thérapeutique, produire des accidents d'intoxication, — à dose faible conduire à l'accoutumance. Elle n'est pas, de plus, applicable à tous les cas. Autant de raisons, qui restreignent et limitent l'emploi d'une médication d'ailleurs excellente, lorsqu'elle répond à une indication véritable.

Les mêmes objections peuvent être adressées aux autres dérivés de l'opium, la codéine, la marcéine, la papavérine. Ces substances sont loin de posséder l'action hypnotique de la morphine, dont elles présentent d'ailleurs la plupart des inconvénients précédemment décrits.

Beaucoup de praticiens ont souvent recours, pour lutter contre l'insomnie, aux préparations à base d'atropine. La principale propriété de ce médicament est en effet de diminuer la sensibilité, de calmer les douleurs et les névralgies, et d'éviter ainsi au système nerveux central ces excitations continues qui sont nécessairement suivies d'insomnie.

Dans l'insomnie d'origine névralgique, l'atropine pourra être avantageusement prescrite, mais ces cas ne sont pas les plus fréquents, et l'atropine ne donnera aucun résultat lorsqu'il s'agit d'une insomnie liée à la neurasthénie, à l'hystérie ou à une maladie mentale. L'aconitine a contre elle l'inconstance de son action et son extrême toxicité. La ciguë est tombée, au point de vue spécial qui nous occupe, dans un juste oubli. Enfin, il n'est pas jusqu'aux remèdes les plus à la mode qui ne présentent de graves inconvénients. Le sulfonal n'agit pas dans toutes les insomnies, mais seulement dans les insomnies nerveuses liées à la surexcitation cérébrale : il échoue complètement, par contre, dans l'insomnie liée à la douleur ou à la dyspnée. Son élimination est fort lente; aussi faut-il, de temps en temps, en suspendre l'usage.

Ainsi donc, les reproches les plus fondés peuvent être adressés à la plupart des hypnotiques connus, depuis ceux

que nous a légués la médecine traditionnelle, comme la morphine, jusqu'aux plus récents, à ceux qui sont actuellement l'objet d'un engouement peut-être injustifié. Le Bromidia échappe à ces critiques, en utilisant des substances spéciales, d'une action hypnotique certaine, et d'une innocuité absolue. Ces substances sont le bromure de potassium et le chloral, l'extrait de chanvre indien et l'extrait de jusquiame. Les propriétés sédatives du bromure de potassium sont admises par tous les thérapeutes; elles sont surtout nettes dans les cas d'insomnie liée à un état fébrile préexistant; le bromure est infiniment moins toxique que la morphine; il ne produit pas d'accoutumance; il peut être administré aux enfants. Le chloral est l'hypnotique de choix dans tous les cas d'excitation cérébrale, depuis le nervosisme jusqu'au délire des infections aiguës. La jusquiame possède une action sédative, hypnotique, infiniment plus marquée que la belladone; elle trouve particulièrement son indication dans les maladies mentales, dans les affections cérébrales, dans la chorée. Le chanvre indien, enfin, lorsqu'il est employé à faible dose, détermine une véritable détente nerveuse, bientôt suivie d'un sommeil réparateur.

La formule du Bromidia combine heureusement les propriétés hypnagogues de ces quatre substances. Le bromure, la jusquiame et le chanvre indien jugulent les insomnies liées à la fièvre ou à la douleur, le chloral s'adresse aux insomnies d'origine nerveuse, le mélange de ces différents corps fournit donc la médication hypnotique par excellence.

Le Bromidia sera prescrit avec succès dans les insomnies dues à une lésion organique du système nerveux (myélites, apoplexie, paralysies, névralgies rebelles); dans les insomnies qui sont sous la dépendance d'un état mental particulier (névroses, neurasthénie, hystérie, mélancolie, folie chronique), et enfin dans les insomnies d'origine viscérale, cardiaque en particulier. Dans tous ces cas, l'administration du Bromidia produira les meilleurs résultats, là même où le mélange de bromure et de chloral, là même où la morphine à hautes doses avait complètement échoué. Le sommeil survient rapidement, est calme et tranquille, sans secousses ni sans rêves, et lorsque le malade se réveille, il n'éprouve aucune de ces sensations pénibles (vertiges, éblouissement, oppression gastrique), si fréquentes après l'administration des autres hypnagogues. Le Bromidia a donc sur ces derniers les avantages incontestables de déterminer à faible dose un sommeil naturel, de ne produire, au réveil, aucun malaise appréciable, de pouvoir être prescrit au même malade aussi longtemps que le besoin s'en fait sentir, de ne modifier en rien l'état général du malade. Le Bromidia est donc l'agent sûr et puissant à opposer à toutes les formes d'insomnies nerveuses, fébriles ou autres.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de pathologie interne (1), par Georges Dieulafoy.

En présentant aux lecteurs de la *Gazette* cette treizième édition du manuel de M. Dieulafoy, je ne leur ferai pas l'injure de leur donner mon appréciation sur ce livre. Tous le connaissent, tous les membres du corps médical français ont chez eux une ou plusieurs de ses précédentes éditions et ont pu l'apprécier par eux-mêmes; je n'en donne pour preuve que cette constatation : la nouvelle édition porte à 50000 le nombre des exemplaires parus j'usqu'à ce jour (édition francaise); or il y a en France 17000 médecins.

Je me borne donc simplement à signaler en quoi cette édition diffère de la précédente. Comme ses aînées, elle tient le manuel au courant de ce qu'on pourrait appeler l'actualité médicale, c'est le seul ouvrage didactique où l'on trouvera d'une façon complète la bibliographie des publications de pathologie interne récemment parues. Le manuel, ainsi rajeuni d'édition en édition, ne semble pas dater de 1880, mais en entier d'hier; comme son auteur il ne vieillit pas; tel père, tel fils.

Dans son ensemble, cette édition conserve les allures qui ont fait le succès de ses aînées. La symptomatologie, le diagnostic, le traitement sont au premier plan; pas de théories, pas de doctrines pathogéniques, tout est clinique. Cette édition est plus encore que les précédentes émaillée de faits cliniques qui en animent, qui en font vivre les chapitres. Tout le suc de l'enseignement de quatre années à la chaire de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu se trouve ainsi infusé au nouveau livre. Et ce n'est pas là un des moindres attraits de sa lecture.

Un grand nombre de chapitres ont été refaits en entier; beaucoup ont subi de nombreuses additions; néanmoins le manuel a conservé à peu de chose près son format, son aspect, sa division en quatre petits volumes faciles à mettre en poche.

Signalons à l'attention, parmi les modifications les plus importantes, celles qui concernent les paragraphes suivants : Syphilis nasale; Rhinite syphilitique hypertrophique; Perforation de la cloison et de la voûte du palais;

Œdème brightique de la glotte; Œdème syphilitique de la glotte; Pneumonie (les pneumococcies généralisées); Gangrène pulmonaire (bactériologie, anaérobies).

Syphilis du poumon;

Tout le chapitre des maladies de la plèvre (pleurésies pulsatiles, interlobaires, médiastines, aréolaires, polymorphes, syphilitiques, fétides, appendiculaires);

Tachycardie paroxystique;

Pouls lent permanent;

Maladie de Basedow (les psychoses, le traitement chirurgical);

Les maladies de l'aorte (syphilis de l'aorte, lésions cardio-aortiques du tabès).

Dans le deuxième volume (appareil digestif), ce qui a rapport à la syphilis bucco-pharyngée, aux ulcérations de l'estomac, aux ptoses viscérales, aux entéro-typhlo-colites muqueuses, membraneuses, sableuses, aux péritonites primitives et par perforation, aux ascites chyliformes, à la curabilité de la cirrhose du foie. L'appendicite prend dans ce volume la part qui est due à la *grande maladie abdominale*; ce chapitre contient en synthèse tous les travaux, toutes les communications du professeur Dieulafoy sur ce sujet. Souhaitons pour tous, médecins et malades, qu'il soit lu, relu, et médité.

Le troisième volume contient les maladies de l'appareil urinaire et du système nerveux. Y lire surtout les nouveaux paragraphes sur les albuminuries non brightiques, sur la syphilis rénale, sur les chorées mortelles, sur l'épilepsie jacksonienne, les méningites cérébro-spinales, la sciatique syphilitique, les paralysies et les névralgies syphilitiques.

Le quatrième volume contient les études nouvelles sur les maladies de la rate, du sang, ainsi que les suggestives recherches sur les cytotoxines et les hémolysines. L'étiologie du paludisme (rôle des moustiques), les rapports du diabète et du traumatisme, les complications de la fièvre typhoïde ont été aussi l'objet d'importants remaniements, nécessités par les progrès de la science médicale.

Ainsi renouvelé, le manuel constitue le livre *princeps* du médecin et de l'étudiant en médecine. Assez clair pour être compris du jeune étudiant, assez fourni de faits cliniques pour intéresser vivement le praticien, assez riche d'indications bibliographiques pour fournir au chercheur les premiers éléments de toute étude sur un sujet de clinique ou

(1) Gr. in-8°, 13e édit. entièrement refondue. Prix : 28 francs. — Paris, Masson et Cie.

de pathologie, c'est vraiment le livre de chevet de tout ce qui en France pense médicalement, écrivains médicaux, docteurs praticiens, et jeunes étudiants.

Aussi ce manuel ne s'arrêtera pas à ces 50000 exemplaires. On peut encore lui prédire longue vie et longue prospérité.

APERT.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(ACTES DU 24 AU 29 DÉCEMBRE 1900)

Examens de doctorat.

LUNDI 24 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salles nos 2 et 3* : MM. Ch. Richet, Launois et Desgrez.

3e (1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Rémy, Sébileau et Lepage; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série): MM. Segond, Mauclaire et Legueu; — (2e série) : MM. Delens, Lejars et Sébileau; — (2e partie): MM. Fournier, Gaucher et Méry; — M. Walther, suppléant.

MERCREDI 26 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire (ancien régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Tillaux, Poirier et Sébileau.

2e (nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Rémy, Retterer et Hanriot; — M. Heim, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Reynier, Lejars et Delbet; — (2e série) : MM. Reclus, Segond et Mauclaire; — (2e partie): MM. Hayem, Netter et Méry; — M. Gaucher, suppléant.

3e (oral, 1re partie, ancien régime) : MM. Walther, Varnier et Legueu.

JEUDI 27 DÉCEMBRE, à une heure. — Médecine opératoire (nouveau régime), *École pratique*, épreuve pratique : MM. Quénu, Thiéry et Hartmann.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Berger, Campenon et Wallich; — (2e partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Chauffard, Letulle et Roger.

4e (nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Proust, Gilbert et Ménétrier; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 28 DÉCEMBRE, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Ch. Richet, Rémy et André.

4e (ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz; — M. Desgrez, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Delens, Walther et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Brissaud, Teissier et Méry; — M. Letulle, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Heim, suppléant.

SAMEDI 29 DÉCEMBRE, à une heure. — Dissection, *École pratique*, épreuve pratique : MM. Richelot, Poirier et Faure.

2e (2e partie, ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Blanchard, Gley et Desgrez.

3e (2e partie, ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Joffroy, Achard et Dupré; — M. Ménétrier, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Le Dentu, Schwartz et Hartmann; — (2e partie) : MM. Debove, Troisier et Vaquez; — M. Marfan, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Bar et Wallich; — M. Campenon, suppléant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — ANATOMIE. — Séance du 14 décembre : MM. Menet, 12 + 14 = 26; Bosc, 9 + 14 = 23; Brocard, 9 + 12 = 21; Mlle Maugeret, 7 + 11 = 18; MM. Barnsby, 9 + 7 = 16; Jeannel, 3 + 12 = 15; Grosset, 3 + 8 = 11; Tassin, 10.

PATHOLOGIE. — Séance du 11 décembre : MM. Paisseau, 13 + 8 = 21; Rodocanachi, 10 + 8 = 18; Roche, 9 + 8 = 17; Dromard, 5 + 10 = 15; Liné, 11 + 8 = 19.

Séance du 14 décembre : MM. Gernez, 15 + 14 = 29; Touchard, 13 + 11 = 24; Guénot, 12 + 11 = 23; Jamet (Julien), 10 + 10 = 20; Dieu, 11 + 9 = 20; Foisy, 12 + 6 = 18; Mlle Delporte, 9 + 7 = 16; M. Matsoukis, 10 + 4 = 14.

Séance du 15 décembre : MM. Chevassu, 12 + 13 = 25; Mercadé, 12 + 13 = 25; Heitz, 14 + 10 = 24; Horteloup, 10 + 12 = 22; Tixier (Léon), 10 + 9 = 19; Duval, 10 + 7 = 17; Sauvé, 4 + 11 = 15; Prunier, 6 + 8 = 14; Lemaître (Georges), 3 + 5 = 8.

Distinctions honorifiques. — Par décrets, en date des 8, 11 et 14 décembre, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de grand-officier : M. le professeur Brouardel.

Au grade de commandeur : M. le professeur Terrier.

Au grade d'officier : M. le docteur Armaingaud.

Au grade de chevalier : MM. les professeurs Coyne et Renaut; les docteurs Bourges, Depasse, Duflocq, Goubert, Houillon, Janet, Larat, Leprince, Poix, Reygondaud, Richard (Jules).

— M. le docteur Levère (de Béziers), vice-président du Conseil d'hygiène, vient d'être nommé officier d'Académie.

Marine. — M. le médecin de première classe Durand, du cadre de Toulon, est désigné pour aller servir au 10e d'infanterie de marine en Annam, en remplacement de M. le docteur Ilbert.

— M. le médecin-inspecteur Boisseau, directeur du service de santé du 6e corps d'armée, membre du Comité technique de santé, est promu au grade de médecin-inspecteur général dans le cadre du corps de santé militaire en remplacement de M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz, placé dans la section de réserve.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 49e semaine, 898 décès, chiffre voisin de celui de la semaine précédente (897) et sensiblement plus favorable que la moyenne ordinaire des semaines de décembre (947).

La fièvre typhoïde a causé 11 décès (au lieu de 10 pendant la semaine précédente). Le nombre des cas nouveaux déclarés par les médecins reste également stationnaire (57 au lieu de 55).

La variole a causé 14 décès (au lieu de 17, pendant la semaine précédente). Mais, d'autre part le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins continue à augmenter (132 au lieu de 109 pendant la semaine précédente, et au lieu de 74 antérieurement).

La rougeole a causé 2 décès (la moyenne est de 7); la scarlatine, 4; la coqueluche, 2, et la diphtérie, 10 décès. Ces chiffres sont voisins de la moyenne.

La diarrhée infantile a causé 25 décès de 0 à 1 an. Ce chiffre est identique à la moyenne.

En outre, 38 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 113 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente et sensiblement plus faible que la moyenne ordinaire de la saison (145). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 18 décès (au lieu de moyenne 24); bronchite chronique, 25 (au lieu de la moyenne 29); broncho-pneumonie, 39 (au lieu de la moyenne 47); pneumonie, 31 (au lieu de la moyenne 45).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 42 décès, dont 27 sont dus à la congestion pulmonaire; en outre, 3 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 169 décès (au lieu de la moyenne 184); la méningite tuberculeuse, 16; la méningite simple, 20; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 29 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 63 décès; les maladies organiques du cœur, 50; le cancer a fait périr 53 personnes; enfin 27 vieillards sont morts de débilité sénile.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 145. — JEUDI 20 DÉCEMBRE 1900. 73e ANNÉE. JEUDI 20 DÉCEMBRE 1900. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

AVIS

Le succès que nous avons obtenu avec notre numéro spécial du Congrès nous engage à offrir gracieusement à nos nouveaux abonnés les quelques exemplaires qui nous restent.

Tous les abonnements pris dès maintenant, pour l'année 1901, seront servis avec cette brochure jusqu'à épuisement, par ordre d'inscription. Nous pensons être agréables à nos nouveaux lecteurs en y ajoutant les numéros parus en décembre.

Nous rappelons qu'on peut s'abonner directement sans frais dans tous les bureaux de poste.

SOMMAIRE. — SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. Éloge de M. Charcot, par M. le professeur DEBOVE; — Prix décernés pour 1900. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle du 18 décembre 1900.
Présidence de M. MAREY.

L'Académie de médecine a tenu hier, sous la présidence de M. le professeur MAREY, sa séance solennelle. M. le docteur Vallin, secrétaire annuel, lit son rapport général sur les prix décernés en 1900. Nos lecteurs trouveront plus loin les noms des lauréats; puis la parole est donnée à M. le professeur Debove pour prononcer l'éloge de J.-M. Charcot, que nos lecteurs trouveront ci-dessous.

ÉLOGE DE J.-M. CHARCOT

Par M. le professeur DEBOVE.

Messieurs,

Lorsque la mort nous enlève un de nos maîtres, tout entiers à la douleur, nous serions incapables d'analyser son œuvre; mais peu à peu le temps exerce son action bienfaisante et le regard s'éclaircit. Aujourd'hui nous pouvons parler de Charcot que nous avons perdu il y a sept ans. Je ne me dissimule pas combien il est difficile de le faire revivre, je n'y réussirais pas si vous ne l'aviez tous connu et si vos souvenirs ne suppléaient à l'insuffisance de mon discours.

Il était né à Paris le 29 novembre 1825, d'une famille peu fortunée. Il avait, comme beaucoup d'entre nous, rencontré au début de sa carrière des difficultés sérieuses. Il donna des leçons pour vivre. Ces commencements ont peut-être contribué à tremper son caractère. L'adversité est un maître qui brise les hommes inférieurs et développe les qualités de ceux que la nature a destinés aux premiers rangs. C'est en partie à ces dures épreuves, que Charcot dut son énergie, sa capacité de travail.

Avant de parler de sa carrière scientifique, rappelons les titres de sa carrière officielle. Il avait commencé ses études médicales en 1844, il fut successivement nommé au concours, interne des hôpitaux (1848), chef de clinique (1853), médecin des hôpitaux (1856), agrégé de la Faculté (1860). — En 1872, il devint professeur d'anatomie pathologique et membre de cette académie. En 1882, on créait pour lui, à la Salpêtrière, une chaire de clinique des maladies nerveuses; en 1883, il entrait à l'Institut.

Tous ces titres pourront être portés par bien des hommes avant que la nature nous ait rendu un Charcot. Le seul d'ailleurs qui, à nos yeux, subsiste encore est celui de médecin de la Salpêtrière. C'est là qu'il fit tous ses grands travaux. Il y avait été interne, il en devint médecin en 1862 et il y resta jusqu'à sa mort, c'est-à-dire plus de trente ans; il a expliqué pour quelles raisons scientifiques, il s'y est attaché. « Ce grand asile, écrit-il, renferme une population de plus de 5000 personnes, parmi lesquelles figurent en grand nombre, sous le titre d'incurables admises à vie, des sujets de tout âge, affectés de maladies chroniques de tout genre, de celles en particulier qui ont pour siège le système nerveux, les types cliniques s'offrent à l'observation, représentés par de nombreux exemplaires qui permettent de considérer l'affection du même coup d'une façon pour ainsi dire permanente, car les vides qui se font avec le temps, dans telles ou telles catégories, sont bientôt comblés... Nous sommes, en d'autres termes, en possession d'une sorte de musée pathologique vivant dont les ressources sont considérables. »

Il faut noter qu'autrefois la Salpêtrière était peu fréquentée des élèves; on n'était distrait, ni par leurs questions, ni par la nécessité de les instruire. On jouissait de ce calme nécessaire au recueillement qui permet seul le travail fructueux. Je me rappellerai toujours avec émotion l'année 1873 où j'avais l'honneur d'être interne du maître. Il n'avait pas encore cette auréole qui attirait des auditeurs avides de s'instruire ou des médecins qui considéraient comme un titre d'avoir été son élève. L'année s'écoula presque dans le tête à tête, dans des conversations intimes, toujours scientifiques, mais non toujours exclusivement médicales.

Charcot ne put jamais se décider à quitter la Salpêtrière, il s'y plaisait, toute la population l'aimait, malgré une certaine rudesse apparente. C'est avec raison qu'on a choisi la chapelle de cet hospice pour y célébrer ses funérailles et qu'on a érigé sa statue sur la petite place qui le précède. Il l'a illustré par une série de travaux, qui sont connus des médecins de tous les pays et qui sont une gloire pour la médecine française. Si on était tenté de penser que nous exa-

gérons leur valeur parce que nous sommes ses élèves, ses amis ou ses compatriotes, il suffirait de demander leur opinion aux médecins étrangers. Ils sont en dehors de nos divisions, ils représentent dans une certaine mesure le jugement de la postérité. A la nouvelle de la mort de Charcot, ils ont montré leurs sentiments dans des séries d'articles. Je n'en citerai qu'un, celui du professeur Pick (de Prague).

« La France, écrit-il, a perdu son plus grand médecin... et ce n'est pas seulement la France qui pleure sur cette tombe du maître des neurologistes, mais le monde médical tout entier, car son œuvre a dépassé les limites de sa patrie. Le secret de sa grandeur et des progrès de notre science est dans ce fait, qu'en lui les qualités du savant français avaient été portées dans toute leur pureté à un degré incomparable si bien qu'on a pu dire qu'il personnifiait le génie national. »

Disons encore que l'admiration des savants étrangers pour notre illustre maître s'est traduite d'une façon particulière. Sa statue est due à une souscription publique, la moitié des fonds ont été souscrits par des médecins qui n'étaient pas nos compatriotes.

Si on veut entrer dans le détail de ses travaux, on trouve qu'ils traitent des sujets très divers. Nous les indiquerons brièvement. Exposer ses titres scientifiques, dépasserait de beaucoup les limites de temps et d'espace qui nous sont accordées.

Son long séjour à la Salpêtrière l'avait conduit à étudier les maladies des vieillards, mais c'est par ses travaux d'anatomie pathologique et surtout de neurologie qu'il doit être considéré comme un maître.

Quel que fût le sujet de son cours d'anatomie pathologique, publié presque en entier, il s'y préparait par de nombreuses lectures et en passant de longues heures dans son laboratoire. Il vérifiait les recherches antérieures et en faisait de nouvelles. Il ne séparait pas l'anatomie pathologique de la clinique, il voulait qu'elle ne fût pas réduite à la contemplation de la lésion morte, mais qu'on se représentât l'organe, vivant, agissant, exerçant les fonctions qui lui sont propres, et qu'on remontât jusqu'aux causes qui l'avaient altéré.

Justement fier des résultats qu'il avait obtenus en étudiant l'anatomie pathologique, sans perdre de vue le malade, lorsqu'il étudiait la lésion, Charcot voulait que l'anatomie pathologique fût enseignée par des cliniciens, et non dans des Instituts spéciaux, ainsi que cela se pratique en Allemagne. Il serait certes préférable qu'on pût étudier à fond toute la médecine, mais elle devient trop vaste, chacune de ses branches exige des connaissances trop particulières pour qu'on puisse être également apte aux recherches de clinique et aux recherches d'anatomie, et les cliniciens qui cultivent l'anatomie pathologique sont bien aises de rencontrer des savants ayant passé leur vie dans les laboratoires, capables de les guider et de leur éviter des erreurs.

Quelque importants que soient les travaux de Charcot en anatomie pathologique, on peut dire qu'il s'est montré génial, surtout dans ses travaux de neurologie.

Pour se rendre compte jusqu'à quel point il a transformé dans cette branche de la science médicale, il suffit de prendre un traité de pathologie comme celui de Grisolle, ouvrage justement estimé et qui représente bien l'état de la science vers 1860. Les maladies de la moelle, par exemple, y sont traitées en quelques courts chapitres intitulés : congestion, inflammation, apoplexie, hypertrophie, atrophie, induration, ramollissement. On s'aperçoit que cette partie de la pathologie a, pour ainsi dire, été inventée en appliquant à la moelle ce qu'on avait observé ou cru observer dans d'autres organes. Citons une phrase qui montre bien l'embarras d'un esprit aussi distingué que celui de Grisolle : « Jusqu'à présent, écrit-il, il est absolument impossible de déterminer avec précision les altérations qui peuvent caractériser la myélite chronique. » C'est surtout grâce aux travaux de Charcot que la pathologie nerveuse est devenue ce que nous la voyons aujourd'hui. Il déclare même son domaine si vaste, qu'il faut s'y consacrer pour le bien connaître. Il réclame qu'elle soit enseignée dans des chaires spéciales, alors qu'il avait nié l'utilité d'instituts destinés à l'étude de l'anatomie pathologique.

N'attendez pas de moi l'exposé de son œuvre en pathologie nerveuse, il a déjà été fait avec une compétence supérieure à la mienne, j'indiquerai seulement les grands traits qui la caractérisent.

Avant les travaux de Charcot, la moelle était généralement considérée comme un organe simplement formé de deux substances, l'une blanche, l'autre grise; il a contribué, plus que personne, à démontrer qu'elle est formée de faisceaux dont la fusion est seulement apparente, qui ont une physiologie, un développement et une pathologie distincts. Ces découvertes ont été faites en dehors des recherches expérimentales, parce que la maladie avec une précision extrême, dans les myélites systématiques, détruit ou altère les faisceaux que le scalpel de l'opérateur ne pourrait jamais atteindre isolément.

Dans l'étude des maladies du cerveau, Charcot fut encore conduit par l'idée que cet organe est formé d'une série de parties dont la fusion est seulement apparente mais dont les fonctions sont distinctes. Il avait été précédé dans cette voie, mais on peut dire cependant qu'il a fait sienne cette doctrine des localisations cérébrales, par les preuves qu'il en a données.

Ses études ne furent pas limitées aux maladies organiques du système nerveux; elles s'étendirent aux névroses, particulièrement à l'hystérie et à l'hypnotisme.

Il a fallu toute sa fermeté pour aborder ce genre de recherches. L'hystérie et l'hypnotisme avaient mauvaise réputation. On admettait que toutes les hystériques étaient des simulatrices. Nous disons simulatrices parce qu'il y a peu d'années encore on croyait cette maladie spéciale au sexe féminin, il suffisait qu'il s'agît d'un homme pour qu'on se crût autorisé à l'éliminer. Aujourd'hui nous savons qu'elle existe dans les deux sexes, certains prétendent même qu'elle est plus fréquente chez l'homme où elle se présente avec des caractères spéciaux. Cette notion de fréquence de la forme masculine a été établie par Charcot. C'est encore à lui que nous devons la connaissance de l'hystérie traumatique, c'est-à-dire des accidents relevant de cette névrose et développés sous l'influence d'un traumatisme. L'hystérie est ainsi devenue un des plus gros chapitres de la pathologie, et de même que les grands empires finissent par être démembrés, on se demande s'il ne sera pas distrait de son vaste domaine, un certain nombre d'accidents que nous rapportons à cette seule maladie.

Si ce sujet était épineux, l'hypnotisme l'était bien davantage. De temps immémorial il était abandonné aux charlatans et aux thaumaturges. Dès que notre maître eut marqué son intention d'étudier des faits que les médecins n'auraient jamais dû négliger, ses amis et ses collègues s'efforcèrent de l'en dissuader. Heureusement il résista et analysa des états pathologiques qui ont toujours vivement préoccupé le public. Il n'y a en effet rien de plus troublant au point de vue de la responsabilité humaine que les phénomènes de la suggestion. Mais quelque difficile que soit l'interprétation des faits, il ne faut ni les nier, ni leur refuser un caractère scientifique.

Ces études ne sont pas seulement intéressantes pour le médecin, elles le sont pour le philosophe. Pour montrer cet intérêt nous rappellerons ce que Charcot dit de la foi qui guérit, des miracles. Il n'est question bien entendu ici que des miracles médicaux.

Ce sujet ne peut nous laisser indifférents, car le but es-

sentiel de la médecine est la guérison des malades, sans distinction des procédés à mettre en œuvre. « La guérison, écrit Charcot, d'apparence particulière, produit direct de la foi qui guérit, que l'on appelle communément en thérapeutique du nom de miracle est, on peut le déterminer dans la majorité des cas, un phénomène naturel, qui s'est produit de tout temps, au milieu des civilisations et des religions les plus variées, de même qu'actuellement on l'observe sous toutes les latitudes. Les faits dits miraculeux ont un double caractère, ils sont engendrés par une disposition spéciale de l'esprit du malade, une confiance, une crédibilité, une suggestibilité dont la mise en mouvement est d'ordre variable. D'autre part le domaine de la foi qui guérit est limité ; pour produire ses effets, elle doit s'adresser à des cas dont la guérison n'exige aucune autre intervention que cette puissance que l'esprit possède sur le corps... Ses limites, aucune intervention n'est susceptible de les lui faire franchir, car nous ne pouvons rien contre les lois naturelles. On n'a jamais noté que la foi qui guérit ait fait repousser un membre amputé ; par contre, c'est par centaines qu'on trouve des guérisons de paralysie...

... Les sanctuaires se ressemblent tous, sont tous coulés dans le même moule... A travers les âges, parmi les civilisations les plus diverses, au milieu des religions les plus dissemblables en apparence, les conditions du miracle sont restées identiques... Ceux qui trouvaient la guérison dans l'Asclepeion, ornaient les parois du temple d'hymnes votives et surtout de bras, de jambes, de cous, de seins, en matière plus ou moins précieuse, objets représentatifs de la partie du corps qui avait été guérie par l'intervention miraculeuse... Au fond du sanctuaire, la statue miraculeuse; parmi les serviteurs du temple des prêtres médecins chargés de constater ou d'aider les guérisons... De tous les demes de la Grèce ceux qu'anime la foi qui guérit s'acheminent vers le sanctuaire pour obtenir la guérison de leurs maux. Dès leur arrivée afin de rendre le Dieu favorable, ils déposent sur l'autel de riches présents et se plongent dans la fontaine purificatrice qui coule dans le temple d'Esculape... Les siècles ont passé, mais la source sacrée coule toujours. »

Charcot fut avant tout un clinicien.

Le clinicien est l'homme qui, étudiant un malade, sait apprécier l'importance des symptômes principaux et faire un diagnostic d'où découlent nécessairement le pronostic et le traitement. Cet art du diagnostic est inégalement réparti parmi les médecins. Charcot l'avait au plus haut degré. N'eût-il eu que cela, il eût été un praticien distingué, il fut en réalité un clinicien de génie. Son sens clinique ne s'exerça pas seulement sur des maladies connues, classées, il sut par l'analyse des symptômes créer des espèces morbides qui jusque-là avaient échappé à l'attention des observateurs. L'homme de génie est celui qui augmente la somme des connaissances transmises par les générations précédentes, qui sur un point quelconque refoule la zone de ténèbres qui nous enveloppe. A ce point de vue, nous pouvons appliquer à Charcot le mot génie dont on abuse tant aujourd'hui.

Justement fier des résultats obtenus par la seule clinique, Charcot lui attribuait une sorte de prééminence, et ne voulait pas en particulier qu'elle fût subordonnée à la physiologie. « Il existe en pathologie, écrit-il, tout un domaine qui appartient en propre au médecin, que lui seul peut cultiver et faire fructifier et qui restera nécessairement fermé au physiologiste qui, systématiquement confiné dans le laboratoire, dédaignerait les enseignements de la salle d'hôpital. » Faisant l'éloge de Vulpian, le maître revient sur cette idée : « Les données expérimentales, dit-il, en tant du moins qu'il s'agit de la pathologie de l'homme, restent presque toujours sans applications légitimes lorsqu'elles ne sont pas incessamment soumises au contrôle suprême de la clinique. »

Il est cependant de toute évidence qu'il n'y a pas de hiérarchie dans les sciences, qu'aucune d'elles n'exerce un contrôle suprême sur les autres, et qu'une vérité dans une science ne peut cesser d'être vérité dans une autre. La science est une et, si nous la divisons en branches, c'est parce que la vie humaine est trop courte et le regard de l'homme trop limité pour qu'il nous soit possible d'étudier la science dans son ensemble, d'où la nécessité de la division du travail.

Il est intéressant de rechercher pourquoi Charcot attribuait cette prééminence à la clinique. D'abord, il était clinicien et cette raison devait agir sur son esprit, à son insu. Puis il se rappelait l'influence néfaste exercée sur la pathologie de la moelle, par les médecins qui avaient voulu la déduire de la physiologie. Des expérimentateurs avaient sectionné ou détruit la moelle de diverses manières, avaient étudié les troubles qui en résultent, les avaient expliqués par des théories, et on avait voulu introduire ces théories en médecine comme s'il s'agissait de vérités. C'est le souvenir de ces tentatives qui faisait repousser à Charcot l'envahissement de la médecine par la physiologie et lui faisait rappeler que les médecins, par l'étude des maladies médullaires, avaient plus contribué à faire connaître les fonctions de la moelle, que n'avaient pu le faire les recherches des physiologistes. Dans son enthousiasme clinique il dit même en parlant de la pathologie expérimentale : « Les maladies constitutionnelles et diathésiques paraissent lui être inaccessibles. » Au lieu du mot « paraissent », il faudrait dire aujourd'hui « paraissaient ».

Charcot ne se contentait pas d'observer la nature. Il était érudit. A l'époque où il commençait ses études, la bibliographie médicale était bien restreinte, on connaissait les travaux des anciens médecins qui avaient écrit en latin, ceux de nos compatriotes et de rares ouvrages traduits des langues étrangères. Mais en général on s'inquiétait peu de ce qui ne se publiait pas chez nous. Charcot se mit courageusement à l'étude d'abord des langues, puis des littératures médicales étrangères ; rien d'important ne paraissait, en quelque langue que ce fût, qu'il n'en eût connaissance. Il accumulait les ouvrages les plus divers dans sa bibliothèque, la plus riche qu'aucun médecin de nos jours ait possédée. Il en ouvrait libéralement les portes à tout venant, fût-il son élève ou non, et ce qui était plus précieux encore, il était toujours prêt à vous guider de ses conseils.

Il connaissait particulièrement la littérature allemande, à une époque où, abusés par un orgueil que favorisait notre ignorance, nous croyions qu'il ne se faisait rien de bien que sur les bords de la Seine. Charcot a même écrit à ce sujet des lignes qu'on peut appeler prophétiques si vous voulez bien ne pas les limiter aux choses de la médecine et penser à la date où elles ont été écrites : « Pendant plus de dix ans ce grand mouvement intellectuel, écrit-il en 1867, parlant de l'Allemagne, est resté presque inaperçu en France. De temps en temps quelque observateur prévoyant cherchait à le signaler à l'attention publique, mais il fallait lutter contre l'indifférence générale et pendant que tout s'agitait en Allemagne, nous restions en France occupés d'autres soins. Enfin le jour s'est fait et l'on a compris qu'une grande puissance venait de s'élever à côté de nous et qu'il fallait compter désormais avec la science d'Outre-Rhin. »

Après avoir trop négligé les travaux allemands nous tombons aujourd'hui sur un autre écueil déjà signalé par Charcot. « Tandis qu'en France, dit-il, on est trop disposé peut-être à ne tenir compte que des travaux allemands, nos voisins grisés par le succès semblent persuadés que l'empire de la science leur appartient désormais. » Et il ajoutait à propos d'un illustre savant étranger qui, sous prétexte de

science, nous avait attaqués : « Il n'est permis à personne d'oublier que la science n'est d'aucun pays et n'appartient en propre à aucune race. » Il est inutile de vous rappeler cette vérité : lorsque vous nommez des correspondants étrangers, dans l'apréciation de leurs titres, vous ne tenez compte que de leurs travaux scientifiques.

Charcot lisait tout ce qui se publiait en médecine, pour peu que la chose méritât la moindre attention. Lorsque, dans ses lectures, il trouvait qu'on ne lui avait pas attribué ce qu'il croyait lui appartenir, il n'était point satisfait et, s'il s'agissait de jeunes médecins, il n'hésitait pas à marquer son mécontentement. Peut-être poussait-il un peu loin cet instinct de la propriété. Riche comme il l'était, il eût pu fermer les yeux sur le sort des miettes qui tombaient de sa table. Et d'ailleurs qu'est-ce qui nous appartient? Si l'art est personnel, la science est impersonnelle. Une découverte a été précédée par d'autres qui l'ont amenée, suivie par d'autres qui l'ont mise en valeur. Qui attribuera jamais à chacun ce qui lui est dû? A part certains savants privilégiés, la masse des travailleurs doit être satisfaite d'avoir contribué à augmenter la somme des connaissances humaines, sans en tirer ni gloire ni profit, et les hommes, fatalement ingrats, profitent tous les jours des labeurs accumulés des savants de tous les siècles sans se soucier d'attribuer à chacun ce qui lui revient.

Si d'ailleurs Charcot voulait qu'on reconnût son mérite, il ne méconnaissait pas celui des autres, il est facile de le prouver par ce qu'il a dit de Duchenne (de Boulogne) et de Pasteur.

Notre distingué et sympathique bibliothécaire, M. Dureau, a écrit, dans la *Grande Encyclopédie*, un article sur Charcot; il faisait à cette occasion l'éloge de Duchenne (de Boulogne).

On lui fit observer que le maître trouverait peut-être exagéré ce qui était dit de son prédécesseur. « Ses recherches originales, avait écrit M. Dureau parlant de Charcot, relatives aux amyotrophies primitives, aux amyotrophies spinales, à la sclérose latérale amyotrophique, affections jusqu'alors confondues, sont venues éclairer et compléter les travaux antérieurs de Duchenne (de Boulogne), auquel M. Charcot n'a jamais cessé de rendre pleine justice »... « et qu'il aime à appeler son maître en neuropathologie », ajouta Charcot de sa main sur l'épreuve qui lui fut communiquée.

Pendant que, sous l'impulsion de Charcot, nos connaissances des maladies nerveuses se transformaient, une transformation non moins importante s'opérait dans l'étude des maladies virulentes, grâce aux travaux de Pasteur. Charcot les suivait avec intérêt, il n'intervenait pas dans les discussions qu'elles provoquaient au sein de cette académie parce qu'il avait l'habitude de parler seulement des choses qu'il connaissait bien et qu'il avait particulièrement étudiées. Cependant un jour il rompit le silence, indigné du fond et de la forme des critiques adressées à l'illustre savant qui venait de découvrir la vaccination antirabique. « Oui, dirai-je à mon tour, s'écriait-il, persuadé que j'exprime l'opinion de tous les médecins qui, sans parti pris, sans préjugés, se sont occupés de la question, l'inventeur de la vaccination antirabique peut, aujourd'hui plus que jamais, marcher la tête haute et poursuivre désormais l'accomplissement de sa tâche glorieuse, sans se laisser détourner un seul instant par les clameurs de la contradiction systématique ou par les murmures insidieux du dénigrement. » On peut dire de Charcot ce qu'il disait de Vulpian : « Récemment, s'écriait-il, nous l'avons entendu, au sein de l'Académie de médecine, défendre la cause d'un illustre savant avec toute l'ardeur, toute la passion même d'une conviction profonde et toute l'indignation que suscite dans une âme droite le sentiment d'une agression qui ne lui paraît pas justifiée. »

Après avoir parlé de Charcot comme savant, comme inventeur, nous le montrerons dans sa carrière professorale.

Il avait la première qualité du professeur, le sens critique qui permet de discerner l'ivraie du bon grain; on ne saurait en être dépourvu lorsqu'on a enrichi la science de tant de travaux personnels. Il avait aussi le talent de plume indispensable à tout professeur, car nos auditoires sont nécessairement restreints et celui qui ne saurait répandre son enseignement au delà de son amphithéâtre aurait une action bien limitée. Charcot avait un style simple, il ne visait point à l'effet; mais ses descriptions restent dans la mémoire, elles donnent aux choses un relief tel qu'il devient difficile de les concevoir autrement.

Au début de son enseignement, Charcot parlait mal, il n'était pas orateur, ce qui lui créa des obstacles dans la carrière des concours. Ne pouvant improviser, il était obligé d'écrire complètement ses leçons. Cette difficulté fut, à certains égards, heureuse pour lui, il ne nous a laissé que des leçons travaillées. La nécessité où il était de réfléchir à la forme l'a toujours préservé de ces improvisations brillantes qui séduisent un auditoire, mais sont si opposées au véritable esprit scientifique.

Cependant, devenu un professeur incomparable à force de professer, il avait acquis l'intonation, le geste et la mimique qui doivent nécessairement accompagner l'enseignement oral. Il ne disait pas seulement bien ses leçons, il savait les mettre en scène. Les maladies étaient présentées, dans des conditions telles qu'on pût voir leurs principaux symptômes. La nature de son enseignement le favorisait à ce point de vue. On peut montrer la démarche d'un ataxique, le tremblement d'une sclérose en plaques, une attaque de nerfs, etc. Dans un service de clinique générale, il serait bien difficile de montrer à distance quelque chose d'intéressant sur des malades atteints de maladies infectieuses. Ce talent de mise en scène a été souvent reproché à notre maître, on l'a également blamé de laisser pénétrer dans son amphithéâtre des personnes étrangères à la médecine qui tenaient le public au courant de son enseignement. Ces critiques lui ont surtout été adressées à l'occasion de ses recherches sur l'hypnotisme. Mais lorsqu'une question excite vivement la curiosité, quelque effort qu'on fasse, on ne saurait tenir ses travaux à l'abri des yeux indiscrets. On n'évitera d'ailleurs jamais la malveillance de ceux qui cherchent à expliquer par leur horreur de la publicité la rareté de leurs auditeurs.

Si Charcot professait admirablement, il est un autre côté de ses fonctions professorales qu'il remplissait moins bien, il fut loin d'être un examinateur modèle. Son indulgence pour les candidats était, au fond, peu flatteuse. Il les recevait, quoique ne sachant pas grand'chose, sous prétexte qu'ils n'en sauraient jamais davantage. Cependant, il n'est pas donné à tout le monde d'être génial ou d'avoir sur la science des aperçus nouveaux : la Faculté ne fait pas seulement des savants, elle fait aussi des praticiens. Pour Charcot, tout étudiant qui ne paraissait pas apte aux recherches scientifiques ne l'intéressait guère. Il avait à ce point de vue des principes aristocratiques, il s'occupait de la tête, peu lui importait le reste; aussi pouvons-nous dire qu'il ne fut pas un bon examinateur. Fut-il un meilleur juge dans les concours?

Cette question des concours est singulièrement passionnante, les intérêts en jeu sont considérables et les juges sont facilement accusés de partialité. Permettez-moi de rappeler l'opinion de Charcot sur les concours, celle qu'il développait dans l'intimité.

Il est certain que si on proposait d'établir le concours pour les hauts grades de notre carrière, tels que l'académie et le professorat, on ne serait heureusement pas écouté; arrivés à un certain âge les hommes ont un passé qui per-

met de les apprécier plus justement qu'on ne saurait le faire par aucune sorte d'épreuves. Inversement, au début de leur carrière, les étudiants n'ayant aucun passé scientifique ne peuvent et ne doivent être jugés que sur leurs épreuves de concours. Mais entre les grades du début et ceux de la fin, il y a des étapes intermédiaires, on concourt pour être médecin d'hôpital, pour devenir agrégé. Ici, le candidat est déjà connu par ses concours antérieurs, par l'opinion de ses précédents juges, par celle de ses concurrents, et surtout par ses travaux : ne pas tenir un large compte de ceux-ci serait transformer nos concours en joutes oratoires. Les jeunes médecins ne fréquenteraient guère les hôpitaux, encore moins les laboratoires, s'inquiéteraient surtout de l'art de bien dire, peu leur importerait la vérité, ils s'attacheraient surtout à présenter les choses sous une forme agréable. C'étaient là des arguments bien souvent exposés par notre savant maître, mais nous ne pouvons lui donner complètement raison. Si on supprimait le concours, on ne peut s'empêcher de penser avec inquiétude à ce qui pourrait le remplacer et on se demande si des raisons tout à fait étrangères à la science ne détermineraient pas les choix. Dans l'état actuel des choses, on peut dire qu'un juge est juste lorsqu'il vote pour le candidat qui lui paraît le plus digne d'être nommé, soit qu'il attache plus d'importance aux épreuves du concours ou aux titres scientifiques. Pour Charcot, ces derniers seuls étaient importants; inaccessible à toute influence extra-médicale, il ne comprenait pas qu'une recommandation ne fût pas basée sur l'opinion qu'on pouvait avoir de la valeur des candidats. Il a été accusé de favoriser ses élèves. Ce reproche est peut-être fondé, mais n'est-il pas naturel d'incliner du côté de collaborateurs, de confidents scientifiques qu'on a initiés aux difficultés des recherches personnelles? D'ailleurs, il les choisissait. Une fois entrés dans son service, il les associait à tous ses travaux, sa maison leur était ouverte, ils devenaient membres de sa famille, il s'attachait à eux, il était impossible de ne pas s'attacher à lui. Il y avait parfois des brouilles, ce qui complétait la ressemblance avec une famille; elles étaient ordinairement passagères. La veille de sa mort, à propos d'un dissentiment avec un de ses élèves justement préféré, il laissait voir toute son émotion et finissait par conclure que cela passerait, qu'il serait bien malheureux de penser que leur désaccord pût persister.

Les personnes étrangères à notre carrière ne peuvent s'imaginer quelle affection unit chez nous le maître à l'élève. Un jour parlant de cet affectueux attachement, j'émus Charcot. Présidant comme professeur la thèse d'un de mes élèves, aujourd'hui médecin des hôpitaux, je siégeais à côté de Charcot; je rappelai combien sont tendres les liens de maître à l'élève, j'insistai sur ce que j'étais bien placé pour le sentir, me trouvant à côté d'un de mes maîtres, en face d'un de mes élèves. Celui qui aurait alors observé Charcot à distance aurait vu sa figure se rembrunir et prendre un air sévère, mais moi, qui étais à côté de lui, je vis une larme au coin de sa paupière : c'est ainsi qu'il a toujours paru si différent pour qui le voyait de loin et pour qui l'observait de près.

Il ne fut pas moins dévoué à ses amis qu'à ses élèves. Au premier rang de ses amis était Vulpian et lorsqu'il eut le malheur de le perdre, délégué par l'Institut pour lui adresser un dernier adieu, voici en quels termes il racontait le début de leur liaison : « Je rencontrai Vulpian, il y a trente-sept ans de cela, à l'hôpital de la Pitié où nous venions l'un et l'autre exercer la fonction d'interne. Parisiens tous les deux, nous entrions dans notre vingt-cinquième année; une parfaite communauté de sentiments, d'idées, de tendance et jusqu'aux difficultés de l'existence qui nous étaient communes, nous avaient bien vite rapprochés, ce fut pour la vie. » Nous avons vu aussi, près de Charcot, des amis de sa jeunesse, qui n'avaient point réussi dans leur carrière; sa haute situation n'avait point modifié ses sentiments et s'il est généralement vrai que nul ne peut se vanter d'avoir un ami, s'il n'a traversé des jours malheureux, cette épreuve n'était pas nécessaire quand on avait Charcot pour ami.

Ce que nous venons de dire étonnera ceux qui n'ont vu que son masque impénétrable; il était en réalité timide et facile à émouvoir. Dès qu'on a conscience d'une de ses faiblesses, on cherche à la combattre, on fait un effort, on cesse d'être naturel, on dépasse la mesure, le timide paraît audacieux, et celui qui est sensible paraît à l'abri de toute émotion. Charcot cachait derrière un grand calme une émotivité profonde. Il ne pouvait, sans être touché, voir la souffrance humaine, il ne pouvait refuser d'assister un malheureux qui implorait son secours, quelle que fût la forme sous laquelle dût se manifester cette assistance. Il ne pouvait davantage voir souffrir les animaux. Incapable de prendre part à une vivisection, il les admettait avec répugnance et parlait avec horreur des cruautés que la recherche scientifique n'excuse pas. Voyageant avec lui en Espagne, nous assistâmes à une course de taureaux; l'attrait de la nouveauté, l'éclat des costumes, l'enthousiasme du peuple piquèrent, je l'avoue, ma curiosité; mon maître me prit vivement à partie et me déclara qu'il était indigne d'un Français de s'intéresser à une pareille tuerie. Il n'était pas plus tendre pour les chasseurs; il rappelait que, si la chasse est l'image de la guerre, celle-ci ne fait pas l'honneur des hommes. Il était particulièrement sévère pour cette variété de chasseurs qui font forcer une pauvre bête par des chiens pour l'égorger ensuite; spectacle aussi cruel que celui des courses de taureaux, aussi suranné par le costume des acteurs, avec cette différence cependant que ces acteurs ne courent aucun danger.

C'est peut-être à cause de cette grande sensibilité, que Charcot était facilement ému des critiques qui lui étaient adressées soit par des journaux, soit par de lâches lettres anonymes. Il est cependant impossible de s'élever sans être exposé à des attaques soit par le fait de l'envie, soit qu'on ait contredit l'opinion publique surexcitée par la passion. C'est ce qui arriva dans une affaire dont je n'aurais pas osé parler, si depuis, d'autres affaires... je veux parler de son expertise sur l'état de santé d'un aventurier qui eut son heure de célébrité. Charcot fut un des médecins chargés de constater, en Angleterre, s'il était ou non transportable; il reconnut que ce malade était atteint de diabète et d'insuffisance aortique et qu'il ne pouvait être déplacé. Le diagnostic et le pronostic étaient exacts. Mais l'opinion publique voulait l'extradition. Il n'y eut pas d'injure qu'on ne versât, à cette occasion, sur la tête d'un savant qui illustrait son pays. Ceci nous montre combien l'expert a un rôle difficile. Il juge avec sa science, le public avec ses passions, les deux jugements ne peuvent concorder. Il faut nous consoler de ces violences en consultant l'histoire. Aux époques où les passions religieuses dominaient, on brûlait ses adversaires; à d'autres époques les passions politiques dominant, on décapitait. Avouons que l'injure, même grossière, est un grand progrès.

La haute notoriété scientifique de Charcot lui avait attiré une clientèle énorme, on peut dire qu'on venait des cinq parties du monde pour le consulter. Il examinait consciencieusement ses malades, analysait soigneusement leurs symptômes et son bon sens clinique ne laissait que rarement errer son diagnostic. On lui a reproché de s'être peu intéressé à la thérapeutique. Il a fait ce qu'il a pu pour guérir ses malades, mais il faut avouer que les maladies nerveuses fournissent un grand nombre d'incurables, il suffit pour s'en convaincre de visiter les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Une pratique médicale aussi étendue était devenue néces-

sairement lucrative, mais Charcot était étranger aux questions d'argent; jamais il n'a refusé de donner un avis à un indigent, jamais il n'a discuté une question d'honoraires. Il était d'ailleurs simple dans ses goûts et n'avait aucun besoin de luxe. Ceci surprendra ceux qui l'ont vu dans son somptueux hôtel, qui, après avoir attendu dans ses vastes salons garnis d'objets d'art, étaient introduits dans un cabinet qui étonnait par son étendue, par l'accumulation des livres et par la variété de sa décoration tout à la fois riche et sévère; mais tout ce décor était dû à sa famille. Bon et affectueux, il était adoré des siens qui ne trouvaient rien de trop beau pour le temple de leur Dieu. Lui, laissait faire, et ne voyait là qu'une preuve d'affection.

Il était cependant compétent sur toutes les questions d'art ou même simplement de goût. Il avait, au début de sa carrière, hésité à étudier la médecine ou la peinture. On prétend qu'il aurait pu devenir un grand artiste, nous le voulons bien; mais qu'on nous permette de nous réjouir qu'il soit devenu médecin. Il dessinait avec plaisir, il a laissé de nombreux croquis intéressants. Les peintres qui avaient ses préférences étaient les hollandais et les italiens de la Renaissance. Il s'intéressait moins aux beautés de la nature. Il avouait qu'il n'avait pas grand plaisir à voyager dans les pays sans musées ni monuments.

Le dessin était pour lui un passe-temps qui lui servait à rompre l'horrible ennui qui pèse sur les juges pendant les examens et les concours; sa verve caricaturale s'est même quelquefois exercée aux dépens des candidats, plus souvent aux dépens de ses collègues. Son talent de dessinateur était plus utilement employé dans ses cours, il dessinait constamment au tableau et illustrait ainsi le texte de sa leçon.

S'il se reposait pendant les vacances, de ses durs labeurs de l'année, en dessinant, en peignant, en voyageant et en causant familièrement avec ses élèves et ses amis, il avait horreur de l'exercice physique. Pendant toute l'année, il était assis dans un fauteuil ou dans sa voiture, ne marchant que le temps nécessaire pour aller de l'un à l'autre. Pendant l'été, il habitait à Neuilly, en bordure du bois de Boulogne, une petite maison enfouie dans la verdure, que ses amis ne peuvent se rappeler sans émotion; c'est là que, cédant aux instances de sa femme, il consentait, dans des circonstances exceptionnelles, à faire une courte promenade à pied, mais il avait hâte de rentrer travailler. Il était si peu habitué à la marche, qu'il ne savait pas marcher, il faisait de petits pas, trottinait pour ainsi dire, et son allure pédestre l'aurait fait reconnaître à distance. Cette vie sédentaire était d'autant plus fâcheuse que Charcot était grand mangeur. Évidemment sa ration quotidienne eût été normale pour un homme qui aurait fourni tous les jours une certaine quantité de travail physique, elle était exagérée pour un homme sédentaire.

Ces détails ne sont pas étrangers à sa fin. Il est mort d'une insuffisance aortique due à un athérome de l'aorte. Les circonstances que nous venons de relater ont contribué au développement de sa maladie. Nous avons pu la diagnostiquer par l'examen du pouls, il ne nous a jamais permis de l'ausculter, quoiqu'il se doutât bien que son cœur fût malade. « A quoi bon, disait-il, vous ne me direz rien, vous serez inquiets de ce que vous aurez constaté, et anxieux de savoir si vous devez prévenir ma famille. » Cette insuffisance aortique avait donné lieu, à diverses époques, à de petites syncopes, et à des expectorations de liquide albumineux. Charcot continuait néanmoins à travailler. Mme Charcot, voulant l'arracher à son travail, nous proposa à Straus et à moi de l'emmener en voyage. Ainsi fut décidée cette excursion du Morvan qui devait lui être fatale. Je la raconterai brièvement.

Nous partîmes de Paris pour Avallon, de là nous visitâmes Vézelay, puis le 15 août (1893), nous déjeunions à Quarré-les-Tombes, et couchions dans une auberge élevée au bord de l'étang des Sétons.

En route, nous causâmes de bien des choses, mais il nous entretint plus particulièrement de sujets religieux, parce que c'était le 15 août, grande fête religieuse, que dans les villages les cloches sonnaient et que nous rencontrions sur les chemins des paysans en habit de fête qui se rendaient aux offices. Charcot n'avait jamais été religieux, il avait même été intolérant à une certaine époque de sa vie, mais mûri par l'expérience, il avait compris que l'homme sage n'est point celui qui professe telle ou telle opinion, tout parti ayant ses hommes vertueux dont il se glorifie, et ses hommes tarés qu'on lui reproche sans pitié; mais l'homme sage est celui qui, ayant une opinion, ne s'étonne pas que ses voisins ne la partagent point, ne les méprise pas de ce fait, n'essaie pas de les persuader par la force, ne prend pas l'intensité de sa conviction pour une preuve absolue de la vérité de sa croyance, et trouve aussi naturelle la diversité des opinions que celle des visages. Charcot était arrivé à cette tolérance caractéristique de la sagesse.

C'est en nous entretenant de ces sujets et d'autres, particulièrement d'archéologie, d'histoire, de beaux-arts, et même de botanique, que nous parvenons à l'auberge des Sétons. Notre dîner fut gai. Straus et moi prétextâmes du plaisir que nous aurions à nous promener le soir au bord du lac, pour quitter de bonne heure notre compagnon de voyage. Notre véritable but était de l'empêcher de se coucher tard. Il remonta dans sa chambre, causa avec l'hôtesse, puis écrivit une longue lettre à sa femme, lettre que nous trouvâmes le lendemain, et dans laquelle il déclarait ne s'être pas aussi bien porté depuis longtemps, puis il se coucha.

Vers trois heures du matin, Straus vint frapper à ma porte, je l'entends encore me dire ces seuls mots : « Debove, M. Charcot est malade. » Je courus à la chambre de notre maître, je le trouvai au pied de son lit, assis dans un fauteuil, le visage pâle, couvert de sueur, le regard anxieux, en proie à une vive dyspnée, rejetant en abondance, par une série de crachements, un liquide spumeux. Sa poitrine faisait entendre des râles perceptibles à distance. Il était atteint d'œdème aigu du poumon avec expectoration albumineuse, affection qui n'est pas rare dans l'insuffisance aortique, et qui se présente dans cette maladie avec une gravité exceptionnelle.

L'asphyxie augmentant produisit une insensibilité qui diminua la douleur et l'angoisse. Sur mes pressantes questions, mon pauvre maître me dit qu'il allait un peu mieux, ce furent ses dernières paroles, la respiration devint plus lente, s'arrêta... Charcot était mort.

Il ne s'était pas vu mourir, et nous pouvons dire de lui comme il le disait de Vulpian : « La souffrance du corps comme celle de l'esprit lui ont été épargnées. Il faut nous féliciter dans cette épreuve, que la clémence du sort l'ait ainsi soustrait aux amertumes des luttes cruelles et des suprêmes déchirements que la nature nous impose trop souvent. »

Charcot avait soixante-huit ans. Il mourut dans la plénitude de son intelligence; peu de jours auparavant, il travaillait encore. il n'a point donné le spectacle de la déchéance physique et morale qui accompagne trop souvent la vieillesse, c'est notre seule consolation d'avoir perdu un maître que nous pourrions encore posséder, et dont nous aurions entouré la vieillesse d'un culte pieux.

Nous terminons ce discours en lui appliquant les paroles qu'il a prononcées sur Vulpian : « Maintenant le malheur est consommé, nous pouvons en mesurer l'étendue et la profondeur. Le vide que rien ne saurait combler est ouvert. Les regrets, les émotions pénibles ou douloureuses que cause en

ce moment chez nous ou autour de nous cette perte irréparable s'éteindront, eux aussi, tôt ou tard, car ceux qui les ressentent sont périssables. Seule durable et seule équitable est la postérité. Elle recueillera pieusement le nom du savant et le consacrera par un souvenir glorieux. »

PRIX DÉCERNÉS EN 1900

PRIX DE L'ACADÉMIE (1000 francs). — Question : *De la médication par les sucs organiques.* — L'Académie décerne : un prix de 600 francs, à M. le docteur Jacquemart (de Paris); un prix de 400 francs, à M. le docteur Rieux, médecin aide-major de 1re classe, médecin-chef de l'hôpital militaire annexe d'Aïn-Béïda (Constantine).

PRIX ALVARENGA (800 francs). — L'Académie décerne : un prix de 400 francs est MM. les docteurs C. Sieur, médecin-major de première classe, professeur agrégé, et O. Jacob, médecin-major de deuxième classe, surveillant à l'École du Val-de-Grâce, à Paris. Des mentions honorables avec une somme de 200 francs sont accordées à M. le docteur A. Valassopoulo, médecin de l'hôpital grec à Alexandrie, et à M. le docteur Raymond Bernard, médecin-major de deuxième classe, répétiteur à l'École du service de santé militaire de Lyon.

PRIX FRANÇOIS-JOSEPH AUDIFFRED (Un titre de 24000 francs de rente). — L'Académie accorde : un encouragement de 1500 francs à M. le docteur G. Carrière, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille; une mention honorable à M. le docteur L. Murat, médecin sanitaire maritime, à Bordeaux.

PRIX BAILLARGER (2000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : une mention honorable avec une récompense de 800 francs à MM. les docteurs Charles Vallon, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Villejuif, et Armand Marie, médecin-directeur de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) ; une mention honorable avec une récompense de 600 francs à M. le docteur P. Colollian (de Paris); une mention honorable à M. le docteur Édouard Toulouse, médecin en chef à l'asile de Villejuif.

PRIX BARBIER (2000 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde des encouragements de 500 francs à M. le docteur Tatsusaburo Yabé, médecin principal de la marine japonaise ; M. le docteur E. Vidal (de Périgueux).

PRIX CHARLES BOULLARD (1200 francs). — Il n'a pas été présenté de mémoire pour ce prix.

PRIX MATHIEU BOURCERET (1200 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Giuseppe Pagano, assistant au laboratoire de physiologie de l'Université de Palerme.

PRIX HENRI BUIGNET (1500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Trillat (de Paris).

PRIX CAMPBELL DUPIERRIS (2300 francs). — L'Académie partage le prix entre M. le docteur A. Legrand (de Paris) et M. le docteur Jules Cottet (de Paris). Des mentions très honorables sont accordées à MM. les docteurs E. Michon et O. Pasteau (de Paris), et à M. le docteur Alexandre Pascal (de Cannes).

PRIX CAPURON (1000 francs). — Question : *Du traitement hydrominéral des albuminuries.* — L'Académie partage le prix entre, M. le docteur Duhourcau (de Cauterets), et M. le docteur Paul Gandy (de Bagnères-de-Bigorre).

PRIX MARIE CHEVALLIER (6000 francs). — L'Académie décerne : un prix de 3000 francs à M. le docteur J. Auclair (de Paris); un prix de 1500 francs à M. le docteur G. Küss (de Paris); un encouragement de 1000 francs à M. le docteur S. Artault (de Paris) ; un encouragement de 500 francs à M. le docteur P. Gallois (de Paris). Des mentions honorables sont en outre accordées à MM. les docteurs B. Auché et J. Hobbs, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Bordeaux ; M. le docteur Charles Lévi-Sirugue (de Paris); M. le docteur R. Teutsch (de Cannes).

PRIX CHEVILLON (1500 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre de récompense : 1000 francs à M. le docteur P. Raymond, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier ; 300 francs à M. le docteur L. Bigeard (de Paris) ; 200 francs à M. le docteur Pierre Hérescо (de Bucarest).

PRIX CIVRIEUX (800 francs). — Question : *Les délires dans la paralysie générale.* — L'Académie décerne le prix à M. le docteur V. Truelle (de Paris).

PRIX CLARENS (400 francs). — Le prix n'est pas décerné. Des mentions honorables sont accordées à M. le docteur Ferrier, médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce, à Paris; M. le docteur Paul Good, à La Mothe-Saint-Héraye (Deux-Sèvres); M. le docteur Henri Tapail, médecin sanitaire maritime à Rennes.

PRIX DAUDET (1000 francs). — Question : *Résultats du traitement chirurgical du cancer des ovaires.* — Un prixde 500 francs est décerné à MM. les docteurs E. Estor, professeur, et P. Puech, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

PRIX DESPORTES (1300 francs). — L'Académie décerne un prix de 600 francs à M. le docteur Jules Comby, médecin des hôpitaux de Paris. Elle accorde à titre d'encouragement : 300 francs à MM. les docteurs B. Lyonnet, E. Martin et E. Martz (de Lyon) ; 200 francs à M. le docteur Lucien Heftler (de Paris); 200 francs à M. le docteur Paul Remlinger, médecin aide-major de première classe, directeur de l'Institut antirabique de Constantinople.

PRIX FALRET (700 francs). — Question : *Les formes cliniques de la neurasthénie. Leur traitement.* — Le prix n'est pas décerné. — Des mentions honorables avec une somme de 350 francs sont accordées à M. le docteur Descourtis (de Paris) et M. le docteur Héraud, médecin consultant aux eaux de Luxeuil-les-Bains.

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — L'Académie a versé, en 1900, les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 1800 francs à M. Faure, pour sa mission à Lamalou et son rapport sur Néris ; 1800 francs à M. Cadol, pour sa mission à Balaruc et son rapport sur Gréoulx ; 1500 francs à M. Gauchery, pour sa mission aux eaux minérales du département de l'Aude.

PRIX ERNEST GODARD (1000 francs). — L'Académie partage le prix et alloue : 600 francs à M. le docteur Gerlier (de Fernay-Voltaire) ; 400 francs à M. le docteur Ath. Sicard (de Paris). Des mentions honorables sont accordées à M. le docteur Collet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon et à M. le docteur Jacquemart (de Paris).

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève) (3000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Maurice de Fleury (de Paris). Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Touche, médecin de l'hôpital de Brévannes.

PRIX ITARD (2400 francs). — Le prix n'est pas décerné. L'Académie attribue à titre de récompense : une somme de 1000 francs à M. le docteur Jules Comby, médecin des hôpitaux de Paris; une somme de 1000 francs à M. C. Cadéac, professeur de clinique à l'Ecole vétérinaire de Lyon; enfin, à titre d'encouragement, une somme de 400 francs à M. le docteur Antoine Courtade (de Paris).

PRIX LABORIE (5000 francs). — L'Académie décerne : un prix de 2500 francs à MM. les docteurs E. Quénu et H. Hartmann, professeurs agrégés à la Faculté de médecine, chirurgiens des hôpitaux de Paris; un encouragement de 1500 francs à M. le docteur J. Pantaloni (de Marseille) ; un encouragement de 1000 francs à M. le docteur A. Mignon, médecin-major de première classe, professeur au Val-de-Grâce, et une mention honorable à MM. les docteurs P. Redard et F. Laran (de Paris).

PRIX DU BARON LARREY (500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur P.-A. Cassedebat, médecin-major de

première classe au 86e régiment d'infanterie, au Puy. Des mentions honorables sont accordées à M. le docteur Ferrier, médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce; M. le docteur J. Marty médecin-major de premième classe, à l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris; M. le docteur L. Baudin, directeur, et M. A.- Z. Jeannot, directeur-adjoint du bureau municipal d'hygiène de la ville de Besançon.

Prix Laval (1000 francs). — Le prix est décerné à M. Marcel-Noël Aynaud, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Henri Lorquet (300 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Viallon, médecin adjoint à l'asile départemental du Rhône, à Bron. Une mention honorable est accordée à M. le docteur Marcel Manheimer, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme) (2600 francs). — L'Académie partage le prix en attribuant : 1000 francs à 1° M. le docteur André Castex (de Paris); 2° 1000 francs à M. le docteur Rist (de Versailles) ; 3° 600 fr. à M. le docteur Étienne Lombard (de Paris). Elle accorde des mentions honorables à M. le docteur Charles Millet (de Paris); M. le docteur Georges-Paul Veillard (de Paris).

Prix Adolphe Monbinne (1500 francs). — Le prix n'est pas décerné. — Des mentions honorables sont accordées à M. le docteur J.-C. Baurac, médecin de première classe des colonies; MM. les docteurs J. Brault, médecin-major de deuxième classe; J. Rouget, médecin aide-major de première classe, et J. Lapin (d'Alger); M. le docteur Feuvrier, médecin principal de première classe en retraite; M. le docteur J.-J. Matignon, médecin aide-major de première classe, attaché à la légation de France en Chine.

Prix Nativelle (300 francs). — L'Académie n'a pas reçu de travail pour ce concours.

Prix Portal (2000 francs). — L'Académie, n'ayant pas reçu de mémoire, remet cette question au concours pour 1902.

Prix Oulmont (1000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Victor Veau, interne en chirurgie des hôpitaux de Paris.

Prix Perron (3800 francs). — Un prix de 2000 francs est décerné à M. le docteur G. Schneider, médecin aide-major de première classe, chargé du laboratoire de bactériologie à l'hôpital militaire d'Oran, et à M. M. Buffard, vétérinaire au 14e régiment de dragons, à Sedan. — L'Académie accorde en outre les encouragements suivants : 600 francs à M. le docteur Mally, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand ; 600 francs à MM. les docteurs Veillon et Zuber (de Paris) ; 600 francs à MM. les docteurs G. Variot, médecin de l'hôpital Trousseau, à Paris, et G. Chicotot, chef de laboratoire au même hôpital ; enfin une mention honorable à MM. les docteurs F.-J. Bosc, professeur agrégé, chargé de cours, et Jeanbrau, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

Prix Portal (600 francs). — Question : *Anatomie pathologique des salpingites dans leurs rapports avec les causes productrices.* — L'Académie, n'ayant pas reçu de travail pour ce prix, remet la question au concours pour 1903.

Prix Pourat (700 francs). — Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.* — Un prix de 1000 francs est décerné à M. le docteur Pachon, professeur agrégé à la Faculté de de médecine de Bordeaux, en raison de la haute valeur de son mémoire. — Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Julia (de Paris).

Prix Saint-Lager (1500 francs). — Aucun candidat ne s'est présenté ; la même question est remise au concours pour 1902.

Prix Saintour (4400 francs). — L'Académie décerne : Un prix de 2000 francs à M. le docteur J. Soury, de Paris, directeur d'études à l'école pratique des Hautes-Études à la Sorbonne; des prix de 600 francs à M. le docteur Raoul Bayeux (de Paris) ; M. le docteur L. Guinard (de Lyon); M. le docteur Le Maguet (de Nogent-sur-Marne); M. le docteur H. Meige (de Paris); des mentions honorables à MM. Ch. Besnoit, professeur, et J. Cuillé, répétiteur à l'École vétérinaire de Toulouse; M. le docteur Émile Lenoble (de Brest) ; M. le docteur Pierre Nobécourt (de Paris) ; M. le docteur Auguste Pettit (de Paris) ; — M. Victor Veau, interne des hôpitaux de Paris.

Prix Stanski (1400 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Mosny, médecin des hôpitaux de Paris :

Prix Vernois (700 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Cathoire, médecin aide-major au 121e régiment d'infanterie à Lyon. Des mentions honorables sont accordées à : M. le docteur Georges Fauquet (de Paris) et à M. le docteur Jacques Pellegrin (de Paris).

Service des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des Eaux minérales de la France, pendant l'année 1898 :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur Morice, medecin consultant à Néris.

2° *Rappel de médaille d'or à :* M. le docteur Ferras, médecin consultant à Luchon.

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Gandy, médecin consultant à Bagnères-de-Bigorre ; Labat (de Paris), Thorel (de Paris), et Vaucher (Raoul), médecin consultant à Bagnoles-de-l'Orne; Meillère, pharmacien de l'hôpital Tenon et chef des travaux chimiques de l'Académie.

4° *Rappels de médailles d'argent à :* M. le docteur Elevy, médecin consultant à Biarritz.

5° *Rappel de médaille de bronze à :* MM. les docteurs Constant, médecin consultant à Vittel; Thirion, médecin-major de 2e classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Djelfa, et à M. de Ribier, externe des hôpitaux de Paris.

Service des Épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1899 :

1° *Rappel de médaille d'or à :* MM. les docteurs Bertin (à Nantes); Blanquinque (de Laon), Fiessinger (d'Oyonnax), Le Roy des Barres (de Saint-Denis), Manouvriez (de Valenciennes), Mignot (de Chantelle), Pennetier (de Rouen).

2° *Médailles de vermeil à :* MM. les docteurs André (de Toulouse) : Fleury (de Saint-Etienne).

3° *Rappels de médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Boquin (d'Autun), Vergely (de Bordeaux).

4° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Billet (de Lons-le-Saunier), Courtade (d'Outarville), Ficatier (de Bar-le-Duc), Foucault (de Fontainebleau), Kermorgant, inspecteur général du service de santé des colonies à Paris, Lestocquoy (d'Arras), Matignon (J.-J.), médecin aide-major de 1re classe attaché à la Légation de France, en Chine ; Rayer, (des Andelys), Schwartz (Léon) médecin de colonisation à Aïn-el-Ksar (Constantine).

5° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Bastiou (de Lannion), Gorez (de Lille), Legros (de Rochefort-sur-Mer), Lenoel (d'Amiens), Mathieu (de Wassy), Pujos (d'Auch), Reumaux (de Dunkerque).

6° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Auger (de Bolbec); Billet, médecin-major de première classe, à l'hôpital militaire de Constantine ; Bodin (de Rennes), Evrard (d'Epernay), Frottier (du Havre), Grosclaude (d'Elbeuf), Lafforgue (Evariste), médecin-major de première classe aux hôpitaux militaires de la division de Constantine (Khenchela); Lecoq (d'Yvetot), Marquézy (de Neufchatel), Moulonguet (d'Amiens), Noël (de Reims), Ott (de Lillebonne),

Schieffer (de Beni-Saf, Oran), Sockeel (de Douai), Timal (de Cambrai).

7° *Rappels de médailles de bronze à :* MM. les docteurs Blusson (de Brive), A. Caron (de Dieppe), Dommartin, médecin-major de deuxième classe, médecin en chef de l'hôpital militaire de Batna; Merz, médecin-major de première classe au 96e de ligne, à Lyon; Pillet (de Niort), Quenouille (de Sens), Subercaze (de la Ferté-Alais).

Service de l'hygiène de l'enfance. — M. le ministre de l'Intérieur met annuellement, à la disposition de l'Académie de médecine, une somme de 2000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge, et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel. — L'Académie accorde :

1° *Médaille d'or à :* La Société d'allaitement maternel, à Paris.

2° *Médailles de vermeil à :* M. le docteur L. Bouju, inspecteur départemental du Loiret, à Orléans; Martin-Dupont, inspecteur départemental de l'Hérault, à Montpellier; X. Rouveyre, inspecteur départemental de l'Ardèche, à Privas; Mme Leroy, à Paris; la Société protectrice de l'enfance, à Rouen (Seine-Inférieure).

3° *Rappels de médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Baratier, médecin de la protection de l'enfance, à Jeugny; Delobel, médecin de la protection de l'enfance, à Noyon; Denizet, médecin de la protection de l'enfance, à Château-Landon; Lelimouzin, inspecteur départemental de la Loire-Inférieure, à Nantes; Serrès, inspecteur départemental de la Nièvre, à Nevers; Tourneur, inspecteur départemental de la Loire, à Saint-Etienne.

4° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Chabenat, médecin de la protection de l'enfance, à la Châtre; A. Papanagiotou, à Athènes; Pecker, à Maule (Seine et-Oise).

MM. Caillot, inspecteur départemental du Cher, à Bourges; Cambillard, inspecteur départemental des Hautes-Pyrénées, à Tarbes; Cazo, inspecteur départemental d'Ille-et-Vilaine, à Rennes; Longueville, inspecteur départemental du Jura, à Lons-le-Saunier; L. Louis, inspecteur départemental des Vosges, à Epinal; Rebuffel, inspecteur départemental de l'Orne, à Alençon.

5° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Auvert, inspecteur départemental du Cantal, à Aurillac; Bec, inspecteur départemental du Vaucluse, à Avignon; A. Chavanon, inspecteur départemental de la Charente-Inférieure, à La Rochelle; Clary, inspecteur départemental du Lot, à Cahors; H. Courtade, médecin de la protection de l'enfance, à Outarville (Loiret); Lautré, inspecteur départemental de la Haute-Garonne, à Toulouse.

MM. J. Boucoiran, inspecteur départemental de la Charente, à Angoulême; Th. Féraudi, inspecteur départemental des Alpes-Maritimes, à Nice; Fr. Geay, sous-inspecteur des enfants assistés des Côtes-du-Nord, à Saint-Brieuc; J.-B. Lavialle, instituteur à Saint-Bonnet-Larivière (Corrèze); Th. Meige, inspecteur départemental des Deux-Sèvres, à Niort.

6° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Laguesse, inspecteur départemental de la Côte-d'Or, à Dijon; Marty, à Fleury (Aude); Muller, médecin de la protection de l'enfance, à Saint-Quentin (Aisne); Rouveyrolis, médecin de la protection de l'enfance, à Aniane (Hérault); Truffet, médecin de la protection de l'enfance, à Seyssel (Haute-Savoie).

MM. L. Bujeaud, commis à l'inspection des enfants assistés de la Charente, à Angoulême; Crégut, inspecteur départemental des Pyrénées-Orientales, à Perpignan; Gautier, inspecteur départemental de l'Isère, à Grenoble; Ch. Gautier, inspecteur départemental de la Drôme, à Valence; Guillon, inspecteur départemental de la Meuse, à Bar-le-Duc; Jammes, sous-inspecteur des enfants assistés, à Mende (Lozère); J. Marty, inspecteur départemental de l'Indre, à Châteauroux; L. Menneret, inspecteur départemental de l'Aube, à Troyes; Sarraz-Bournet, inspecteur départemental des Basses-Alpes, à Digne.

7° *Rappels de médailles de bronze à :* M. le docteur Gailhard, inspecteur départemental d'Indre-et-Loire, à Tours; M. Milleret, inspecteur départemental de Tarn-et-Garonne, à Montauban.

Service de la vaccine. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder :

I. De partager le prix de 1000 francs, de la manière suivante : 600 francs à diviser également entre M. le docteur Mougeot, médecin du service local à Saïgon, et M. le docteur Cognacq, médecin de 1re classe des colonies, pour leur travail fait en collaboration; 400 francs à diviser égalemen entre MM. les médecins-majors de 2e classe docteur Benoît, répétiteur à l'École du service de santé militaire, à Lyon, et docteur Marotte, surveillant à la même École.

II. *Des médailles d'or à :* MM. les docteurs G. Blin, médecin de première classe des colonies; Grange, médecin de deuxième classe des colonies; Evariste Laforgue, médecin aide-major de première classe, attaché à l'hôpital militaire de Batna (Constantine); J. Tostivint, médecin-major de deuxième classe, attaché à la direction du service de santé de Tunisie.

III. *Des rappels de médailles d'or à :* MM. les docteurs Cassedebat, médecin-major de première classe au 86e d'infanterie, Le Puy; Ciaudo (de Nice); Cozette, vétérinaire, et Delobel (de Noyon); J. Rouget, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Bordeaux; Schwartz, médecin de colonisation de la commune mixte d'Aïn-el-Ksar, à El-Madher; P.-L. Simond, médecin principal des colonies, directeur de l'Institut Pasteur, à Saïgon.

IV. *Des médailles de vermeil à :* MM. les docteurs Pierre de Broé, médecin-major de deuxième classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Fort-National; Henri Comte, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire du camp de Châlons; Davin (de Kolea); Ferrier, médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce, à Paris; Fournié, médecin aide-major de première classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Boghar; Le Guével (de Pont-l'Abbé); Miramont, médecin aide-major de première classe au 5e de chasseurs d'Afrique à Alger; Rocques, médecin principal des colonies, au Congo.

M. Lamounette, vice-recteur de la Corse, à Ajaccio.

Mme Marini, sage-femme, à Ajaccio.

V. *Des rappels de médailles de vermeil à :* MM. les docteurs P. Bernhard, médecin-major de première classe au 61e d'infanterie à Marseille; Bossion, médecin de colonisation, à la Medjana; Duvernet (de Paris); Fuzet du Pouget (de Casteljau); Eugène Laffage, médecin de colonisation à Drael-Mizan; Lagarde (de Montauban); J. Poujol, médecin de colonisation à Aïn-Bessen; Emile Tarlière, médecin-major de première classe, attaché à l'état-major de la place de Lyon; Trolard, directeur de l'Institut Pasteur à Alger; de Welling (de Rouen.)

Mme Virginie Jauze, sage-femme à Tarascon.

VI. *Des médailles d'argent à :* MM. les docteurs Amiaud (de Champagne-Mouton); Aulas (de Firminy); Belugou (de Saint-Andéol); Bois (de Paris); Boucabeille, médecin aide-major de première classe à Djelfa; Bourilhet (de Bézenet); Brochet, médecin de première classe de la marine, médecin-major des troupes, à Madagascar; Bués (de Sisteron); Cagniat (de Noisy-le-Sec); Calmeau (de Paris); Cauvet, médecin-major de deuxième classe au 1er régiment de cuirassiers, à Lunéville; Chané (de Fougerolles); Chauveau (de Paris); Ciais (de Menton); Collardot (du Perreux); Delahaye (de Toulon); Delisle (de Cherbourg); Descottes fils (de Bénévent-l'Abbaye); Dubreuil (de Paris); Fargin, médecin-major de deuxième classe, en Kabylie; Frasey, Funck-Brentano,

Gaillard (de Paris); Gouez (de Plougastel-Daoulas); Louis Gourichon (de Paris); Gros, médecin de colonisation, à Rébeval; Guélon (de Bombriac); L. Koziell, médecin de colonisation à Oued-Marsa; de Lavergne (de Confolens); Le Hénaff (de Saint-Nicolas-du-Pélem); Lomier (de Paris); Monnier (de Nozay); Pachot (de Vincennes); Pactet (de Mont-sous-Vaudrey); Joseph Perret (de Romans); Peyroux, médecin aide-major de première classe au 119e régiment d'infanterie, au Havre; Pichez (de La Rochelle); Piettre (de Saint-Maur); Émile Pous, médecin-major de deuxième classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Ghardaïa; Recht (de Paris); Ribière-Laborde (de Montbron); Robin (de Pantin); Rollandy (de Tourves); Sagrandi, médecin-major de deuxième classe au 6e régiment d'infanterie, à Boyardville, île d'Oléron; Saint-Pol, médecin aide-major de première classe au 4e régiment de tirailleurs algériens, à Zaghouan; Sallefranque (de Saint-Maur); Salles (de Saint-Laurent-de-Cerdans); Schrœder (de Paris); Talazac (de l'Isle-en-Dodon); Thévenon (de Craponne); Vallat (de Vincennes); Wahl (de Villejuif).

MM. Bigart et Delestre, internes à l'hospice des Enfants-Assistés; Wolters, interne à l'hôpital civil de Constantine.

Mmes les sages-femmes Bach, à l'hôpital Saint-Louis; Bousquet (de Lavaur); Couillard (de Vierzon-Ville); Jeanne Durvicq (de Pont-l'Évêque); Estiveaux (de Sarlat); Ferré (de Massat); Guillaume, suppléante à l'hôpital d'Aubervilliers; Rosa Héral (d'Albi); Lafon, à la clinique Tarnier; Lapeyre (de Saint-Gaudens); Le Danois, Lestard et Liotard, à l'hôpital Saint-Louis; Machasky (de Nérac); Victorine Mazon (de Monflanquin); Noras (de Montceau-les-Mines); Augustine Pauthe (de Lavaur); Simounet (née Père) et Soubran (de Nérac); Viers, à la clinique Tarnier.

VII. *Des rappels de médailles d'argent à* : MM. les docteurs Auvert (d'Aurillac); A. Baratier (de Jeugny); Bardy (de Belfort); Barrère (de Bacqueville); Behr (d'Yvetot); Billon (de Paris); Blanc (d'Avignon); Blesson (de Montreuil); Bompard (de Briançon); Bonnecaze (de Courbevoie); Boquin (d'Autun); Boulet (de Saint-Didier-la-Séauve); Bouzel (du Cheylard); Boyt (de Lamastre); Calton et Carpentier-Méricourt (de Paris); Chabaud (de Neigles); Challiol, médecin aide-major de première classe au 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique, à Laghouat; Charrier (de Nort); Coiffier (du Puy); Coldecarréra (de Bages); Colin (de Quimper); Courtade (d'Outarville); Denizet (de Château-Landon); Deschamps (de Montigny-le-Roi); Dubousquet (de Saint-Ouen); Dufau (de Léon); Frémicourt (de Jaulgonne); Gaillard (du Creusot); Gounand (de Besançon); Henri Gourichon (de Paris); Guers (de Mouzaïaville); Hardy (de Vertou); Hellet (de Clichy); Hotchkiss, médecin aide-major de première classe, à Laghouat; Lacaze (de Montauban); Laurent (de Paris); Le Bouteiller (de Valognes); Mangenot, médecin aide-major de première classe, à Chellala; Martin (d'Aubenas); Michaux (d'Aubervilliers); Morvan (de Pleyben); Néis (de Pont-Croix); Nodet (du Chambon); Orval et Pascalis (de Paris); Pethiot (du Conquet); Charles Piot (d'Aiguebelle); Quéré (de Callac); Reisser, médecin de colonisation, à Oued-Fodda; Sahut (de Gannat); Sanquer (de Morlaix); Tariote (de Levallois-Perret); Tolédano (de Paris); Vivier (d'Angoulême); Yvon (de Paris).

M. le médecin-vétérinaire Pourquier (de Montpellier).

Mmes les sages-femmes Aussourd (de Vierzon-Ville); Rose Baudoin (de Vannes); Buckhardt (du Havre); Burelier (de Roanne); Carbonne (de Tarascon); Carré (de Châteaulin); Caumel (de Monflanquin); Debord et Dinard (de Bourges); Dumas (de Bourg-Argental); Geneste (de Tombebœuf); Grenier (de Lauzun); Hanicot, sage-femme en chef de la clinique Tarnier; Josso (de Pontivy); Marie Klein (de Sos); Labadie (de Lavardac); veuve Le Bloaz (de Rostrenen); veuve Louis (de Ploëmeur); Mathieu (de Villeneuve-sur-Lot); Minjot (de Bergerac); Mougenot (de Saint-Ouen); veuve Mouro (de Rochefort-en-Terre); Parrot (de Miramont); Rouffiac (d'Aumont); Roze, sage-femme en chef de la clinique Baudelocque; Tarraube (de Tonneins); Thierry (de Rouen); Vincent (de Pradelles).

VIII. *Des médailles de bronze à* : MM. les docteurs Berard, médecin communal au Khroub; Boisson, médecin-major de première classe à l'École du service de santé militaire, à Lyon; P. Bouton, médecin de colonisation à Bordj-Bon-Arréridj; Diétrich, médecin de colonisation à Michelet, commune mixte du Djurjura; J. Gannat (de Vichy); Mériel (de Blagnac); Reulos (de Villejuif); Solanes (de Villelongue-de-la-Salanque); Veyrat (de Montmélian); Weill (de Versailles); Weydenmeyer (de Bourges).

Mmes les sages-femmes Marie Bourdon (de Pontenx); veuve Brouste (de Mezos); Buffard (de Castillonnès); Calloch, née Diffon (de Groix); Hortense Castera (de Nérac); Chauchet (de Chateaumeillant); Clément (de Vierzon-Ville); Cocu, née Séguin (de Ploëmeur); Gallet, née Blanchet (de Saint-Martin-de-Bavel); Joret, née Pope (de Monbahus); Labérenne (de Lavardac); Martin (de Mende); Michel (d'Orsay); Madeleine Schmitt (de Morteau).

IX. *Des rappels de médailles de bronze à* : MM. les docteurs Bégusseau (de Secondigny); Fodéré (de Saint-Jean de Maurienne); Pellerin (de Neuilly-le-Réal).

Mmes les sages-femmes Cobigo (de Josselin); Philippe (d'Hennebont); Amanda Roux (de Monflanquin).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — ANATOMIE : MM. Lemaître (René), 15 + 13 = 28; Desmarest, 11 + 14 = 25; Beaujard, 12 + 11 = 23; Lhermitte, 11 + 12 = 23; Laborde, 11 + 11 = 22; d'Ollsnitz, 9 + 12 = 21; Méheut, 10 + 10 = 20; Hervoit, 10 + 10 = 20; Roland, 12 + 8 = 20; Pillet, 7 + 13 = 20; Lévy (Fernand), 6 + 12 = 18; Perpère, 8 + 10 = 18; Reulos (Marcel), 5 + 13 = 18; Rousseau, 7 + 11 = 18; André, 6 + 11 = 17; Millon, 4 + 12 = 16; Linard, 3 + 11 = 14; Friedel, 5 + 7 = 12; Cailleux, 3 + 12 = 15; Deshayes, 1 + 4 = 5.

PATHOLOGIE : MM. Digne, 14 + 11 = 25; Mesnil, 13 + 11 = 24; Rollin, 12 + 12 = 24; Magitot, 13 + 8 = 21; Raguet, 11 + 9 = 20; Contet, 9 + 10 = 19; Mahoudeau, 8 + 7 = 15; Masson (Albert), 7 + 8 = 15; Le Meur, 11 + 4 = 15; Cailliau, 9 + 5 = 14; Poupault, 8 + 6 = 14.

Concours d'agrégation de médecine. — Les candidats subiront la première épreuve (épreuve de trois quarts d'heure) dans l'ordre suivant :

Mercredi 19 décembre : MM. de Grandmaison et Vedel. — Jeudi 20 : MM. Aviragnet et Garnier. — Vendredi 21 : MM. Pattoire et Gastou. — Samedi 22 : MM. Spillmann et Carnot. — Lundi 24 : MM. Thierry et Cavasse. — Mercredi 26 : MM. Sergent et Terrien. — Jeudi 27 : MM. Auclair et Bernard. — Vendredi 28 : MM. Lesage et Labbé. — Samedi 29 : MM. Berger et Dufour. — Lundi 7 janvier 1901 : MM. Legry et Gouget. — Mardi 8 : MM. Mongour et Boulloche. — Mercredi 9 : MM. Poli et Ardin-Delteil. — Jeudi 10 ; MM. Milian et Courmont. — Vendredi 11 : MM. Cabannes et Claisse. — Samedi 12 : MM. Marie et Nicolas. — Lundi 14 : MM. Renault et Lépine. — Mardi 15 : MM. Roubinovitch et Jeanselme. — Mercredi 16 : MM. Chatin et Macaigne. — Jeudi 17 : MM. Papillon et Josué. — Vendredi 18 : MM. Bezançon et Apert. — Samedi 19 : MM. Hoche et Renault. — Lundi 21 : MM. Verger et Claude.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Auvray, directeur de l'Ecole de médecine de Caen, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. O. Doin est promu officier de la Légion d'honneur. M. Pierre Masson est nommé chevalier de la Légion d'honneur. Nous envoyons tous nos compliments aux deux sympathiques éditeurs.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas mardi.

AVIS

Le succès que nous avons obtenu avec notre numéro spécial du Congrès nous engage à offrir gracieusement à nos nouveaux abonnés les quelques exemplaires qui nous restent.

Tous les abonnements pris dès maintenant, pour l'année 1901, seront servis avec cette brochure jusqu'à épuisement, par ordre d'inscription. Nous pensons être agréables à nos nouveaux lecteurs en y ajoutant les numéros parus en décembre.

Nous rappelons qu'on peut s'abonner directement sans frais dans tous les bureaux de poste.

SOMMAIRE. — TABLE DES REVUES GÉNÉRALES PUBLIÉES DANS LA *Gazette des hôpitaux* DU 16 AVRIL 1887 AU 31 DÉCEMBRE 1900. — ACADÉMIE DES SCIENCES. Prix décernés pour 1900. — THÈSES DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

TABLE DES REVUES GÉNÉRALES

PUBLIÉES DANS LA GAZETTE DES HÔPITAUX DU 16 AVRIL 1887 AU 31 DÉCEMBRE 1900

A

ABCÈS froids ou chroniques. Des différentes variétés étiologiques et cliniques des —. Suppurations aseptiques aiguës et chroniques, par P. Mauclaire, 1893, n° 15. — sous-diaphragmatiques (simples ou gazeux). Phréno-péritonite, par P. Mauclaire, 1895, n° 33. — (Voy. ABDOMEN, CERVEAU, FOIE, GLANDES vulvo-vaginales, OTITES.)

ABDOMEN, abcès de la paroi abdominale antérieure; étiologie, symptômes et diagnostic, par G. Gérard, 1897, n° 89.

ACANTHOSIS nigricans. (Voy. CARCINOSE.)

ACCOUCHEMENT. De la présentation du front, par E. Bonnaire, 1889, n° 35. — Des fibromes de l'utérus pendant le travail de l'—, par P. Puech, 1895, n° 90. — simple. Comment il convient de pratiquer un —, par Laskine, 1891, n° 112. — (Voy, PSYCHOSES puerpérales, UTÉRUS.)

ACÉTONÉMIE et coma diabétique, par E. Cassoute, 1896, n° 14.

ACIDE picrique. (Voy. BRULURES.)

ACROMÉGALIE. L'—, par G. Guinon, 1889, n° 128.

ACTINOMYCOSE chez l'homme et les animaux. L'—, par A.-F. Plicque, 1890, n° 77. — humaine; sa fréquence en France; nécessité et moyens de la reconnaître; données cliniques; diagnostic et traitement, par L. Bérard, 1896, nos 26, 29.

ADÉNITES. Des — géniennes, par Thévenot, 1900, n° 46. — tuberculeuse. Traitement de l'—, par Forgue, 1889, n° 41.

(1) Les Revues générales suivantes sont épuisées et ne se trouvent en vente qu'avec les années complètes :
1887, n° 51 : MARFAN. Ulcérations gastriques; — N° 106 : P. RAYMOND. Cirrhoses du foie; — N° 136 : PARMENTIER. L'ictère catarrhal d'après les travaux récents.
1890, n° 5 : LEFLAIVE. Des angines de poitrine; — N° 38 : TUFFIER. Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire.

AÉRATION continue. (Voy. TUBERCULOSE.)

ALBUMINURIE chez les phtisiques. De l'—, par P. Le Noir, 1892, n° 40. — dans le diabète sucré. L'—, par G. Jacobson, 1894, n° 98. — Du régime alimentaire dans l'—, par Lasserre, 1894, n° 44. — (Voy. DIPHTÉRIE, REIN.)

ALCOOL. (Voy. PARALYSIES alcooliques.)

ALCOOLISME. Les manifestations nerveuses de l'—, par G. Milian, 1896, n° 43.

ALIÉNÉS. (Voy. PARALYSIE générale, SYPHILIS.)

ALLAITEMENT artificiel. De l'—, par Laskine, 1895, n° 12.

AMNÉSIES. Les —, par Rouillard, 1892, n° 54.

AMYGDALES. Sémiologie des tumeurs de l'—. Leur diagnostic. Indications et procédés opératoires, par A. Guépin et H. Ripault, 1894, n° 73. — Traitement de l'hypertrophie des — par l'ignipuncture, par Valat, 1888, n° 132. — (Voy. INFECTIONS.)

AMYOTROPHIES dans les maladies générales chroniques. Des —, par T. Legry, 1889, n° 96. — d'origine articulaire, leur traitement préventif et curatif, par A.-F. Plicque, 1894, n° 21.

ANÉMIE pernicieuse progressive, par P. Tissier, 1890, n° 82.

ANESTHÉSIE et trachéotomie, par R. Pichevin, 1887, nos 69, 72. — Nouveau mode de chloroformisation à doses faibles et continues, par M. Baudouin, 1890, nos 65, 68. — par l'éther, par H. Deydier, 1895, n° 3.

ANÉVRYSME pariétal du cœur, par Bacaloglu, 1899, n° 35.

ANGINES. Bactériologie des —, par G.-H. Lemoine, 1896, n° 85. — pseudo-diphtériques, par Lebon, 1893, n° 109. — de poitrine. Des —, par E. Leflaive, 1890, n° 5. — de poitrine. Le traitement de l'—, par H. Huchard, 1892, n° 109. — (Voy. SCARLATINE.)

ANO-RECTALES. (Voy. MALFORMATIONS.)

ANTISEPSIE gastro-intestinale. L'—, par A. Mathieu. 1893, n° 55. — (Voy. HERNIES, OBSTÉTRIQUE, ŒIL, UTÉRUS.)

ANURIE calculeuse au point de vue chirurgical, par F. Legueu, 1891, n° 92. — calculeuse. Diagnostic et traitement de l'—, par A. Donnadieu, 1896, n° 41.

AORTITES aiguës et de leur rôle dans les lésions chroniques de l'aorte, par L. Thérèse, 1892, n° 132.

APHASIE. Le lobule de l'insula et ses rapports avec l'—, par P. Raymond, 1890, n° 71. — Les associations d'images verbales et l'—, chez les enfants par Bernheim, 1900, nos 5 et 8. — Ses diverses formes; physiologie psychologique du langage, par Ch. Miraillé, 1896, nos 99, 105.

APOPHYSE mastoïde et sa trépanation, par A. Ricard, 1889, n° 23.

APPENDICITE et occlusion intestinale, par Marion, 1900, n° 134. — (Voy. TYPHLITE.)

ARRIÈRE-GORGE. (Voy. INFECTIONS.)

ARTÈRES. Ligature de l'— hypogastrique; de son application thérapeutique, en particulier dans les anévrysmes fessiers, par R. Baudet et L. Kendirdjy, 1899, n° 38. — (Voy. SCLÉROSE.)

ARTHRECTOMIE précoce et répétée pour le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses, surtout chez l'enfant, par P. Mauclaire, 1893, n° 106.

ARTHRITES. Des troubles musculaires consécutifs aux —, par V. Wallich, 1888, n° 92.

ARTHRODÈSE. De l'—, par L. Defontaine, 1891, n° 23.

ARTHROPATHIES blennorragiques, par L. Thérèse, 1894, n° 38. — syphilitiques par L. Imbert, 1899, n° 21. — tabétiques. (Voy. PIED.)

ASCITES. Les — laiteuses, par François, 1899, n° 120. — (Voy. CIRRHOSE alcoolique.)

ASEPSIE en chirurgie. L'—, par M. Baudouin, 1891, n° 100. — L'— et les mains du chirurgien, par A. Ricard, 1900, n° 128. — (Voy. OBSTÉTRIQUE.)

Aspergillose. De l'—, par Léopold-Lévi, 1897, n° 72.
Asthme d'été. De l'—, par E. Leflaive, 1888, n°36. — L'— des foins et les rhinites spasmodiques vaso-motrices, par J. Molinié, 1899, n° 52.
Asystolie indépendante des lésions vasculaires, par J. Pignol, 1888, n° 83.
Ataxie locomotrice, troubles oculaires, par Rouffinet, 1890, n° 43.
Atrophie. (Voy. Paralysie pseudo-hypertrophique.)
Attitudes. (Voy. Cœur.)
Auto-intoxications. (Voy. Foie, Néphrites.)

B

Bacille de Koch. (Voy. Clinique.)
Bactériologie clinique de la conjonctive, par A. Cuénod, 1894, n° 107. — clinique de l'appareil lacrymal, par A. Terson et A. Cuénod, 1895, n° 12. — des organes génitaux de la femme. (Voy. Métrites.) — Sur les recherbes bactériologiques, par R. Koch, 1890, n° 137. — (Voy. Angines.)
Bactériurie. De la —, par Jeanbrau, 1899, n° 71.
Bains froids dans les maladies infectieuses autres que la fièvre typhoïde, par P. Wiart, 1894, n° 90. — froids. (Voy. Septicémie.)
Bassin chez la femme rachitique. Topographie et examen clinique du —, par E. Bonnaire, 1891, n° 130. — coxo-tuberculeux ou bassins des coxalgiques, par Démelin, 1890, n° 111.
Bicyclette. La — au point de vue médical, par Ch. Lévi-Sirugue, 1898, n° 47.
Blennorragie aiguë chez l'homme. Comment il faut traiter la —, par F.-P. Guiard, 1895, n°s 6 et 9. — ano-rectale. La —, par P. Mermet, 1896, n°s 52, 55. — Le gonocoque et les manifestations blennoragiques, par M. Sée, 1894, n° 130. — Les complications de la —, par P. Raymond, 1891, n° 103. — (Voy. Arthropathies.)
Blessures causées par la dynamite et de leur traitement. Des —, par E. Rochard, 1892, n° 138. — Des diverses lésions produites chez l'homme par les projectiles des armes à feu de petit calibre, par J. Huguet, 1896, n°s 131, 134.
Boutons anastomotiques en chirurgie, par Angelesco, 1896, n° 116.
Brulures. Des applications de l'acide picrique à la thérapeutique des —; kératogenèse et kératoplastie, par Thiéry, 1896, n° 8.

C

Cachexie pachydermique ou myxœdème, par G. Thibierge, 1891, n° 14.
Cæcum. (Voy. Hernies.)
Canal cystique. Opérations pratiquées sur le —, par Marcel Baudouin, 1898, n° 33.
Cancer. Contagion du —, par O. Guelliot, 1892, n° 129. — Des — du cœur, par Deguy, 1900, n° 117. — du gros intestin, par Lardennois, 1900, n° 17. — Le parasitisme dans le —, par H. Grasset, 1894, n° 93. — Les — du duodénum, par Nattan-Larrier, 1899, n°s 137 et 139. — Origine épithéliale et nature parasitaire du —, par P. Raymond, 1899, n° 105. — thyroïdien; quelques considérations sur son étiologie et la physiologie pathologique, par Carrel, 1900, n° 71. — Sur la nature du —, par G. Carrière, 1899, n° 82. — (Voy. Estomac, Gastrectomie, Larynx, Rectum.)
Cancroïde des lèvres. (Voy. Lèvres.)
Carcinose abdominale. La dystrophie papillaire et pigmentaire ou acanthosis nigricans dans ses relations avec la —, par P. Couillaud, 1897, n° 42.
Carie. (Voy. Dent.)
Cataractes. Diagnostic des —, par H. Ripault et A. Guépin, 1894, n° 9.
Cellule. La — nerveuse et le neurone, structure et fonctions à l'état normal et pathologique, par M. Faure, 1899, n° 85.
Cerveau. De l'intervention chirurgicale dans les maladies cérébrales (abcès, reliquats de traumatismes, tuberculose, tumeurs), par A. Broca et P. Sébileau, 1888, n° 94.
Chéloïdes, leurs diverses variétés et leur traitement, par A.-F. Plicque, 1890, n° 117.
Cheyne-Stokes. Respiration de —, par G. Lévy et Ch. Kæpplin, 1898, n° 112. — Rythme respiratoire de — et phénomènes associés, aperçu du syndrome périodique, par Rabé, 1899, n°s 65 et 68.
Chirurgie médullaire. De quelques faits récents de —, par A. Chipault, 1894, n° 113.
Chloroformisation. (Voy. Anesthésie.)
Cholécystotomie en général, par M. Baudouin, 1898, n° 135.
Choléra. Traitement du —, par L. Gailliard, 1893, n° 24.
Chorée chronique, par P. Sikora, 1899, n° 9. — de Sydenham. Pathogénie et traitement de la —, par P. Chéron, 1895, n° 150. — Diagnostic des —, par G. Guinon, 1887, n° 115. — (Voy. Névroses.)
Cirrhose alcoolique du foie. Sur la curabilité de l'ascite au cours de la —, par P. Tissier, 1889, n° 32. — Diagnostic clinique des — hypertrophiques de l'adulte, par Léopold-Lévi, 1898, n° 24. — du foie. Les —, par P. Raymond, 1887, n° 106.
Clinique et le bacille de Koch. La —, par Lerey, 1896, n° 57.
Cœur. Des attitudes du corps et principalement de l'attitude « relevée » pour l'examen, le diagnostic et le pronostic des maladies du —, par L. Azoulay, 1892, n° 126. — Le rétrécissement mitral pur considéré en particulier chez les jeunes femmes, par A. Mathieu, 1889, n° 38. — (Voy. Foie cardiaque, Poumon, Syphilis.)
Colique. La — saturnine, par Deléarde, 1899, n° 105.
Coma diabétique, par G. Lyon, 1889, n° 85. — (Voy. Acétonémie.)
Conjonctive. Des granulations vraies et fausses de la — et de leur traitement, par Valude, 1891, n° 72. — (Voy. Bactériologie, Diphtérie conjonctivale.)
Consanguinité au point de vue médical. De la —, par F. Regnault, 1893, n° 100.
Contagion. (Voy. Cancer.)
Coqueluche. Traitement de la —, par J. Comby, 1893, n° 44.
Corps étrangers de l'orbite, par Boudin, 1900, n° 131. — fibreux accompagnés d'inversion utérine. Diagnostic et traitement des —, par Arrou, 1891, n° 124. — thyroïde. Du traitement des tumeurs du —, par E. Ozenne, 1888, n° 112. — thyroïde. Emploi thérapeutique du —, par H. Lebon, 1894, n° 95. — thyroïde. Étude sur le rôle du — en thérapeutique, par Maurice Faure, 1896, n° 91.
Coryzas à fausses membranes. Des —, par P. Tissier, 1894, n° 33. — caséeux, étude critique, par Potiquet, 1889, n° 14.
Cou. Étude sur le diagnostic et le traitement des tumeurs ganglionnaires du —, par A.-F. Plicque, 1890, n° 17.
Coxalgie. Du traitement orthopédique des attitudes vicieuses permanentes de la —, par R. Sainton, 1893, n° 129. — hystériques, par A.-F. Plicque, 1891, n° 66. — Traitement de la —, chez l'enfant et l'adulte, par Morestin, 1900, n°s 74 et 77. — (Voy. Bassin.)
Crane. Chirurgie cranio-cérébrale. Du trépan dans les traumatismes récents du —, par A. Broca et P. Sebileau, 1888, n° 75. — Etude critique des méthodes de trépanation du —, par H. Delagenière, 1889, n° 49.
Cranio-cérébrale. La topographie cranio-encéphalique et les nouvelles opérations en chirurgie —, par Rieffel, 1891, n° 29.
Craniotabes. Le —, par J. Comby, 1893, n° 18.
Crèche. Essai sur la valeur hygiénique de la —, par Beluze, 1900, n° 99.
Crises gastriques. Des —, par A. Laffitte, 1894, n° 3.
Croup. Parallèle de la trachéotomie et de l'intubation dans le —, par H. Gillet, 1894, n° 53.
Curage ou Curetage. (Voy. Utérus.)
Cystites fausses, par A. Guépin et P. de Grandcourt, 1896, n° 35. — (Voy. Drainage.)
Cystocèles herniaires, par R. de Bovis, 1897, n° 116.

D

Dent. Des moyens de résistance de la — contre la carie, par L. Frey et E. Sauvez, 1893, n° 39.
Dermatomyosite. La — aiguë, par Bonnet, 1900, n° 44.
Déviations vertébrales. (Voy. Ligatures apophysaires.)
Diabète expérimental et — humain, par A. Mathieu et L. Nattan-Larrier, 1898, n° 129. — Les régimes alimentaires dans le —, par P. Chéron, 1893, n° 132. — pancréatique et les recherches expérimentales, par J.-B. Laffitte, 1892, n° 1. — Son étiologie et sa pathogénie, par Lancereaux, 1895, n° 24. — sucré. Données expérimentales pouvant servir à éclairer la pathogénie du —, par J. Thiroloix, 1894, n° 142. — (Voy. Albuminurie, Coma, Hémiplégie.)
Diarrhée infantile. Traitement de la —, par J. Comby, 1893, n° 69.
Diphtérie conjonctivale. La —, par G. Sourdille, 1894, n° 47. — De la mort par la —, par P. Huguenin, 1891, n° 32. — L'albuminurie dans la —, par H. Barbier, 1888, n° 55. — Nature et traitement, par Critzman et Thiroloix, 1889, n° 146.
Drainage et évacuation continue de la vessie dans le traitement des cystites, par H. Hartmann, 1887, n° 48. — (Voy. Utérus.)
Duodénum. Les complications de l'ulcère du —, par H. Bernard, 1897, n° 92.
Dyspepsie gastrique. Les phénomènes chimiques de la —, par A. Mathieu, 1888, n° 24. — gastriques. Les phénomènes vasomoteurs de la —, par A. Mathieu, 1888, n° 47. — gastrique. Ses phénomènes chimiques d'après les recherches de M. Hayem, par A. Mathieu, 1890, n° 114. — nervo-motrice de l'intestin, par A. Mathieu, 1891, n° 145.
Dystrophie papillaire et pigmentaire. (Voy. Carcinose.)

E

Ectopie testiculaire. (Voy. Testicule.)
Empoisonnement. (Voy. Oxyde de carbone.)
Empyème. Accidents nerveux au cours de l'—, par Et. Cestan, 1898, nº 12. — chroniques avec fistules thoraciques; de leur traitement chirurgical et particulièrement de l'opération d'Estlander, par P. Michaux, 1888, nº 106.
Encéphale. Le traitement chirurgical des tumeurs de l'— (trois observations), par A. Chipault, 1895, nos 145, 148.
Endocardites infectieuses. Des —, par A. Siredey, 1889, nº 17.
Endométrites chroniques. De l'emploi des crayons à la pâte de chlorure de zinc dans le traitement des —, par F. de Grandmaison, 1890, nº 91. — chronique. Du traitement chirurgical de l'—, par R. Pichevin, 1890, nº 46.
Entérite muco-membraneuse, par G. Lyon, 1889, nº 54. — muco-membraneuse. Traitement, par A. Mathieu, 1894, nº 125.
Entéroptose ou maladie de Glénard. Etude clinique sur l'—, par J. Cuilleret, 1888, nº 109.
Epaule. Les traumatismes de l'épaule et les paralysies du membre supérieur, par P. Sebileau, 1887, nº 92. — (Voy. Luxation sous-glénoïdienne.)
Epilepsie envisagée au point de vue de sa nature et de son traitement. De l'—, par G. Ballet, 1890, nº 85. — jacksonienne. L'—, par Paul Berbez, 1888, nº 50.
Epileptiques. Du sel dans l'alimentation des —, par Toulouse, 1900, nº 82.
Epiploon. Mobilité défensive de l'—, par Milian, 1899, nº 74.
Erysipèle. Nature et traitement de l'—, par H. Lebon, 1894, nº 18. — palpébral. L'—, par P. Mermet, 1897, nº 24.
Erythèmes polymorphes. Des —, par L. Jacquet, 1887, nº 121.
Estomac chez les tuberculeux. L'—, par G. Lyon, 1892, nº 101.— Diagnostic du cancer de l'—, par G. Lyon, 1890, nos 20, 23. — Pathogénie et traitement de l'ulcère de l'—, par L. Thérèse, 1894, nº 6. — (Voy. Crises gastriques, Hyperchlorhydrie. Ulcérations gastriques.)
Ether. (Voy. Anesthésie.)
Etranglement herniaire. (Voy. Hernies.)
Exophtalmos intermittent ou exophtalmie à volonté. De l'—, par E. Sergent, 1893, nº 60.

F

Face. De la conduite à tenir après l'ablation des tumeurs de la —, par F. Verchère, 1887, nº 118.
Fermentations. (Voy. Intestin.)
Fibromes naso-pharyngiens. Traitement des —, par Sargnon, 1897, nº 136. — utérins, traitement électrique; technique opératoire, par A.-F. Plicque, 1889, nº 131. — utérins, traitement, par A. Ricard, 1898, nº 83. — (Voy. Accouchements.)
Fibro-myomes utérins. Valeur de quelques méthodes employées dans le traitement des —, par R. Pichevin, 1890, nº 8.
Fièvre hystérique. De la —, par Boulay, 1890, nº 148. — traumatique. La —, par F. Verchère, 1888, nº 53. — typhoïde en 1899; symptomatologie et formes cliniques, par Babonneix, 1900, nº 2. — typhoïde, étiologie, par H. Toupet, 1887, nº 78. — typhoïde expérimentale, par Remlinger, 1900, nº 11. — typhoïde; les lésions osseuses d'origine typhique, par G. Paul-Boncour, 1896, nº 38. — typhoïde, traitement, par D. Critzman, 1889, nº 44. — typhoïde. L'hydrothérapie dans le traitement de la —, par P. Chéron, 1888, nos 60, 66. — (Voy. Séro-diagnostic, Maladies infectieuses.)
Fistules. Traitement chirurgical des — vésico-vaginales. Indications et technique des méthodes opératoires, par Ch. Martin, 1898, nº 61. — urinaires chez l'homme. Traitement de quelques —; reins, uretères, vessie, par F. Verchère, 1889, nº 65.
Fœtus, infections maternelles, de leur influence sur la santé du —, par P.-A. Lop, 1898, nº 9.
Foie cardiaque. Le —, par Parmentier, 1891, nº 26. — chez les tuberculeux. Le —, par P. Blocq, 1889, nº 26. — De l'insuffisance hépatique, par E. Jeanselme, 1888, nº 124. — Des contusions du foie sans plaie des téguments, par E. Laval, 1897, nos 75, 78. — Diagnostic des abcès du —, par V. Leblond, 1893, nº 15. — Hémorragies dans les maladies du —, par Dopter, 1900, nº 88. — Syphilis du —, chez l'adulte, formes cliniques et traitement, par A.-F. Plicque, 1898, nº 3. — L'examen physique du —, par A.-F. Plicque, 1894, nº 133. — Rôle du — dans la pathologie et la pathogénie du diabète sucré, par Piéry, 1899, nº 15. — Rôle du — dans les auto-intoxications, par G.-H. Roger, 1887, nº 66. — Traitement chirurgical des abcès du —, par L. Defontaine, 1888, nº 58. — Troubles nerveux d'origine hépatique (hépato-toxhémie nerveuse), par Léopold-Lévi, 1896, nos 65, 68. — (Voy. Cirrhoses, Kystes hydatiques.)
Fractures du coude, en particulier chez les jeunes sujets, par A. Mouchet, 1899, nº 29. — du membre inférieur; traitement par les appareils dits ambulatoires, par E. Cestan, 1897, nº 47. — et massage, par F. Verchère, 1887, nº 133. — juxta-articulaires. Traitement, par F. Verchère, 1888, nº 9. — Les — du rocher, par M. Patel, 1899, nos 46, 49. — (Voy. Métacarpiens, Rotule.)

G

Gangrène des organes génitaux externes de l'homme, par J. Petit et P. Merklen, 1899, nº 91. — pulmonaire. Étiologie, pathogénie et traitement de la —, par P.-A. Lop, 1893, nº 27.
Gastrectomie pour cancer. Technique opératoire des —, par Jonnesco, 1891, nos 60, 63.
Gastro-entérostomie. De la —, par H. Morestin, 1893, nº 9.
Gastropathies. Les — d'origine cardiaque, par Carrière, 1900, nº 68.
Gastrorragies dans l'ulcère de l'estomac et du duodénum, traitement chirurgical, par Savariaud, 1899, nº 12.
Gaz de l'estomac, par J.-Ch. Roux, 1898, nº 30.
Genou. Etude sur le traitement des tumeurs blanches du — dans l'enfance, par A.-F. Plicque, 1891, nº 5. — La luxation traumatique du — en avant, par Adam, 1892, nº 13.
Genu-valgum. Le —, par G. Phocas, 1890, nº 62.
Glandes vulvo-vaginales. Des kystes et abcès des —, par Saint-Bonnet, 1888, nº 69.
Glaucomes primitifs. Traitement des —, par Rochon-Duvigneaud, 1895, nos 66, 72.
Glycosurie. Epreuve de la — alimentaire, par J. Castaigne, 1899, nº 26. — phloridzique et l'exploration clinique des fonctions rénales, par Delamare, 1899, nº 123.
Goitre. Des complications opératoires dans le traitement chirurgical des —; indications opératoires, par A. Rivière, 1896, nº 96. — Des injections iodées dans le traitement des —, par A. Martha, 1887, nº 84. — exophtalmique. Etude sur le —, par Maurice-Faure, 1896, nº 77. — exophtalmique; symptômes, pathogénie, traitement (section du grand sympathique cervical), par Ph. Valençon, 1897, nº 69. — exophtalmique. Théories récentes sur la nature et la pathogénie du —, par E. Leflaive, 1889, nº 5. — Traitement chirurgical, par A. Rivière, 1896, nº 62.
Gonocoque. (Voy. Blennorragie.)
Goutte. Les théories pathogéniques de la —, par F. Toussaint, 1896, nº 137. — (Voy. Rein.)
Grand dentelé. Symptômes et pathogénie de la paralysie isolée du muscle —, par Souques, 1900, nº 32.
Greffes cutanées et épidermiques. (Voy. Plaies ulcérées.) — d'os morts, par F. Buscarlet, 1891, nº 148. (Voy. Uretère.)
Grenouillette sus-hyoïdienne. Pathogénie de la —, par H. Morestin, 1897, nº 53.
Grossesse extra-utérine. De l'intervention chirurgicale dans la — lorsque l'enfant est viable, par A. Orrillard, 1894, nº 41. — (Voy. Utérus.)
Gynécologie. Sur le rôle de la prédisposition dans la genèse des troubles psychiques vrais qui se produisent après les opérations gynécologiques, par Batigne, 1899, nº 62.

H

Hallucinations unilatérales. Les —, par E. Toulouse, 1892, nº 65.
Hanche. De la luxation congénitale de la —, par G. Phocas, 1892, nº 19. — De la valeur du traitement orthopédique curatif non sanglant dans la luxation congénitale de la —, par Hagopoff, 1896, nº 102.
Hématocèle. (Voy. Hémorragie.)
Hématozoaire. (Voy. Paludisme.)
Hémiathétose. De l'—, par J. Ferrand, 1900, nº 120.
Hémiplégies diabétiques, par A. Drouineau, 1897, nº 45. — Diagnostic différentiel de l'— organique et de l'— hystérique, par Babinski, 1899, nos 52, 53.
Hémoglobinuries. Les —, par P. Chéron, 1890, nº 55.
Hémorragies et l'hématocèle pelviennes intra-péritonéales. Les —, par E. Cestan, 1896, nos 80, 82.
Hémorroïdes. Des procédés opératoires appliqués à la cure des —, par Thévenard, 1895, nº 116.
Hérédité dans la tuberculose, par A.-F. Plicque, 1895, nº 133. — dans les maladies mentales, par E. Toulouse, 1895, nº 18.
Hernies adhérentes. De l'intervention chirurgicale dans les accidents des —, par A. Boiffin, 1887, nº 63. — Des modifications apportées par l'antisepsie dans les règles du traitement de l'étranglement herniaire, par P. Michaux, 1887, nº 154. — Etude critique des procédés modernes de cure radicale des — inguinales et crurales, par H. Delagénière, 1888, nº 12. — inguinale gauche, par G. Pujol, 1896, nº 114. — Néoplasmes herniaires et péri-herniaires, par Lejars, 1889, nº 88. — ombilicale chez l'adulte. Cure radicale de la —, par H. Brodier, 1893, nº 97. — (Voy. Cystocèles.)

Hydrocèle chez la femme, par L. Lapeyre, 1895, n° 61. — péritonéo-vaginale ou hydrocèle congénitale, par J.-L. Faure, 1889, n° 93. — (Voy. Vaginalites.)
Hydrothérapie. (Voy. Fièvre typhoïde.)
Hyperchlorhydrie. Traitement, par M. Soupault, 1893, n° 63.
Hypersécrétion chlorhydrique continue. (Voy. Syndrome de Reichmann.)
Hystérectomie. Indications de l'— abdominale totale, par J. Vanverts, 1898, n°s 138, 141.
Hystérie. Des stigmates hystériques, par P. Bloch, 1892, n° 10. — L'association hystéro-tabétique, par Vires, 1897, n° 6. — L'état mental dans l'—, par P. Blocq, 1893, n° 135. — provoqués. Les —, par E. Brissaud, 1889, n° 134. — toxique. L'—, par P. Berbez, 1888, n° 6. — Traitement de l'—, par P. Blocq, 1892, n° 60. — (Voy. Coxalgies, Fièvre hystérique, Névroses, Œil.)
Hystéro-traumatisme, par P. Berbez, 1887, n° 95.

I

Ictère catarrhal, d'après les travaux récents, par E. Parmentier, 1887, n° 136. — Indications de l'intervention chirurgicale dans les — chroniques, par F. Lejars, 1898, n° 6.
Ignipuncture. (Voy. Amygdales.)
Immunité. Mécanisme et théories de l'—, par Boulay, 1889, n° 8.
Imprégnation ou hérédité par influence, par F. Regnault, 1894, n° 110.
Incontinence d'urine de l'enfance (étude pathogénique et thérapeutique). Les —, par Rochet et Jourdanet, 1897, n° 3.
Infections biliaires, étude bactériologique et clinique, par E. Dupré, 1891, n° 97. — combinées (infections mixtes et infections secondaires), par Roger, 1890, n° 14. — de l'arrière-gorge et de l'amygdale en particulier, considérées comme porte d'entrée. Des —, par E. Jeanselme, 1890, n° 11. — des sinus frontal, maxillaire, sphénoïdal. Les complications orbitaires et oculaires des —, par A. Guillemain et A. Terson, 1892, n° 43. — puerpérale et phlegmatia alba dolens, par F. Widal, 1889, n° 62.
Injections massives. De l'emploi des solutions salines en —, par Delamare et Descazals, 1897, n° 66.
Insuffisances aortiques (type endocardique et type artériel). Les —, par G. Lyon, 1891, n° 69. — hépatique, par G. Carrière, 1899, n° 3.
Intestins, des occlusions post-opératoires, par F. Legueu, 1895, n° 136. — Etude critique sur les différents traitements appliqués aux tumeurs du gros —, par H. Delagénière, 1887, n° 81. — fermentations et putréfactions intestinales, par G.-H. Roger, 1888, n° 39. — Les amibes de l'—, leur valeur séméiologique et pathogénique, par A. Mathieu et M. Soupault, 1896, n° 119. — Les perforations mécaniques du gros —, par P. Sikora, 1899, n° 99. — Paralysie de l'—, étiologie et formes cliniques, par H. Bernard, 1898, n° 72. — (Voy. Dyspepsie nervo-motrice, Péritonite tuberculeuse, Tuberculose.)
Intubation. (Voy. Croup.)
Iodisme. L'—, par G. Lyon, 1899, n° 77.

J

Jambe. De l'ulcère de la —, des lésions qui le précèdent et de celles qui le suivent, par E. Jeanselme, 1888, n° 86. — en ciseaux consécutives aux affections de la hanche, coxalgie, etc., par L.-H. Petit, 1895, n° 21. — Les plaies de —, par J. Huguet, 1895, n° 101.

K

Kystes hydatiques du foie, traitement, par P. Braine, 1887, n° 57. — (Voy. Glandes vulvo-vaginales, Péritoine, Poumon, Rein.)

L

Lacrymal. (Voy. Bactériologie, Voies lacrymales.)
Lait. Les dangers du —, et les moyens de les combattre, par P. Chéron, 1892, n° 90.
Langage. (Voy. Aphasie.)
Langue noire (mélanotrichie linguale). La —, par H. Surmont, 1890, n° 102.
Laparotomie. Action de la — sur les processus chroniques de la cavité abdominale, tuberculose exceptée, par R. de Bovis, 1898, n°s 147, 150.
Larynx. Cancer du —, par P. Tissier, 1887, n° 139. — Des œdèmes aigus primitifs et infectieux du —, par F. Barjon, 1894, n° 58.
Lavements. Les — alimentaires, par Roux, 1898, n° 59.
Leontiasis ossea. De la —, par E. Millat, 1892, n° 98.
Lèpre, étiologie et prophylaxie, par Vires, 1898, n° 106.
Lèvres. Etude sur le traitement chirurgical du cancroïde des —, par A.-F. Plicque, 1889, n° 102.
Lichénification. (Voy. Téguments.)
Ligaments ronds de l'utérus et leur raccourcissement, opération d'Alexander, par L. Beurnier, 1888, n° 27. — utérins. Du raccourcissement intra-abdominal des —, par M. Baudoin, 1890, n° 143.
Ligatures apophysaires (contribution à la thérapeutique des déviations vertébrales). Les —, par A. Chipault, 1897, n° 21.
Lipomes multiples et pseudo-lipomes, par G. Milian, 1895, n° 130.
Lithiase biliaire. La — intestinale, par Milian et A. Chevallier, 1899, n° 131. — Les causes et le traitement hygiénique de la —, par A.-F. Plicque, 1895, n° 39. — Pathogénie de la —, par Léopold Levi, 1898, n° 135.
Lupus érythémateux, par M. Sée, 1895, n° 119. — vulgaire. Traitement local du —, par G. Thibierge, 1894 n° 67.
Luxations anciennes. Du traitement des —, et en particulier par les méthodes sanglantes, par Thiéry, 1891, n° 136. — De la — médio-tarsienne, par Tixier et Viannay, 1900, n° 85. — sous-glénoïdienne de l'épaule, par Fr. Villar, 1887, n° 86. — (Voy. Genou, Hanche, Métacarpiens.)
Lymphadénose. Diathèse lymphogène, par J. Vires, 1897, n°s 139, 142.
Lymphangiomes. (Voy. Varices lymphatiques.)

M

Machoire. (Voy. Parotide.)
Mal de Bright et les néphrites. Le —, par J.-B. Laffitte, 1890, n° 108. — perforant. Le —, par A. Chipault, 1891, n° 83.
Maladie de Basedow, son traitement et sa pathogénie (deux cas traités chirurgicalement), par Haskovec, 1895, n° 84. — de Duhring, par Leredde, 1898, n° 36. — de Fauchard et son traitement, par E. Touchard, 1895, n° 122. — de Glénard. (Voy. Entéroptose.) — de Grancher. (Voy. Spléno-pneumonie.) — de Landry, La —, par Ch. Levi-Sirugue, 1899, n° 43. — de Little, par Levi-Sirugue, 1898, n° 92. — de Weil, par P. Chéron, 1891, n° 20. — infectieuses. De la rate dans les —, par F. Bezançon, 1896, n°s 2, 5. — infectieuses. Formule hémo-leucocytaire de quelques — (érysipèle, pneumonie, fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine, variole), par O. Josué, 1900, n° 143. — infectieuses. Rôle et signification de la fièvre dans les —, d'après les travaux récents, par L. Cheinisse, 1897, n° 50. — infectieuses. (Voy. Bains.) — mentales (Voy. Hérédité.)
Malformations ano-rectales. Traitement des —, par Marius Durand, 1894, n° 139.
Massage. (Voy. Fractures.)
Médiastin. Des tumeurs vraies et primitives du —, par E. Tuja, 1894, n° 79.
Mélanotrichie linguale. (Voy. Langue.)
Méningite La — cérébro-spinale épidémique, par M. Labbé, 1900, n°s 105 et 108. — Les — cérébrales hémorragiques, par F. de Grandmaison, 1897, n° 30. — microbiennes, par E. Adenot, 1890, n° 74.
Mercure chez les enfants. Le —, par J. Comby, 1895, n° 69. — (Voy. Œil.)
Mérycisme. Le —, par L. Nattan-Larrier, 1897, n° 130.
Métacarpiens. Des luxations de l'extrémité supérieure des quatre derniers — dans leurs articulations avec le carpe, par A. Orrillard, 1893, n° 115. — Les fractures des — et leur traitement, par A.-F. Plicque, 1893, n° 149.
Méthode de Brown-Séquard et les injections de liquides retirés des divers tissus de l'organisme, par J. Dauriac, 1892, n° 78.
Métrites. Bactériologie des organes génitaux de la femme et pathogénie des —, par L. Cheinisse, 1895, n° 30. — Des —, par F. de Grandmaison, 1890, n° 29.
Microbie médicale, par Thoinot, 1889, n° 123.
Migraines ophtalmique et ophtalmoplégique, par G. Lyon, 1895, n° 56.
Moelle. (Voy. Syphilis médullaire.)
Muguet. Le champignon du —, par P. Achalme, 1891, n° 49.
Mycosis fongoïde, par L. Brodier, 1893, n° 118.
Myocardites chroniques, par L. Thérèse, 1892, n° 34.
Myomes utérins. Le traitement chirurgical des —, par L. Secheyron, 1888, n°s 100, 121.
Myopathies essentielles. Les —, par P. Raymond, 1888, n° 115.
Myxœdème. (Voy. Cachexie pachydermique.)

N

Naso-pharyngiens. (Voy. Fibromes.)
Nécrose phosphorée. Pathogénie, par P. Riche, 1892, n° 118.
Néphrites. Du rôle de l'auto-intoxication dans la pathogénie des

—, par A. Gouget, 1897, nos 139, 142. — (Voy. Mal de Bright.)
Nervo-tabes. (Voy. Tabes.)
Neurasthénie et neurasthéniques, par P. Blocq, 1891, no 46.
Neuro-fibromatose. De la — généralisée (maladie de Recklinghausen), par G. Lévy et H. Ovize, 1899, no 128.
Névralgies vésicales. Les —, par H. Hartmann, 1889, no 82.
Névropathies réflexes d'origine nasale, par A. Ruault, 1887, no 148.
Névroses (hystérie, chorée, paralysie agitante). Des troubles de la parole dans les —, par J. Nissim, 1895, no 45.
Nez. Relations des maladies du — et de ses annexes avec les maladies des yeux, par G. Laurens, 1895, no 104. — (Voy. Polypes muqueux, Syphilis.)
Nouveau-né. Des infections ombilicales chez le —, par Audion, 1900, no 63.

O

Obésité. (Voy. Puerpéralité.)
Obsession en pathologie mentale. L'—, par A. Rouillard et M. Iscovesco, 1896, no 49.
Obstétrique. Antisepsie et asepsie en —, par L. Secheyron, 1887, no 142. — Préhenseur-levier-mensurateur. Description et mode d'emploi du —, par L.-H. Farabeuf, 1895, no 81.
Œdème aigu du poumon, par P. Morély, 1897, no 113. — (Voy. Peau.)
Œil. Corps étrangers de l'— ; diagnostic par les rayons de Röntgen ; extraction par l'électro-aimant, par Ph. Valençon, 1898, no 56. — De la conduite à tenir dans le cas de lésions oculaires par la présence de corps étrangers, par Valude, 1893, no 3. — De l'antisepsie et des pansements dans les affections chirurgicales de l'—, par E. Valude, 1890, no 96. — Des différents modes d'application du mercure en thérapeutique oculaire : frictions, injections hypodermiques, intra-oculaires et sous-conjonctivales, par A. Darier, 1894, no 101. — Diagnostic, pronostic et traitement des tumeurs intra-oculaires, par Rochon-Duvigneaud, 1896, no 88. — hystérique. De l'—, par Rouffinet, 1891, no 127. — (Voy. Nez.)
Œsophage. De l'ulcère simple de l'—, par E. Berrez, 1887, no 157. — Les diverticules de l'— et du pharynx, par Delamare et Descazals, 1897, no 18.
Ombilic. Tumeurs de l'—, par F. Villar, 1890, no 32.
Opération césarienne classique. Du meilleur traitement de la plaie utérine dans l'—, par E. Blanc, 1890, no 52. — d'Estlander. (Voy. Empyèmes.)
Ophtalmie sympathique. Des traumatismes oculaires graves et de leur traitement, avec considérations sur la pathogénie, la prophylaxie et le traitement de l'—, par A. Darier, 1891, no 118.
Ophtalmoplégie nucléaire extérieure, par P. Raymond, 1890, no 140.
Opothérapie ovarienne par Mossé, 1899, no 114.
Orteil. De la déviation en dehors du gros —, par J. Lafourcade, 1894, no 87. — en marteau. D'une déformation particulière des orteils désignée sous le nom d'—, par A. Ricard, 1887, no 124.
Oreillons. Complications nerveuses des —, par L. Gallavardin, 1898, no 144. — et leurs complications, par Catrin, 1895, nos 75, 78.
Os, lésions. (Voy. Fièvre typhoïde, Ostéotomie.)
Ostéo-arthrites tuberculeuses, différentes formes. De leur traitement par la méthode sclérogène pure ou combinée à l'arthrectomie précoce et répétée, surtout chez l'enfant, par P. Mauclaire, 1893, no 103. — Etude d'ensemble sur l'anatomie et la physiologie pathologique des —, déductions thérapeutiques, par P. Mauclaire, 1892, no 57.
Ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique, par A. Orrillard, 1892, no 73.
Ostéomalacie. De l'—, par R. Meslay, 1897, no 33.
Ostéomes. Des — intra-musculaires d'origine traumatique, par Boudin, 1899, no 125.
Ostéomyélite des os longs. Des résections dans l'—, par F. Legueu, 1889, no 143. — vertébrale. L'—, par A. Chipault, 1896, no 143.
Ostéoplastie cranienne. L'—, par A. Chipault, 1893, nos 83, 86. — rachidienne. L'—, par A. Chipault, 1893, no 121.
Ostéotomie médiane de l'os hyoïde et la pharyngotomie transhyoïdienne de Vallas, par R. Etiévant, 1897, no 110. — sous-périostée avec extraction consécutive de l'extrémité articulaire; section des os dans les résections articulaires, par A. Ricard, 1888, no 41.
Otite moyenne tuberculeuse chronique. L'—, par H. Monscourt, 1897, no 59. — suppurée. Des abcès encéphaliques consécutifs aux —, par R. Le Fort et S. Lehmann, 1892, no 37.
Oxyde de carbone. L'empoisonnement par l'—, par H. Richardière, 1894, no 104.

P

Pachyvaginalites. (Voy. Vaginalites.)
Paludisme. Les déterminations du — sur le système nerveux, par P. Remlinger, 1897, no 27. — L'hématozoaire du —, par Catrin, 1893, no 41.
Pancréas. Cancer primitif du —, par Ch. Mirallié, 1893, no 94, — Suppurations du —, et leur traitement par Pierre Sikora, 1898, no 78. — Hémorragies du —, par Louis Roche, 1898, no 86.
Pansement picriqué; ses divers modes; technique et innocuité; traitement des érythèmes médicamenteux par l'acide picrique, par P. Thiéry, 1897, no 104.
Paralysie agitante. (Voy. Névroses.) — alcooliques. Les —, par A. Laffitte, 1892, no 115. — du membre supérieur. (Voy. Epaule.) — faciale et tétanos, par Fr. Villar, 188, no 147. — faciale zostérienne, par Klippel et Raynaud, 1899, no 57. — générale des aliénés. Les symptômes spinaux dans les —, par A. Rouillard, 1888, no 30. — générale progressive. Des complications viscérales de la —, par G. Durante, 1894, nos 24, 27. — générale. (V. Syphilis, Tabes.) — infantile. Anatomie pathologique et pathogénie de la —, par L. Thérèse, 1897, no 9. — pseudo-hypertrophique. De l'atrophie dans la —, par L. Thérèse, 1890, no 131. — saturnines, par G. Lyon, 1890, no 120.
Parasitisme. (Voy. Cancer.)
Parasyphilitiques. Les affections —, par P. Gastou, 1894, no 116.
Parole. Troubles de la —. (Voy. Névroses.)
Parotide. Etude anatomique sur l'extirpation de la — et la résection préliminaire du bord postérieur de la mâchoire, par J.-L. Faure, 1895, no 36. — Les lipomes de la —, par Baudet, 1900, no 114.
Paupières. De la restauration des —, par E. Valude, 1889, no 114. — (Voy. Erysipèle palpébral.)
Peau. Œdème aigu de la —, par Courtois-Suffit, 1890, no 99.
Pelade. Les nouveaux traitements des peladiques, par P. Ramond, 1892, no 95.
Peptonurie. La —, par P. Raymond, 1889, no 76.
Péricardite brightique. La —, par Rabé, 1897, no 95.
Périnée obstétrical, par E. Bonnaire, 1891, nos 35, 38. — (Voy. Périnéorraphie.)
Périnéorraphie appliquée aux déchirures complètes du périnée, par L. Picqué, 1887, no 127.
Péritoine. Des kystes hydatiques du —, par M. Soupault, 1895, no 87.
Péritonites aiguës. Du rôle des microbes dans l'étiologie et l'évolution des —, par P. Achalme et Courtois-Suffit, 1890, no 128. — tuberculeuses. Du traitement de la —, par J. Bruhl, 1890, no 123. — tuberculeuse. L'occlusion intestinale au cours de la —, par Lejars, 1891, no 142.
Pérityphlite (Voy. Typhlite.)
Peste. La —, par Delherm, 1899, nos 108 et 111.
Pharyngotomie. (V. Ostéotomie.)
Pharynx, diverticules. (Voy. Œsophage.) — nasal. Des végétations adénoïdes du —, par Lubet-Barbon, 1889, no 67.
Phlegmatia alba dolens, d'origine puerpérale. La —, par V. Leblond, 1890, no 80. — (Voy. Infection puerpérale.)
Phosphore. (Voy. Nécrose phosphorée.)
Phréno-péritonite. (Voy. Abcès sous-diaphragmatiques.)
Phtisie laryngée, par Cuvillier, 1891, no 109. — pulmonaire. Traitement hygiénique de la —, par M. Boulay, 1892, no 135. — pulmonaire. Traitement médicamenteux de la —, par M. Boulay, 1893, no 30.
Pied. Arthropathies tabétiques du —, par Chipault et Souques, 1889, no 29. — bot. Traitement opératoire du —, par G. Phocas, 1890, no 26. — plat. Variétés et traitement du — et du pied valgus, par G. Phocas, 1891, no 106.
Plaies d'armes à feu. Considérations sur la chirurgie d'armée. De l'influence de la méthode antiseptique dans la thérapeutique des —. De l'intervention chirurgicale sur les champs de bataille, par A. Demmler, 1893, no 138. — Des armes à feu de petit calibre actuellement en service dans les différentes armées; action des projectiles sur les différents milieux; effets généraux sur l'homme, par J. Huguet, 1896, no 46. — ulcérées. Des greffes cutanées et épidermiques dans le traitement des —, par H. Delagénière, 1888, no 63. — (Voy. Jambe.)
Pleurésies. Des — putrides primitives, par Lévi-Sirugue, 1899, no 93. — diaphragmatiques. Les —, par M. Sée, 1893, no 36. — purulentes. Etiologie et diagnostic des —, 1889, no 99. — purulente interlobaire. Traitement chirurgical de la —, par E. Rochard, 1892, no 31.
Pneumonie. Traitement de la —, par G. Lyon, 1893, no 144.
Pneumothorax. Formes cliniques du —, par E. Lesné, 1896, no 74. — non traumatique. Des indications et des résultats du traitement chirurgical du —, par R. de Bovis, 1896, no 71.
Pneumo-typhoïde, par Toupet, 1887, no 151.
Poliomyélites. Les — par M. Faure, 1898, no 115.

Polynévrites. Des —, par J.-B. Duplaix, 1887, n° 130. — Des —, par C. Ettlinger, 1895, nos 59, 64.
Polypes muqueux (nez, arrière-nez, sinus). Les —, par H. Ripault, 1894, n° 127.
Ponction. La — lombaire, par Lévi-Sirugue, 1900, n° 111.
Pouls lent permanent. Le —, par E. Leflaive, 1891, n° 115.
Poumon cardiaque. Le —, par F. de Grandmaison, 1896, n° 32. — Kystes hydatiques du —, par Ch Mirallié, 1893, n° 12. — La syphilis du —, par A.-B. Marfan, 1892, n° 4. — (Voy. Gangrène pulmonaire, Œdème, Syphilis.)
Pression artérielle. La — et ses variations à l'état de santé et dans les maladies, par Reynaud et Olmer, 1900, nos 58 et 60.
Prolapsus utérin. Du —, par P. Dumoret, 1889, n° 137. — (Voy. Rectum.)
Prostate. De l'intervention chirurgicale dans l'hypertrophie de la —, par Gervais de Rouville, 1893, n° 66. — L'orchite des prostatiques, par A. Guépin et P. Lozé, 1898, n° 21.
Pseudo-leucémie. De la —, par P. Tissier, 1892, n° 84.
Pseudo-lipomes. (Voy. Lipomes.)
Pseudo-paralysies bulbaires. Des —, par Boulay, 1891, n° 86. — générales. Les —, par A. Rouillard, 1888, n° 78.
Pseudo-pelades nerveuses. Les —, par M. Labbé, 1896, n° 128.
Pseudo-rhumatismes infectieux, par A.-B. Marfan, 1888, n° 21.
Pseudo-tabes. (Voy. Tabes.)
Psittacose. La —, par Descazals, 1896, n° 111.
Psoriasis, nature et traitement, par Boulay, 1889, n° 111.
Psychoses puerpérales. Etiologie et formes cliniques des —, par E. Toulouse, 1893, n° 112.
Puerpéralité. Influence de la — sur l'obésité, par Auvard, 1888, n° 135.
Purpura. Etude sur le —, par J.-B. Duplaix, 1888, n° 141.
Putréfactions intestinales. Acides sulfoconjugués dans les urines et —, par O. Josué, 1895, n° 110. — (Voy. Intestin.)
Pyélytes. Du traitement chirurgical des —, par H. Hartmann, 1888, n° 3.
Pylore. Sténoses du —, par A. Coyon et G. Legros, 1898, nos 100 et 103.
Pyocyanies. Les —, par Legros, 1900, n° 29.
Pyrexies. Des indications et de la pratique de la balnéation dans les — en général, par O. Martin, 1900, n° 96.

R

Rachidienne. Chirurgie —; la résection intra-durale des racines médullaires postérieures (étude physiologique et thérapeutique), par A. Chipault et Demoulin, 1895, n° 95.
Rachis, curabilité des traumatismes rachidiens, par Lejars, 1894, n° 64. — De la trépanation rachidienne, par A. Chipault, 1890, nos 88, 105.
Rachitisme. Théories pathogéniques du —, par P. Gallois, 1888, n° 97. — (Voy. Bassin.)
Rate. Des mouvements physiologiques de la —, par R. Picou, 1897, n° 145. — mobile. La —, par P. Faitout, 1896, n° 60. — Tuberculose de la —, par Bender, 1900, nos 38 et 41. — (Voy. Maladies infectieuses.)
Rectum. Indications opératoires et traitement des prolapsus du —, par J.-A. Gauthier, 1891, n° 52. — Suites et complications des interventions par la voie sacrée pour le cancer du —, par H. Morestin, 1894, n° 36.
Réflexes tendineux. De la valeur séméiologique des —, par G. Guinon, 1888, n° 103.
Réfrigération. (Voy. Septicémie.)
Règles. Les — de quinzaine, par Rudaux, 1900, n° 23.
Rein. Dégénérescence amyloïde du —, par A.-B. Marfan, 1888, n° 149. — Diagnostic de la perméabilité rénale, par le procédé du bleu de méthylène, par J. Castaigne, 1898, n° 66. — Des dilatations congénitales des conduits excréteurs du —, par V. Veau, 1897, nos 36, 39. — L'albuminurie et les lésions du — dans la goutte, par F. de Grandmaison, 1894, n° 136. — Le — cardiaque, par Fauquez, 1898, n° 58. — Les kystes des —, par Lejars, 1889, nos 47, 52. — mobile. Le —, par J. Bruhl, 1892, n° 16. — tuberculeux. Le —, par E. Coffin, 1890, n° 49. — Tumeurs solides du —; symptômes, traitement chirurgical, par Guillet, 1888, n° 44. — (Voy. Fistules urinaires, Scarlatine, Syphilis.)
Rétention d'urine chez les operés, par A. Guépin, 1893, n° 33.
Roséoles. Etude générale sur les —, par A. Morel-Lavallée, 1887, n° 100.
Rotule. Indications et contre-indications du traitement des fractures transversales de la — par l'arthrotomie et la suture osseuse, par Coriton, 1892, n° 144. — Traitement des fractures de la — par suture osseuse, par G. Conzette, 1889, n° 20.
Rubéole. La —, par E. Leflaive, 1891, n° 2.

S

Salpingite tuberculeuse. — De la, par P. Riche, 1893, n° 53.
Salpingo-ovarites. De l'évolution clinique des —, par E. Mordret, 1890, n° 134.
Scarlatine. Des complications rénales de la —, par P. Tissier, 1888, n° 129. — Les angines de la —, par H. Bourges, 1891, n° 78.
Sciatique. De la —, par J. Bruhl, 1893, n° 126.
Sclérose des artères. De la —, par A. Martha, 1888, n° 89. — latérale amyotrophique, par A. Florand, 1887, n° 75.
Scoliose. Pathogénie et traitement de la —, par G. Phocas, 1890, n° 146.
Septicémie gazeuse. De la —, par H. Mayet, 1894, n° 30. — puerpérale. Traitement de la — par la réfrigération, et en particulier par les bains froids, par O. Macé, 1894, n° 145.
Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, par A. Schæfer, 1897, n° 133.
Sérum antidiphtérique. Indications et mode d'emploi du —, par E.-C. Aviragnet et Apert, 1897, nos 83, 86.
Sialorrhée. De la —, par Klippel et Lefas, 1897, n° 56.
Solutions salines. (Voy. Injections.)
Splénectomie, par J. Vanverts, 1898, n° 27.
Spléno-pneumonie (maladie de Grancher), par L. Queyrat, 1892, n° 70.
Sténoses. Les — duodénales, par Patel et Grange, 1900, n° 102.
Streptocoque. Le —, par G.-H. Lemoine, 1897, n° 64.
Strumites. (Voy. Thyroïdites.)
Suc gastrique. L'acidité du —; ses divers facteurs, par A. Mathieu et Rémond, 1891, n° 121.
Sucre. Le —, sa valeur alimentaire, ses rapports avec le travail musculaire, par Drouineau, 1899, n° 102.
Suppurations pelviennes. Traitement chirurgical des —, par St.-Bonnet, 1892, n° 7.
Surmenage physique et de ses effets morbides. Du —, par A.-B. Marfan, 1891, n° 8.
Symphyséotomie. La —, par P.-A. Lop, 1895, nos 47, 50, 53.
Syndrome de Reichmann; exposé critique des travaux récents sur l'hypersécrétion chlorhydrique continue, par J.-Ch. Roux, 1897, n° 61.
Syphilis; aliénation mentale et paralysie générale, par A. Morel-Lavallée, 1889, n° 120. — Contagion d'une nourrice par son nourrisson syphilitique. Prophylaxie, par P. Raymond, 1893, n° 58. — de l'urèthre, par P. Faitout, 1897, n° 107. — Des formes graves ; comment et pourquoi la — peut être grave; pronostic de la —, par A. Morel-Lavallée, 1888, n° 118. — Du chancre syphilitique de la muqueuse pituitaire, par P. Chapuis, 1894, n° 119. — du cœur, par R. Jacquinet, 1895, n° 93. — du nez, par P. Tissier, 1896, nos 20, 23. — du rein, par F. de Grandmaison, 1893, n° 75. — Du traitement abortif de la —, par A. Morel-Lavallée, 1888, n° 72. — héréditaire précoce. Des manifestations cutanées et muqueuses de la —, par L. Jacquet, 1889, nos 57, 60. — Les injections mercurielles dans le traitement de la —, par P. Raymond, 1892, n° 79. — Les lésions artérielles de la —, par G. Thibierge, 1889, n° 11. — médullaire. La —, par J. Sottas, 1894, n° 148. — primaire, par Hallopeau et Leredde, 1899, n° 146. — pulmonaire, par J. Vires, 1895, n° 98. — rénale, par Delamare, 1900, n° 45. — (Voy. Poumon.)
Syringomyélie. De la —, par P. Blocq, 1889, n° 140.

T

Tabes. Diagnostic des affections qui ont été rapprochées cliniquement du — (pseudo-tabes, nervo-tabes, par P. Blocq, 1890, n° 35. — et paralysie générale, par Courtois-Suffit, 1893, n° 6. — (Voy. Hystérie.)
Tabétiques. Le traitement des —, par M. Faure, 1897, n° 119.
Tachycardie paroxystique essentielle. De la —, par Courtois-Suffit, 1891, n° 57.
Taille hypogastrique. (Voy. Vessie.)
Tarsalgie. La —, par J. Dauriac, 1892, n° 104.
Téguments. Lichénification des —, par L. Brocq, 1892, n° 22.
Testicule. Des adhérences de la vaginale testiculaire: cause, fréquence, anatomie pathologique, clinique, conséquence aux points de vue de la stérilité et de l'hydrocèle, par F. Regnault, 1892, n° 87. — Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire, par Tuffier, 1890 n° 38.
Tétanie. La —, par A. Rémond, 1891, n° 133.
Tétanos céphalique. (Voy. Paralysie faciale.) — Le —, étude clinique et thérapeutique, par Dopter, 1900, n° 49. — Sa nature infectieuse; étude historique des recherches expérimentales, par P.-B. Bossano, 1889, n° 148.

THORACENTÈSE. Indications de la —, par G. Gaussade, 1894, n° 50. — Opération de la —, par G. Gaussade, 1894, n° 84.
THROMBOSES. Des — veineuses au cours des cardiopathies, par Gallavardin, 1900, n° 125. — Étude clinique et thérapeutique de la — du sinus latéral d'origine auriculaire, par Cornet, 1900, n° 123.
THYMUS. Les fonctions du — d'après la physiologie et la pathologie, par Bonnet, 1899, nos 140 et 143.
THYROÏDITES et strumites infectieuses, par E. Jeanselme, 1895, n° 15.
TRACHÉE. Les ulcérations non traumatiques de la —, par Valette, 1889, n° 91.
TRACHÉOTOMIE. De la—, par P. Mauclaire, 1892, n° 93. — (Voy. ANESTHÉSIE, CROUP.)
TRAUMATISMES. (Voy. CERVEAU, ÉPAULE, RACHIS, TUBE DIGESTIF.) — oculaires. (Voy. OPHTALMIE sympathique.)
TREMBLEMENT dans les affections du système nerveux. Le —, par E. Arnould, 1894, n° 76.
TRÉPANATION. (Voy. RACHIS.)
TUBE DIGESTIF. De l'intervention chirurgicale dans les traumatismes du—, par P. Michaux, 1887, nos 98, 103.
TUBERCULOSE chez les animaux dans ses rapports avec la tuberculose humaine, par Leray, 1896, n° 146. — chez les enfants. Formes cliniques de la —, par E.-C. Aviragnet, 1892, n° 147. — congénitale. La —, par P. Londe et E. Thiercelin, 1893, n° 21. — de la glande parotide, par Meslay et Parent, 1899, n° 18. — des gaines synoviales tendineuses, par V. Wallich, 1889, n° 108. — du rein. Ses rapports avec la — génito-urinaire, par Cayla, 1888, n° 15. — du tarse chez l'enfant; symptômes et traitement, par A. Guibal, 1900, n° 140. — iléo-cæcale, par A. Benoît, 1898, nos 39 et 42. — intestinale. La —, par G. Lyon, 1891, n° 139. — La — des amygdales, par Labbé et Lévi-Sirugue, 1900, n° 20. — La — des séreuses, par Plicque, 1900, n° 65. — Le séro-diagnostic de la —, par Arloing et Courmont, 1900, n° 137. — mammaire, par Carrel, 1899, n° 6. — miliaire, par A.-B. Marfan, 1887, n° 89. — rénale, par Savariaud, 1898, n° 89. — traitement par l'aération continue, par Courtois-Suffit et Boulay, 1890, n° 60. — urinaire chirurgicale, par E. Vigneron, 1893, n° 72. — (Voy. ALBUMINURIE, CERVEAU, ESTOMAC, FOIE, HÉRÉDITÉ, OTITE moyenne tuberculeuse chronique, PÉRITONITE tuberculeuse, REIN, SALPINGITE.)
TUMEURS abdominales. Des indications opératoires que présentent certaines — ayant comprimé les uretères et déterminé des lésions rénales, par Rochet, 1893, n° 147. — intra-buccales. Quelques considérations sur l'extirpation des —, par Verneuil, 1893, n° 141. — intra-oculaires. (Voy. ŒIL.) — malignes. L'intervention chirurgicale dans les —; l'ablation complète et ses difficultés, par A.-F. Plicque, 1889, n° 73. — malignes. Toxithérapie et séro-thérapie des —, par Le Dentu, 1896, n° 17. — ganglionnaires. (Voy. COU, CERVEAU, CORPS THYROÏDE, ENCÉPHALE, GENOU, INTESTIN, OMBILIC, REIN, UTÉRUS.)
TYPHLITE, pérityphlite et appendicite, par A. Ricard, 1891, n° 17.
TYPHOÏDE. (Voy. FIÈVRE.)
TYPHUS exanthémathique. Le —, par Catrin, 1893, n° 78.

U

ULCÉRATIONS gastriques, par A.-B. Marfan, 1887, n° 51.
ULCÈRE. (Voy. DUODÉNUM, ESTOMAC, JAMBE, ŒSOPHAGE.)
URÉMIE. Les troubles mentaux de l'—, par E. Toulouse, 1894, n° 70.
URETÈRE. Cathétérisme des —, par les voies naturelles, par L. Imbert, 1898, n° 69. — De la greffe de l'—, par Trekaki, 1892, n° 67. — Les maladies chirurgicales de l'—; son exploration, par Noël Hallé, 1887, n° 112. — (Voy. FISTULES URINAIRES.)
URÈTRHE. (Voy. SYPHILIS.)
URÉTHRITES non gonococciennes (étiologie, étude clinique). Des —, par P. Faitout, 1896, n° 11.
URÉTHROTOMIE interne. L'—, par H. Hartmann, 1889, n° 2.
URINAIRES. Les faux —, par Estrabaut, 1900, n° 35.
URINE normale. La toxicité de l'—, par P. Le Noir, 1892, n° 141. — (Voy. INCONTINENCE.)
UROBILINURIE. De l'—, par P. Tissier, 1891, n° 81.
URTICAIRE. De l'—, par W. Dubreuilh, 1892, n° 121.
UTÉRUS. Du curage de l'—, par R. Pichevin, 1890, n° 41. — Du segment inférieur de l'—, pendant la grossesse, l'acrouchement et les suites de couches, par Demelin, 1888, n° 126. — Du traitement des affections inflammatoires des annexes de l'—, par A. Le Dentu, 1892, n° 25. — Le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles, par J. Chéron, 1892, n° 124. — Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement de certaines tumeurs de l'— et de ses annexes par la voie vaginale, par Péan, 1891, n° 75. — thérapeutique antiseptique, par N. Hallé, 1888, n° 18. — (Voy. LIGAMENTS utérins, OPÉRATION césarienne.)

V

VACCINE généralisée. De la —, par E. Jeanselme, 1892, n° 28.
VAGINALITES. Traitement des —, par E. Ozenne, 1889, n° 70.
VARICES lymphatiques et lymphangiomes, par A. Chipault, 1888, n° 144.
VARICOCÈLE. Traitement du —, par R. Pichevin, 1887, n° 109.
VARIOLE hémorragique. La —, par F. de Grandmaison, 1888, n° 138.
VARIOLO-VACCINE (unicité des deux virus); transmission héréditaire de l'immunité vaccinale, par P.-A. Lop, 1894, n° 12.
VÉGÉTATIONS adénoïdes. (Voy. PHARYNX nasal.) — conjonctivales à recrudescence printanière, par A. Terson, 1898, n° 75.
VÉSICULE biliaire. Chirurgie de la —, par R. Sainton, 1891, n° 11.
VESSIE. De la suture primitive de la — après la taille hypogastrique, par F. Legueu, 1892, n° 81. — La contractilité du muscle vésical, à l'état normal et à l'état pathologique, par F.-L. Genouville, 1895, n° 27. — (Voy. DRAINAGE, FISTULES URINAIRES, NÉVRALGIES vésicales.)
VIEILLARDS. Les troubles mentaux des —, par Rouillard, 1889, n° 79.
VOIES génitales. Ablation totale des — chez l'homme, dans la tuberculose étendue de ces organes, par Baudet et Kendirdjy, 1898, n° 118. — lacrymales. Traitement des rétrécissements et inflammations des —, par E. Valude, 1887, n° 145.

Z

ZONA. Diverses théories sur la nature et la pathogénie du —, par Grosjean, 1898, nos 15 et 18. — Le —, par P. Berbez, 1892, n° 46.

NOMS DES AUTEURS DES REVUES GÉNÉRALES

A

Achalme (P.), 1890, n° 128. — 1891, n° 49.
Adam, 1892, n° 13.
Adenot (E.), 1890, n° 74.
Angelesco, 1896, n° 116.
Apert, 1897, nos 83, 86.
Arloing, 1900, n° 137.
Arnould (E.), 1894, n° 76.
Arrou, 1891, n° 124.
Audion, 1900, n° 63.
Auvard, 1888, n° 135.
Aviragnet (E.-C.), 1892, n° 147. — 1897, nos 83, 86.
Azoulay (L.), 1892, n° 126.

B

Babinski, 1900, nos 52, 53.
Babonneix, 1900, n° 2.
Bacaloglu, 1899, n° 35.
Ballet (G.), 1890, n° 85.
Barbier (H.), 1888, n° 55.
Barjon (F.), 1894, n° 58.
Batigne, 1899, n° 62.
Baudet, 1898, n° 118, — 1899, n° 38. — 1900, n° 114.
Baudoin (M.), 1890, nos 65, 68, 143. — 1891, n° 100. — 1898, nos 33, 135.
Beluze, 1900, n° 99.
Bender, 1900, nos 38, 41.
Benoît, 1898, nos 39, 42.
Bérard (L.), 1896, nos 26, 29.
Berbez (P.), 1887, n° 95. — 1888, nos 6, 50. — 1892, n° 46.
Bernard (H.), 1897, n° 92. — 1898, n° 72.
Bernheim, 1900, nos 5, 8.
Berrez (E.), 1887, n° 157.
Beurnier (L.), 1888, n° 27.
Bezançon (F.), 1896, nos 2, 5.
Blanc (E.), 1890, n° 52.
Blocq (P.), 1889, nos 26, 140. — 1890, n° 35. — 1891, n° 46. — 1892, nos 10, 60. — 1893, n° 135.
Boiffin (A.), 1887, n° 63.
Bonnaire (E.), 1889, n° 35. — 1891, nos 35, 38, 130.
Bonnet (L.-M.), 1899, nos 140, 143. — 1900, n° 44.
Bonnet (St.), 1888, n° 69. — 1892, n° 7.
Bossano (P.-B.), 1889, n° 148.
Boudin, 1899, n° 125. — 1900, n° 131.
Boulay (M.), 1889, nos 8, 111. — 1890, nos 60, 148. — 1891, n° 86. — 1892, n° 135. — 1893, n° 30.
Bourges (H.), 1891, n° 78.
Bovis (R. de), 1896, n° 71. — 1897, n° 116. — 1898, nos 147, 150.
Braine (P.), 1887, n° 57.
Brissaud (E.), 1889, n° 134.
Broca (A.), 1888, nos 75, 94.
Brocq (L.), 1892, n° 22.
Brodier (H.), 1893, nos 97, 118.
Bruhl (I.), 1890, n° 123. — 1892, n° 16. — 1893, n° 126.
Buscarlet (F.), 1891, n° 158.

C

Carrel, 1898, n° 6. — 1900, n° 71.
Carrière, 1899, nos 3, 82. — 1900, n° 68.
Cassoute (E.), 1896, n° 14.
Castaigne (J.), 1898, n° 66. — 1899, n° 26.
Catrin, 1893, nos 41, 78. — 1895, nos 75, 78.
Caussade (G.), 1894, nos 50, 84.
Cayla, 1888, n° 15.
Cestan (E.), 1896, nos 80, 82. — 1897, n° 47. — 1898, n° 12.
Chapuis (P.), 1894, n° 119.
Cheinisse (L.), 1895, n° 30. — 1897, n° 50.
Chéron (J.), 1892, n° 124.
Chéron (P.), 1888, nos 60, 66. — 1890, n° 55. — 1891, n° 20. — 1892, n° 90. — 1893, n° 132. — 1895, n° 150.
Chevallier, 1899, n° 131.
Chipault (A.), 1888, n° 144. — 1889, n° 29. — 1890, nos 88, 105. — 1891, n° 83. — 1893,

nos 83, 86, 121. — 1894, no 113. — 1895, nos 95, 145, 148. — 1896, no 143. — 1897, no 21.
Coffin (E.), 1890, no 49.
Comby (J.), 1893, nos 18, 44, 69, — 1895, no 69.
Conzette (G.), 1889, no 20.
Coriton, 1892, no 144.
Cornet, 1900, no 123.
Couillaud (P.), 1897, no 42.
Courmont, 1900, no 137.
Courtois-Suffit, 1890, nos 60, 99, 128. — 1891, no 57. — 1893, no 6.
Coyon, 1898, nos 100, 103.
Critzman (D.), 1889, nos 44, 146.
Cuénod (A.), 1894, no 107. — 1895, no 42.
Cuilleret (J.), 1888, no 109.
Cuvillier, 1891, no 109.

D

Darier (A.), 1891, no 118. — 1894, no 101.
Dauriac (J.), 1892, nos 76, 104.
Defontaine (L.), 1888, no 58. — 1891, no 23.
Deguy, 1900, no 117.
Delagénière (H.), 1887, no 81. — 1888, nos 12, 63. — 1889, no 49.
Delamare, 1897, nos 18, 66. — 1899, no 123. — 1900, no 55.
Deléarde 1899, no 105.
Delherm, 1899, nos 108, 111.
Démelin, 1888, no 126. — 1890, no 111.
Demmler (A.), 1893, no 138.
Demoulin, 1895, no 95.
Descazals, 1896, no 111. — 1897, nos 18, 66.
Deydier (H.), 1895, no 3.
Donnadieu (A.), 1896, no 41.
Dopter, 1900, nos 49, 98.
Drouineau (A.), 1897, no 45. — 1899, no 102.
Dubreuilh (W.), 1892, no 121.
Dumoret (P.), 1889, no 137.
Duplaix (J.-B.), 1887, no 130. — 1888, no 141.
Dupré (E.), 1891, no 97.
Durante (G.), 1894, nos 24, 27.

E

Estrabaut, 1900, no 35.
Etiévant (R.), 1897, no 110.
Ettlinger (C.), 1895, nos 59, 64.

F

Faitout (P.), 1896, nos 11, 60. — 1897, no 107.
Farabeuf (L.-H.), 1895, no 81.
Fauquez, 1898, no 58.
Faure (J.-L.), 1889, no 93. — 1895, no 36.
Faure (Maurice), 1896, nos 77, 91. — 1897, no 119. — 1898, no 115. — 1899, no 85.
Ferrand (J.), 1900, no 120.
Florand (A.), 1887, no 75.
Forgue, 1889, no 41.
François, 1899, no 120.
Frey (L.), 1893, no 39.

G

Gallavardin, 1898, no 144. — 1900, no 125.
Galliard (L.), 1893, no 24.
Gallois (P.), 1888, no 97.
Gastou (P.), 1894, no 116.
Gauthier (J.-A.), 1891, no 52.
Genouville (F.-L.), 1895, no 27.
Gérard (G.), 1897, no 89.
Gervais de Rouville, 1893, no 66.
Gouget (A.), 1895, nos 139, 142.
Grandcourt (P. de), 1896, no 35.
Grandmaison (F. de), 1888, no 138. — 1890, nos 29, 91. — 1893, no 75. — 1894, no 136. — 1896, no 32. — 1897, no 30.
Grange, 1900, no 102.
Grasset (H.), 1894, no 93.
Grosjean, 1898, no 15, 18.
Guelliot (O.), 1892, no 129.
Guépin (A.), 1893, no 33. — 1894, nos 9, 73. — 1896, no 35. — 1898, no 21
Guiard (F.-P.), 1895, nos 6, 9.
Guibal, 1900, no 140.
Guillemain (A.), 1892, no 43.
Guillet, 1888, no 44.
Guinon (G.), 1887, no 115. — 1888, no 103. — 1889, no 128.

H

Hagopoff, 1896, no 102.
Hallé (N.), 1887, no 112. — 1888, no 18.
Hallopeau, 1899, no 146.
Hartmann (H.), 1887, no 48. — 1888, no 3. — 1889, nos 2, 82.
Haskovec, 1895, no 84.
Huchard (H.), 1892, no 109.
Huguenin (P.), 1891, no 32.
Huguet (J.), 1895, no 101. — 1896, nos 46, 131, 134.

I

Imbert, 1898, no 69. — 1899, no 21.
Iscovesco, 1896, no 49.

J

Jacobson (G.), 1894, no 98.
Jacquet (L.), 1887, no 121. — 1889, nos 57, 60.
Jacquinet (R.), 1895, no 93.
Jeanbrau, 1899, no 70.
Jeanselme (E.), 1888, nos 86, 124. — 1890, no 11. — 1892, no 28. — 1895, no 15.
Jonnesco, 1891, nos 60, 63.
Josué (O.), 1895, no 110. — 1900, no 143.
Jourdanet, 1897, no 3.

K

Kaepplin, 1898, no 112.
Kendirdjy, 1898, no 118. — 1899, no 38.
Klippel, 1897, no 56.
Koch (R.), 1890, no 137. — 1899, no 57.

L

Labbé (M.), 1896, no 128. — 1900, nos 105, 108.
Laffite (J.-B.), 1890, no 108. — 1892, nos 1, 115. — 1894, no 3.
Lafourcade (J.), 1894, no 87.
Lancereaux, 1895, no 24.
Lapeyre (L.), 1895, no 61.
Lardennois, 1900, no 17.
Laskine, 1891, no 112. — 1895, no 12.
Lasserre, 1894, no 44.
Laurens (G.), 1895, no 104.
Laval (E.), 1897, nos 75, 78.
Leblond (V.), 1890, no 80. — 1893, no 15.
Lebon (H.), 1893, no 109. — 1894, nos 18, 95.
Le Dentu (A.), 1892, no 25. — 1896, no 17.
Lefas, 1897, no 56.
Leflaive (E.), 1888, no 36. — 1889, no 5. — 1890, no 5. — 1891, nos 2, 115.
Le Fort (R.), 1892, no 37.
Legros, 1898, nos 100, 103. — 1900, no 29.
Legry (T.), 1889, no 96.
Legueu (F.), 1889, no 143. — 1891, no 92. — 1892, no 81. — 1895, no 136.
Lehmann (S.), 1892, no 37.
Lejars, 1889, nos 47, 52, 88. — 1891, no 142. — 1894, no 64. — 1898, no 6.
Lemoine (G.-H.), 1896, no 85. — 1897, no 64.
Le Noir (P.), 1892, nos 40, 141.
Léopold-Lévi, 1896, nos 65, 68, — 1898, nos 66, 135.
Leray, 1896, no 57, 146.
Leredde, 1898, no 36. — 1899, no 146.
Lesné (E.), 1896, no 74.
Lévi-Sirugue, 1898, nos 47, 92. — 1899, nos 43, 93. — 1900, nos 20, 111.
Lévy (G.), 1898, no 112.
Londe (P.), 1893, no 21.
Lop (A.), 1893, no 27. — 1894, no 12. — 1895, nos 47, 50, 53. — 1898, no 9.
Lozé, 1898, no 21.
Lubet-Barbon, 1889, no 67.
Lyon (G.), 1889, nos 54, 85. — 1890, nos 20, 23, 120. — 1891, nos 69, 139. — 1892, no 101. — 1893, no 144. — 1895, no 56. — 1899, no 77.

M

Macé (O.), 1894, no 145.
Marfan (A.-B.), 1887, nos 51, 89. — 1888, nos 21, 149. — 1889, no 99. — 1891, no 8. — 1892, no 4.
Marion, 1900, no 134.
Martha (A.), 1887, no 84. — 1888, no 89.
Martin (Ch.), 1898, no 61.
Martin (O.), 1980, no 96.
Mathieu (A.), 1888, nos 24, 47, — 1889, no 38. — 1890, no 114. — 1891, nos 121, 145. — 1893, no 55. — 1894, no 125. — 1896, no 119.
Mauclaire (P.), 1892, nos 57, 93, 103, 106. — 1894, no 15. — 1895, no 33.
Mayet (H.), 1894, no 30.
Merklen, 1899, no 91.
Mermet (P.), 1896, nos 52, 55. — 1897, no 24.
Meslay (R.), 1897, no 33. — 1899, no 18.
Michaux (P.), 1887, nos 98, 103, 154. — 1888, no 106.
Milian (G.), 1895, no 130. — 1896, no 43. — 1899, nos 74, 131.
Millat (E.), 1892, no 98.
Mirallié (Ch.), 1893, nos 12, 94. — 1896, nos 99, 105.
Molinié, 1899, no 52.
Monscourt (H.), 1897, no 59.
Mordret (E.), 1890, no 134.
Morel-Lavallée (A.), 1887, no 100. — 1888, nos 72, 118. — 1889, no 120.
Morély (P.), 1897, no 113.
Morestin (H.), 1893, no 9. — 1894, no 36. — 1897, no 53. 1900, nos 74, 77.
Mossé, 1899, no 114.
Mouchet, 1899, no 29.

N

Nattan-Larrier (L.), 1897, no 130. — 1898, no 129. — 1899, no 137, 139.
Nissim (J.), 1895, no 45.

O

Olmer, 1900, nos 58, 60.
Orillard (A.), 1892, no 73. — 1893, no 115. — 1894, no 41.
Ovize, 1899, no 128.
Ozenne (E.), 1888, no 112. — 1889, no 70.

P

Parent, 1899, no 18.
Parmentier (E.), 1887, nos 136. — 1891, no 26.
Patel, 1899, nos 46, 49. — 1900, no 101.
Paul-Boncourt (G.), 1896, no 38.
Péan, 1891, no 75.
Petit, 1899, no 91.
Phocas (G.), 1890, nos 26, 62, 146. — 1891, no 106. — 1892, no 19.
Pichevin (R.), 1887, nos 69, 72, 109. — 1890, nos 8, 41, 46.
Picou (R.), 1897, no 145.
Picqué (L.), 1887, no 127.
Piéry, 1899, no 15.
Pignol (J.), 1888, no 83.
Plicque (A.-F.), 1889, nos 73, 102, 131. — 1890, nos 17, 77, 117. — 1891, nos 5, 66. — 1893, no 149. — 1894, nos 21, 133. — 1895, nos 39, 133. — 1898, no 3. — 1900, no 65.
Potiquet, 1889, no 14.
Puech (P.), 1895, no 90.
Pujol (G.), 1896, no 114.

Q

Queyrat (L.), 1892, no 70.

R

Rabé, 1897, no 95. — 1899, no 65, 68.
Raymond (P.), 1887, no 106. — 1888, no 115. — 1889, nos 76, 105. — 1890, nos 71, 140. — 1891, no 100. — 1892, nos 79, 95. — 1893, no 58.
Regnault (F.), 1892, no 87. — 1893, no 100. — 1894, no 110.
Remlinger (P.), 1897, no 27. — 1900, no 11.
Rémond (A.), 1891, nos 121, 133.
Reynaud, 1900, no 58, 60.
Ricard (A.), 1887, no 124. — 1888, no 41. — 1889, no 23. — 1891, no 17. — 1898, no 83. — 1900, no 128.
Richardière (H.), 1894, no 104.
Riche (P.), 1892, no 118. — 1893, no 53.
Rieffel, 1891, no 29.
Ripault (H.), 1894, nos 9, 73, 127.
Rivière (A.), 1896, nos 62, 96.
Rochard (E.), 1892, no 31, 138.
Roche, 1898, no 86.
Rochet, 1893, no 147. — 1897, no 3.
Rochon-Duvigneaud, 1895, nos 66, 72. — 1896, no 88.

Roger (G.-H.), 1887, nº 66. — 1888, nº 39. — 1890, nº 14.
Rouffinet, 1890, nº 43. — 1891, nº 127.
Rouillard (A.), 1888, nºs 30, 78. — 1889, nº 79. — 1892, nº 54. — 1896, nº 49.
Roux (J.-Ch.), 1897, nº 61. — 1898, nº 30. — 1899, nº 59.
Ruault (A.), 1887, nº 148.
Rudaux, 1900, nº 23.

S

Sainton (R.), 1891, nº 11. — 1893, nº 129.
Sargnon, 1897, nº 136.
Sauvez (E.), 1893, nº 39.
Savariaud, 1899, nº 12.
Schaefer (A.), 1897, nº 133.
Sebileau (P.), 1897, nº 92. — 1898, nºs 75, 94.
Secheyron (L.), 1887, nº 142. — 1888, nºs 100, 121.
Sée (M.), 1893, nº 36. — 1894, nº 130. — 1895, nº 119.
Sergent (E.), 1893, nº 60.
Sikora, 1898, nº 78. — 1899, nºs 9, 99.
Siredey (A.), 1889, nº 17.
Sottas (J.), 1894, nº 148.
Soupault (M.), 1893, nº 63. — 1895, nº 87. — 1896, nº 119.
Souques, 1889, nº 29. — 1900, nº 32.
Sourdille (G.), 1894, nº 47.
Surmont (H.), 1890, nº 102.

T

Terson (A.), 1892, nº 43. — 1895, nº 42. — 1898, nº 75.
Thérèse (L.), 1890, nº 131. — 1892, nºs 34, 132. — 1894, nº 6. — 1897, nº 9.
Thévenard, 1895, nº 116.
Thévenot, 1900, nº 46.
Thibierge (G.), 1889, nº 11. — 1891, nº 14. — 1894, nº 67.
Thiercelin (E.), 1893, nº 21.
Thiéry (P.), 1891, nº 136. — 1896, nº 8. — 1897, nº 104.
Thiroloix, 1889, nº 146. — 1894, nº 142.
Thoinot, 1889, nº 123.
Tissier (P.), 1888, nº 129. — 1889, nº 32. — 1890, nº 82. — 1891, nº 81. — 1892, nº 84. — 1894, nº 33. — 1896, nºs 20, 23.
Tixier, 1900, nº 85.
Touchard (F.), 1895, nº 122.
Toulouse (E.), 1892, nº 65. — 1893, nº 112. — 1894, nº 70. — 1895, nº 18. — 1900, nº 82.
Toupet (H.), 1887, nºs 78, 151.
Toussaint (F.), 1896, nº 137.
Trekaki, 1892, nº 67.
Tuffier, 1890, nº 38.
Tuja (E.), 1894, nº 79.

V

Valat, 1888, nº 132.
Valençon (Ph.), 1897, nº 69. — 1898, nº 56.
Valette, 1889, nº 91.
Valude (E.), 1887, nº 145. — 1889, nº 114. — 1890, nº 96. — 1891, nº 72. — 1893, nº 3.
Vanverts, 1898, nºs 27, 138, 141.
Veau (V.), 1897, nºs 36, 39.
Verchère (F.), 1887, nºs 118, 133. — 1888, nºs 9, 53. — 1889, nº 65.
Verneuil, 1893, nº 141.
Viannay, 1900, nº 85.
Vigneron (E.), 1893, nº 72.
Villar (Fr.), 1887, nº 86. — 1888, nº 147. — 1890, nº 32.
Vires (J.), 1895, nº 98. — 1897, nºs 6, 139, 142. — 1898, nº 106.

W

Wallich (V.), 1888, nº 92. — 1889, nº 108.
Wiart (P.), 1894, nº 90.
Widal (F.), 1889, nº 62.

ACADÉMIE DES SCIENCES

La séance publique annuelle de l'Académie des sciences a eu lieu le lundi 17 décembre 1900, sous la présidence de M. Maurice Lévy.

Voici la liste des prix décernés pour 1900 :

Prix Montyon. — *Médecine et chirurgie.* — Des prix sont décernés : 1º à MM. Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et Leredde (de Paris), 2º à M. le docteur Guilleminot (de Paris), 3º à M. le docteur J. Soury (de Paris). — Des mentions sont accordées à MM. les docteurs Nobécourt (de Paris), Sabrazès (de Bordeaux) et P. Gallois (de Paris). — Des citations sont accordées à MM. les docteurs Cunéo (de Paris) et Toulouse (de Villejuif).

Prix Montyon. — *Physiologie.* — Le prix est partagé entre M. le docteur Pachon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, et Mlle Joteyko, docteur en médecine à Bruxelles.

Prix Montyon. — *Statistique.* — Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Pailhas, médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Albi, et P.-A. Cassedebat, médecin militaire.

Prix Barbier. — Le prix est partagé entre M. le docteur Guinard (de Lyon) et M. le docteur Marage (de Paris).

Prix Bréant. — L'Académie décerne deux prix, l'un à M. le docteur J. Auclair (de Paris), et l'autre à M. le docteur P. Remlinger, médecin militaire.

Prix Godard. — Le prix est décerné à M. le docteur L. Bernard (de Paris).

Prix Bellion. — Des prix sont décernés : 1º à M. le docteur J. Brault, professeur à l'École de médecine d'Alger, 2º à M. le docteur Samuel Gache (de Buénos-Ayres). — Une mention honorable est accordée à MM. les docteurs Knopf (de New-York) et Jacquet (de Paris).

Prix Dusgate. — Le prix est décerné à M. le docteur S. Icard (de Marseille).

Prix Lallemand. — Le prix est partagé entre M. le docteur Maurice de Fleury (de Paris) et M. le docteur de Nabias (de Bordeaux).

Prix du baron Larrey. — Le prix est décerné à MM. les docteurs Nimier et Laval, médecins militaires. — Une mention honorable est accordée à M. le docteur Finck, médecin militaire.

Prix Pourat. — Le prix est décerné à MM. les docteurs Bergonié, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, et Sigalas, professeur agrégé à la même Faculté.

Prix Martin-Damourette. — Le prix est décerné à M. le docteur Ed. Long (de Paris).

Prix Philipeaux. — Deux prix sont décernés : 1º à M. le docteur Delezenne, maître de conférences de physiologie à l'École pratique des hautes études; 2º à M. Nicloux (de Paris). — Une mention honorable est accordée à M. le docteur Roussy (de Paris).

Prix da Gama Machado. — Une partie du prix est attribuée à M. le docteur P. Carnot (de Paris).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1899-1900

572. Mme de Reeknierska. Contribution à l'étude du prolapsus de la muqueuse urétrale chez la femme. — 573. M. Daubret. Sur l'oblitération congénitale de l'orifice postérieur des fosses nasales. — 574. M. Phelippon. Des hématomes de la vulve et du vagin au cours de la puerpéralité. — 575. M. Quêntin. Accidents pulmonaires infectieux du cancer de l'estomac. Fréquence au cours des interventions. — 576. M. Tabary. La lutte contre la tuberculose dans la classe ouvrière. — 577. M. Lucas. Sur un cas de surdité rapporté à faux au séjour dans l'air comprimé. — 578. M. Anel. De l'endocardite gonococcique. — 579. Mme Perlis. Contribution à l'étude du traitement de l'incontinence d'urine des enfants par le rhus aromatica. — 580. M. Canuet. Méningite cérébro-spinale épidémique (méningocoque). — 581. M. Carré. Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. — 582. M. Rambaud. La périarthrite scapulo-humérale. — 583. M. Tessier. Application de la mécanothérapie à l'hygiène thérapeutique des cardio-scléreux avec angine de poitrine. — 584. M. Kauffmann. Comment doit-on, actuellement, comprendre le syndrome : coliques hépatiques? — 585. M. Luquel. Les lésions des coronaires et la mort subite. — 586. M. Coyon. Flore microbienne de l'estomac. Fermentations gastriques. — 587. M. Zerlaut. Fièvre typhoïde abortive confirmée par le séro-diagnostic. — 588. Mlle O. Brajnikoff. Remarques sur quelques cas de délire alcoolique aigu à tendance systématique. — 589. M. Capgras. Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution présénile. — 590. M. Conso. La pseudo-paralysie générale arthritique. — 591. M. Mignot. Contribution à l'étude des troubles pupillaires dans quelques maladies mentales. — 592. M. Lesage. Étude sur les névrites sensitivo-motrices de la tuberculose pulmonaire. — 593. Mlle Gouliajeff. Du prurigo gestationis. — 594. M. Baudelot. Ostéo-arthropathie avec contracture dans la syphilis héréditaire tardive. — 595. M. Zlatofl. Étude sur la fièvre herpétique à localisation cutanée. — 596. M. Dabasse. Contribution à l'étude des ulcères d'origine phlébitique. — 597. M. Caquille. Du traitement des végétations vulvaires par l'acide phénique pur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — ANATOMIE : MM. Calvé, 11 + 11 = 22; Dionis du Séjour, 11 + 11 = 22; Cerise, 13 + 8 = 21; Darré, 11 + 10 = 21; Delion, 9 + 11 = 20; Gréhault, 9 + 11 = 20; Préciado, 8 + 12 = 20; Saison, 9 + 10 = 19; Juquelier, 7 + 11 = 18; Munch, 9 + 9 = 18; Dézarnaulds, 10 + 7 = 17; Guilly, 4 + 3 = 7; Chevallier, 7.

PATHOLOGIE : MM. Bertier, 13 + 10 = 23; Duclaux, 13 + 10 = 23; Morisetti, 12 + 11 = 23; Deglos, 10 + 10 = 20; Tassin, 9 + 10 = 19.

Écoles de médecine. — *Clermont.* — Un concours s'ouvrira le 20 juin 1901, devant la Faculté de médecine de Toulouse, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

Reims. — Un concours s'ouvrira, le 24 juin 1901, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Guerre. — M. Silice, médecin-major de première classe au 101ᵉ d'infanterie, est désigné pour le 2ᵉ régiment étranger.

M. Carlier, médecin-major de première classe au 2ᵉ régiment étranger, est désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Fache, du 127ᵉ d'infanterie, a été promu au grade de médecin aide-major de première classe.

Marine. — Par décision ministérielle du 14 décembre 1900, ont été nommés, après concours, à l'emploi de professeur dans les écoles de médecine navale, savoir :

a. Pour la chaire de séméiologie médicale, à l'école annexe de Toulon, à compter du 1ᵉʳ janvier 1901, M. le médecin de première classe Planté, en remplacement de M. le docteur Suard.

b. Pour la chaire de pathologie exotique et d'hygiène navale, à l'école d'application de Toulon, à compter du 1ᵉʳ février 1901, M. le médecin de première classe Roby, en remplacement de M. le docteur Millon.

— M. Buffon, médecin de deuxième classe de la marine démissionnaire, a été nommé au même grade, dans la réserve de l'armée de mer.

— M. le médecin de première classe Glérant, du cadre de Brest, est désigné, sur sa demande, pour servir au 2ᵉ régiment d'infanterie de marine, en garnison à Brest, en remplacement de M. le docteur Palasne de Champeaux.

Service de santé colonial. — Le conseil municipal de Marseille, se basant sur ces faits que 15 000 coloniaux passent annuellement à Marseille, et que le trafic du port est des plus considérables, a décidé, dans sa séance du 18 décembre, d'offrir de nouveau au ministre de la guerre les ressources nécessaires pour l'installation d'une école d'application du service de santé colonial.

Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris. — La Société a formé ainsi son bureau pour 1901 : M. Malbec, président; MM. Noir et Dorison, vice-présidents; M. Billon, secrétaire général; M. Yvon, trésorier; MM. Chastanet et Chaumont, secrétaires des séances. Le conseil de famille est composé de MM. L. Gourichon, Dufournier et Barbillon.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 50ᵉ semaine, 882 décès, chiffre inférieur à celui de la semaine précédente (898) et à la moyenne ordinaire des semaines de décembre (947).

La fièvre typhoïde a causé 14 décès. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est en légère diminution (45 au lieu de 57 pendant la semaine précédente).

La variole a causé 9 décès (au lieu de 14, pendant la semaine précédente et de 17 pendant la semaine antérieure). Le nombre des cas nouveaux est encore élevé (109), mais en diminution sur la semaine précédente (132). On ne saurait assez recommander à la population de se faire vacciner et revacciner. L'immunité conférée par la vaccine ne durant que quelques années, les adultes doivent se faire revacciner; ils ne peuvent se dispenser de cette petite opération que s'ils ont été vaccinés avec succès depuis cinq ans au plus.

La rougeole n'a causé que 2 décès; la scarlatine, 1; la coqueluche, 1, la diphtérie, 11.

La diarrhée infantile, toujours rare en cette saison, a causé 18 décès dont 14 dans les arrondissements de la périphérie.

En outre, 27 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 109 décès, au lieu de 113 pendant la semaine précédente et au lieu de 145, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 21 décès (au lieu de moyenne 24); bronchite chronique, 13 (au lieu de la moyenne 29); broncho-pneumonie, 46 (au lieu de la moyenne 47); pneumonie, 29 (au lieu de la moyenne 45).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 41 décès, dont 31 sont dus à la congestion pulmonaire; en outre, 1 décès a été attribué à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 189 décès (au lieu de la moyenne 184); la méningite tuberculeuse, 22; la méningite simple, 29; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 24 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 61 décès; les maladies organiques du cœur, 65; le cancer a fait périr 61 personnes; enfin 29 vieillards sont morts de débilité sénile.

Bière et arsenic. — Un grand nombre de journaux, à la suite du *Times*, racontent qu'en Angleterre, on vient de constater un certain nombre d'empoisonnements à la suite d'ingestion de bière renfermant de l'arsenic.

Cet arsenic provient de l'acide sulfurique commercial qui sert à faire le sucre de brasserie. Les pyrites de fer qui servent à fabriquer l'acide sulfurique du commerce contiennent, en effet, souvent de l'arsenic. Avis aux amateurs de bière anglaise.

Les étudiants à l'Université de Strasbourg. — Le nombre des étudiants immatriculés à l'Université de Strasbourg pour le semestre d'hiver se monte à 1 132 (contre 1 105 pour le semestre d'hiver 1899), qui se répartissent comme suit :

Théologie, 83; médecine, 296; droit, 333; lettres, 196; sciences, 224; 626 étudiants sont originaires d'Alsace-Lorraine (Basse-Alsace, 438; Haute-Alsace, 92; Lorraine, 86); 237 de la Prusse, 53 du grand-duché de Bade, 42 de la Bavière, 22 du Wurtemberg, 19 du grand-duché de Hesse, 18 de Hambourg, 9 du royaume de Saxe et 23 d'autres États de l'Allemagne, 15 de la Russie, 15 de l'Autriche-Hongrie, 8 de la Suisse, 7 du Luxembourg, 5 de l'Angleterre et 6 d'autres pays de l'Europe, 15 des États-Unis d'Amérique, 5 du Japon, 2 du Cap de Bonne-Espérance.

Le nombre des auditeurs bénévoles est de 66, dont 16 dames, ce qui porte à 1 198 le nombre des personnes autorisées à suivre des cours à l'Université. (*Progrès de l'Est.*)

Le Directeur-gérant : Dʳ François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 147. — MARDI 25 ET JEUDI 27 DÉCEMBRE 1900. 73e ANNÉE. MARDI 25 ET JEUDI 27 DÉCEMBRE 1900. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

AVIS

Le succès que nous avons obtenu avec notre numéro spécial du Congrès nous engage à offrir gracieusement à nos nouveaux abonnés les quelques exemplaires qui nous restent.

Tous les abonnements pris pour l'année 1901 seront servis avec cette brochure jusqu'à épuisement, par ordre d'inscription.

Nous rappelons qu'on peut s'abonner directement sans frais dans tous les bureaux de poste.

SOMMAIRE. — L'EAU OXYGÉNÉE. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE DE LA PRESSE. *Médecine :* Les globules blancs dans le rhumatisme; — Les globules blancs dans la tuberculose; — Examens hématologiques au cours de l'éruption vaccinale; — État du sang (formule hémo-leucocytaire) dans le zona idiopathique; — *Syphiligraphie :* Chancres à induration prolongée; — *Médecine légale :* La hernie et la loi sur les accidents du travail. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. Prix proposés pour 1901, 1902 et 1903. — ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BIBLIOGRAPHIE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — Tous les candidats ayant obtenu un minimum de 19 points ont été déclarés admissibles, ainsi que les candidats suivants, qui ont obtenu 18 points : MM. Fernand Lévy, Zacchiri, Ertzbischoff, Cruveilhier, Juquelier, Eonnet, Foisy.

Epreuve orale (21 décembre) : Parois osseuses de l'orbite. — Symptômes du goitre exophtalmique.

MM. Daniel, 16 + 25 = 41; Dreyfus-Rose, 17 + 23 = 40; Touchard, 16 + 24 = 40; Paisseau, 18 + 21 = 39; Papin, 16 + 21 = 37; Méheut, 17 + 20 = 37; Foisy, 11 + 18 = 29; Galdaguès, 7 + 20 = 27.

Société médicale du IXe arrondissement. — Le bureau de 1901 est ainsi constitué :

MM. Bélières, président; Morel-Lavallée, vice-président; Ozenne, secrétaire général; Dagron, secrétaire général adjoint; Duvau et Millon, secrétaires des séances; Duboys de Lavigerie, trésorier.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bérenger-Féraud, correspondant de l'Académie de médecine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(ACTES DU 7 AU 12 JANVIER 1901)

Examens de doctorat.

LUNDI 7 JANVIER, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Tillaux, Broca (Aug.) et Varnier; — M. Gilles de la Tourette, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Hôtel-Dieu* (1re série) : MM. Reclus, Reynier et Legueu ; — (2e série) : MM. Segond, Delbet et Mauclaire; — (2e partie) : MM. Fournier, Méry et Launois; — M. Gaucher, suppléant.

MARDI 8 JANVIER, à une heure. — 1er (oral, nouveau régime), *Faculté* : MM. Gley, Hartmann et Thiéry.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté* : MM. Campenon, Quénu et Wallich ; — M. Broca (André), suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Charité* : MM. Guyon, Schwartz et Faure ; — (2e partie) : MM. Proust, Charrin et Ménétrier.

3e (officiat définitif), *Faculté* : MM. Raymond, Berger et Maygrier; — M. Achard, suppléant.

MERCREDI 9 JANVIER, à une heure. — Médecine opératoire *École pratique*, épreuve pratique : MM. Delens, Poirier et Delbet.

3e (oral, 1re partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Pinard, Broca (Aug.), et Legueu.

3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Reclus, Lejars et Lepage.

4e (nouveau régime), *Necker* : MM. Pouchet, Landouzy et Wurtz ; — M. Heim, suppléant.

JEUDI 10 JANVIER, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, ancien régime), *Faculté* (1re série) : MM. Le Dentu, Schwartz et Maygrier ; — *Petit amphithéâtre*, (2e série) : MM. Berger, Richelot et Wallich ; — (2e partie), *Faculté, salle n° 2* : MM. Letulle, Charrin et Widal.

3e (2e partie, nouveau régime), *Faculté, salle n° 1* (1re série) : MM. Troisier, Roger et Thiroloix; — (2e série) : MM. Chauffard, Marfan et Dupré.

4e (nouveau régime) : MM. Debove, Pouchet et Netter; — M. Chassevant, suppléant.

VENDREDI 11 JANVIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Faculté, salles nos 2 et 3* : MM. Ch. Richet, Retterer et André.

4e (ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Landouzy et Desgrez ; — M. Hanriot, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Necker* (1re série) : MM. Segond, Sébileau et Mauclaire ; — (2e série) : MM. Delens, Lejars et Delbet ; — (2e partie) : MM. Brissaud, Netter et Gaucher; — M. Méry, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Baudelocque* : MM. Pinard, Varnier et Lepage; — M. Heim, suppléant.

SAMEDI 12 JANVIER, à une heure. — 2e (nouveau régime), *Petit amphithéâtre* : MM. Rémy, Hanriot et Gley.

4e (ancien régime), *Faculté, salle n° 1* : MM. Pouchet, Gilbert et Vaquez ; — M. André, suppléant.

5e (1re partie, chirurgie), *Beaujon* : MM. Quénu, Richelot et Hartmann ; — (2e partie) : MM. Proust, Debove et Troisier ; — M. Marfan, suppléant.

5e (1re partie, obstétrique), *Clinique Tarnier* : MM. Budin, Maygrier et Bar ; — M. Chassevant, suppléant.

L'EAU OXYGÉNÉE (1)

Découverte en 1818 par Thénard, l'eau oxygénée ne fut longtemps qu'un sujet de curiosité pour les savants, et ce n'est que vers 1866 que l'on songea à utiliser son action en médecine : à cette époque J. Guérin signale l'action excitante et cicatrisante de l'eau oxygénée sur les plaies, Demarquay en préconise l'emploi dans le traitement des ulcères atoniques et scrofuleux.

Un peu plus tard, les travaux de Smith, de Day, de Gutmann (1869-1871) mettent en lumière les propriétés antifermentescibles de cette substance; Doreau, élève de Damaschino, propose de l'appliquer au traitement du muguet buccal. Les recherches de P. Bert et de Regnard, de Baldy, de Bouchut, de Nicaise, de Laborde et Quinquaud établissent définitivement le pouvoir antiseptique de l'eau oxygénée. La thèse de Petit (1895), la communication de Lucas-Championnière à l'Académie de médecine et le mémoire de M. Touchard confirment et complètent par certains points les travaux précédents.

L'*étude chimique* de l'eau oxygénée comporte quelques détails intéressants. Préparée par la réaction des bioxydes sur les acides étendus, cette substance, dont la formule chimique est H^2O^2, est extrêmement instable ; à l'état de pureté, elle peut dégager jusqu'à 475 fois son volume d'oxygène. Elle se mélange à l'eau en toutes proportions, et ce sont précisément ses solutions qu'utilisent l'industrie et la médecine. Au degré de concentration employé en médecine, c'est-à-dire à 12 volumes au maximum, ces solutions ont une légère saveur métallique, mais à 3 ou 5 volumes leur saveur est absolument nulle.

Pour conserver l'eau oxygénée, il faut éviter de la mettre en présence de certains corps (charbon, bioxyde de manganèse etc.) qui la décomposent par leur seul contact sans éprouver aucune altération; l'agitation simple détermine également la mise en liberté d'une quantité considérable d'oxygène, d'où les deux indication suivantes, si l'on veut conserver une eau oxygénée active : *éviter de secouer les flacons qui la renferment; éviter d'y laisser tomber des poussières.*

Pour reconnaître la présence d'eau oxygénée dans un milieu quelconque, il suffit d'ajouter à ce milieu une solution d'acide chromique; l'eau oxygénée donne alors de l'acide perchromique bleu, soluble dans l'éther. C'est là une réaction d'une grande sensibilité qui permet de déceler les moindres traces d'eau oxygénée.

L'eau oxygénée du commerce contient un grand nombre d'impuretés : de l'acide sulfurique, que le chlorure de baryum décèle en donnant un précipité blanc, — de l'acide chlorhydrique, qui donne avec le nitrate d'argent un précipité blanc caillebotté, — de l'acide phosphorique, qui, chauffé avec du molybdate d'ammonium, donne un précipité jaune. L'acide azotique est rarement ajouté à l'eau oxygénée. L'alcool chauffé avec un peu d'iode et de potasse donne l'odeur caractéristique de l'iodoforme. Toutes ces impuretés rendant l'eau oxyénée impropre à l'usage médical, il est utile de savoir les rechercher et de se rappeler que *l'eau oxygénée, évaporée à sec, ne doit pas donner de résidu fixe.*

Pour ce qui est de l'analyse quantitative il convient d'abord de connaître l'acidité totale de la liqueur; il faut ensuite et surtout déterminer la richesse du produit en oxygène. Le titre ou degré d'une eau oxygénée est défini : le volume d'oxygène que peut dégager un volume de ce liquide à la température de 0 degré et sous la pression normale de 760 centimètres cubes. Ce dosage pourra être effectué, soit par la liqueur titrée de permanganate de potasse, soit encore — et cette dernière méthode est peut-être plus facile — par la méthode volumétrique appliquée à l'aide d'un uréomètre. On a cherché, par différents moyens, à combattre l'instabilité de l'eau oxygénée : l'addition d'une petite quantité d'acide, la répartition du produit en flacons petits et bien bouchés sont avantageusement employés. Pour neutraliser l'eau oxygénée, il suffit d'ajouter peu à peu à une eau oxygénée acide une solution saturée de biborate de soude jusqu'à réaction alcaline, puis de reverser l'eau oxygénée acide jusqu'à neutralisation (Crolas). Ce procédé permet, en opérant sur une petite quantité d'eau oxygénée, d'éviter l'irritation causée par l'acide, tout en conservant un produit suffisamment actif pour les jours suivants.

L'*étude physiologique* de l'eau oxygénée a conduit les divers auteurs aux conclusions les plus contradictoires. P. Bert et Regnard (1880) constatent que l'eau oxygénée arrête le développement des ferments figurés et qu'elle est décomposée par un certain nombre de tissus, et particulièrement par la fibrine ou les éléments donnant naissance à ce corps. Aussi toute injection intraveineuse d'eau oxygénée produit-elle des embolies gazeuses mortelles. Asmuth et Schmidt contestent ces résultats que confirment au contraire Colasanti et Capranica (1882). Pour Laborde et Quinquaud on peut sans danger introduire dans les veines de l'eau oxygénée pure à 5 ou 6 volumes pourvu que l'injection soit faite par petites quantités et lentement. Les recherches personnelles de l'auteur viennent à l'appui de l'opinion de P. Bert : l'eau oxygénée est facilement absorbée par les muqueuses et les séreuses; elle donne lieu, suivant la dose, à des troubles vasomoteurs graves et à des embolies gazeuses pouvant déterminer la mort.

Beaucoup moins contestées sont les *propriétés bactéricides* de l'eau oxygénée. Admises par les anciens auteurs, elles ont été étudiées récemment par MM. Chamberland et Fernbach (1893), Touchard etc. M. Miquel montre que 1cc8 d'eau oxygénée à 10 volumes suffit pour empêcher l'évolution de n'importe quel germe dans un litre de bouillon de bœuf stérilisé : dans son tableau des antiseptiques, il place l'eau oxygénée au troisième rang, après le biiodure de mercure et l'iodure d'argent, immédiatement avant le sublimé. Les recherches de MM. Touchard, Claisse, etc., ont montré que cette action antiseptique de l'eau oxygénée pouvait avantageusement être utilisée en thérapeutique.

Les *propriétés thérapeutiques* du bioxyde d'hydrogène sont surtout précieuses lorsqu'il s'agit d'attaquer une plaie suppurante. Le sublimé, coagulant les albuminoïdes, n'agit plus dans la profondeur; l'acide phénique n'a qu'une action lente et irrégulière : il est de plus fort toxique, le chlorure de zinc n'a d'influence que sur les points qu'il a touchés. L'eau oxygénée est incomparablement supérieure à tous ces agents. Se décomposant en effet au contact de la plaie, elle envoie dans toutes les anfractuosités de la plaie de l'oxygène naissant doué d'un puissant pouvoir bactéricide. Aussi Quénu et Hartmann ont-ils obtenu d'excellents résultats des lavages du rectum à l'eau oxygénée dans les cas de cancer de cet organe, Lucas-Championnière, des lavages vaginaux avant l'hystérectomie. Les lavages de la bouche à

(1) Michaut. Th. de Lyon, 1900, n° 75.

l'eau oxygénée seront recommandés pour toutes les opérations chirurgicales de la région. En un mot, dans toutes les opérations de chirurgie générale en terrain non septique, l'on peut et l'on doitrecourir à l'eau oxygénée, antiseptique parfait, hémostatique puissant.

Bien que l'eau oxygénée donne de moins bons résultats dans les suppurations graves et prolongées, elle constitue peut-être encore dans ces cas la meilleure des médications, et, après Péan et Baldy, M. Lucas-Championnière (1) a eu le grand mérite de montrer quelle amélioration on pouvait en attendre, dans les cas les plus graves. « Il est certain, dit expressément M. Lucas-Championnière, qu'aucune autre substance n'a donné, au cours de la suppuration, une action semblable, et que nous avons le droit de considérer l'eau oxygénée comme le seul antiseptique efficace pour arrêter la suppuration et les phénomènes septiques. » La chirurgie des phlegmons et des abcès bénéficiera donc, dans la plupart des cas, de l'emploi méthodique de l'eau oxygénée. Il en est encore de même de l'ostéomyélite, comme le prouvent l'observation de Tissot (2), et les observations personnelles de l'auteur.

Employée sur les plaies atones, sans tendance à la cicatrisation, sur les vieux ulcères variqueux et sur les gangrènes, l'eau oxygénée a donné les meilleurs résultats. Cette influence *excitante* de l'eau oxygénée sur les plaies, qui avait frappé les premiers observateurs, Baldy et Péan, semble due à la mise en liberté de l'oxygène, à son action spécifique sur les divers éléments de la plaie. L'application de l'eau oxygénée sur les séreuses enflammées est moins bien connue ; bien que cette méthode ait valu à M. Lucas-Championnière d'incontestables succès, elle doit être employée avec précautions, en raison de l'absorption rapide de l'eau oxygénée par les séreuses.

Il n'est pas jusqu'à la gynécologie et à l'obstétrique qui ne puissent bénéficier de l'emploi de l'eau oxygénée. Dans les infections par rétention placentaire, les avortements, les métrites chroniques, les métrorragies, la vaginite blennorragique, différents auteurs ont préconisé les lavages à l'eau oxygénée neutralisée et faible.

L'eau oxygénée a été introduite en ophtalmologie par Ferrara et Vacher (d'Orléans). Le premier de ces auteurs aurait obtenu de bons effets dans les cas de dacryocystite, de blépharite ulcéreuse, de conjonctivites purulentes ou granuleuses et surtout dans les kératites parenchymateuses. Par contre, les résultats auraient été peu favorables dans le traitement des ulcères de la cornée, des iritis et des conjonctivites catarrhales.

Depuis les travaux de Bettmann et Gellé, on commence à utiliser l'eau oxygénée en otologie, et particulièrement dans les otorrhées chroniques à suppuration fétide, sous forme de bains tièdes locaux.

En rhinologie, M. Gellé a montré le parti que l'on pouvait tirer des propriétés hémostatiques de l'eau oxygénée, soit que l'on ait à pratiquer une opération intra-nasale, soit que l'on ait simplement affaire à une épistaxis prolongée : dans ce dernier cas, l'obturation des choanes par un tampon imbibé d'eau oxygénée arrête rapidement l'hémorragie sans déterminer aucune complication ultérieure. « On réalise ainsi, a dit M. Touchard, l'idéal du tamponnement des fosses nasales : un tampon aseptique et hémostatique ; on se trouve donc dans les meilleures conditions pour éviter les complications du tamponnement postérieur : le coryza purulent, les sinusites, l'otite moyenne suppurée. » L'eau oxygénée serait aussi applicable au traitement de l'osène, du coryza et de la pharyngite chroniques.

L'eau oxygénée est encore l'antiseptique de choix dans les affections de la bouche (Touchard), et en particulier dans le muguet. C'est Damaschino qui a, le premier, signalé les heureux effets de l'eau oxygénée dans le traitement de cette affection, et tous les travaux ultérieurs n'ont fait que confirmer les résultats obtenus par cet auteur.

Enfin, on a préconisé l'emploi de l'eau oxygénée dans le traitement de diverses affections internes (chlorose, diabète, épilepsie, etc.). Les essais n'ont pas été poussés assez loin pour que l'on puisse aujourd'hui donner des conclusions précises, peut-être cependant l'eau oxygénée mérite-t-elle d'être employée dans les vomissements de la grossesse et dans les états asphyxiques. Mais c'est surtout dans le domaine de la chirurgie, générale ou spéciale, que cette substance trouve aujourd'hui ses meilleures indications.

(1) Acad. de méd., 1898.
(2) *Gaz. des hôpit.*, 7 sept. 1899.

LB

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(21 DÉCEMBRE 1900)

Au nom d'une commission composé de MM. Faisans, Merklen, Rendu et Siredey, M. Mosny, rapporteur, lit les conclusions d'un travail qui a les honneurs d'une approbation unanime ; voici ces conclusions :

1° Le **sanatorium d'Angicourt** doit être réservé au traitement des indigents parisiens dûment atteints de tuberculose pulmonaire, mais dont les lésions sont présumées curables.

2° Nul malade ne pourra être admis au sanatorium d'Angicourt, que sur présentation d'un *dossier sanitaire* constitué par le médecin traitant et comportant :

a. L'histoire des antécédents familiaux du malade ;

b. Celle de ses antécédents personnels ;

c. Celle de sa tuberculose ;

d. Son observation clinique complète, quotidienne, pendant au moins huit jours consécutifs, comprenant plus spécialement : un schéma des lésions pulmonaires actuelles ; un graphique de la température rectale, du pouls et de la respiration ; une analyse des urines ; le poids du corps ; l'examen microscopique des crachats et la recherche des bacilles, pratiquée à plusieurs reprises si les premières constatations sont négatives.

3° L'ensemble des dossiers sanitaires, ainsi constitués, sera examiné périodiquement par une commission médicale désignée par la Société médicale des hôpitaux de Paris. Cette commission proposerait à l'administration de l'Assistance publique l'admission au sanatorium d'Angicourt des malades tuberculeux présumés curables.

« Nous estimons, conclut le rapporteur, que l'étude comparative de données correspondantes à celles du dossier sanitaire, et recueillies pendant le séjour des malades au sanatorium d'Angicourt, pourra seule permettre au médecin-chef de cet établissement de juger l'efficacité de la cure sur l'évolution des lésions, par suite, l'opportunité du maintien de ces malades au sanatorium.

Deux autres communications ont trait à la tuberculose, l'une de M. Danlos, qui présente une malade atteinte de **folliclis** et d'une **lésion pulmonaire étendue**. Primitivement les deux poumons ont été touchés. Aujourd'hui les symptô-

mes sont limités au poumon gauche envahi dans sa presque totalité. Le diagnostic tuberculose s'impose, mais celle-ci semble enrayée et le facteur de cette atténuation paraît être un rétrécissement mitral développé depuis quelques années.

Une autre de M. Barié, qui attire l'attention sur les **fistules ano-rectales**, prémonitoires de la tuberculose pulmonaire. Ces fistules chez les tuberculeux peuvent précéder d'un temps quelquefois fort long, pendant plusieurs années même, l'apparition des premières manifestations pulmonaires; elles font suites à des abcès, nés, le plus souvent, d'une façon insidieuse, mais qui peuvent dans certains cas succéder à un traumatisme.

M. Lancereaux rapporte plusieurs observations caractéristiques établissant que certaines **hémorragies cutanées** sont intimement liées à un trouble général du système nerveux. On les voit se produire à la suite de certaines émotions, et aussi après une attaque de nerfs, chez des hystériques, des nerveux, des rhumatisants.

M. Galliard présente un malade atteint d'une **hyperostose diaphysaire du tibia et du péroné** qu'on doit sans doute rapporter à la syphilis, malgré les dénégations du malade, ou, comme le suppose M. Rendu, à une maladie de Paget anormale.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(19 DÉCEMBRE 1900)

A propos de deux observations rapportées par M. Routier, l'une de gastro-entérostomie pour cancer, l'autre de pylorectomie pour rétrécissiment ligneux du pylore, la Société a repris la discussion sur la **chirurgie de l'estomac** déjà plusieurs fois entamée. D'intéressantes observations ont été communiquées, mais au point de vue des indications et de la technique opératoire on n'a guère fait que répéter ce qui a déjà été dit bien des fois.

M. Guinard a rapporté une observation fort instructive : il s'agissait d'un malade présentant tous les signes d'une sténose pylorique; M. Guinard fait la laparotomie, trouve un rétrécissement ligneux au niveau de la région pylorique, fait une pyloroplastie. Le malade meurt; l'autopsie montre qu'il avait un *estomac biloculaire*, c'est-à-dire divisé en deux loges, l'une cardiaque, l'autre prépylorique. Ces deux loges étaient réunies par un canal du volume de l'œsophage, long de 18 centimètres. M. Guinard n'a vu que la poche inférieure, s'il avait pu se rendre compte de cette disposition, au lieu de la pyloroplastie qu'il a faite, il aurait abouché l'intestin à la partie postérieure de la poche supérieure et aurait probablement sauvé ce malade qui, ajoute M. Guinard, est mort plutôt de l'opération qu'il n'a pas faite que de l'opération qu'il a pratiquée. Conclusion à tirer de ce fait : en matière de chirurgie gastrique, avant de décider l'opération à pratiquer, le premier devoir du chirurgien est de bien s'assurer des dispositions et des rapports exacts des organes sur lesquels il doit agir.

Continuons la série des anomalies et des bizarreries de toutes sortes qu'on peut rencontrer en matière de lésions ou de troubles gastriques : M. Poirier a rencontré sur un malade pesant 40 kilogrammes, arrivé à la cachexie la plus marquée, un estomac sous-ombilical ou, pour ainsi dire, sus-pubien avec une induration le long de l'antre pylorique, une sorte de cercle péritonéal péripylorique ou enserrant le pylore; M. Poirier a fait une gastro-entérostomie postérieure; il a pratiqué chez ce même malade et dans la même séance une hépatopexie nécessitée par une ptose considérable du foie. De quelle nature était ce cercle péripylorique? Pièces en mains, M. Poirier se déclare dans l'impossibilité de le dire. Ce fait est donc une nouvelle preuve de la difficulté du diagnostic de certaines lésions de l'estomac.

M. Reclus a rencontré, dans un cas, à peu près la même disposition qu'a signalée M. Guinard : le diagnostic porté avait été celui de cancer de l'estomac; il s'agissait d'un estomac divisé en deux poches ou en deux cornets, un cornet cardiaque et un cornet pylorique, réunis par une partie rétrécie; M. Reclus enleva cette partie intermédiaire, réunit les deux poches l'une à l'autre et fit une gastro-entérostomie. La guérison fut parfaite.

Autre cas de M. Reclus : il s'agissait d'un homme pesant 35 kilogs, arrivé à une maigreur extrême, avec une température inférieure à 36 degrés, dans un état lamentable; les différents diagnostics portés avaient été : adhérences inflammatoires, cancer du pylore; M. Reclus fait la laparotomie, trouve un estomac très dilaté et une tumeur pylorique avec des ganglions, lésion sur la nature de laquelle, même pièces en mains, il n'a pu se prononcer. Il a fait une gastro-entérostomie postérieure; après l'opération, le malade eut des vomissements incessants, de véritables troubles de *circulus viciosus*, accidents qui ne cédèrent qu'à une sorte d'alimentation forcée : M. Reclus fit prendre à ce malade un demi-litre de lait et les vomissements cessèrent aussitôt. Trois fois déjà, M. Reclus, a eu l'occasion d'observer ces accidents de *circulus viciosus*.

On voit donc combien est souvent difficile le diagnostic de ces affections gastriques, puisque les chirurgiens, pièces en mains et sous les yeux, ne sont pas plus avancés après qu'avant l'opération.

Aussi au point de vue de cette question de diagnostic, M. Tuffier serait-il assez disposé à passer la main aux médecins et à leur laisser le soin de fixer eux-mêmes le diagnostic et même de poser les indications opératoires, qu'il s'agisse d'ulcère, de cancer ou de sténose pylorique. Il reconnaît avec MM. Reclus, Poirier et autres, que même la tumeur sous les yeux, il est parfois bien difficile de savoir si on a affaire à un cancer où à un ulcère. Il cite encore un cas dans lequel il pensait avoir opéré une simple sténose fibreuse; l'examen histologique avait complètement confirmé ce diagnostic; le malade fut opéré et resta complétement guéri pendant un an, puis il mourut d'une récidive de cancer. C'était donc d'un cancer que M. Tuffier l'avait opéré.

Chez ces malades, les antécédents n'ont aucune valeur; dans les cas de cancer, il y a souvent une période de dyspepsie précancéreuse qui trompe les médecins. Quant aux tumeurs inflammatoires péripyloriques ou périgastriques, elles peuvent également donner le change, puis elles fondent souvent.

Pour ce qui est de la question opératoire, M. Tuffier reste fidèle à la gastro-entérostomie postérieure; il la pratique chaque fois qu'elle est possible. Il n'a constaté que deux fois des accidents de *circulus viciosus*.

Ajoutons à la liste des bizarreries dont nous parlions tout à l'heure ce cas curieux observé par M. Tuffier : Chez un malade atteint de rétrécissement du pylore, il avait fait une gastro-entérostomie postérieure; il fait la laparotomie, cherche l'intestin grêle pour l'amener à l'estomac, il ne trouve pas d'intestin grêle; il fait une pyloroplastie et re-

ferme le ventre. Six jours après le malade meurt d'une pneumonie droite; on fait l'autopsie, qu'est-ce qu'on trouve? un seul poumon du côté droit et toute la cavité thoracique gauche remplie par l'intestin grêle, qui avait passé dans cette cavité par une perforation diaphragmatique.

M. Hartmann, quelque peu sévère pour les médecins, accorde aux chirurgiens seuls le pouvoir de faire un diagnostic précis, même avant l'opération, de lésions gastriques; mais pour cela, il faut faire le cathétérisme après quatorze heures de jeûne, il faut pratiquer l'insufflation gastrique, il faut consulter le chimisme stomacal, il faut faire l'examen du sang, plus important encore que l'analyse du suc gastrique, il faut aussi, au cours de l'opération, s'appliquer à bien examiner la vascularisation augmentée ou diminuée, l'augmentation étant en faveur de lésions inflammatoires, la diminution en faveur du cancer.

Malgré tous ces éléments de diagnostic, il pourra arriver à M. Hartmann, comme à ses collègues chirurgicaux, d'hésiter parfois, même au cours de l'opération, ce qui le rendra peut-être plus indulgent pour ses collègues médicaux.

Après M. Hartmann, M. Delbet, tout en admettant que les chirurgiens peuvent être utiles aux médecins en matière de diagnostic d'affections gastriques, reconnaît que l'erreur est facile, même pièces en mains; exemple : diagnostic par médecins et chirurgiens de cancer du pylore, laparotomie, ablation d'une énorme tumeur sans adhérences, suture du duodénum à l'estomac, fermeture de l'incision gastrique; ce n'était pas un cancer, mais une simple lignite de l'estomac.

Dans un autre cas, le diagnostic avait été celui d'ulcère du duodénum; M. Delbet fait la gastro-entérostomie antérieure, les résultats immédiats sont excellents; au neuvième jour nouvelle hémorragie entraînant la mort. Dans ce cas, M. Delbet a regretté de n'avoir pas fait l'exclsion de la partie malade, ce qui l'amène à déclarer qu'en principe il préfère la résection aux anastomoses.

Passons sur quelques réflexions de MM. Delbet, Tuffier, Bazy et Schwartz, sur les accidents de *circulus viciosus* souvent inexplicables.

Signalons, en passant, un cas de M. Broca qui, bien que plein de respect pour la chimie gastrique, rapporte le fait suivant : tout était en faveur d'un cancer de l'estomac; le chimisme gastrique avait prononcé et s'était affirmé, sans hésitation, dans le sens d'un cancer de l'estomac. Or, il s'agissait de troubles dyspeptiques causés par un kyste du cervelet.

M. Routier, dont les observations ont été le point de départ de cette discussion, revient sur plusieurs des questions qui ont été soulevées et conclut, comme ses collègues, aux difficultés extrêmes d'un diagnostic précis, même pièces en mains, dans bien des cas.

Après un court rapport de M. Broca, sur un cas de **tuberculose du sein**, observé par M. Vuilliet (de Genève), nous arrivons aux présentations, fort nombreuses dans cette séance :

M. G. Marchant présente un enfant de quinze ans, qui fut grièvement blessé par un pétard : plaies multiples, **déchirure du diaphragme, déchirure du foie**, état très grave; l'interne de M. Marchant suture le diaphragme, suture le foie, referme le tout et l'enfant a parfaitement guéri.

M. Guinard présente un terrassier âgé de cinquante-deux ans qui, malgré une **luxation de l'épaule** non réduite, jouit à peu près de tous ses mouvements et fait son métier de terrassier. Toutefois, comme il y a des phénomènes d'atrophie, M. Guinard se propose de faire la résection de la tête humérale.

M. Schwartz, qui reconnaît ce malade pour l'avoir vu dans son service, a fait des tentatives de réduction, a mobilisé la tête humérale et a fait masser ce malade, traitement qui n'a pas été étranger à sa bonne situation actuelle.

M. Tuffier présente un malade auquel il a fait la ligature de la sous-clavière pour un **anévrysme de la sous-clavière.**

M. Schwartz présente deux gros **fibromes utérins** avec grossesse de quatre mois et demi, qu'il a enlevés récemment.

M. G. Marchant présente un malade atteint de **prolapsus du rectum**, et qui vient à l'appui de la thèse qu'il a soutenue sur la pathogénie de ce prolapsus, pathogénie dans laquelle le hernie périnéale joue le principal rôle.

Passons aux élections :

M. Reclus est nommé président pour l'année 1901; M. Bouilly est élu vice-président; MM. G. Marchant et Bazy sont élus, l'un premier, l'autre second, secrétaires annuels.

Commission du prix Ricord : MM. Bazy, Ricard et Quénu.

Commission du prix Laborie : MM. Berger, Reclus et Picqué.

REVUE DE LA PRESSE

MÉDECINE

Les globules blancs dans le rhumatisme. — MM. Achard et Lœper ont observé, dans 14 cas de rhumatisme aigu, de la leucocytose, avec polynucléose au cours de la période fébrile et éosinophile à la fin de l'accès et pendant la convalescence. Quelquefois, durant la période fébrile, ils ont rencontré aussi quelques mononucléaires médullaires.

Chez 4 de ces malades, le liquide articulaire séreux ne renfermait guère que des polynucléaires. Il en était exactement de même dans un cas de rhumatisme chronique avec poussée aiguë; enfin dans 3 cas de rhumatisme blennoragique, c'est aussi de la polynucléose qui fut observée.

En somme dans ces diverses arthropathies dont le diagnostic présente parfois certaines difficultés, la réaction locale et générale est à peu près uniforme quant à la formule leucocytaire. (Soc. de biologie, 1er décembre 1900.) L. G.

Les globules blancs dans la tuberculose, par MM. Ch. Achard et Lœper. — Dans les épanchements séreux de nature tuberculeuse, la formule leucocytaire est caractérisée par la prédominance des éléments mononucléaires (Widal et Ravaut). C'est également ce que MM. Achard et Lœper ont observé dans un cas d'arthrite tuberculeuse à contenu séreux et dans le liquide des articulations dans lesquelles ils avaient injecté expérimentalement des bacilles tuberculeux. Toutefois, dans ces conditions expérimentales, on observe tout d'abord une courte période où les polynucléaires sont plus nombreux.

L'examen histologique des lésions tuberculeuses montre que ce sont d'abord les polynucléaires qui apparaissent. Puis à cette polynucléose locale succède bientôt l'afflux des mononucléaires. Enfin, lorsque la caséification se produit et amène la mortification des éléments anatomiques, ce sont des polynucléaires qui apparaissent.

Chez l'homme, le sang subit l'influence de ces réactions leucocytaires locales. Les auteurs ont vu l'augmentation relative des mononucléaires dans la tuberculose aiguë et dans les cas d'épanchements à liquide séreux, la polynucléose dans la pneumonie caséeuse. Mais bien des influences acci-

dentelles, comme les infections secondaires, divers incidents intercurrents et aussi la présence dans l'organisme de plusieurs foyers à différents stades de leur évolution peuvent défigurer plus ou moins le type de la réaction leucocytaire. (Soc. de biologie, 8 décembre 1900.) L. G.

Examens hématologiques au cours de l'éruption vaccinale, par MM. Enriquez et Sicard. — L'examen du sang de 7 enfants vaccinés pour la première fois et de 11 adultes déjà vaccinés a permis de constater que, dans la très grande majorité des cas, il ne se produit pas au cours de l'éruption vaccinale d'exode des formes myélocytaires, si fréquemment rencontrée au cours de la variole.

Il est interessant de signaler ces résultats et de montrer que la vaccine peut conférer l'immunité contre la variole, sans provoquer de réaction de la moelle osseuse, au moins apparente dans le sang de la circulation générale. (Soc. de biologie, 1er décembre 1900.) L. G.

Etat du sang (formule hémo-leucocytaire) dans le zona idiopathique, par MM. Sabrazès et Mathis. — On n'observe pas de modifications appréciables du nombre des globules rouges, ni du taux de l'hémoglobine, dans le cours du zona. On note, du premier au cinquième jour de l'éruption, une hyperleucocytose, portant surtout sur les polynucléaires neutrophiles et sur les éosinophiles.

Le nombre des globules blancs fléchit et redevient normal ou hyponormal le sixième jour (contenu louche des vésicules). Une nouvelle poussée d'hyperleucocytose totale, parfois avec éosinophilie plus marquée, s'observe à la période de dessiccation et de desquamation.

Dans les vésicules claires du zona, on compte, le premier jour, 79 p. 100 de polynucléaires neutrophiles et 19 p. 100 de lymphocytes. Le pourcentage des polynucléaires augmente jusqu'au siyième jour, à partir de ce moment, dans le liquide louche des vésicules, de nombreux éosinophiles sont associés aux polynucléaires neutrophiles.

On peut rencontrer, le premier jour de l'éruption dès des amas de minces bâtonnets bactériens dans le liquide clair des vésicules; ces bâtonnets diminuent de nombre les jours suivants. On ne trouve de myélocytes neutrophiles ni dans le sang, ni dans les vésicules.

Ces recherches plaident en faveur de la nature infectieuse du zona idiopathique. (Soc. de biol., 1er déc. 1900.) L. G.

SYPHILIGRAPHIE

Chancres à induration prolongée. — M. Jonathan Hutchinson rapporte les deux intéressantes observations qui suivent. Dans le premier cas, un chancre syphilitique resta induré pendant dix ans. Le sujet, âgé de trente et un ans présentait sur le prépuce une petite tuméfaction arrondie, plate, de consistance cartilagineuse, légèrement congestionnée, mais non ulcérée. Sa consistance la fit considérer comme un chancre syphilitique récent, mais le malade affirma que la lésion remontait à dix ans, mais avait augmenté de volume depuis six mois; d'ailleurs il n'y avait plus trace d'adénopathie, ni d'éruption, ni de mal de gorge. Le diagnostic resta en suspens, mais, trois ans plus tard, le malade présenta les signes d'une orchite absolument indolente, qui fut considérée comme syphilitique et guérit rapidement par le traitement spécifique. A ce moment le malade présentait sur la langue des ulcérations et des plaques muqueuses avec une hypertrophie considérable des papilles.

Dans le second cas l'induration persista deux années, en dépit du traitement. Au bout de ce temps la tuméfaction présentait la consistance du cartilage et sa base offrait une ulcération superficielle sans suintement. Le mal avait guéri à plusieurs reprises, mais il se reproduisait à l'occasion des rapports sexuels. Depuis dix-huit mois le sujet prenait du mercure ou de l'iodure de potassium sans discontinuer et il avait plusieurs poussées de stomatite. De prime abord on crut à un chancre mou, mais l'induration s'affirma définitivement au bout d'un mois ou deux. Pendant deux mois on cessa tout traitement. Des glandes apparurent aux aînes mais on n'observa pas d'éruption.

M. Hutchinson pense que ces cas d'induration prolongée s'observent lorsque le traitement a été insuffisant ou bien lorsqu'on a substitué trop tôt le traitement ioduré au traitement mercuriel. Il recommande, comme thérapeutique, l'usage très prolongé du mercure. (*Arch. of Surgery*, vol. IV, p. 327.) A. H.

MÉDECINE LÉGALE

La hernie et la loi sur les accidents du travail. — M. Granjux, dans un très intéressant article, étudie une question qui va se poser souvent devant les tribunaux : la hernie qui se produit chez un ouvrier est-elle ou n'est-elle pas un de ces accidents du travail que la loi de 1898 met à la charge du patron? Il termine son travail très documenté par des conclusions qu'il nous paraît utile de rapporter :

1° La hernie peut être, dans des conditions spéciales, un accident du travail et comme telle justiciable de la loi de 1898.

2° Ces conditions spéciales sont les traumatismes et, dans des cas exceptionnels, l'effort anormal, c'est-à-dire ne constituant pas le travail normal.

3° La constatation que la hernie est le fait d'un effort anormal est toujours délicate. Les difficultés seront diminuées quand les intéressés se feront délivrer un « certificat d'origine de blessure » analogue à celui en usage dans l'armée.

Ce certificat, qui devrait être établi le plus tôt possible après l'accident, comprendrait deux parties : la première serait consacrée au récit détaillé de l'accident fait par des témoins oculaires; la seconde serait réservée au résultat de l'examen médical qui devrait porter sur les points suivants : *a*. état de la musculature de l'abdomen; *b*. état de la région inguinale du côté opposé à la hernie; *c*. caractères de la hernie; *d*. conclusions relatives à l'âge de la hernie, à son mécanisme, à ses relations avec l'accident invoqué.

4° Dans les industries où le travail exige des manœuvres de force et des efforts violents, il serait sage de soumettre à un examen médical — spécialement au point de vue de la hernie — l'ouvrier qui se présente à l'embauchage. Il en résulterait cet avantage précieux pour l'employé et pour l'employeur, de permettre de classer l'ouvrier dans la catégorie de travaux auxquels il est physiquement apte, et d'éviter son usure précoce par le surmenage.

Le résultat de cet examen médical serait inscrit sur un registre *ad hoc* (analogue au registre d'incorporation en usage dans l'armée) dans le cas d'acceptation de l'ouvrier qui signerait cette pièce avec le médecin. Il est probable que cette sorte d'inventaire établissant d'une façon indiscutable ce qu'était, au point de vue physique, l'ouvrier à son entrée à l'usine, rendrait bien plus facile la solution des difficultés auxquelles peuvent donner lieu les accidents du travail, notamment en ce qui concerne les hernies. (*Bull. méd.*, 1er décembre 1900.) F. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1901

(Les Concours seront clos fin février 1901.)

Prix de l'Académie. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *L'épilepsie partielle au point de vue clinique et expérimental.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. (Annuel.) — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix François-Joseph Audiffred. — Un titre de 24 000 francs de rente. — Ce prix sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre résidant de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 2 avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de médecine de Paris, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation.

Prix Barbier. — 2000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Mathieu Bourceret. — 1200 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

Prix Adrien Buisson. — 10500 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *De la rigidité du col de l'utérus pendant l'accouchement, en dehors de celle qui est causée par le cancer et par les corps fibreux.*

Prix Chevillon. — 1500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Du rôle de l'alcool en pathologie mentale.*

Prix Clarens. — 400 francs. (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix Daudet. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des meilleures méthodes chirurgicales à opposer au cancer du sein.*

Prix Desportes. — 1300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. — L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1901. — Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1902. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à chaque stagiaire. — Un concours pour *une* place de stagiaire aura lieu au mois de mai 1901. Les candidats devront se faire inscrire avant le 30 avril.

Prix Ernest Godard. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Hugo. — 1000 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

Prix Huguier. — 3000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Ce prix ne sera pas partagé.

Prix Jacquemier. — 1700 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail sur un sujet d'obstétrique qui aura réalisé un progrès important. — Ce travail devra être publié au moins six mois avant l'ouverture du concours.

Prix Laborie. — 5000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey. — 500 francs. (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera décerné à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Prix Laval. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. — Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Henri Lorquet. — 300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix Louis. — 3000 francs. (Triennal.) — Question : *Des médications thyroïdiennes.*

Prix Mège. — 900 francs. (Triennal.) — Question : *Pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Adolphe Monbinne. — 1500 francs. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. — Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins ».

Les candidats qui solliciteraient des avances en vue d'une mission adresseront leur demande au président de l'Académie; ils seront invités à fournir, à la Commission du prix, des renseignements sur la mission projetée.

Prix Nativelle. — 300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

Prix Oulmont. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine).

Prix Portal. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Des lésions des centres nerveux, causées par la toxine tétanique.*

Prix Pourat. — 700 francs. (Annuel.) — Question : *La circulation du sang dans le poumon.*

Prix Philippe Ricord. — 600 francs. (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

Prix Vernois. — 700 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1902

(Les Concours seront clos fin février 1902.)

Prix de l'Académie. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des toxines en pathologie.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1577.)

PRIX AMUSSAT. — 1000 francs. (Triennal.) — Ce prix, qui peut être partagé, sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ne seront point admis au concours pour les prix de chirurgie expérimentale, les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut.

Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés.

Le sujet du travail restera au choix de l'auteur.

PRIX BAILLARGER. — 2000 francs. (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés, consacrés aux aliénés.

Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première, ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde, ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles, on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

PRIX BARBIER. — 2000 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

PRIX CHARLES BOULLARD. — 1200 francs. (Biennal.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1200 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

PRIX CAMPBELL DUPIERRIS. — 2300 francs. (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

PRIX CAPURON. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Rapport des tumeurs fibreuses de l'utérus avec la grossesse.*

PRIX CHEVILLON. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Des diverses formes de la démence.*

PRIX CLARENS. — 400 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

PRIX DAUDET. — 1000 francs. (Annuel.) — Les travaux adressés pour ce concours devront porter sur une des maladies reconnues incurables jusqu'à ce jour et plus spécialement sur les tumeurs.

PRIX DESPORTES. — 1300 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

PRIX FALRET. — 700 francs. (Biennal.) — Question : *Des somnambulismes.*

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

PRIX HERPIN (de Metz). — 1200 francs. (Quadriennal.) — Question : *Traitement abortif du tétanos.*

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3000 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

PRIX LABORIE. — 5000 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

PRIX DU BARON LARREY. — 500 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

PRIX LAVAL. — 1000 francs. — (Voir plus haut, p. 1568.)

PRIX LEFÈVRE. — 1800 francs. (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

PRIX NATIVELLE. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

PRIX ORFILA. — 4000 francs. (Biennal.) — Question : *Alcaloïdes de la belladone, de la jusquiame et du datura.* — « Chacune de ces questions devra être envisagée sous les points de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique, de la thérapeutique et de la médecine légale. — Ainsi, que deviennent ces poisons après avoir été absorbés; dans quels organes séjournent-ils; à quelle époque sont-ils éliminés et par quelles voies; quels troubles amènent-ils dans les fonctions; quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'ils provoquent; quelle est leur action sur les fluides de l'économie animale et en particulier sur le sang; quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre leurs effets; enfin, et ceci est le plus important, quelle est la marche à suivre pour déceler ces toxiques *avant la mort*, soit dans les matières vomies ou dans celles qui ont été rendues par les selles, soit dans l'urine et dans d'autres liquides excrétés, ainsi que dans le sang? Après la mort, la recherche médico-légale de ces toxiques devra avoir lieu dans le canal digestif, dans les divers organes, dans l'urine et dans le sang; il faudra également indiquer l'époque de l'inhumation passé laquelle il n'est plus possible de les déceler. — Des expériences nouvelles seront tentées sur les contre-poisons des toxiques minéraux et végétaux. » — (Extrait du testament.)

PRIX OULMONT. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

PRIX PORTAL. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Étudier sur les animaux l'inoculation et la contagion du cancer.*

PRIX POURAT. — 700 francs. (Annuel.) — Question : *Fournir des documents expérimentaux propres à éclairer la question de la destination, immédiate ou éloignée, des aliments albuminoïdes.*

PRIX SAINT-LAGER. — 1500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

PRIX SAINTOUR. — 4400 francs. (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX STANSKI. — 1400 francs. (Biennal.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

PRIX TARNIER. — 3000 francs. (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être partagé, sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif a l'obstétrique.

PRIX VERNOIS. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1903

(Les concours seront clos fin février 1903.)

Prix de l'Académie. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des moyens d'apprécier l'activité éliminatrice du rein.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1577.)

Prix Barbier. — 2000 francs. — (Voir plus haut, p. 1528.)

Prix Mathieu Bourceret. — 1200 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

Prix Henri Buignet. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

Prix Capuron. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *De l'action des eaux salines en général sur la digestion.*

Prix Marie Chevalier. — 6000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

Prix Chevillon. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1568.)

Prix Civrieux. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Des troubles cérébraux dans la sclérose en plaques.*

Prix Clarens. — 400 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

Prix Daudet. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des médications générales dans le traitement du cancer.*

Prix Desportes. — 1300 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

Concours Vulfranc Gerdy. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. — L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine. — La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1903. — Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1904. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3000 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

Prix Itard. — 2400 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Laborie. — 5000 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

Prix du baron Larrey. — 500 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

Prix Laval. — 1000 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

Prix Jules Le Fort. — 300 frans. (Quinquenal). — Ce prix, qui ne pourra être divisé, sera attribué à l'auteur du meilleur travail original, et non d'une œuvre de compilation, sur l'étude chimique des eaux minérales et potables.

Prix Henri Lorquet. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Adolphe Monbinne. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

Prix Nativelle. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

Prix Oulmont. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine).

Prix Portal. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique des salpingites dans leurs rapports avec les causes productrices.*

Prix Pourat. — 700 francs. (Annuel.) — Question : *Les sécrétions microbiennes et leur action physiologique dans la genèse des maladies.*

Prix Philippe Ricord. — 600 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

Prix Henri Roger. — 2500 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de médecine des enfants (pathologie, hygiène et thérapeutique). [Il faut que les ouvrages aient deux ans de publication.]

Prix Tarnier. — 3000 francs. — (Voir plus haut, p. 1579.)

Prix Tremblay. — 7200 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des voies urinaires : catarrhe, de la vessie affections de la prostate, plus particulièrement ces deux cas.

Prix Vernois. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1578.)

Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin. En général, ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs. Tout concurrent qui se sera fait connaître, directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours. Toutefois, les concurrents aux prix Amussat, Audiffred, Baillarger, Barbier, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Campbell Dupierris, Chevallier, Chevillon, Clarens, Desportes, Godard, Th. Herpin (de Genève), Hugo, Huguier, Itard, Jacquemier, Laborie, baron Larrey, Jules Lefort, Henri Lorquet, Meynot, Nativelle, Ricord, Saint-Lager, Saintour, Stanski, Tarnier, Tremblay et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier, Huguier et Roger.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté la même année à deux concours de l'Académie de médecine.

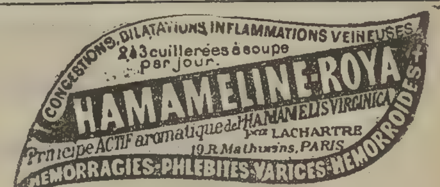
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les voies de conduction du cerveau et de la moelle, par le docteur W. V. Betchterew, professeur à l'Académie impériale de médecine, directeur de la clinique des maladies mentales et nerveuses de Pétersbourg. Édition française refondue et augmentée. Traduction sur la 2e édition allemande, par C. Bonne. Un vol. gr. in-8° de 856 p., avec 400 fig. dans le texte et 1 pl. en couleurs, hors texte. — Prix : 18 francs. — Paris, O. Doin.

Revues et mémoires d'obstétrique, par L.-A. Demelin, accoucheur des hôpitaux de Paris. Un vol. in-8° de 900 p., avec fig. dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



CONGESTIONS, DILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES
2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
HAMAMELINE-ROYA
Principe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA
Vve LACHARTRE
19 R. Mathurins, PARIS
HÉMORRAGIES-PHLÉBITES-VARICES-HÉMORROÏDES

N° 148. — SAMEDI 29 DÉCEMBRE 1900. 73e ANNÉE. SAMEDI 29 DÉCEMBRE 1900. — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 267-99

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes du Jour de l'An, le journal ne paraîtra pas mardi.

AVIS

Le succès que nous avons obtenu avec notre numéro spécial du Congrès nous engage à offrir gracieusement à nos nouveaux abonnés les quelques exemplaires qui nous restent.

Tous les abonnements pris pour l'année 1901 seront servis avec cette brochure jusqu'à épuisement, par ordre d'inscription.

Nous rappelons qu'on peut s'abonner directement sans frais dans tous les bureaux de poste.

SOMMAIRE. — De l'hyperleucocytose polynucléaire comme élément de diagnostic de l'abcès du foie, par M. le professeur Boinet. — Tumeur polypiforme du sein, par M. Pommerol. — Notes de clinique thérapeutique. Traitement des cardiopathies chroniques : VII. Le strophantus, par M. Guihal, interne des hôpitaux de Paris. — Séance de la Société de chirurgie. — Revue bibliographique. — Correspondance. — Chronique et nouvelles scientifiques.

DE L'HYPERLEUCOCYTOSE POLYNUCLÉAIRE

COMME ÉLÉMENT DE DIAGNOSTIC DE L'ABCÈS DU FOIE

Par M. le professeur Boinet (de Marseille).

L'examen du sang de malades atteints de grands abcès du foie (1) d'origine dysentérique, montre une forte quantité de leucocytes. Leur proportion est de six à dix fois plus considérable qu'à l'état normal et, dans nos deux derniers cas, on comptait une quarantaine de globules blancs sur le champ d'une préparation vue à un grossissement de 420 diamètres. Avec les colorations au bleu de méthylène ou à la thionine, on peut aisément constater que les leucocytes, à plusieurs noyaux, sont très nombreux. Ces données nous paraissent justifier le terme d'*hyperleucocytose polynucléaire*. Dans les cas d'abcès du foie, cette augmentation des globules blancs est beaucoup plus considérable que celle qui existe dans l'anémie tropicale, la diarrhée, l'entérocolite, la dysenterie chronique des pays chauds, l'impaludisme, etc. Dès que l'abcès est ouvert, cette leucocytose diminue assez rapidement et d'une façon progressive et graduelle en rapport avec les progrès de la cicatrisation.

(1) Boinet. De l'abcès dysentérique du foie au Tonkin (*Gaz. hebd. des Sc. méd.*, Montpellier 1890) ; — De l'abcès du foie (Congr. pour l'avanc. des Sc., Marseille 18 sept. 1891); — Recherches sur le pus des abcès du foie des pays chauds (Congr. de méd. int., Lyon 1894, p. 493 et 502); — Grands abcès du foie consécutifs à la dysenterie nostras (Congr. de méd. int., Montpellier 1898, p. 118).

La présence de nombreux leucocytes polynucléés dans le sang de deux de nos malades d'hôpital vient de nous permettre de faire le diagnostic d'abcès tropicaux du foie. Le *premier*, âgé de vingt-trois ans, avait eu une dysenterie, au Cambodge, en octobre 1899; plusieurs ponctions du foie avaient été infructueusement pratiquées. L'existence de 40 à 45 globules blancs par champ de préparations du sang vues à un grossissement de 420 diamètres nous fit soupçonner un abcès profond du foie qui fut incisé avec succès le lendemain. Notre second malade, âgé de trente ans, avait été aussi atteint de dysenterie, en Cochinchine, en 1898; il entra dans les hôpitaux en juillet et en octobre 1900. Les diagnostics les plus variés furent portés (accès palustres, grippe, pleurésie, tuberculose). L'examen du sang nous donnant les mêmes résultats que dans le cas précédent, nous concluions à l'existence d'un abcès profond du foie. Une longue incision avec résection costale a donné issue à 1 litre de pus hépatique ressemblant à du chocolat et complètement stérile. Ces faits prouvent bien l'importance pratique de ces examens hématologiques dans les cas d'abcès douteux du foie.

Les recherches bibliographiques que nous avons faites ultérieurement nous ont fourni peu de résultats. D'après MM. Bertrand et Fontan (1), les documents scientifiques se réduisent à une analyse de Langlet, trois observations de Maurel avec rares hématimétries et un cas de Leblond.

En résumé, cette leucocytose intensive est plus accusée dans l'abcès du foie que dans les autres suppurations. Elle est analogue à la *leucémie de suppuration*, signalée par Malassez (Soc. de biol., 1873, p. 625) dans l'abcès du rein, les pleurésies suppurées, les abcès froids ou chauds, etc. Cette hyperleucocytose polynucléaire constitue donc un bon élément de diagnostic de l'abcès du foie, que l'on a souvent le tort d'opérer trop tardivement. Cette temporisation laisse à l'abcès le temps d'acquérir de grandes dimensions. C'est ainsi que nous avons vu au Tonkin, et même en France, des abcès tropicaux tellement vastes que la portion du foie restée saine était réduite à une coque de peu d'épaisseur. C'est alors que les adhérences à la cage thoracique ne permettent le rapprochement et l'accolement des parois de l'abcès qu'après une large résection de plusieurs côtes qu'une intervention plus hâtive aurait pu éviter (2).

(1) Bertrand et Fontan. *Traité médico-chirurgical de l'hépatite suppurée des pays chauds*, Paris 1895, p. 371.
(2) Communication à la Société de biologie.

TUMEUR POLYPIFORME DU SEIN

Par M. Pommerol (de Gerzat).

Marie F..., de Gerzat (Puy-de-Dôme), est âgée de quarante et un ans. Elle est mère de deux enfants qu'elle a nourris : l'un a dix-huit et l'autre vingt ans. Elle n'a jamais eu de maladies du sein; ni contusion, ni éruption, ni névralgie. Il y a une dizaine d'années, elle a vu apparaître à la partie inférieure de la mamelle une petite excroissance arrondie, pédiculée, qui est allée en se développant d'une manière insensible. Elle ne s'en est pas inquiétée, parce qu'elle n'en souffrait pas et pouvait travailler de son métier d'ouvrière de la terre. Elle vint un jour à ma consultation, me montra son sein et me pria de la débarrasser de sa tumeur qui l'ennuyait plus qu'elle ne la gênait.

La femme est bien portante et n'a aucun antécédent morbide, soit chez elle, soit chez ses parents encore vivants. Elle ne sait pas comment lui est venu son mal. Elle est de taille moyenne, d'assez forte corpulence, et les seins sont très développés, arrondis, non pendants. L'aréole a 8 centimètres de diamètre. A la partie inférieure et externe du sein gauche, sur le pourtour même de l'aréole, on voit se détacher un pédicule cylindrique, qui fait partie intégrante du derme et ne se distingue pas de lui ; il est d'une longueur de 2 centimètres et d'un diamètre de 6 millimètres. Il porte à l'extrémité inférieure une tumeur globuleuse de 5 centimètres de diamètre. Elle pend au-dessous du pédicule, à la façon d'un gland ou d'un pompon. Elle est légèrement humide, d'un blanc terne teinté de rose. On voit à la surface ramper des veinules variqueuses de couleur bleuâtre. Le pédicule et la tumeur sont absolument insensibles. On peut les pincer, les piquer sans que la malade ressente de douleur.



Je proposai d'enlever, séance tenante, la tumeur avec le bistouri ou l'écraseur. La femme résista, craignant une souffrance qui n'aurait été qu'insignifiante. Devant un refus formel, je proposai la ligature, qui fut acceptée. Je posai donc à la racine du pédicule un fort lien de soie que je serrai fortement. La malade retourna ensuite à ses occupations. Après quatre jours, elle revint me voir. Je constatai que la tumeur était flétrie; elle avait diminué beaucoup de volume et pris une teinte violacée ; une légère odeur gangréneuse se dégageait d'elle. Je voulus opérer la section, mais j'obtins encore le même refus. Une semaine après la seconde visite, la malade revint et m'annonça que sa tumeur, entièrement noire et gangrénée, s'était détachée. Il n'existait au niveau de la ligature qu'une petite plaie vive intéressant le derme, et d'un diamètre de 1 centimètre environ.

Dans ces conditions, il me fut impossible de faire l'examen microscopique du tissu morbide. Mais il est facile de se rendre compte de sa nature anatomique. Par sa forme en chou-fleur, nettement pédiculée, par sa structure anfractueuse, à saillies globuleuses, agglomérées, plus volumineuses, plus détachées inférieurement qu'à la partie supérieure où elle prend l'apparence muriforme, elle appartient à la classe des polypes. Il est curieux et rare de trouver sur l'aréole de la mamelle une production de ce genre, qu'on n'observe généralement qu'à l'ouverture des cavités naturelles, telles que les fosses nasales, le col utérin, le rectum. Les polypes naissent à la surface des muqueuses; on n'en a pas rencontré sur la peau, du moins à notre connaissance. Ici, il se détache du derme même de l'aréole, qui est parsemée de glandes nombreuses et très développées à l'époque de la lactation. Le derme aréolaire se rapproche donc des muqueuses par ses productions morbides. Les relations qui existent entre l'appareil génital de la femme et celui de la lactation se trouvent donc encore une fois démontrées.

NOTES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement des cardiopathies chroniques (1).

Par M. Guihal, interne des hôpitaux de Paris.

VII

LE STROPHANTUS.

Introduit dans la thérapeutique par Fraser en 1885, le strophantus a trouvé, dans Bucquoy et plusieurs autres, de très chauds partisans. A l'heure actuelle, sans vouloir en faire l'émule de la digitale, on s'accorde à reconnaître que c'est un médicament cardiaque précieux ; mais il règne encore à son sujet un peu de confusion. Les premières expériences ont été faites avec le strophantus glabre du Japon, tandis que l'on se sert maintenant du strophantus kombé et du strophantus hispidus qui sont deux variétés très voisines l'une de l'autre (Blondel). Du strophantus kombé, plusieurs auteurs ont réussi à retirer un principe actif extrêment toxique, la strophantine, dont la formule clinique et la toxicité varient suivant le mode de préparation. Les strophantines les plus étudiées ont été celles de Hardy et Gallois, de Fraser, Würtz, de Catillon, d'Arnaud. Cette variabilité de préparations explique celle des résultats obtenus. Le strophantus fut d'abord purement et simplement considéré comme un poison du cœur par Pélikan (1865), puis par Vulpian, Ch. Legros, Polaillon, et Carville (1871-75) qui s'étaient servis du strophantus glabre. En 1877, Hardy et Gallois préparèrent une strophantine très toxique qu'ils rapprochèrent de la digitale. Ce fut Fraser (d'Edimbourg) qui, en 1885, osa se servir du poison comme d'un remède; il se montra très enthousiaste. Depuis, les travaux se sont multipliés et l'on peut se faire une idée assez nette de l'action physiologique et thérapeutique de ce médicament.

L'action du strophantus, sur le cœur et la circulation, a été expérimentée par Gley et Lapicque (1887). Une forte dose

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1900, p. 1540.

injectée dans les veines d'un chien commence par diminuer le nombre des battements du cœur : la systole est plus énergique ; la durée de la systole est augmentée ; la pression artérielle élevée. Plus tard le cœur devient très irrégulier, et enfin, s'arrête soit en systole, soit en diastole. La section des pneumogastriques atténuant beaucoup l'action du strophantus, Popper en conclut que le toxique agit par imprégnation des centres nerveux. La strophantine de Würtz a été expérimentée à la dose de 1,5 à 4 milligrammes par Sée et Gley, (1888), sur le lapin et le chien. Ils ont observé les mêmes phénomènes que précédemment et admettent que l'alcaloïde agit à la fois directement sur la fibre musculaire et indirectement par les centres nerveux.

Au point de vue clinique, Fraser prétend que le strophantus est un admirable régulateur de la circulation qui d'une part agit plus vite et de façon plus durable que la digitale, et qui d'autre part ne s'accumule pas dans l'organisme. Bucquoy, au congrès international de thérapeutique de 1889, a présenté des tracés sphygmographiques pris chez des cardiaques de toute espèce soumis au traitement strophantique. On peut constater sur ses tracés que le nombre des systoles a beaucoup diminué et que le rythme s'est régularisé. De plus la ligne d'ascension systolique s'est beaucoup élevée, et, comme dans le tracé d'une insuffisance aortique, la ligne de descente est très rapide, formant avec la précédente un crochet aigu et elevé. D'après Laborde, G. Sée, la strophantine produit des effets analogues mais beaucoup plus sûrement que l'extrait de strophantus. Cependant la plupart des auteurs reprochent à la strophantine de ne pas être diurétique, comme le strophantus.

Cette action sur la diurèse a été très discutée. En ce qui concerne la strophantine, G. Sée est d'accord avec les auteurs pour dire qu'elle n'a aucune action diurétique, mais il étend cette défaveur au strophantus lui-même et l'accuse de n'amener la diurèse que « par caprice » et alors en déterminant des lésions nécrotiques des tubuli contorti. Fraser, Bucquoy, C. Paul, Dujardin-Beaumetz et beaucoup d'autres s'accordent au contraire sur la réalité d'une action diurétique. Cette action s'exerce, il est vrai, plutôt par irritation de l'épithélium rénal que par augmentation de la pression artérielle, laquelle est inconstante ; mais il n'en est pas moins vrai que les lésions rénales déterminées par l'élimination du médicament, si elles existent, sont à coup sûr superficielles, et ne peuvent avoir de conséquences fâcheuses ou durables que si le rein se trouvait préalablement altéré. La diurèse strophantique ressemble à celle que produit la caféine (Huchard), moins prononcée sans doute, mais régulière et constante, sans ces débâcles urinaires que l'on observe si souvent après l'absorption de la digitale.

Si l'on ajoute à ce qui précède que le strophantus paraît avoir une action élective sur la dyspnée cardiaque, action admise par Lépine, Potain, contestée par G. Sée, Cazeaux, Dujardin-Beaumetz, l'on peut considérer cette substance comme un médicament cardiaque très précieux. Fraser insiste sur ce fait que le strophantus est souvent mieux toléré que la digitale, que son usage peut être continué pendant dix ou quinze jours sans autre phénomène d'intolérance qu'un peu de diarrhée sans colique, et enfin que l'accoutumance n'en détruit pas les effets. Cependant des cas d'intolérance ont été publiés. Dujardin-Beaumetz a contasté une fois de l'hématurie, Lemoine (de Lille) a vu la diarrhée se produire si la dose dépasse xv gouttes de teinture ; G. Sée et Gley signalent des vertiges. Enfin Huchard, Fürbringer ont vu quelques malades (quatre) mourir subitement, sans qu'on puisse incriminer autre chose que le strophantus. Ces cas sont d'interprétation difficile : disons seulement que Lépine a vu des chiens mourir subitement au cours de ses expériences.

En résumé, régularisation du cœur, diminution de nombre de ses battements, action antidyspnéique, tel est le bilan du strophantus. En pratique, il devient un succédané de la digitale, moins actif que celle-ci, et comportant peu d'indications spéciales. Cependant l'on peut dire, avec Bucquoy et G. Sée, qu'il convient avant tout aux mitraux. Pour ces malades, le strophantus est certes bien moins actif que la digitale, et il échoue bien souvent là ou celle-ci agit encore ; mais nous l'avons dit, on peut donner du strophantus pendant dix ou quinze jours, alars que le traitement digitalique ne dure que cinq ou six. On est ainsi amené à considérer le strophantus comme un continuateur utile des effets digitaliques, et à l'employer de la manière suivante, dans les cas d'asystolie assez grave : « On prescrit d'abord la digitale en macération ou en infusion pendant cinq à six jours consécutifs, ou encore la digitaline cristallisée en solution alcoolique au millième, pendant une journée, avec retour au médicament trois jours après, si le besoin est, en diminuant la dose de moitié. C'est alors que, pour continuer l'action digitalique, on donne le strophantus durant dix ou quinze jours consécutifs. La succession de ces deux médicaments m'a paru presque toujours extrêmement favorable » (Barié).

Ce rôle de continuateur de la digitale chez les mitraux asystoliques semble bien constituer la principale indication du strophantus. Cependant quelques-uns ont signalé d'autres indications plus spécialisées. Bucquoy le recommande en particulier dans le rétrécissement mitral et affirme que là il est supérieur à tout autre médicament cardiaque.

Eichhorst a publié un cas où la tachycardie liée à un goitre exophtalmique a été très améliorée par le strophantus. Enfin Lépine, Potain attribuent au médicament une action sédative très marquée sur beaucoup de phénomènes subjectifs d'origine cardiaque : la dyspnée, les sensations d'oppression et d'angoisse. Dans ces cas, Potain recommande de n'en pas prolonger l'emploi. Cette action sédative semble *a priori* recommander le strophantus dans l'angine de poitrine. Bucquoy est favorable à cette idée, mais G. Sée pense que le remède ne fait qu'aggraver les accidents. Les autres contre-indications du strophantus sont surtout tirées de l'état du myocarde et des reins. Un myocarde très altéré ne réagit pas plus au strophantus qu'à la digitale. Les lésions rénales sont également aggravées, et Lemoine (de Lille) a vu l'albuminurie augmenter sous l'influence de la diurèse strophantique ; on sait d'ailleurs que G. Sée pense que cette diurèse n'est que le résultat d'une néphrite. Chez un albuminurique il vaudra mieux s'abstenir.

La préparation de strophantus la plus employée de nos jours est l'extrait. Catillon formule cet extrait sous forme de granules de 1 milligramme ; il prescrit deux granules le premier jour, trois ou quatre à intervalles égaux pour les jours suivants. La teinture alcoolique du Codex, qui est à 1/5, se donne à la dose de vi ou vii gouttes ; mais il existe des teintures à 1/8 et à 1/20 ; aussi les auteurs conseillent-ils de clairement indiquer sur l'ordonnance le titre de la teinture que l'on veut employer. Enfin G. Sée pré-

fère la strophantine cristallisée sous forme de granule de un dixième de milligramme, et prescrit un à trois granules par jour.

SÉANCE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
(26 décembre 1900)

Dans l'une des dernières séances, M. Legueu a communiqué deux observations de **perforations intestinales** survenues au cours de la fièvre typhoïde et qu'il a opérées, l'une sans succès, l'autre avec succès, M. Lejars, chargé d'un rapport à ce sujet, a traité, d'une façon générale, la question de l'intervention chirurgicale dans les cas de perforations typhiques et a soulevé une discussion intéressante. Ce n'est pas là de la chirurgie brillante, dit non sans raison M. Lejars, mais c'est de la chirurgie utile et pouvant même, dans certains cas, procurer un salut inespéré. Nous avons déjà résumé les deux faits de M. Legueu; le premier fut malheureux, bien que l'opération fût très simple. Dans le second cas, il s'agissait d'un garçon de quinze ans, atteint d'une fièvre typhoïde grave au cours de laquelle il présenta tous les signes d'une perforation intestinale. Appelé immédiatement, M. Legueu pratiqua la laparotomie six heures après le début des accidents; il trouva un liquide purulent, louche, provenant d'une perforation du cæcum qu'il ne put fermer; il y appliqua une greffe épiploïque, fit un grand lavage et draina. Au cinquième jour, il se fit une fistule stercorale qui finit par se fermer seule et l'enfant guérit très bien.

M. Lejars, après avoir félicité M. Legueu de ce succès, rapproche de son observation d'autres faits analogues. On possède aujourd'hui 16 cas de guérison semblables à celui-ci; malheureusement, la guérison n'est pas toujours obtenue aussi facilement qu'on pourrait le croire. Témoin le fait suivant que rapporte M. Lejars : un jeune étudiant, en travaillant au laboratoire, avale, par mégarde, une certaine quantité de culture de bacilles d'Éberth. Il est atteint d'une fièvre typhoïde expérimentale, très grave. Au cours de la maladie, survient brusquement une douleur aiguë dans la fosse iliaque droite, le ventre se ballonne, le malade tombe dans le collapsus; son état est lamentable. Dès le lendemain, M. Lejars fait la laparotomie; il trouve une péritonite purulente, diffuse, généralisée; à trois ou quatre centimètres du cæcum, existait, sur l'intestin grêle, une perforation. M. Lejars la ferme, lave et draine, en même temps qu'on fait des injections sous-cutanées de sérum. Le pouls se relève, le malade semble mieux, mais cette amélioration n'est que passagère et le malheureux jeune homme succombe dans la nuit. M. Lejars estime que l'opération ne lui a fait aucun mal, il regrette seulement qu'elle ait été faite trop tardivement.

Étant donné qu'un malade atteint de perforation intestinale, au cours d'une fièvre typhoïde, est à peu près perdu, il ne faut pas laisser de côté le seul moyen de le sauver, la suture de la perforation. Les succès obtenus sont assez encourageants pour qu'il soit du devoir des chirurgiens de faire entrer la conviction dans l'esprit des médecins. Deux éléments très importants dominent toute la question : il faut un diagnostic précoce de la perforation et, le diagnostic fait, une intervention aussi hâtive que possible. L'intervention en elle-même est fort simple; mais il faut compter d'une part avec les perforations multiples et, d'autre part, avec les perforations successives, ce qui, d'ailleurs, s'observe rarement.

M. Rochard est intervenu plusieurs fois dans ces cas de perforations ou de prétendues perforations typhoïques, mais, parmi les observations qu'il a citées, il en est deux qui sont fort intéressantes et qui méritent d'être retenues : un malade, au cours d'une fièvre typhoïde, présenta tous les signes les plus nets d'une perforation; M. Rochard opéra presque immédiatement; il examina successivement le cæcum, l'iléon, l'appendice, la vésicule biliaire et ne trouva absolument rien. Le malade guérit fort bien.

Un autre malade, présentant une haute température, des vomissements incoercibles, une douleur vive dans la fosse iliaque droite, est envoyé à M. Rochard comme atteint d'une appendicite réclamant une intervention immédiate. M. Rochard l'opère, il ne trouve aucune perforation, aucune trace d'appendicite, mais seulement l'iléon un peu rouge. Il fait faire le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde qui est positif.

Ces deux faits prouvent qu'une laparotomie, au cours d'une fièvre typhoïde, n'aggrave en aucune façon la maladie et est très bien supportée.

M. Routier rappelle un cas dans lequel il eut affaire à une perforation au début de la fièvre typhoïde, il la sutura et le malade a très bien guéri, mais il a eu ensuite une seconde perforation à laquelle il a succombé. M. Routier fait observer que tous ces cas de guérison qui ont été signalés avaient trait à des perforations au déclin de la fièvre typhoïde.

M. Delorme rapporte, à son tour, l'histoire d'un malade qui, au cours d'une fièvre typhoïde, présente tous les signes d'une perforation. Il fait la laparotomie, ne trouve rien qu'un appendice légèrement turgescent qu'il a réséqué.

Il résulte de ces faits, ainsi que le fait très justement observer M. Walther, que le diagnostic de ces perforations n'est pas toujours aisé, et que l'opportunité de l'intervention peut être bien souvent discutable. Il rapporte le fait suivant : Une jeune femme présente tous les signes d'une perforation intestinale au déclin d'une fièvre typhoïde. M. Walther la voit vingt-quatre heures après le début des accidents, l'état est très grave; M. Walther n'intervient pas, il attend l'enkystement de la péritonite. La malade, quelques jours après, rendait un flot de pus dans ses urines. Il s'agissait d'une péritonite suppurée s'étant ouverte dans la vessie; il s'était fait une fistule intestino-vésicale, M. Walther fit des lavages de la vessie; tout s'arrangea, la fistule se ferma spontanément et la malade a très bien guéri.

M. Walther soulève la question du diagnostic différentiel entre l'appendicite et la fièvre typhoïde.

En cas de doute, déclare M. Rochard, il vaut mieux opérer.

M. Lejars, en résumant cette discussion, arrive à cette conclusion qu'au cas, même douteux, de perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde, il vaut mieux opérer le plus tôt possible.

Au début de la séance, M. Hartmann, revenant sur la question du diagnostic du **cancer de l'estomac**, apporte de nouvelles preuves à l'appui de l'opinion qu'il a soutenue sur la valeur séméiologique de l'examen du sang dans le cancer de l'estomac. Il rappelle avoir insisté sur ce point qu'un certain degré d'anémie caractérisée par la diminution de l'hémoglobine et l'augmentation de la leucocytose sont des signes d'une grande valeur au point de vue du diagnostic de cancer stomacal.

M. Hartmann relate les deux observations suivantes qui viennent à l'appui de la thèse qu'il soutient : Une femme de quarante-quatre ans est prise de troubles gastriques, de

vomissements, d'amaigrissement. M. Richardière croit à un cancer de l'estomac ; c'est aussi l'avis de M. Hartmann. La malade est soumise à l'examen de M. Soupault, qui conclut à une apepsie absolue, à une chlorhydrie nulle ; l'analyse chimique confirme donc le diagnostic de cancer. M. Hartmann fait la laparotomie, trouve un estomac sain et referme le ventre. Chez cette malade, l'examen du sang éloignait toute idée de cancer.

Un homme de quarante-huit ans a présenté toute l'histoire d'un ulcère de l'estomac ; le chimisme lui-même a prononcé en faveur de l'ulcère. L'examen du sang seul indiquait un cancer. La laparotomie a prouvé que c'était bien d'un cancer qu'il s'agissait.

Ces deux observations sont, en effet, fort concluantes en faveur de la valeur de l'examen du sang dans le diagnostic de cancer de l'estomac.

M. Chaput fait un rapport sur une observation de **plaie de l'abdomen par coup de couteau** communiquée par M. Morestin. Il s'agit d'un homme de vingt ans qui reçoit dans le bas-ventre un coup de couteau suivi d'hémorragie et de syncope. On l'apporte à Tenon. M. Morestin constate quatre heures après que le malade est pâle, couvert de sueurs, délirant ; pouls à 130, ventre tendu contracturé. La plaie siège au-dessus de l'arcade crurale. Il débride la plaie, lie une veine spermatique, une veine épigastrique. Il trouve aussi des caillots dans le péritoine, une plaie de l'artère appendiculaire et une large perforation du cæcum laissant proéminer des matières fécales. Suture du cæcum, ligature de l'artère. Drainage volumineux pendant huit jours ; guérison. Légère éventration consécutive.

Le succès est le résultat de la précocité de l'intervention qui a été parfaitement conduite. M. Chaput approuve M. Morestin de n'avoir pas dévidé l'intestin grêle, car la faiblesse du blessé commandait d'agir rapidement.

Le drainage a laissé consécutivement une éventration ; il n'était pas indispensable, assure M. Chaput, étant donné que l'infection n'avait duré qu'un peu de temps, et était limitée, puisque les matières n'avaient pas passé dans le ventre. La situation de la plaie sur une anse fixe, loin de l'intestin grêle, permettait d'espérer que l'infection aurait été légère et rapidement circonscrite. On aurait pu tout au moins faire un drainage moins large et moins prolongé.

M. Morestin a fait le diagnostic d'hémorragie abdominale en se basant sur le siège de la blessure qui pouvait être pénétrante, sur les symptômes d'hémorragie, sur la rigidité de la paroi abdominale ; ce dernier signe indique l'infection ou la plaie viscérale ou l'hémorragie abdominale ; il est excellent surtout quand la contracture est généralisée à tout l'abdomen.

Même en l'absence d'hémorragie, l'intervention était urgente, sur la seule présomption de pénétration. Cette règle est encore méconnue trop souvent comme le prouvent des observations rapportées par MM. Potherat et Estor.

Le débridement de la plaie est un mauvais moyen pour s'assurer de la pénétration, à moins qu'il ne soit très large, auquel cas il se transforme en une véritable laparotomie. Le débridement limité ne doit s'appliquer qu'aux hémorragies de la paroi.

Pour vérifier la pénétration il faut faire la laparotomie médiane s'il y a présomption de blessure des organes médians. La présomption de plaie des organes fixes latéraux (foie, reins, rate, côlons verticaux) indique la laparotomie latérale.

Si au cours de cette laparotomie latérale on constate une hémorragie provenant des organes médians, on fera la laparotomie médiane complémentaire qui seule permet de trouver rapidement la source de l'hémorragie.

Actuellement les indications chirurgicales dans les plaies de l'abdomen peuvent se résumer de la façon suivante :

1° Pénétration douteuse : Laparotomie large.

2° Hémorragie pariétale : Débrider la plaie pour l'hémostase. Faire ensuite une laparotomie en bon lieu.

3° Présomptions de blessures des organes situés sur la ligne médiane (intestin grêle, estomac, côlon transverse) : Laparotomie médiane.

4° Présomption de blessures des organes fixes situés latéralement (côlon ascendant ou descendant, foie, reins, rate) : Laparotomie latérale.

5° Hémorragie abdominale grave provenant des organes médians (intestin grêle ou mésentère) et constatée par la laparotomie latérale : Laparotomie médiane complémentaire.

Il n'y aura pas de séance mercredi 2 janvier.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les voies de conduction du cerveau et de la moelle (1), par M. V. BECHTEREW ; trad. franç. par C. BONNE.

Nos lecteurs savent avec quelle faveur fut accueilli, dès son apparition, le beau livre de M. Bechterew. Mais, jusqu'à l'heure actuelle, seuls quelques initiés avaient pu apprécier, dans le texte même, les rares qualités de science et d'exposition du savant professeur russe. Aussi faut-il louer M. C. Bonne d'avoir songé à nous donner une traduction fidèle et élégante des *Voies de conduction du cerveau et de la moelle*.

Après quelques pages d'introduction, dans lesquelles l'auteur décrit les méthodes d'investigation dont nous disposons [méthode des coupes en série Stilling méthodes des colorations électives, méthode de l'anatomie comparée (Meynert), méthode embryologique de Flecshig, méthode des atrophies expérimentales (Gudden), méthode anatomo-pathologique (Türck), méthodes physiologique et embryologique combinées (Bechterew)], l'auteur rappelle rapidement la structure des cellules et des fibres nerveuses, puis il aborde aussitôt les voies de conduction de la moelle et des racines rachidiennes. L'*axe gris*, les racines et cordons postérieurs, les cordons antéro-latéraux et, avec eux, les racines antérieures sont successivement étudiés à la lumière de l'embryologie, de l'histologie fine, de la physiologie. Le *tronc cérébral* (bulbe, protubérance, pédoncules cérébraux et formations dérivées du cerveau intermédiaire), le *cervelet* et enfin les voies de conduction des hémisphères cérébraux, qui comprennent des formes d'association et des formes de projection, sont ensuite décrits d'après le même ordre, c'est-à-dire en faisant toujours précéder l'étude des voies de conduction proprement dites de celle de la substance grise correspondante. Bien qu'il nous soit impossible d'entrer dans le détail, nous tenons à signaler la description de certaines voies médullaires, telles que le faisceau médian du cordon latéral ou bulbaire (voie centrale de la calotte, fibres de la substance réticulée, etc.), — des noyaux et racines de certains nerfs crâniens tels que le vague, le glosso-pharyngien, l'acoustique, l'oculo-moteur, — des voies cérébelleuses et des différents faisceaux du cervelet, des voies sous-corticales, du cerveau terminal, etc. Écrites avec la plus grande clarté, illustrées de nombreux schémas et de reproductions de préparations exécutées au laboratoire de

(1) Gr. in-8°, 856 p., 400 fig. et 1 pl. en couleurs. Prix : 18 francs. — Paris, O. Doin.

M. V. Bechterew, ces descriptions seront lues avec plaisir et profit par tous ceux qui, en France, s'intéressent à la neurologie : elles leur prouveront une fois de plus l'élévation des vues et l'érudition parfaite qui ont toujours caractérisé l'enseignement du professeur Bechterew. L. B.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Directeur de la Gazette des hôpitaux.

Mon cher ami,

A propos d'un incident récent, la Société des chirurgiens des hôpitaux a demandé au directeur de l'Assistance publique de faire appliquer les articles 61, 127, 129, 130 et 131 du règlement concernant les opérations faites par les internes.

Voici en substance trois de ces articles :

ART. 61. — Les chefs de service peuvent autoriser leurs internes : 1° à opérer en leur présence ; 2° à faire, en leur absence, une opération déterminée sur un malade désigné. Cette autorisation doit être donnée par écrit et remise au directeur de l'hôpital. En outre, avant de procéder à l'opération, l'interne doit toujours en prévenir le directeur.

ART. 127. — L'interne de garde doit toujours prendre l'avis du chef de service ou celui du chirurgien de garde et agir suivant les instructions reçues.

ART. 130. — Le chef de service, l'assistant, le chirurgien de garde sont responsables des opérations pour lesquelles ils ont donné leur autorisation d'intervention.

Il ne s'agit donc pas d'empêcher les internes d'opérer. Il paraît que les internes ont mal interprété ce vote. Celui-ci a pour but d'éviter des abus de toute sorte et de bien établir les responsabilités.

Pour calmer les esprits agités, vous me feriez plaisir en insérant la note ci-dessus. Merci d'avance.

Cordialement.

MAUCLAIRE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — M. le médecin de première classe Rigaud, du cadre de Cherbourg, est désigné pour aller servir au 14e d'infanterie de marine au Sénégal, en remplacement de M. le docteur Dallot.

Statistique. — Le service de la statistique municipale a compté, pendant la 51e semaine, 882 décès, chiffre identique à celui de la semaine précédente (898) et inférieur à la moyenne ordinaire des semaines de décembre (947).

La fièvre typhoïde a causé 10 décès, chiffre inférieur à celui (14) de la semaine précédente. Le nombre des entrées dans les hôpitaux est également en diminution (25 au lieu de 32). Le nombre des cas nouveaux déclarés par les médecins présente une augmentation peu importante (51 au lieu de 45).

La variole a causé 8 décès (au lieu de 9, pendant la semaine précédente); 105 varioleux (au lieu de 104 pendant la semaine précédente) ont été déclarés par les médecins; sur ce nombre, 41 (au lieu de 45) sont entrés dans les hôpitaux. On résumera tous ces chiffres en disant que la situation reste stationnaire. Les personnes qui se font revacciner se mettent à l'abri de l'épidémie qui nous menace.

La rougeole n'a causé que 3 décès ; la scarlatine, 2 ; la coqueluche, 1 ; la diphtérie, 8.

La diarrhée infantile, malgré l'extrême douceur de la température, présente des chiffres plus favorables encore que ceux qu'on observe ordinairement en décembre; elle n'a causé que 15 décès de 0 à 1 an, au lieu de 18 pendant la semaine précédente (la moyenne de décembre est 25).

En outre, 43 enfants sont morts de faiblesse congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 101 décès, au lieu de 109 pendant la semaine précédente et au lieu de 145, moyenne ordinaire de la saison. Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 16 décès (au lieu de la moyenne 24); bronchite chronique, 25 (au lieu de la moyenne 29); broncho-pneumonie, 37 (au lieu de la moyenne 47); pneumonie, 23 (au lieu de la moyenne 45).

Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 39 décès, dont 23 sont dus à la congestion pulmonaire ; en outre, 4 décès ont été attribués à la grippe.

La phtisie pulmonaire a causé 207 décès (au lieu de la moyenne 184); la méningite tuberculeuse, 21 ; la méningite simple, 18 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 33 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 59 décès; les maladies organiques du cœur, 67 ; le cancer a fait périr 53 personnes ; enfin 25 vieillards sont morts de débilité sénile.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1901, entièrement refondu, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du praticien*, par le docteur Barth, médecin de l'hôpital Necker. — 2° *Mémorial obstétrical*, par le professeur PAJOT. — 3° *Formulaire magistral*, par M. DELPECH. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur DE VALCOURT.

Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes ; la liste des médecins, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine ; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris ; les médecins des bureaux de bienfaisance ; les médecins inspecteurs des eaux minérales; maisons de santé de Paris et des environs ; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France ; les Écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs ; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales ; le nouveau tableau des rues de Paris, etc.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr. — Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse à portefeuille : trimestres à deux jours par page, 3 fr.; trimestres à un jour par page, 3 fr. 50 ; trimestres seuls dorés sur tranches, à deux jours par page, 1 fr. 75 ; à un jour par page, 2 fr.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50 ; — n° 2, et l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75 ; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

Précis des opérations d'urgence (collection Testut), par le docteur M. GANGOLPHE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien des hôpitaux. Un vol. in-18 colombier de 450 p., cart. toile, avec 138 fig. en noir et en couleurs dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

Obstétrique d'urgence, par L. DEMELIN, accoucheur des hôpitaux, suivie des **Laparotomies d'urgence pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches**, par E. ROCHARD, chirurgien des hôpitaux de Paris, et L. DEMELIN, accoucheur des hôpitaux de Paris. Un vol. in-18 jésus cart. avec fig. dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

TABLE DES MATIÈRES

1900

A

Abcès du foie, 100. — dysentériques du foie, 287. — froid prélaryngé, 1295. — gazeux, 235. — migrateurs devenus autonomes, 447. — pelviens appendiculaires, 645. — péri-amygdaliens chez l'enfant, 1524. — pottiques, traitement, 1376.
Abdomen. Aspect laiteux ou lactescent de certains épanchements de l'—, 235. — Kystes hydatiques de l'—, 694.
Académie de médecine. Prix Alvarenga, 1290. — Prix Chevillon, 1298. — Prix décernés, 1553. — Prix pour l'année 1900, 275. — Prix proposés pour les années 1901, 1902 et 1903, 1577.
Académie des sciences. Prix décernés, 1567.
Accès pernicieux, 839.
Accidents du travail. La hernie et la loi sur les — du travail, 1577. — produits par une teinture à noircir les souliers, 1479. — pulmonaires consécutifs aux maladies du nez, du pharynx et de l'arrière-pharynx, 913.
Acide cinnamique dans la phtisie pulmonaire, 102. — lactique dans la diarrhée infantile, 660. — oxalique comme expectorant, 1201. — phénique. Empoisonnement par l'—, traité avec succès par l'alcool, 1377. — phosphorique. L'— contre l'arthritisme, 786. — picrique dans le traitement du phagédénisme, 360.
Acné comédon. et tuberculose pulmonaire, 422.
Acromégalie céphalique avec ataxie locomotrice, 516. — Deux cas d'—, 1515. — et gigantisme, 528.
Actinomycose humaine, 365. — temporo-maxillaire, 198, 289, 347.
Adénites géniennes, 457.
Adénoïdite chronique et aiguë, 36.
Adénome kystique du corps thyroïde, 33.
Adénopathies multiples, 1542. — tuberculeuses chirurgicales, 471.
Air confiné. Application à l'homme de l'—, au moyen de bioxyde de sodium, 1077.
Albuminurie orthostatique, 728, 761.
Alcool. L'— en thérapeutique, 1188. — pour désinfection des mains en chirurgie, 67. — Pouvoir convulsivant des divers — et essences, 149.
Alcoolisme. L'—, 547. — La lutte contre l'—, 897. — Traitement de l'—, par la digitale, 1407.
Aldéhyde formique. Vapeurs d'—, pour destruction des mouches, puces et rats, 328.
Alimentation. Influence de l'—, par le manioc sur les animaux, 319.
Aliments. Traitement du refus d'—, 1315.
Aliénés. Loi sur les —, 1.
Alitement. L'—, dans les maladies mentales et nerveuses, 1260. — Le traitement moral dans l'— 1179.
Allumettes. Statistique relative aux ouvriers employés à la fabrication des —, 186.
Alopécies. Lotions à employer dans les —, 933.
Amaigrissement et maigreur, 213.
Aménorrée. L'hypodermoclyse dans le traitement de l'—, 786.
Amnésie rétro-antérograde, 412.
Amputés. Illusions des — 1388.
Amygdales. Tuberculose des —, 193. — Tuberculose primitive de l'— 488.
Amygdalite lacunaire, traitement, 540.
Anasarque. Cure mécanique de l'—, 186.
Anastomose latéro-latérale de l'intestin, 527.
Anémie chez les phtisiques, traitement, 1172.
Anesthésie obstétricale par les injections intra-arachnoïdiennes de cocaïne, 820.
Anévrysme. Caractères cliniques des douleurs anévrismatiques, 209. — de la crosse de l'aorte, 647. — de la portion ascendante de l'aorte, 567. — diffus, 1363. — de l'artère iliaque, 832. — de la sous-clavière, 1576. — Traitement des — par la gélatine en injections sous-cutanées, 805. — Traitement des — par l'extirpation, 506. — Traitement des — par les injections coagulantes, 801. — Traitement d'un — du tronc brachiocéphalique droit, 850.
Angine aiguë chez les enfants, signe diagnostique, 7. — et endocardite, 821. — Polymorphisme des — de la scarlatine, 1351. — scarlatineuses, traitement, 1272.
Angiocolites anictériques, 505. — infectieuse, 1446.
Angiome caverneux, 79.
Aniline. Empoisonnements non professionnels par l'—, 818, 830, 1479. — Empoisonnement par l'—, 1290. — Recherches sur la toxicité des préparations à base d'—, 1487.
Animalité. Rôle de l'— dans l'étiologie et la pathogénie des maladies dans les contrées chaudes et tropicales, 1231, 1240.
Ankylose de la colonne cervicale et des articulations scapulo-humérales, 149.
Antipyrine. Action d'un dérivé de l'— sur les échanges organiques, 801.
Antisepsie des voies respiratoires, 737. — Statistique d'un service d'— de dix années, 942.
Antiseptique nouveau, l'aniodol, 277.
Aortite et endocardite, 593.
Aphasie. Les associations d'images verbales et l'— chez les enfants, 41, 73. — motrice, 412.
Appendice et cæcum, résection, 621.
Appendicite, 113, 169, 198, 274, 347. — aiguë, 225. — chronique, 837. — et entéro-colite muco-membraneuse, 789. — et occlusion intestinale, 1439.
Arsenic. Accidents de la médication arsenicale interne, 1323. — et fer dans le traitement des anémies, 489. — Recherches sur la présence de l'— dans l'organisme, 155.
Artério-sclérose, 328. — et respiration de Cheyne-Stokes, 297. — Nouveau traitement de l'—, 738.
Arthrites expérimentales, 451. — du genou, 149.
Arthritisme. L'acide phosphorique contre l'—, 786.
Arthropathies du genou, 785. — gonococcique du genou, 810. — tabétique, 1389.
Articulation temporo-maxillaire, 47. — Traitement des maladies des —, 53.
Ascite opalescente, 268. — Traitement de l' — par la laparotomie, 774.
Asepsie dans les opérations, 587. — Discussion sur l'—, 607, 659, 721, 749, 784. — L'— et les mains du chirurgien, 1384. — Usage des gants pendant l'opération, 638. — opératoire, 810. Sur l'—, 1336.
Aspirine, Valeur de l'— 1318.
Assemblée du syndicat des médecins de la Seine, 1475.
Asthme. Diagnostic de l'— vrai et des asthmes symptomatiques, 765.
Astragale. Fracture de l'—, 1538.
Ataxie aiguë et polynévrite post-scarlatineuse, 488. — locomotrice avec acromégalie céphalique, 516.
Atlas. Luxation de l'—, 47.
Atrophie musculaire des épaules et des bras, 149.
Atropine. L'—, contre l'occlusion intestinale, 1144.
Autoplastie par la méthode italienne, 169. — musculaire du sphincter anal, 428.

Axis. Fracture de l'—, 79.
Azotate de plomb dans le chancre mou, 729.

B

Bacille. Pouvoir du — de Lœffler et du streptocoque, 1378. — Recherche du — de Koch dans les crachats, 1435.
Bactériologie pratique. Leçons de —, 5, 65, 99, 127.
Bains d'eau pulvérisée, 8. — froids dans la fièvre typhoïde de l'enfant, 334.
Bartholinites. Traitement des —, 1272.
Biberon. Utilité du — gradué, pour l'allaitement artificiel des enfants, 1406.
Bibliographie. — Aide-mémoire de gynécologie, par Lefert, 934. — Aide-mémoire de neurologie, par Lefert, 1499. — American orthopedic Association, 382. — Anatomie clinique des centres nerveux, par Grasset, 157. — Atlas-manuel des maladies de la peau, par Mracek, 476. — Bicyclette et organes génitaux, par O'Followel, 1339. — Cancer et tuberculose, par Claude, 413. — Chirurgie des voies urinaires, par Pauchet, 1407. — Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, par Duplay, 529. — Clinique des maladies du système nerveux (hospice de la Salpêtrière, 1897-1898), par Raymond, 321. — Comment on défend les mères, la lutte contre les accidents de la maternité, par G. Petit, 1116. — Conférences pour l'externat des hôpitaux de Paris, par Saulieri et Dubois, 1338. — Consultations médicales, par Huchard, 1284. — Contribution à l'étude de l'infection tuberculeuse par la voie nasale, par Liaras, 382. — De la détermination des pouvoirs publics en matière d'hygiène, par Filassier, 121. — Diagnostic et traitement des maladies de la peau, par Barbe, 1338. — Dictionnaire des termes techniques de médecine, par Garnier et Delamare, 321. — Éléments de physiologie (considérations générales, fonctions de nutrition), par Laulanié, 49. — Entérocolite muco-membraneuse, par Lyon, 413. — Formulaire d'hydrothérapie et de balnéothérapie, par O. Martin, 1339. — Formulaire thérapeutique et prophylaxie des maladies des enfants, par Comby, 228. — Guide pratique de l'Assistance médicale gratuite, par Marois, 1181. — Guide pratique d'électrothérapie gynécologique, 569. — Hygiène du dyspeptique, par Linossier, 477. — La chirurgie de l'oreille, par Astier et Aschkinasi, 382. — La constitution du monde, par Clémence Royer, 541. — La cure des affections des voies respiratoires à Cauterets, par Bouyer, 823. — La digitale, par Bernheim, 882. — La fatigue oculaire et le surmenage visuel, par Dor, 562. — La goutte et le rhumatisme, par Delpeuch, 933. — La fièvre typhoïde dans les pays chauds, par Crespin, 1399. — La moelle osseuse à l'état normal et dans les infections, par Roger et Josué, 382. — L'art de déterminer le sexe à volonté, par Mme Anna d'Oranovskaia, 841. — La scrofule et les infections adénoïdiennes, par Paul Gallois, 934. — La supériorité intellectuelle et la névrose, par Grasset, 348. — La syphilis et les maladies vénériennes, par Finger, 834. — La thérapeutique par les agents physiques, par Guimbail, 597. — Le cinquantenaire de la librairie Reinwald, 349. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants, par Ausset, 349. — Leçons de clinique médicale, par Vriès, 157. — Leçons de pharmacodynamie et de matière médicale, par Pouchet, 129. — Le mariage, nullité, divorce, grossesse et accouchement, par Brouardel, 187. — Le Mont-Dore et les eaux minérales, par Emond, 834. — Le pneumocoque et les pneumococcies, par Lippmann, 1284. — Les albuminuries curables, par Teissier, 934. — Les sanatoria, traitement et prophylaxie de la tuberculose pulmonaire, par S. A. Knopf, 762. — Le sang et son troisième élément anatomique, 102. — Les armes blanches, leur action et leurs effets vulnérants, par Nimier, 49. — Les armoiries des chirurgiens de Saint-Côme, par Dauchez, 934. — Les arthrites à pneumocoques, par Leroux, 200. — Les curiosités de la médecine, par Cabanès, 882. — Les eaux minérales en Roumanie, par Diamant-Berger, 190. — Les médicaments chez les enfants, par Comby, 348. — Les méthodes de préparation et de coloration du système nerveux par Bernard Pollack, 794. — Le signe automatique de la mort réelle, moyen d'éviter l'inhumation prématurée, par Laborde, 454. — Le vade mecum du médecin expert, par Lacassagne, 834. — Les voies de conduction du cerveau et de la moelle, par Bechterew, 1587. — L'exploration clinique des fonctions rénales par l'élimination provoquée, par Achard et Castaigne, 1115. — L'instinct sexuel, évolution et dissolution, par Féré, 228. — Maladies de l'urètre et de la vessie chez la femme, par Tholischer, 529. — Manuel de gynécologie médicale et chirurgicale, par Lutaud, 528. — Manuel de pathologie interne, par Dieulafoy, 1543, — Manuel pratique d'hygiène à l'usage des médecins et des étudiants, par Guiraud, 199. — Mementos de médecine thermale à l'usage des praticiens, par Morice, 477. — Notions de laryngoscopie utiles aux médecins, par Collet, 188. — Pathologie buccale et naso-faciale. Moyens de remédier par l'art prothétique aux difformités et destructions, par Goldensthein, 477. — Pratique de chirurgie courante, par Cornet, 529. — Précis de gynécologie, par Fournier, 833. — Précis de médecine infantile, par Weill, 381. — Précis de toxicologie clinique et médico-légale, par Vibert, 529. — Précis d'ophtalmologie journalière, par Puech et Fromaget, 1339. — Questions d'internat, liste des questions publiées dans la Presse médicale, 834. — Séméiologie et thérapeutique des maladies de l'estomac, par Frenkel, 597. — Swedenborg, par Ballet, 114. — Tableaux synoptiques d'anatomie topographique et chirurgicale, par Boutigny, 1338. — Tableaux synoptiques d'hygiène, par Reille, 49. — Tableaux synoptiques de médecine opératoire, par Lavarède, 188. — Tableaux synoptiques d'obstétrique, par Saulieu et Lebief, 413. — Tableaux synoptiques et symptomatologie clinique et de thérapeutique, par Gautier, 228. — The medical review, 382. — Traité de chirurgie clinique et opératoire, par Le Dentu et Delbet, 822. — Traité de médecine et de thérapeutique, par Brouardel, 662. — Traité de l'urétrostomie périnéale dans les rétrécissements incurables de l'urètre, 541. — Traité de séméiologie médicale, par Suard, 81. — Traité des épilepsies, par Gélineau, 1420. — Traitement de la syphilis, par Emery, 1399. — Traité pratique de dermatologie, par Hallopeau et Leredde, 822.
Bicarbonate de soude. Pansements au —, 454.
Bicyclette et grossesse, 429.
Bilieuse hémoglobinurique, 1491.
Biographie. Bergeron, 1504. — Ollier, 1463.
Blennorragie. L'acide nitrique dans la —, 1427. — Le citrate de bismuth contre la —, 1292. — Prophylaxie de la —, 517. — Rétention d'urine et rupture de l'urètre dans un cas de —, 178. Traitement de la — par le massage, 1389.
Blépharite, traitement, 1180.
Bleu de méthylène dans l'épithélioma de la paupière inférieure, 609. — Elimination du — par les reins, 392.
Botryomycome, 665. — de la face palmaire du petit doigt, 1375. — Un cas de — humaine, 1524.
Bromoforme. Le — dans la coqueluche, 1255.
Broncho-pneumonie chez les enfants, 595. — projet de déclaration obligatoire, 399. — traitement, 453.
Bruit de frottement pleural et moyens de le produire, 1208.

C

Cacodylate de mercure dans la syphilis —, 681. — de soude et érythème scarlatiniforme, 697.
Cæcum et appendice, résection, 621.
Caféine. Danger de la —, 8. — chronique, 488
Calcul biliaire à facettes, 1311. — biliaires. Obstruction intestinale par les —, 400. — phosphatiques de l'urètre, 1255. — stercoral appendiculaire, 1511. — vésical d'oxalate de chaux avec perforation de la vessie, 293.
Calomel. Injections de — dans le traitement des arthrites chroniques, 811.
Canal. Rupture traumatique du — cholédoque, 1187.
Cancer de la glande mammaire chez l'homme, 517. — de l'estomac. Envahissement des ganglions dans le —, 47. — de l'estomac, 1586. — de l'estomac. Envahissement du système lymphatique dans le —, 125. — de l'utérus, 588. — du gros intestin, 161. — du canal thoracique, 881. — du cœur, 1275. — du sein, 452. — en nappe de l'estomac, 720. — iléo-cæcal, 527. — Occlusion intestinale par — du côlon, 1395. — thyroïdien, 713, 1156, 1175, 1183, 1206. — Traitement du —, 1434, 1492.
Canule. Ablation de la — après la trachéotomie, 1103.
Carbure de calcium. Moyen d'enlever l'odeur du —, 1188.
Cardiopathies chroniques, traitement, 1509, 1540. — Traitement des — chroniques, 1398, 1425, 1584.
Catarrhe intestinal des enfants, 1272.
Catgut. Stérilisation du —, 337.
Cécité corticale, 412.
Cellules éosinophiles dans les bulles cutanées, 516.
Centres nerveux farcis de 400 cysticerques, 785.
Cerveau. Extirpation d'une tumeur cérébrale, 288. — d'un paralytique atteint d'aphasie motrice, 412. — Lésion cérébelleuse, 736.
Cervelet. Ramollissement du —, 149.
Césarienne. Opération —, 1462.
Chambre. La — d'hôtel au point de vue de l'hygiène, 1100.
Chancres à induration prolongée, 1577. — Azotate de plomb dans le — mou, 729.
Cheval. Ophtalmie périodique du —, 881. — Sur la dourine du —, 881.
Cheyne-Stokes, 328. — Rythme de —, 358.
Chien. Diagnostic précoce de la rage chez le — mordeur, 451. — Estomac de —, 380. — Expérience sur le suc gastrique du —, 178.

CHIRURGIE de l'estomac, 1575.
CHLOROSE. Traitement de la — par les lavements de fer, 413.
CHLORURE de zinc dans le traitement de l'hydrocèle vaginale, 549.
CHOLÉCYSTITE calculeuse, 28. — calculeuse et foie mobile, 545. — calculeuse suppurée, 733.
CHOLÉCYSTOTOMIE pour fistule biliaire, 639.
CHOLÉDOCOTOMIE. Une observation de —, 1255.
CHOLÉRA nostras, 421.
CHONDROME pur des os du pied, 695.
CHORÉE de Sydenham, 659.
CHRYPTORCHIDE. Un —, 695.
CICATRICES consécutives au corset, 648.
CIRCONCISION. Danger de la succion dans la —, 36.
CIRRHOSE biliaire hypersplénomégalique, 596. — du foie, traitement opératoire, 577. — hépatique, 1311. — hépatique avec hypersplénomégalie, 729. — hypertrophique biliaire, 421, 616.
CITRATE de bismuth. Le — contre la blennorragie, 1292.
COCAÏNE. Empoisonnement aigu par la —, 187. — Injections de —, 820.
CŒUR. Anévrysme de la portion ascendante de l'aorte, 567. — Des cancers du —, 1275. — Le mercure dans les affections du —, 249. — Plaie du —, 559. — Rétrécissement mitral pur et cure d'air, 489. — Méthodes nouvelles d'exploration du —, 708. — Souffles cardiaques d'origine adhérentielle, 1155.
COLIQUES hépatiques. Massage du foie contre les —, 422.
COLITE aiguë, traitement, 1319.
COLLYRES contre les kératites ulcéreuses, 1209. — d'ésérine, 89. — Des — huileux, 709.
COLOMBOPHILIE médicale, 79.
COMPRESSES d'alcool comme traitement du péritonisme et des coliques appendiculaires, 589. — Extraction d'une — de gaze restée dans le ventre, 1535.
CONCEPTIONS délirantes, 641.
CONCOURS de l'internat. Discussion sur les réformes à apporter au —, 665. — Modifications à apporter aux — de médecine, 641.
CONGRÈS dentaire international, 925. — X^e — international d'hygiène et de démographie, 917, 929, 937. — Ier — de l'industrie et du commerce des spécialités pharmaceutiques, 1132. — IIe — de l'hypnotisme, 926, 1121, 1132, 1149. — de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique, 414. — XIIIe — international de médecine, 610, 813, 842, 882, 893, 913, 925, **945**. — Ier — international de médecine professionnelle et de déontologie, 845, 859, 867, 876. — de Naples pour la lutte contre la tuberculose, 565, 574. — Ier — international de la presse médicale, 813, 858, 865. — international des sourds-muets, 914.
CONJONCTIVITE aiguë des enfants, 141. — granuleuse. Rôle des mouches dans la propagation de la —, dans le sud de l'Algérie, 738.
CONSTIPATION chez les enfants, traitement, 68. — Cure d'huile contre la —, 277. — des nourrissons, traitement, 1524. — Traitement de la —, 1523.
COQUELUCHE et eau oxygénée, 347. — Bromoforme dans la —, 1255. — Leucocytose dans la —, 68. — Traitement de la —, par l'antipyrine et les vapeurs d'acide phénique, 489.
CORDON. Hernie enkystée dans un kyste du —, 722. — ombilical, 328.
CORPS ÉTRANGERS de la vessie, 1447. — de l'orbite, 1411. — Frange synoviale simulant un — intra-articulaire, 320.
CORRESPONDANCE, 1373, 1436. — à propos de la variole, 1292. — Lettre de M. le professeur Grancher, 380. — Lettre de M. Mauclaire, 1588.
CORSET. Cicatrices consécutives du —, 648. — Le —, 546.
CORYZA. Lotion contre le — chronique, 1293.
COU. Extirpation des ganglions du —, technique opératoire, 708. — Spasme du —, 149. — Tumeur gazeuse du —, 381.
COURSE. Etudes physiologiques sur la —, 801.
COXALGIE. Luxation très précoce de la hanche au début de la —, 319. — Traitement de la — chez l'enfant et l'adulte, 741, 777.
COXO-TUBERCULEUX. Figures représentant la marche des —, 1299.
CRANE, électrisation cranienne et électrisation cérébrale, 65. — Plaies pénétrantes du —, 1419. — Plaie pénétrante du — par arme à feu, 1387.
CRÈCHE. Essai sur la valeur hygiénique de la —, 1107.
CRÉOSOFORME. Le — en chirurgie, 157.
CROUP. Traitement du faux —, 539.
CURAGE. Du — des régions ganglionnaires, 673.
CYSTICERQUE de la rétine, 694.
CYSTOSTOMIE sus-pubienne, 397.

D

DACRYO-ADÉNITE d'origine blennorragique, 402.
DACTYLHYDARTHROSES, 296.
DENTS. Erosion chimique des —, 1267, 1281.
DERMATOLOGIE. L'établissement dermatologique de Paris, 682.
DERMATOMYOSITE aiguë, 433.
DÉSINFECTION dans les maladies contagieuses, 368. — des caisses à eau des navires par le permanganate de potasse, 820. — et hygiène, 1223.
DIABÈTE arthritique, 428. — Hygiène alimentaire, 615, 667, 700. — Le régime lacté dans le — sucré, 8. — Pathogénie du — hydrurique, 290. — Traitement, 709, 727, 760, 792, 808, 847. — Un cas de — insipide, 246.
DIAPHRAGME. Déchirure du —, 1576.
DIARRHÉE infantile. Acide lactique dans la —, 660. — tuberculeuse. Contre la —, 1292.
DIONINE. Action analgésique de la — en oculistique, 487.
DIPHTÉRIE. Diagnostic bactériologique de la —, 1271. — Méthode pour le diagnostic bactériologique de la —, 1407. — primitive de la vulve, 738.
DISCOURS prononcé à l'occasion de l'inauguration de la statue de Jules Rochard, 1088.
DISTINCTIONS HONORIFIQUES, 38, 70, 82, 189, 201, 210, 217, 229, 269, 362, 442, 445, 480, 518, 670, 775, 843, 862, 895, 926, 943, 1080, 1096, 1145, 1173, 1181, 1201, 1244, 1256, 1273, 1284, 1320, 1328, 1380, 1436, 1448, 1524, 1556.
DOIGT. Botryomycome de la face palmaire du petit —, 1375.
DOUCHE écossaise. L'origine de la —, 1188.
DOULEURS. Caractères cliniques des — anévrysmatiques, 209.
DUODÉNUM. Résection du —, 333.
DYSENTERIE. Epidémie de — meurtrière, 539. — Traitement par le kô-sam, 1523.
DYSPEPSIE et gastérine, 149. — et nitrate d'argent, 187. — Type spécial de —, 567.

E

EAU chloroformée dans la fièvre typhoïde, 1078, 1153. — contaminée. Responsabilité des administrations dans la distribution d'—, 576. — Désinfection de l'— de puits par le permanganate de potasse, 708. — impure et fièvre typhoïde, 185. — minérales, 1492. — Exploitation d'—, 428. — minérales, garanties contre la contamination par les microbes, 186. — minérales. Voyages d'études médicales aux — de la France, 560, 625. — oxygénée. L'—, 1573. — oxygénée contre la coqueluche, 347. — oxygénée contre les pyodermites chez les enfants, 1180. — oxygénée contre les taches de rousseur, 1188. — oxygénée. Emploi de l'— dans la septicémie gangreneuse, 321. — oxygénée. L'— dans les fistules pleurales, 1337. — oxygénée. Septicémie suraiguë guérie par l'—, 549. — oxygénée. Traitement des hémoptysies par l'—, 786. — potable à Paris. L'—, 313. — pulvérisée. Bains d'—, 8.
ECHINOCOQUE alvéolaire, 505.
ECLAMPSIE. Excrétion rénale dans l'—, 392. — Lavements contre l'— infantile, 1455.
ECRITURE en miroir, 128. — Physiologie de l'—, 487.
ECZÉMA. L'— séborréique d'Unna, 1403. — séborréique. Traitement de l'—, 1094. — Traitement des vieux —, 227.
EMBOLIE pulmonaire et poussées phlébitiques, 1397.
EMOTIONS. Théorie physiologique des —, 942.
EMPOISONNEMENT accidentel par l'aniline, 1290. — aigu par la cocaïne, 187. — non professionnels par l'aniline, 818, 830. — par l'acide phénique traité avec succès par l'alcool, 1377.
ENCÉPHALOPATHIE infantile tubéreuse, 412.
ENCRE. Les bains d'— et les pansements à l'—, 269.
ENDOCARDITE aiguë infectieuse et végétante des sigmoïdes pulmonaires, 506. — et angine, 821. — et aortite, 593.
ENDOMÉTRITE. Traitement de l'—, 624.
ENFANTS. Acide lactique dans la diarrhée infantile, 660. — Broncho-pneumonie chez les —, 595. — Conjonctivite aiguë des —, 141. — Constipation chez les —, traitement, 68. — Contre le catarrhe intestinal des —, 1272. — Diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez les jeunes —, 273. — Embarras gastrique chez les —, traitement, 235. — Encéphalopathie infantile tubéreuse, 412. — Entéro-colite des —, traitement, 647. — La balnéation dans la fièvre typhoïde chez les —, 156. — La médication cacodylique chez les —, 1435. — L'antisepsie intestinale chez les —, 48. — L'eau oxygénée contre les pyodermites chez les —, 1180. — Les associations d'images verbales et l'aphasie chez les —, 41, 73. — Les bains froids dans la fièvre typhoïde de l'—, 334. — Le tabes chez les —, 452. — Maladie de Basedow chez les —, 1300. — Paralysie infantile, 528. — Placement des — dégénérés, 1363. — Scoliose rachitique infantile et son traitement, 380. — Traitement de la coxalgie chez l'—, 741.
ENTÉRITE. Traitement des — avec la levure de bière, 1427.
ENTÉRO-COLITE muco-membraneuse. Traitement de l'—, 475, 697. — muco-membraneuse, traitement par l'électricité, 1337.
ENTÉRORRAGIES. Etiologie des — consécutives à l'étranglement herniaire, 488.

EPANCHEMENT pleural, 1510. — pleuro-péritonéal hémorragique, 729.
ÉPAULE. Luxation de l'—, 381, 1388, 1576.
EPILATOIRE. Sulfhydrate de calcium comme — chirurgical, 1407.
EPILEPSIE Bravais-Jacksonienne, 412. — Du sel dans l'alimentation des épileptiques, 666. — essentielle. Traitement de l'—, 276. — généralisée, 248. — jacksonienne. Les vésicatoires dans le traitement de l'—, 786. — Traitement, 62. — Traitement par les bromures, 97.
EPIPLOÏTE consécutive aux opérations de hernie, 1451, 1459.
EPIPLOON. Etranglement de l'— par torsion, 1447.
EPITHÉLIOME des lèvres et de la langue, traitement, 680.
EPITHÉLIUMS. De la valeur des recouvrements organiques dans la régénération des —, 797.
ÉPONGE. Méthode pour stériliser les —, 1271.
ÉRUPTION cutanée, 1511. — médicamenteuse, 7. — vaccinale. Examens hématologiques au cours de l'—, 1576.
ERYSIPÈLE. Traitement de l'— de la face, 1282.
ERYTHÈMES rubéoliforme et scarlatiniforme au cours de la dothiénentérie, 623. — scarlatiniforme et cacodylate de soude, 697.
ESTOMAC. Cancer en nappe, 720. — Chirurgie de l'—, 1575. — Embarras gastrique chez les enfants, 235. — Envahissement des ganglions dans le cancer de l'—, 47. — Envahissement du système lymphatique dans le cancer de l'—, 125. — Le riz comme aliment dans l'ulcère de l'—, 1283. — Néoplasme malin de l'—, 336. — Résection de l'—, de la première portion du duodénum et d'une grande partie du pancréas, 333. — Traité des maladies de l'—, 881. — Traitement de certaines formes de dilatation stomacale par l'huile à hautes doses, 328. — Traitement de l'ulcère stomacal par le repos absolu de l'organe de l'—, 226. — Type spécial à dyspepsie, 567.
ETHER picriqué en chirurgie et en dermatologie, 1195.
EXTRACTION d'une compresse de gaze oubliée dans le ventre, 1535.

F

FACE. Appareil pour la restauration de la —, 1270. — Névralgie de la —, 576. — Tic douloureux de la —, 1367.
FACULTÉ de médecine de Paris. Actes, 9, 29, 69, 90, 122, 150, 178, 188, 210, 217, 237, 269, 297, 329, 369, 394, 414, 477, 478, 509, 542, 569, 598, 618, 649, 669, 701, 730, 763, 1300, 1328, 1379, 1399, 1427, 1455, 1484, 1512, 1544. — Prix décernés, 322. — Thèses, 158, 188, 200, 228, 237, 361, 414, 478, 490, 530, 542, 589, 763, 794, 814, 1392, 1408, 1427, 1448, 1455, 1464, 1567.
FAIM. Modalités des perversions de la —, 359.
FÉMUR. Traitement des fractures du col du —, 101.
FER et arsenic dans le traitement des anémies, 489.
FIBROME calcifié de l'utérus, 605. — Extirpation des — utérins, 833. — utérins, 1576. — utérins, traitement, 1093.
FIÈVRE aphteuse, 101. — bilieuse hémoglobinurique, 1318. — jaune aux colonies, 1463. — Les bains froids dans la — typhoïde de l'enfant, 334. — Le sérum artificiel dans la — typhoïde, 1426. — Le traitement sénégalais de la — jaune, 1243. — pernicieuse dysentérique, 35. — scarlatine. Arsenic dans la —, 413. — typhoïde, 1318. — typhoïde compliquée de pneumothorax, 472. — typhoïde en 1899, 13. — typhoïde. De la desquamation dans la — chez l'adulte, 1271. — typhoïde. Eau chloroformée dans la —. 1078, 1153. — typhoïde et eau impure, 185. — typhoïde et pleurésie, 1291. — typhoïde expérimentale, 105. — typhoïde. La balnéation dans la — chez les enfants, 156. — typhoïde, mort, 399. — typhoïde. Pleurésie à bacille d'Eberth, dans le cours de la —, 881. — typhoïde sans fièvre, 120. — typhoïde. Séro-diagnostic dans la —, 1299. — typhoïde succédant à la grippe, 647. — typhoïde, traitement, 616. — typhoïde. Transmission de la — par les huîtres, 762.
FILARIOSE, 327.
FISTULE ano-rectale, 1575. — L'eau oxygénée dans les — pleurales, 1337. — appendiculaire, 1244. — Cholécystectomie pour — biliaire, 639. — Cure des — vésico-vaginales, 288. — urétro-vésico-vaginale, 318. — vésico-vaginale, 573. — vésico-vaginale opérée et guérie, 1282.
FOIE. Abcès du —, 100. — Abcès dysentériques du — 287. — Contusion du — avec laparotomie immédiate, 873. — Déchirure du —, 1576. — Les hémorragies dans les maladies du —, 885. — Hémostase des plaies du —, 1363. — Interventions chirurgicales dans les affections hépatiques, 1510. — Kystes hydatiques, du —, 47, 79, 288, 1510. — Massage du — contre les coliques hépatiques, 422. — mobile et cholécystite calculeuse, 545. — Plaie contuse du —, 401. — Traitement opératoire de la cirrhose du —, 577.
FORMULAIRE. Anesthésie générale, 840. — Badigeonnages phéniqués du pharynx dans la coqueluche, 29. — Contre la dysenterie et les diarrhées d'origine diverse, 1228. — Contre la dysurie blennorragique, 1228. — Contre la pelade, 833. — Cachets contre l'aménorrhée, 490. — Contre le coryza, 48. — Contre le prurigo, 833. — Contre les douleurs préménstruelles, 297. — Contre les fièvres intermittentes rebelles, 466. — Contre le masque de la grossesse, 568. — Contre le prurit dans les diverses affections cutanées, 669. — Formules des bains médicamenteux, 1419. — Formule pour injections hypodermiques de gélatine, 321. — Gouttes antihémorroïdaires, 1436. — Injection désinfectante antileucorréique, 1216. — Pâte contre le psoriasis, 568. — Pommade contre les hémorroïdes, 199. — Pommade contre le psoriasis, 7. — Pommade contre le rhumatisme articulaire aigu, 278. — Pour les brightiques, 1455. — Préparations mercurielles en injections sous-cutanées, 198. — Pulvérisations dans le traitement de l'érysipèle, 199. — Lavements contre l'urticaire, 7. — Pilules hémostatiques, 297. — Pommade contre l'anthrax, 394. — Potion au salicylate de soude, 550. — Potion contre le delirium tremens, 669. — Pour l'administration de l'huile d'olive, 617. — Sirop iodotanique phosphaté, 617. — Suppositoires contre la prostatite chronique, 617. — Traitement des convulsions des enfants, 329. — Traitement des hémorroïdes, 329. — Stomatite ulcéro-membraneuse, 217. — Vin tonique pour tuberculeux, 1228.
FOSSE iliaque. Tumeur de la — gauche, 527.
FOYERS tuberculeux. Traitement radical des —, 881.
FRACTURE, 347. — Complication nerveuse dans les — de l'humérus, 277. — de la phalange de l'index gauche, 909. — de l'astragale, 1538. — de l'axis, 79. — du radius, 1447. — itératives, 411. — Médication thyroïdienne dans les — non consolidées, 47. — Radiographie à l'étude des —, 254, 347, 381. — Traitement des —, 353. — Traitement des — du col du fémur, 101. — Traitement des — par le massage, 1491.
FROMENT. Embryons de — comme suralimentation dans la tuberculose, 186.
FURONCULOSE, traitement, 113, 517.

G

GALE. Pommade contre la —, 561. — Traitement de la —, 517.
GANGRÈNE herniaire, avec phlegmon stercoral, 79. — pulmonaire, 347.
GANT de vernis pour la protection des mains en chirurgie, 803. — Emploi de — imperméables pour les opérations, 506.
GASTÉRINE et dyspepsie, 149.
GASTRO-ENTÉRITE infantile. Levure de bière dans la —, 29.
GASTRO-ENTÉROSTOMIE, par le procédé de Billroth, 226.
GASTROPATHIES. Les — d'origine cardiaque, 685.
GASTROSTOMIE dans les opérations du pharynx et de l'œsophage. 1271. — Procédé particulier de —, 560.
GÉLATINE. Emploi de la — comme hémostatique, 774. — Pansements à la —, 129.
GENÈSE des conceptions délirantes, 641.
GENOU. Arthrites du —, 149. — Arthropathies du —, 785. — Arthropathie gonococcique du —, 810.
GERÇURES. Chute du mamelon causée par des — du sein, 738. — Les — du mamelon, 393.
GLANDES. Gonflement isolé des — sous-maxillaires chez un saturnin, 762. — thyroïde, 912.
GLAUCOME. Le — aigu et son traitement, 268.
GLOBULES blancs dans la tuberculose. Les —, 1576. — blancs dans le rhumatisme. Les —, 1576.
GLYCÉRINE. La — dans la lithiase rénale, 369. — Pouvoir antiseptique de la —, 1272.
GLYCOSURIE. La — alimentaire chez les rachitiques, 156.
GOITRE exophtalmique héréditaire, 289. — exophtalmique, sclérodermie et tétanie chez le même sujet, 539. — Répartition géographique du — en France, 678.
GONORRHÉE. Traitement et prophylaxie de la —, 507.
GOUTTE. La — militaire et le salicylate de méthyle, 216.
GRAND DENTELÉ. Paraplégie du — droit, 1389.
GREFFES cutanées et pellicule de l'œuf, 101. — De l'emploi comme — du feuillet interne de la membrane coquillière de l'œuf de poule, 139. — italienne, 811.
GRIPPE Le cœur dans la —, 623. — et fièvre typhoïde, 647. — A propos de l'épidémie de —, 233. — Epidémie de —, 247. — Manifestations peu ordinaires de la —, 1120. — Traitement de la —, 821. — Traitement des suites de —, aux eaux minérales, 451. — Traitement par les vapeurs d'aldéhyde formique, 623. — Troubles mentaux dans la —, 215. — et vaccination, 337.
GROSSESSE. Action des sels de quinine pendant la —, 709. — et bicyclette, 429. — extra-utérine, 1388. — extra-utérine diagnostiquée, laparotomie, guérison, 861. — ectopique tubaire rompue, 346. — extra-utérine et hématocèle rétro-utérine, 288. — gémellaire, 328. — inondation péritonéale, 560. — traitement des vomissements incoercibles, 454.

H

HANCHE. Luxation congénitale de la —, 275. — Luxation de la —, 1461. — Ostéo-arthrite du rachis et des —, 1327. — Luxation très précoce de la — au début de la coxalgie, 319. — Réduction de la luxation congénitale de la —, 622.
HÉMATOCÈLE rétro-utérine et grossesse extra-utérine, 288.
HÉMIATHÉTOSE avec hémiplégie spasmodique datant de l'enfance, 660. — De l'—, 1303.
HÉMIOPIE homonyme temporale gauche, 528.
HÉMIPLÉGIE, 839. — Diagnostic de l'— organique et de l'— hystérique, 521. — droite, 785. — hystérique typique, 785. — organique et — hystérique, 533. — et scarlatine, 327. — et tumeur frontale, 659.
HÉMOPTYSIE. Lavements de lait dans l'—, 1448. — Traitement de l'—, 1094. — Traitement des — par l'eau oxygénée, 786.
HÉMORRAGIES cutanées, 1575. — Les — dans les maladies du foie, 885. — mortelles, 861. — névropathiques des organes génito-urinaires, 1075. — névropathiques des voies digestives, 1489. — névropathiques des voies respiratoires, 1130.
HÉMORROÏDES, traitement, 708.
HÉPATITE aiguë dysentérique, 1255.
HÉRÉDITÉ. Nocivité de l'— pathologique, 1326.
HÉRÉDO-SYPHILIS à la seconde génération, 943.
HERNIE crurale, cure radicale, 170. — Cure radicale de — ombilicale, 1310. — enkystée dans un kyste du cordon, 722. — et épiploïte, 1451, 1459. — étranglée, 79. — étranglée, réduction, 215. — étranglées réduites par application de compresses d'éther, 1362. — inguinale, 659. — inguinale, avec ectopie testiculaire abdominale, 680. — La — et la loi sur les accidents du travail, 1577.
HERPÈS grippal dans la pneumonie et les maladies infectieuses, 943.
HÉTÉRADELPHES, 576.
HÔPITAUX. Nouveau modèle de règlement des —, 680. — Projet de réorganisation des services de nourrissons allaités dans les — de Paris, 85. — de Paris. Répartition des chefs de services, chefs de clinique, internes et externes, 255. — services des douteux, 648. — spéciaux pour cancéreux, 1215.
HOQUET. Traitement du —, 360, 1200.
HUILE. Cure d'— contre la constipation, 277. — L'— de foie de morue, 1349.
HUMÉRUS. Complications nerveuses dans les fractures de l'—, 277. — Restauration d'une partie de l'—, 1255.
HYDARTHROSES. Traitement des — par l'air chaud, 1389.
HYDRASTIS. L'— canadensis comme médicament cardio vasculaire, 1311.
HYDROCÈLE. Contribution au traitement de l'—, 156. — Traitement de l'— vaginale par le chlorure de zinc, 549.
HYGIÈNE et désinfection, 1223. — L'— dans les stations thermales, 840. — publique. Les pouvoirs des maires en matière de salubrité, 812.
HYPERESTHÉSIE chez un convalescent de fièvre typhoïde, 539.
HYPERLEUCOCYTOSE polynucléaire, élément de diagnostic de l'abcès du foie, 1583.
HYPEROSTOSE diaphysaire du tibia et du péroné, 1575.
HYPERTROPHIE. Un cas d'— de la langue, 253.
HYPODERMOCLYSE. L'— dans le traitement de l'aménorrhée, 786.
HYPOPEPSIE, guérison par le suc gastrique, 90.

I

ICTÈRES acholuriques, 1424. — et pneumonie, 1351. — par rein flottant, 548.
IDIOSYNCRASIE pour le persil, 1187.
INCIDENT du concours de l'internat, 9, 30, 37, 49.
INCISIONS cutanées au niveau du sac lacrymal, 290.
INFECTIONS. Comment agit le système nerveux dans les —, 708.
INJECTIONS coagulantes dans le traitement des tumeurs érectiles, 247. — de calomel dans le traitement des arthrites chroniques, 811. — hypodermiques contre la syphilis, 1244. — hypodermique de bi-chlorhydrate de quinine dans le paludisme aigu ou chronique, 36. — mercurielles, traitement, 513. — de sérum artificiel en psychiatrie, 568. — sous-conjonctivales, 1172. — sous-cutanées ferrugineuses, 649.
INONDATION peritonéale, traitement, 588.
INSOLATION, 839.
INSOMNIE. L'— et son traitement, 1542.
INSTRUMENTS ET APPAREILS, contrôle des appareils de stérilisation à vapeur, 1187. — pour l'évaporation des substances antiseptiques, 1363.
INTÉRÊTS PROFESSIONNELS, charlatanisme, 789. — Des expertises médico-légales en Tunisie, 37. — Droits du médecin et d'une personne associée non diplomée dans l'exploitation d'une maison de santé, 188. — La propriété des observations médicales, 812. — Les époux (même séparés de biens) doivent les honoraires médicaux, 1216. — Négligence commise par un médecin d'un bureau de bienfaisance dans les soins à donner à un indigent, 508. — Rayons X, accidents, 102. — Remplacements, 729. — Responsabilité ; médecin, pharmacien et chirurgien, 149. — Responsabilité médicale, 1216. — timbre, certificats de médecins militaires, 710.
INTESTIN. Anastomose latéro-latérale de l'—, 527. — L'antisepsie de l'— chez les enfants, 48. — Cancer du gros —, 161. — Obstruction de l'— par les calculs biliaires, 400. — Occlusion intestinale aiguë, 722. — Perforation de l'—, 1239. — Rupture de l'—, 1363.
INTOXICATION hydatique au cours du kyste hépato-pulmonaire, 1483. — Oxygène comprimé contre l'— par l'oxyde de carbone, 1283.
INVAGINATION intestinale, 749.
IODOFORMISME. Traitement de l'— cutané par contact, 249.
IODURE de potassium. Un cas de parotidite par l'—, 821.
IVRESSE. L'— par l'eau minérale, 36.
IVROGNERIE. Traitement de l'— par les sérums, 1186.

J

JAMBE. Amputation après injection de chlorhydrate de cocaïne, 623. — Cellulite péri-tendineuse des muscles de la loge antérieure de la —, 101.
JOUE refaite à l'aide d'un lambeau pris sur le bras, 79.

K

KYSTE. Capitonnage des — hydatiques, 1363. — Deux — dermoïdes des ovaires, 1311. — de la glande thyroïde, 47. — glandulaire du pancréas, 255. — Hernie enkystée dans un — du cordon, 722. — hydatiques, 169, 225, 320, 346. — hydatiques de l'abdomen, 694. — hydatique du foie, 47, 79, 659, 1510. — hydatique de la langue, 1474. — hydatique de la plèvre, 95, 648. — hydatique du sein, 527. — hydatique de l'utérus, 801. — iridiens, 275. — de l'iris. Pathogénie des —, 155. — Maladie kystique de la mamelle, 749. — para-ovarien avec étalement de l'ovaire, 1099. — Tumeur du sein avec — à contenu laiteux, 226.

L

LADRERIE, 839.
LAIT. Le — comme vecteur du phosphate de chaux, 1406.
LANGUE. Kyste hydatique de la —, 1474. — Tractions rythmées de la —, 128, 335. — Un cas d'hypertrophie de la —, 253.
LAPAROTOMIE. De la — dans la tuberculose péritonéale, 1215. — Traitement de l'ascite par la —, 774.
LARYNGECTOMIE intercrico-thyroïdienne chez l'adulte, 453.
LARYNX. Plaie transversale du —, 145.
LAVEMENTS alimentaires, 359. — de fer dans la chlorose, 413. — de gélatine dans le mélæna des nouveau-nés, 68.
LÉGION d'honneur, 217, 238, 405, 445, 823, 834, 843, 850, 915, 943, 1229, 1256, 1264, 1273, 1320, 1328, 1352, 1380, 1544.
LÉSION double partielle du cunéus et du lobule fusiforme, 412. — histologiques de la rage chez les animaux et chez l'homme, 248. — péri-appendiculaires, 832.
LEUCÉMIE lymphocytique, 327, 393. — à marche aiguë, 327.
LEUCOCYTHÉMIE à globules blancs mononucléaires, 297.
LEUCOCYTOSE dans la coqueluche, 68.
LÈVRE. Nævus de la —, supérieure, 1492. — Pustule vaccinale accidentelle à la — 1327.
LEVURE de bière contre les orgelets, 290. — de bière dans la pneumonie, 597. — de bière dans les gastro-entérites infantiles, 29.
LIPOME du doigt, 1447.
LOI SUR LES ACCIDENTS du travail, 417.
LOUPE dégénérée en cancer, 1492. — Traitement des — par les injections interstitielles d'éther, 932.
LUMBAGO Hydrate de chloral dans le —, 1426.
LUMIÈRE électrique. Application thérapeutique de la —, 430.
LUPUS. Pulvérisation de chlorure d'éthyle dans le traitement du —, 269. — Traitement du — par le permanganate de potasse, 1299.
LUXATION congénitale de la hanche, réduction, 622. — de la hanche, 1461. — de l'épaule, 381, 1388, 1576. — De la — médio-tarsienne, 853.
LYMPHANGIOME caverneux et kystique, 113.
LYMPHANGITE. Nécrose consécutive à une —, 1282, — dermique hypertrophique récidivante, 393.
LYMPHOCYTHÉMIE leucémique et aleucémique, 881.

M

Maigreur, cure d'amaigrissement, 275. — et amaigrissement, 213.
Maisonneuve. Eloge de —, 133.
Mal de mer, traitement, 451, 681. — de Pott, 427. — de Pott. Guérison d'un — par le décubitus ventral, 321. — perforant plantaire avec polynévrite alcoolique, 297.
Maladie d'Addison, 393, 505. — de Basedow dans l'enfance, 1300. — de Morvan, 528. — de Parkinson. Troubles cutanés dans la —, 709. — de Recklinghausen, 659. — infectieuses. Formule hémo-leucocytaire de quelques —, 1520. — infectieuses, prophylaxie, 335. — L'alitement dans les — mentales et nerveuses, 1260.
Malaria. Transmission de la — par les moustiques, 248.
Mamelle. Maladie kystique de la —, 749.
Mamelon. Les gerçures du —, traitement, 393.
Mariage. La science et le —, 680.
Massage dans les rétrécissements de l'urètre, 8. — du foie contre les coliques hépatiques, 422.
Mastoïdites syphilitiques, 1147.
Médicaments nouveaux, l'acoïne, 227. — contre la chloro-anémie, 487. — la chlorétone, 227. — le citrophène, 336. — le dormiol, 227. — le glycosolvol, 227. — l'iodoformogène, 227. — la listérine, 1243. — la quinine uréo-sulfatée, 227. — l'urosine contre la goutte, 272. — le mentho-phénol, 227. — nouvelles préparations dermatologiques dérivées du pyrogallol et de la chrysarobine, 540.
Médication chlorhydropepsique, 102. — La — cacodylique, 234, 267.
Mementos de médecine thermale, par Morice, 406.
Méningite cérébro-spinale, 121, 616. — cérébro-spinale épidémique, 1191. — cérébro-spinale suppurée, 567. — purulente, traitement, 1462. — typhoïdiques à bacille d'Eberth, 538. — typhoïdique guérie, 539. — et tuberculose, 90.
Migraine ophtalmoplégique, 1541.
Moelle. Réparation de la — des os chez le chien, 913.
Mollet. Tumeur du —, 411.
Monoplégie brachiale gauche, 1511,
Monstres doubles, 1362.
Monstruosité. Un cas de —, 1270.
Mort apparente et retour à la vie, 100. — dans fièvre typhoïde, 399. — par les courants électriques, 577.
Mortalité par la tuberculose en France, 1325.
Muqueuse urétrale. Rupture traumatique de la —, 429.
Muscle. Symptômes et pathogénie de la paralysie isolée du — grand dentelé, 313
Mycodermothérapie. La —, 861.
Mydriase monoculaire chez l'adulte, 487.
Myopathie progressive, 1483.
Myopathique, 290.
Myopie. Guérison de la — sans opération, 515. — survenue à vingt-cinq ans, 6.

N

Nævus de la lèvre supérieure, 1492. — vasculaires. Traitement des — des nourrissons, 1264.
Naphtaline. Empoisonnement par la —, 337.
Narcose. La — par les vapeurs d'alcool, 7. — Prophylaxie des accidents de la — chloroformique, 1263.
Nécrologie. Acarias, 430. — Albert, 1229. — Ameuille, 542. — Anghelof, 683. — Apostoli, 510. — Arren, 122. — Asselineau, 763. — Astruc, 298. — Bæhrer, 883. — Baillif, 373. — Bar, 883. — Barral, 330. — Bassot, 1321. — Baurac, 10. — Beauregard, 370. — Beco, 915. — Benézet, 1229. — Bérenger-Féraud, 1571. — Bidault, 481. — Blanchard, 178. — Bœckel, 238. — Bonnefin, 1321. — Bonnefoy, 731. — Bottey, 530. — Bouchereau, 250. — — Boyer, 1364. — Bribosca, 915. — Brion, 70. — Broallier, 298. — Brocard, 662. — Brun-Buisson, 150. — Bruno (Lorenzo), 278. — Buiron, 50. — Caboureau, 1464. — Cadet de Gassicourt, 683. — Caillet, 50. — Casanova, 683. — Cassat, 330. — Chambard, 70. — Champagnat, 530. — Chataigneraye (de la), 373. — Chaussade, 373. — Chauveau, 915. — Chauvel, 1181. — Chéron, 590. — Chevalier, 445. — Collin, 787. — Contancin, 722. — Cormier, 298. — Coste, 158. — Coster, 10. — Cretulescu, 915. — Cunin, 611. — Cury, 1293. — Dauvergne, 1265. — Debuschère, 598. — Decès, 178. — Defaucamberge, 598. — Della Decima, 10. — Delstanche, 122. — Demonchaux, 298. — Deneuville, 362. — Deroide, 1428. — Deschamps, 122. — Dorvan, 710. — Duché, 385. — Duclos, 114. — Dusault, 763. — Echérac, 611. — Egli, 330. — Esnault, 1265. — Fabre, 150. — Faisnil, 373. — Feillet, 1097. — Foucart, 1245. — Frœreisen, 731. — Gallois, 10. — Gaudemard, 178. — Gazagne, 1089. — Gensollen, 70. — Gerardot, 1536. — Gerin-Roze, 270. — Gibier, 683. — Gillet, 170. — Girard, 883. — Giraud, 843. — Gombault, 178. — Goujon, 834. — Goyeneche, 270. — Grange, 1181. — Grimaux, 542. — Grosse, 1173. — Gruber, 385. — Guignet, 1117. — Guillot, 10. — Guyenot, 530. — Guyot (de Solesmes), 1181. — Guyot, étudiant à Lille, 1476. — Hameau, 1321. — Hanby, 731. — Hayen (Muller), 763. — Heinrich-Bose, 518. — Hellet, 250. — Hénon, 298. — Hervieu, 22. — Hinglais, 722. — Hofmohl, 370. — Huet, 1293. — Hugard, 1492. — Icard, 702. — Jabourille, 1364. — Jamin, 570. — Janssens, 1428. — Jouanno, 611. — Justinesy, 1504. — Kemmerer (de Rafin), 1293. — Kemmerer (de Saint-Martin-de-Ré), 1265. — Knoll, 142. — Komorowski, 1267. — Lamouroux, 1161. — Largillière, 270. — La Saigne, 298. — Latrille, 330. — Lauzet, 322. — Lavirotte, 1492. — Lebreton, 322. — Le Gall, 843. — Le Gruel, 683. — Lelandais, 1293. — Lemelle (Max), 763. — Le Mercier, 787. — Lernout, 22. — Leroy, 298. — Létinois, 373. — Licardy, 22. — Linderfelt, 338. — Litardière, 1089. — Louis, 598. — Ludot, 1173. — Malherbe, 405. — Marchal, 50. — Marc, 270. — Marcus, 70. — Marès, 722. — Marson (Louis), 22. — Masse, 238. — Masson, 10. — Mathieu, 481. — Matice, 370. — Mazars, 298. — Mérault, 915. — Mercier, 50. — Merlin-Lemas, 1321. — Messéant (de Canteleu-Lambersart), 270. — Messéant (de Faches-Thumesnil), 238. — Meynard, 330. — Mignot, 150. — Millot-Carpentier, 702. — Milne-Edwards, 469. — Mirbeau, 1363. — Moncoq, 683. — Monnier, 445. — Moreau, 298. — Mosemann, 373. Mossmann, 50. — Mougeot, 763. — Mourin, 122. — Moussier, 915. — Murillo, 370. — Murphy, 370. — Muzillat, 1293. — Nérat, 70. — Nollet, 843. — Oilivier, 158. — Paget (sir James), 10. — Peltier, 1364. — Perrin, 362. — Petit, 1153. — Picard, 238. — Piétri, 114. — Pietro Cavallo, 518. — Planchon, 445. — Popis, 10. — Quintan, 883. — Raffy, 1293. — Rammelsberg, 10. — Regnier, 795. — Riquard, 50. — Rollin, 1301. — Roudaire, 298. — Rousseaux, 330. — Sallebert, 10. — Salmon, 250. — Samaleus, 362. — Sarrantes, 250. — Schutzenberger, 795. — Selmi (Ernest Maurice), 430. — Sibut, 710. — Sicard, 10. — Simon, 262. — Solari, 122. — Spinnewyn, 763. — Teodotia, 530. — Tourdes, 122. — Truchot, 338. — Vacher, 70. — Valentin, 598. — Van Dieit, 542. — Van Millingen (Edwin), 530. — Vendrand, 1293. — Villemin, 1536. — Vitrey (Stanislas), 1153. — Vœlker, 385. — Warenghem, 1209. — Weber, 1229. — Wickham, 385. — Zimmermann, 530.
Nécrose consécutive à une lymphangite, 1282.
Néphrectomie dans la tuberculose rénale, 694.
Néphrite biliaire, 505. — La — varicelleuse, 1299. — chronique. Fonctions du rein dans la —, 148. — Perméabilité rénale dans les —, 177.
Nerfs. Elongation nerveuse, 153. — Transplantation périphérique d'un —, 215.
Neurasthénie, traitement, 1447.
Neuro-fibromatose médullaire, 149.
Névralgie faciale, 576. — Pseudo — paresthésiques du fémoro-cutané, 290. — Hydrate de chloral dans la — sciatique, 1426.
Névrite atteignant les nerfs de la main, 528. — palustres, 838. — professionnelle, 289. — rétro-bulbaire, 785. — tuberculeuse avec psychose polynévritique, 149.
Nez. Chancre syphilitique intra-nasal, 1462. — détruit par la syphilis et refait, 170. — épistaxis rebelles, 117. — Recherches contre l'infection respiratoire, 34. — refait, 659.
Nitrate d'argent et dyspepsie, 187.
Noma. Traitement du —, 624.
Nourrices d'autrefois et d'aujourd'hui, 771.
Nourrissons. Constipation chez les —, 1524. — Les doses de lait pour les —, 933. — Projet de réorganisation des services de — allaités dans les hôpitaux de Paris, 85. — Traitement des nævi vasculaires des —, 1264.
Nouveau-nés. Angiotripsie du cordon ombilical chez le —, 774. — Infections ombilicales chez les —, 629. — Lavements de gélatine dans le melæna des —, 68. — Le —, 910. — Traitement de la paralysie obstétricale du bras chez le —, 1283.
Nucléose. Médication par la —, 7.

O

Obésité. Traitement médicamenteux de l'—, 226.
Occlusion intestinale, 722, 753, 1213. — L'atropine contre l'—, 1144.
Œdème aigu des paupières, 1482. — malin (charbonneux) des paupières, guérison, 62.
Œil. Corps étrangers de l'orbite, 1411. — Injections sous-conjonctivales, 1172. — Irrigations conjonctivales en thérapeutique oculaire, 1327. — Traitement de l'ophtalmie blennorragique par le calomel, 1188. — Œdème malin des paupières, guérison, 62. — Insertion postérieure des muscles de l'—, 452. — Sensibilité oculaire dans le tabes 624.
Ombilic. Des infections de l'— chez le nouveau-né, 629.

Opération. Asepsie dans les —, 587. — césarienne, 1462. — de Gritti, 1419.
Ophtalmie périodique du cheval, 881. — purulente. Traitement de l'—, 226.
Opothérapie gastrique, 121.
Orbite. Corps étrangers de l'—, 1411. — Opération sur l'— par voie temporale, 623.
Orchites chez convalescent d'une fièvre typhoïde, 597.
Oreille. Catarrhe de l'—, 1462. — L'audition après l'opération de la cure radicale de l'otorrée, 1187. — Les affections de l' — chez les diabétiques, 709. — Traitement de l'otorrée, 1207. — moyenne. Ouverture des cavités de l'—, 623.
Oreillons à début testiculaire, 248.
Orgelets. La levure de bière contre les —, 290.
Orteils. Signes des — de Babinski, 659, 1389.
Orthoforme. L'— dans les crevasses du sein, 250.
Os. Chondrome pur des — du pied, 695.
Ostéo-arthrite du poignet, 597. — du rachis et des hanches, 1327. — suppurée, 647.
Ostéopathie hypertrophiante classique, 90.
Otite externe furonculeuse. Le tamponnement comme traitement de l'— 102. — moyenne. Pilocarpine dans le traitement de l'—, 617. — moyenne pneumococcique, 1351.
Otorrhée. Traitement de l'—, 1379.
Ovaire. Deux kystes dermoïdes des —, 1311.
Oxygène. Injection trachéale d'eau oxygénée, 129. — L' — comprimé contre l'intoxication par l'oxyde de carbone, 1283.— L'eau oxygénée, 1573.

P

Paludisme. Étude du —, 399. — Formes cliniques du —, 577. — Injections au bichlorhydrate de quinine dans le — aigu ou chronique, 36. — et moustiques, 487. — Prophylaxie du —, 622. — Rapport sur le —, 772.
Pancréas. Contribution à la pathologie du —, 516. — Kyste glandulaire du —, 255. — Résection du —, 333.
Pansements à l'alcool et au bicarbonate de soude, 369. — au bicarbonate de soude, 454.
Paraldehyde et trional, 1263.
Paralysie. Anatomie pathologique de la — agitante, 216. — associée des mouvements des globes oculaires, 660. — du grand dentelé, 1389. — faciale congénitale, 1187. — faciale double dans tétanos céphalique, 418. — infantile, 528. — obstétricale du bras chez un nouveau-né, traitement, 1283. — générale, 289. — Production des — radiculaires traumatiques du plexus brachial, 786. — radiculaires obstétricales, 387. — Symptômes et pathogénie de la — isolée du muscle grand dentelé, 313.
Paraplégie avec tremblement des mains et secousses nystagmiformes, 412.
Parotide. Les lipomes de la —, 1247.
Parotidite. Traitement de la —, 1209.
Paupières. Œdème aigu des —, 1482.
Peau. Sarcoïdes bénins multiples de la —, 516.
Pellagre. Pathogénie de la —, 881.
Perchlorure de fer dans la chlorose, 1074.
Perforations intestinales, 1586.
Péricardite aiguë, 1214.
Péritonite appendiculaire, 381, 392. — enkystée, 225. — Examen du liquide d'une — septique diffuse généralisée, 1127. — Intervention chirurgicale d'un cas de — au cours d'une fièvre typhoïde, 1511. — primitive à pneumocoques, 839. — tuberculeuse, 357. — tuberculeuse guérie par les rayons X, 7.
Permanganate de potasse. Désinfection de l'eau de puits par le —, 708. — Emploi du — pour la désinfection des caisses à eau des navires, 820.
Perméabilité pleurale, 793.
Persil. Idiosyncrasie pour le —, 1187.
Peste. Conclusion de la conférence sanitaire sur la —, 6. — Épidémies de — observées au Japon, 1242.—La — et les rats, 216. — Nouveaux foyers de —, 215. — Rapports sur les épidémies de —, 1298.
Phagédénisme. Acide picrique dans le traitement du —, 360.
Phlébite, durée de l'immobilisation, 608. — variqueuse, 321.
Phlegmon diffus, 113.
Phosphate physiologique, 729.
Phosphaturie terreuse, 1491.
Phtisie pulmonaire et acide cinnamique, 102. — Traitement antiseptique de la —, 561.
Phtisiques. Anémie chez les —, traitement, 1172. — Contre les sueurs des —, 1293.
Pied. Chondrome pur des os du —, 695.
Pigmentation arsenicale, 393.
Piqures. Contre les — de moustiques, 1078. — Traitement des — de moustiques, 1435.
Placenta. Insertion vicieuse du —, 65.
Plaie de l'abdomen par coup de couteau, 1587. — du côlon transverse par balle de revolver, 265. — contuse du foie, 401. — du cœur, 559. — pénétrantes du crâne, 1419. — pénétrante du crâne par armes à feu, 1387. — pénétrantes de l'utérus gravide, 1378. — Traitement des — superficielles sans sutures, 681. — transversale du larynx, 145.
Pleurésie à bacille d'Eberth dans le cours de la fièvre typhoïde, 881. — appendiculaire, 427, 659. — et fièvre typhoïde, 1291. — purulente aiguë, traitement, 661. — typhoïdiques vraies, 89.
Plèvre. Kyste hydatique de la —, 95. — Valeur clinique du pouvoir absorbant de la —, 762.
Plexus brachial double. Lésion du—, 785.—brachial. Production des paralysies radiculaires traumatiques du —, 786.
Pneumococcie aiguë généralisée, 1091.
Pneumonie et herpès, 943. — et ictère, 1351. — Les ponctions dans la — chronique, 1455. — Levure de bière dans la —, 597. — projet de déclaration obligatoire, 399. — traitement, 453. — Traitement des — des vieillards par la digitale, 1463. — Traitement de la — franche au XVIII[e] Congrès allemand de médecine interne, 567
Pneumothorax. Contribution au diagnostic et au traitement du—, 452. — et fièvre typhoïde, 472. — à soupape. Diagnostic et traitement du —, 484.
Poisons. Action des organes sur certains —, 839.
Polynévrite alcoolique avec mal perforant plantaire, 297. — grippales, 725, 734. — postscarlatineuse et ataxie aiguë, 488. — primitive, 577. — purement sensitive, 149.
Polyurie et imperméabilité rénale chez les cardiaques, 359.
Pommade au staphysaigre contre la gale, 561.
Ponction lombaire, 1219
Potion expectorante et calmante, 1293.
Pression artérielle. Variations de la —, 581, 601.
Prix à décerner, 139. — décernés. — Demarquay, 138. — décernés. — Marjolin-Duval, 138.
Prolapsus du rectum, 1576. — intestinal, 451. — rectal, 1255. — Traitement des — rectocoliques par résection de la muqueuse rectale, 548. — Traitement du — utérin, 933.
Prophylaxie des maladies infectieuses, 335.
Prurigo gestationis, 912.
Prurit, traitement, 1201.
Psoriasis. Taitement du — par les grands bains à l'huile de cade, 661. — Traitement du — par l'extrait de glande thyroïde, 215.
Ptérygion. Traitement du —, 1370.
Purgatifs. Action des — sur la nutrition, 1078.
Pustule maligne, guérison, 1168. — vaccinale accidentelle à la lèvre, 1327.
Pylore. Massage dans la sténose du —, 226.
Pylorectomie par le procédé de Billroth, 173, 182, 205.
Pyodermites. L'eau oxygénée contre les — chez les enfants, 1180.
Pyonéphrose. Extirpation d'une — sur un rein droit, pourvu de deux bassinets et deux uretères, 488.
Pyrexies. Balnéation dans les —, 1083.

Q

Quinine. Action des sels de — pendant la grossesse, 709.

R

Rachis. Ostéo-arthrite du — et des hanches, 1327.
Rachitisme. Le —, 155.
Radiographie, 527. — à l'étude des fractures, 254. — Dangers de la radiographie mal appliquée, 185. — et fractures, 347, 381. — et radioscopie pour l'étude des fractures, 226. — Mensuration de l'aire du cœur par la —, 647.
Radioscopie des organes thoraciques, 616.
Rage. Un cas de — chez un enfant, 707. — Diagnostic précoce de la — chez le chien mordeur, 451. — Diagnostic rapide de la —, 428. — Lésions histologiques de la — chez l'homme et chez les animaux, 248, 646. — survenue malgré un traitement antirabique, 567.
Rales crépitants perçus à distance, 548.
Rate. Tuberculose de la —, 375, 407.
Rats. Les — et la peste, 216.
Rectum. Examen du — par le procédé de Kolly, 517. — Prolapsus du —, 1242, 1576. — Traitement des prolapsus recto-coliques par résection de la muqueuse rectale, 548.
Reflexe antagoniste, 48. — cardio-respiratoire, 35. — Étude des — tendineux dans la chorée de Sydenham, 1343.
Règles. Les — de quinzaine, 921.
Rein. Accidents rénaux au cours de la syphilis acquise, 425. — Cathétérisme des uretères dans la tuberculose rénale, 638. — Élimination du bleu de méthylène par les —, 392. — en bouillie, 289. — Excrétion rénale dans l'éclampsie, 392. —

Extirpation d'une pyonéphrose sur un — droit, pourvu de deux bassinets et deux uretères, 488. — Fonctions du — dans les néphrites chroniques, 148. — Ictère par — flottant, 548. — Intervention chirurgicale dans la tuberculose du —, 411. — Kyste hydatique du —, 527. — Néphrectomie dans la tuberculose rénale, 694. — Perméabilité rénale dans les néphrites, 177. — Syphilis rénale, 553. — Traumatisme du — avec hématome considérable, 320 — Tuberculose du —, 645, 750, 1337, 1363. — Tuberculose rénale, 721. — Tumeurs malignes du —, 1377, 1477.

Résection de l'articulation temporo-maxillaire, 47. — temporo-maxillaire, 79.

Rétine. Cysticerque de la —, 694.

Rétrécissement de l'artère pulmonaire, 1510. — mitral pur et cure d'air, 489.

Revues générales. Appendicite et occlusion intestinale, par G. Marion, 1439. — Cancer du gros intestin, par Lardennois, 161. — Corps étrangers de l'orbite, par Boudin, 1411. — De la luxation médio-tarsienne, par Tixier et Viannay, 853. — De l'hémi-athétose, par Ferrand, 1303. — Des adénites géniennes, par Thévenot, 457. — Des cancers du cœur, par Deguy, 1275. — Des indications et de la pratique de la balnéation dans les pyrexies en général, par Odilon Martin, 1083. — Des infections ombilicales chez le nouveau-né, par Audion, 629. — Des thromboses veineuses au cours des cardiopathies, par L. Gallavardin, 1355. — Du cancer thyroïdien. Quelques considérations sur son étiologie et sa physiologie pathologique, par A. Carrel, 713. — Du sel dans l'alimentation des épileptiques, par Toulouse, 825. — Essai sur la valeur hygiénique de la crèche, par Beluze, 1107. — Étude clinique et thérapeutique de la thrombose du sinus latéral d'origine auriculaire, par Cornet, 1331.— Fièvre typhoïde expérimentale, par Remlinger, 105. — Formule hémo-leucocytaire de quelques maladies infectieuses (érysipèle, pneumonie, fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine, variole), par Josué, 1527. — La dermatomyosite aiguë, par Bonnet, 433. — La fièvre typhoïde en 1899, par Babonneix, 13. — La méningite cérébro-spinale épidémique, par Marcel Labbé, 1163, 1191. — La ponction lombaire, par Lévi-Sirugue, 1219. — La pression artérielle et ses variations à l'état de santé et dans les maladies, par G. Renauld et Olmer, 581, 601. — L'asepsie et les mains du chirurgien, par Ricard, 1384. — La syphilis rénale, par Delamare, 553. — La tuberculose de la rate, par Bender, 375, 407. — La tuberculose des amygdales, par Labbé et Lévi-Sirugue, 193. — La tuberculose des séreuses, par Plicque, 653. — Les associations d'images verbales et l'aphasie chez les enfants, par Bernheim, 41, 73. — Le séro-diagnostic de la tuberculose, par Courmont et Arloing, 1466. — Les faux urinaires, par Estrabaut, 341. — Les gastropathies d'origine cardiaque, par Carrière, 685. — Les hémorragies dans les maladies du foie, par Dopter, 885. — Les lipomes de la parotide, par Baudet, 1247. — Les pyocyanies, par Legros, 281. — Les sténoses duodénales, par Patel et Grange, 1135. — Les règles de quinzaine, par Rudaux, 221. — Le tétanos, étude clinique et thérapeutique, par Dopter, 493. — Le traitement de la coxalgie chez l'enfant et chez l'adulte, par Morestin, 741, 777. — Symptômes et pathogénie de la paralysie isolée du muscle grand dentelé, par Souques, 313. — Table des — du 16 avril 1887 au 31 décembre 1900, 1559. — Tuberculose du tarse chez l'enfant, symptômes et traitement, par Guibal, 1495.

Rhinoplastie. Procédé de —, 694. — totale, 248.

Rhumatisme. Les globules blancs dans le —, 1576.

Riz. Le — dans l'alimentation des malades atteints d'ulcère de l'estomac, 1283.

Rougeole. Contagion de la —, 398. — La photothérapie de la —, 821. — Microbes dans la —, 297. — Mortalité de la — en 1899, 214. — Un signe précoce de la —, 648.

Rupture traumatique de la muqueuse urétrale, 429.

S

Sacrum. Tumeur sessile de la face antérieure du —, 749.

Saignée. La — 1311. — La — dans le coup de chaleur, 821.

Salicylate de méthyle. Le — en liniments, frictions et pommades, 1201. — de soude. Action du — sur la nutrition, 1078.

Salpingite. Un cas de — à pédicule tordu, 483.

Salpingo-ovarite. Opérations conservatrices dans les — suppurées, 737.

Sanatoria. Les —, 613.

Sanatorium d'Angicourt, 1574.

Sang. État du — chez les adénoïdiens, 216. — État du — (formule hémo-leucocytaire) dans le zona idiopathique), 1577. — Filaire du —, 607.

Saphène. Varice de la —, 639.

Sarcoïdes bénins multiples de la peau, 316.

Sarcomatose mélanique, 913.

Sarcome du plancher du quatrième ventricule, 820. — parotidien, 638.

Saturnisme. Le — chez les lapidaires, 1362.

Scarlatine. Arsenic dans la —, 413. — et hémiplégie, 327. — Onctions à l'eau oxygénée-glycérinée pour diminuer la durée de la desquamation dans la —, 250. — Polymorphisme des angines de la —, 1351.

Sciatique chronique guérie par une piqûre de vipère, 876. — Traitement électrique de la, — 588. — Traitements modernes de la —, 1337.

Sclérose en plaques, 660.

Scoliose et déviation pelvienne unilatérale, 320. — rachitique infantile et son traitement, 380. — tardive, 1389.

Scorbut nostras, 817.

Sein. Cancer du —, 452. — Chute du mamelon causée par des gerçures du —, 738. — L'orthoforme dans les crevasses du —, 250. — Maladies kystiques du —, 785. — Tumeur du —, 1447. — Tuberculose du —, 1576. — Tumeur polypiforme du —, 1583.

Septicémie. Emploi de l'eau oxygénée dans un cas de — gangréneuse, 321. — suraiguë traitée et guérie par l'eau oxygénée, 549.

Sérothérapie, anti-alcoolique, 547.

Sérum. Injection de — artificiel en psychiatrie, 568. — Le — artificiel dans la fièvre typhoïde, 1426. — Traitement par les — dans l'ivrognerie, 1186.

Signe de Kernig. Le — et le méningisme, 1327. — Le — de Musset, 681.

Sinusite au cours de l'ozène, 1462. — chez une petite fille, 737.

Sitiomanie, 785.

Soif. Qu'est-ce que la —, 1431.

Sourire obsédant, 369.

Sous-clavière. Anévrisme de la —, 1576.

Sphincter anal. Autoplastie musculaire du —, 428.

Spondylose rhizomélique, 149. — rhizomélique et myoclonie, 1511.

Staphylococcie varicelleuse, 1369.

Stations thermales. L'hygiène dans les —, 840.

Statistique opératoire, 47. — relative aux ouvriers employés à la fabrication des allumettes, 186.

Stéatorrhée. Traitement de la — diabétique, 8.

Sténoses duodénales, 1134.

Stérilisation du catgut, 337. — de l'eau pure par le chlorure de chaux, 8.

Streptocoque. Pouvoir du bacille de Lœffler et du —, 1378.

Sucres. Action diurétique des — en injections intra-veineuses, 156.

Sueur. Contre les — des phtisiques, 1293. — Cryoscopie de la — humaine, 1463.

Suicide. Traitement des idées de —, 1287.

Surdité verbale, 149.

Suture. Nouveau procédé de — rapide, 738.

Sympathique. Physiologie du — chez l'homme, 942.

Syndrome de Weber, 149, 527.

Syphilide pigmentaire, 62.

Syphilis cérébrale, 1541. — Injections hypodermiques contre la —, 1244. — La — rénale, 553. — Traitement par le cacodylate de mercure, 681. — Traitement par les injections mercurielles, 513. — Traitement par injections de sérum anti-syphilitique, 429. — Traitement par des sachets de mercure, 187.

Système nerveux. Comment agit le — dans les infections, 708.

T

Tabes, 412. — et pachyméningite caséeuse, 1511. — et syphilis des centres nerveux, 785. — Le — chez les enfants, 452. — Sensibilité oculaire dans le —, 624.

Taches de rousseur. Eau oxygénée contre les —, 1188.

Tannate d'orexine contre l'inappétence, 102.

Tarse. Tuberculose du — chez l'enfant, 1495.

Testicule. Chirurgie du —, 528.

Tétanos, céphalique avec diplégie faciale, 527. — céphalique avec paralysie faciale double, 418. — Le —, 493, 861. — traumatique, 190, 1119. — traumatique guéri par injections de sérum antitoxique, 149.

Thèses de Bordeaux, 490.

Thiocol. Action du —, dans la tuberculose, 338.

Thoraco-xiphopage vivant, 1326.

Thorax. Déformation du — dans la syringomyélie, 412.

Thrombophlébite de la veine-porte et des hernies mésaraïques, 810.

Thromboses. Des — veineuses au cours des cardiopathies, 1355. — Thérapeutique de la — du sinus latéral, 1331.

Tic douloureux de la face, 1367.

Trachéotomie. Ablation de la canule après la —, 1103. — Accès de suffocation nécessitant la —, 421. — De la —, 705.

Travail normal après une opération césarienne non indiquée, 1462.

Trépidation spinale vraie chez une hystérique, 785.
Trional et paraldéhyde. 1263.
Trompe. Recherches bactériologiques sur les — saines et malades, 216.
Troubles de la motilité et de la jambe, 1482.
Tubage. Le — en ville, 429, 578.
Tuberculeux. Cure des —, 669.
Tuberculose. Action des courants de haute fréquence et de haute tension sur la — pulmonaire chronique, 266. — Action du thiocol dans la —, 338. — Cathétérisme des uretères dans la — rénale, 638. — chez les immigrés, 90. — Congrès de Naples pour la lutte contre la —, 567. — Diagnostic de la — pulmonaire chez les jeunes enfants, 273. — de la rate, 375, 407. — de la vessie, traitement, 337. — des amygdales, 193. — Diagnostic de la — pulmonaire au début, 1351. — du sein, 1576. — du tarse chez l'enfant, 1495. — Embryons de froment comme suralimentation dans la —, 186. — et méningite, 90. — Intervention chirurgicale dans la — rénale, 411. — La — des séreuses, 653. — Le séro-diagnostic de la —, 1467. — Les globules blancs dans la —, 1576. — mammaire, 241. — Mortalité par la —, 1325. — Néphrectomie dans la — rénale, 694. — primitive de l'amygdale, 488. — pulmonaire et acné comédon, 422. — rénale, 645, 721. — rénale, traitement chirurgical, 658. — Signe de début de la — pulmonaire, 1435. — Traitement des — locales par des injections d'extrait glycériné de foie de morue, 328. — Traitement de la — pulmonaire, 25, 60, 87, 119, 147, 175, 208. — Traitement de la — urinaire, 588.
Tumeur cérébrale, 321. — cérébrale, extirpation, 288. — de la fosse iliaque gauche, 527. — du corps pituitaire, 660. — du mollet, 411. — du sein avec kystes à contenu laiteux, 226. — frontale et hémiplégie, 659. — gazeuse du cou, 381. — Injections coagulantes dans le traitement des — érectiles, 247. — lacrymale congénitale, 100. — maligne du rein, 1377, 1477. — malignes, traitement, 1461. — polypiforme du —, 1583. — sessile de la face antérieure du sacrum, 749.

U

Ulcère rond, traitement, 1523. — Traitement de l'— stomacal par le repos absolu de l'organe, 226.
Unguentum domesticum, 249.
Urètre, fistule urétro-vaginale, 318. — Massage dans les rétrécissements de l'—, 8. — Rupture traumatique de la muqueuse urétrale, 429.
Urétrite. Le permanganate de zinc dans l'—, 1200.
Urines, les faux urinaires, 341. — Rétention d'— et injections de cocaïne, 648. — Rétention d'— et rupture de l'urètre dans un cas de blennorragie, 178.
Utérus. Fibrome calcifié de l'—, 605. — Irréductibilité de l'— gravide en rétroversion, 622. — Kyste hydatique de l'—, 801. — Plaies pénétrantes de l'— gravide, 1378.

V

Vaccin. Causes de l'affaiblissement de la virulence du — dans les colonies, 185. — de chèvre en Kabylie, 451. — nouveau lieu d'élection pour la revaccination, 276.
Vaccination et grippe, 337. — et variole, 181.
Vaccine. Propagation de la —, 515.
Vagin, cure des fistules vésico-vaginales, 288. — Fistule urétro-vaginale, 318. — Fistule vésico-vaginale, 573. — Rupture du — pendant le coït, 101. — sensibilité génitale, 277.
Vapeur. Recherches expérimentales sur la — comme hémostatique, 36.
Varice de la saphène, 639.
Varicelle. La — et sa contagiosité, 1292.
Varicocèle. Cure radicale d'un —, 659.
Variétés. L'Aiglon, 303. — Les bains dans les couvents, 217. — Les bains persans, 517. — La Croix-Rouge japonaise, 1236. — en démence, 236. — Les églises au point de vue de l'hygiène, 1272. — Marie de Médicis et les médecins Vautier et Riolan, 1390. — La médecine au Salon, 507. — La médecine au théâtre, 68. — La naissance de l'Aiglon, 361. — La rue de l'École-de-Médecine et la Faculté, 1079, 1094, 1104. — Le tombeau d'Avicenne, 442.
Variole. Épidémie de —, 647. — La — à Lyon, 617. — La — à Pékin, 1363. — Nouvelles recherches sur la —, 1423. — Signe différentiel des pustules varioliques chez les vaccinés et les non-vaccinés, 369. — et vaccination, 181. — Traitement de la —, 295. — La — à Madagascar, 547.
Végétations adénoïdes. Des — dans leurs rapports avec les maladies infectieuses de l'enfance, 401.
Ventre. Compression de l'aorte dans les opérations sur le —, 401.
Verrues. Cautérisation des —, 48.
Vers à soie. Étiologie du mal des dévideuses de cocons de —, 1271.
Vésicatoire et révulsion, 1480. — Les — dans le traitement de l'épilepsie jacksonienne, 786.
Vessie, fistule vésico-vaginale, 573. — Tuberculose de la —, traitement, 337. — Calcul de la — avec perforation, 293. — Taille vaginale pour extraction des corps étrangers de la —, 47.
Viande crue dans la cure de la tuberculose, 802. — Influence de l'alimentation par la — sur les animaux, 319.
Viscères. Étude histologique des —, 761.
Voies respiratoires. Antisepsie des —, 737.
Vomissements incoercibles, 215. — Traitement des — incoercibles de la grossesse, 454.
Vulve. Diphtérie primitive de la —, 738.

X

Xérostomie. La —, 1326.

Y

Yeux. Bleu de méthylène dans l'épithélioma de la paupière, 609. — Nouveau phénomène pupillaire, 785. — Suture de la cornée dans l'opération de la cataracte, 1077. — Traitement des pannus granuleux, 589.

Z

Zona. Examen du système nerveux dans les cas de —. 668. — Le — au cours d'une diphtérie pseudo-membraneuse des fosses nasales, 1203. — idiopathique. État du sang (formule hémoleucocytaire) dans le —, 1377.

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1900



A

Achard, 148, 149, 392, 505, 528, 728, 761, 839, 1511.
Albarran, 148, 169, 198, 411, 587, 638, 645, 694, 722, 750, 1337, 1363.
Alvarez, 100.
Amat, 139.
Anger (Th.), 247.
Ardin-Delteil, 1326.
Arloing, 1466.
Artaud, 708.
Audion, 629.
Ausset, 613.
Auvray, 753.
Aviragnet, 1319.

B

Babès, 428, 451, 881.
Babinski, 149, 412, 451, 521, 533, 659, 785.
Babonneix, 13, 725, 733.
Bacaloglu, 33, 334
Ballet, 149, 412, 451, 668, 785.
Balthazard, 1077.
Bar, 392.
Barbier, 90, 1483.
Bardet, 801.
Barette, 801, 1362.
Barié, 1575.
Barjon, 1510.
Barré, 186.
Barth, 121, 268, 1292, 1397.
Baudet, 1247.
Bazy, 79, 169, 198, 255, 274; 506, 587, 607, 658, 721, 1336, 1363, 1576.
Béclère, 422, 484, 647.
Beluze, 1094, 1107.
Bender, 375, 405.
Bérard, 365.
Berger, 247, 248, 1270, 1310, 1419, 1431, 1434, 1461, 1511.
Bernard, 148, 178.
Bernard (Léon), 121.
Bernheim, 41.
Bettremieux, 515.
Bezançon (F.), 761, 1318, 1508.
Billert, 47.
Blache, 820.
Blanchard, 128, 607, 772.
Boinet, 297, 1583.
Boix, 1351.
Bolognesi, 1369.
Bonnet, 433.
Bonnus, 1091.
Boudin, 1411.
Bouglé, 837.
Bouquet, 427.
Bourgeois, 418, 527.
Bousquet, 560.
Bovet, 6.
Bovis (de), 153.
Brault, 1231, 1240.
Breton, 697, 1290, 1487, 1515.
Brin, 1419.
Broca, 387, 411, 722, 749, 832, 861, 1337, 1576.
Brochet, 547.
Brodier, 593.
Brouardel, 818, 830, 839, 1325, 1351.
Bru, 236.
Brun, 427.
Buffart, 881.
Butte, 1299.

C

Cabanès, 303.
Cadet de Gassicourt, 36.
Cardamitis, 35.
Carrel (A.), 1156, 1175, 1183, 1206.
Carrez, 1099.
Carron de la Carrière, 560.
Castaigne, 793.
Castex, 399.
Cazalis, 680.
Cazin, 451.
Cerné, 737.
Cestan, 149, 527, 725, 733, 785.
Champetier de Ribes, 65.
Chantemesse, 762.
Chapot-Prévost, 1270, 1326, 1363.
Chaput, 170, 1363, 1587.
Charcot, 1337.
Charrier, 169.
Chauffard, 596, 616.
Chauveau, 567.
Chauvel, 113.
Chicotot, 616.
Chipault, 149, 248, 290, 380, 528, 576.
Clerc, 148.
Cochez, 290.
Colin, 1377.
Cololian (P.), 1179, 1260, 1287, 1315.
Comby, 235.
Cornet, 1331.
Cornil, 913.
Coromilas, 881.
Courmont, 1466.
Courtois-Suffit, 25, 60, 87, 119, 147, 175, 208, 295, 897, 1479.
Créquy, 1292.
Crivelli, 547.
Crouzon, 527, 659.
Cuillée, 451.
Cunéo, 125.

D

Dalché, 234.
Damas, 832.
Danlos, 178, 668.
Darier (A.), 399, 485, 821.
Debove, 275, 1314, 1547.
Decasse, 641,
Déjérine, 528.
Déjérine-Klumpke, 149.
Delagénière, 254.
Delamare, 425.
Delanglade, 645.
Delbet, 47, 79, 170, 198, 225, 320, 381, 411, 506, 560, 587, 638, 659, 722, 810, 832, 861, 1127, 1336, 1363, 1447, 1576.
Delore, 293, 397, 665, 1119, 1375.
Delorme, 381, 548, 785, 820, 861, 1242, 1255, 1271, 1298, 1299, 1363, 1388.
Delpeuch, 681.
Demoulin, 560, 1311.
Desfossez, 1392.
Desgrez, 1077.
Dettling, 472.
Devé, 1351.
Deyron, 832,
Dieulafoy, 427, 736.
Doléris, 820.
Dopter, 838, 885.
Dor, 881.
Doumer, 266.
Doyen, 186, 321.
Doyon, 773.
Dubois, 451.
Ducroquet, 275.
Duflocq, 1510.
Dufour, 149, 659, 1483, 1518.
Duplay, 451, 736, 1275.

Duponchel, 1155.
Dupoux, 1323.
Dupouy, 1195.
Dupré, 539, 785.
Dutremblay, 451.
Duval, 786.

E

Enriquez, 393.
Estrabaut, 341, 909.
Etienne, 120.
Evron, 336.

F

Fabre, 1271.
Faisans, 1319.
Faure, 506.
Félizet, 255.
Fermi, 507.
Fernet, 310, 538, 547, 597, 647, 1351.
Ferrand, 528, 1303.
Ferras, 451.
Ferrier, 327.
Fiessinger, 1362.
Florand, 90.
Florescu, 942.
Follet, 1511.
Fontan, 559.
Fouquet, 605.
Fournier, 616, 773, 912, 942, 1223, 1362.
Franck, 65, 820, 942.
François, 487.
Frémont, 178.
Frey, 1267, 1281.
Froussard, 697, 789.

G

Gaches-Sarraute, 546.
Galezowski, 694.
Gallavardin, 1355.
Galliard, 296, 421, 1291, 1482, 1575.
Garnier (P.), 1179, 1260, 1287, 1315.
Gauthier, 1375.
Gautier, 155, 267, 912.
Gautier (Armand), 319.
Gérard-Marchant, 47, 113, 451, 811, 850, 1388, 1575.
Gibert, 95.
Gilbert, 505, 596, 616, 1424.
Gilles de la Tourette, 412.
Girard, 186.
Girod, 253.
Girot, 62.
Glénard (Frantz), 121, 1424.
Goldenstein, 1270.
Gorsse (de), 811.
Gosset, 873.
Grancher, 335, 368, 398, 942, 1103, 1351.
Grange, 1135.
Griffon, 1508.
Guéniot, 100, 771.
Guibal, 1495.
Guihal, 615, 667, 700, 727, 760, 792, 808, 1398, 1425, 1509, 1540, 1584.
Guillain, 289, 786.
Guillemot, 235.
Guillot, 173, 182, 205.
Guinard, 198, 255, 347, 381, 506, 659, 784, 1255, 1363, 1388, 1575, 1576.
Guyon, 1522.

H

Hallé, 399.
Hallopeau, 215, 1492.
Hanriot, 850, 1363, 1431, 1461, 1492.
Hartmann, 47, 288, 451, 1337, 1446, 1576, 1586.
Hautman (d') de Villiers, 680.
Hayem, 178, 247, 297, 773.
Hennequin, 226.
Henrot, 399, 428, 737.
Héricourt, 1461.
Hervieux, 185, 451, 515, 547, 647, 737.
Hirtz, 268, 327, 810, 1351.
Huchard, 209, 247, 310.
Hudovernig, 412.
Huet, 289, 528.
Huguet, 1310.
Humbert, 225.
Hutinel, 399, 516.

I

Isambert, 47.

J

Jaboulay, 576.
Jacomet, 621.
Jacquet, 539.
Jalaguier, 113, 198, 289, 381, 427.
Jamot, 276.
Jarre, 100.
Javal, 6.
Jeanbrau, 95.
Joffroy, 149, 412, 659.
Jonnesco, 942.
Josué, 810, 1520.

K

Kanellis, 35.
Kaplan, 79.
Kelsch, 287, 398, 942.
Kirmisson, 47, 254, 319, 398, 411, 451, 639, 659, 722, 832, 861, 1461.
Klippel, 290.

L

Labbé, 193, 1163.
Labbé (M.), 327.
Laborde, 35, 100, 128, 335, 575, 737, 1363, 1377,
Lacapère, 538, 597.
Lacasse, 539.
Laforgue, 647.
Lagrange, 275.
Laignel-Lavastine, 149, 1351.
Lamy, 1541.
Lancereaux, 399, 428, 647, 801, 805, 1075, 1077, 1130, 1489, 1575.
Landouzy, 818, 820, 830, 1363.
Lannelongue, 576.
Lapersonne, 428.
Laroche, 593.
Latron, 422, 728, 762.
Launay, 265, 573.
Launois, 90, 121, 149, 597.
Laveran, 35, 128, 186, 399, 451, 487, 646, 772, 850, 1078, 1298, 1363, 1377, 1491.
Lebon, 1483.
Le Cholleux, 507.
Lectoure, 1243, 1542.
Le Dentu, 225, 247, 1461.
Le Gendre, 121.
Legros, 839.
Legueu, 1586.
Lejars, 527, 560, 784, 785, 861, 1255, 1336, 1419, 1510, 1586.
Lemaire, 785.
Lemaistre, 707.
Lemonnier, 942.
Lennander, 545, 673.
Lenoir, 567.
Lereboullet, 393, 505, 773, 1424.
Le Roy, 1492.
Lesage, 297, 528, 1325.
Lesné, 5, 65, 89, 99, 127.
Le Sourd (L.), 1508.
Letulle, 668.
Lévi, 1511.
Lévi (Léopold), 785, 1389.
Lévi-Sirugue, 193, 1219.
Linossier, 1510.
Lion, 297.
Lœper, 597, 728.
Loison, 347, 1282, 1511.
Lombard, 1474.
Lop, 817, 1091.
Loyson, 79, 527, 659.
Lucas-Championnière, 53, 100, 186, 248, 381, 607, 659, 680, 695, 811, 1299, 1337, 1388, 1431, 1461.
Lyot, 411.

M

Magnan, 1363.
Mailland, 1538.
Mairet, 1326.
Mallerée (de La), 623.
Mallet, 451.
Manson, 607.
Marandon de Montyel, 1, 641.
Marey, 6, 185, 801.
Marie, 289, 412, 528, 597, 1388.
Marinesco, 128, 246, 1511.
Marion, 736, 1439.
Martin, 913.
Martin (André), 359.
Mathieu, 567.
Matignon, 215, 1363, 1377.
Maunoury, 347.
Mayet, 678.
Meige, 289.
Mendel, 129.
Mendelsohn, 65.
Ménétrier, 90, 393, 567, 810, 839.
Merklen, 149, 177, 235, 268, 327, 358, 761, 1292, 1369, 1397.
Merle, 215.
Méry, 1352.
Metchnikoff, 622.
Michaut, 1487, 1515.
Michaux, 288, 738, 749, 1255, 1446, 1447, 1510.
Mignon, 685.
Mignot, 451.
Millard, 149, 761.
Millot, 319.
Moizard, 648.
Monod, 225, 421, 427, 506, 622, 658, 680, 722, 1434.
Morestin, 145, 241, 447, 741, 777, 1295, 1367, 1387, 1419, 1451, 1459.
Mosny, 1574.
Motet, 335, 1377.
Moty, 381, 392.
Mourre, 1103.
Muselier, 10?.

N

Nattan-Larrier, 505.
Nélaton, 506, 694.
Netter, 121, 505, 567, 616.
Nimier, 169, 287, 1363, 1419.
Nocard, 451, 707, 881.

O

Oddo, 1343.
Odilon-Martin, 1083.
Olmer, 581, 601.
Oui, 393.

P

Panas, 6, 275, 515.
Paschayan, 517.
Patel, 1135.
Pauchet, 451, 720, 1311, 1395, 1446.
Paulesco, 805.
Pécharmant, 1389.
Perdriolat, 451, 681.
Perrin, 1403.
Pesker (Mlle), 412.
Petit, 393, 1363.
Petit (André), 149.
Petrini, 912.
Peyrot, 288, 1363.
Philippe, 412, 785.
Picqué, 47, 411, 639, 659, 721, 1255.
Piltz, 785.
Pinard, 65, 274, 319, 427, 515, 602, 622, 1362.
Platon (J.-C.), 797.
Platon (O.), 797.
Plicque, 653.
Poirier, 288, 527, 560, 659, 785, 1447, 1575.

Polaillon, 1492.
Pommerol, 876, 1186, 1584.
Poncet, 365.
Porak, 1326.
Potain, 616, 647.
Potherat, 47, 79, 288, 320, 346, 560, 658, 722, 785, 1311, 1419, 1447, 1511.
Pousson, 411, 658.
Proust, 6.
Psaltof, 861.
Pujol, 1213.

Q

Quelmé, 539.
Quénu, 47, 79, 113, 198, 320, 321, 347, 411, 506, 527, 587, 607, 638, 749, 861, 1311, 1337, 1388, 1510.

R

Rabé, 297, 328, 358.
Ravaut, 89, 421.
Raymond, 412.
Reclus, 133, 659, 749, 784, 811, 861, 1310, 1575.
Remlinger, 105, 472, 1191.
Renaut, 62.
Rendu, 149, 268, 647, 1318, 1377, 1397.
Rénon, 327, 422, 505, 728, 762, 793, 1318.
Reynaud, 581, 601.
Reynier, 79, 254, 289, 411, 451, 587, 638, 659, 722, 833, 861, 1424, 1447.
Ribierre, 881, 1542.
Ricard, 113, 170, 288, 289, 318, 320, 333, 336, 483, 639, 733, 1282, 1363, 1384, 1388, 1461, 1511.
Richelot, 1282, 1298.
Richer, 801.
Rives, 1100.
Robin, 801, 881, 912, 1377, 1491.
Rochard, 288, 506, 607, 722, 1363.
Roger, 1423.
Roland, 6.
Roubinovitch, 89.
Routier, 169, 198, 346, 412, 506, 560, 587, 658, 659, 694, 832, 1255, 1282, 1311, 1575, 1576.
Roux, 567, 1406.
Rudaux, 221.

S

Sacquépée, 838.
Saint-Philippe, 647.
Sapelier, 607.
Scherb, 290, 528.
Schneider, 881.
Schoull, 881.
Schwartz, 225, 288, 320, 347, 506, 749, 1255, 1282, 1388, 1576.
Sébileau, 1474.
Segond, 560, 861, 1474.
Serieux, 149, 289.
Sevestre, 399, 1292.
Siredey, 1291, 1319, 1482.
Smith, 774.
Souligoux, 527.
Soupault, 235.
Souques, 89, 149, 313, 412, 421, 506, 1389.
Suarez de Mendoza, 623, 1077.

T

Tédenat, 1326.
Terrier, 321, 560, 607, 720, 784, 861, 1337, 1363, 1446.
Terrillon, 428.
Terson, 1370.
Thévenot, 457.
Thierry, 289, 347.
Thoinot, 62, 183, 839.
Thomas, 659.
Tillaux, 527, 750, 833.
Tixier, 853.
Touche, 149, 412, 659, 1388, 1511.
Toulouse, 62, 97, 826.
Troisier, 121, 539, 881.
Tuffier, 47, 169, 347, 411, 506, 560, 623, 638, 694, 833, 1310, 1337, 1388, 1575, 1576.

V

Vacher, 335.
Vallée, 451.
Vallin, 214, 336, 368, 399, 11 1242, 1271.
Valude, 623.
Van-Gehuchten, 451.
Vaquez, 178, 881, 1542.
Variot, 85, 268, 616, 1351, 14
Varnier, 65.
Vaslin, 708.
Veron, 1363.
Viannay, 853, 1168.
Vidal, 943.
Vigouroux, 428, 641, 847.
Viollet, 705, 1147, 1203.
Virès, 659, 765.
Vuillette, 321.
Vuilliet, 1576.

W

Walther, 170, 198, 226, 4 560, 722, 749, 1282, 13 1363, 1387, 1419.
Weil, 393, 761, 1423.
Widal, 120, 177, 235, 268, 32 793, 881, 1318.
Wlaëff, 680, 1434.

Y

Yvon, 1431.

Z

Zambaco, 773, 1077.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE